

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Mental e Psiquiátrica

Intervenção do Enfermeiro de Saúde Mental na

Pessoa em risco de luto complicado

Relatório de estágio orientado por: Professora

Ana Melo

Docente Orientador: Professora Ana Melo

Discente: Andrea Pereira Bidarra

2012



Resumo

As doenças prolongadas estão associadas a perdas nos doentes/familiares, conduzindo a processos de luto por vezes complicados, importa diagnosticar precocemente, para uma intervenção de ajuda pertinente. A evidência científica expressa a relação entre a oncologia e a manifestação de doença mental. Cabe ao Enfermeiro em Saúde Mental estar desperto para situações de perdas decorrentes da doença, que possam conduzir a alterações da saúde mental. O presente relatório visa corresponder à exposição e análise do estágio realizado. Pretendeu-se explorar as situações de crise e perdas inerentes à doença mental, desenvolvendo intervenções de cariz psicoterapêutico, adquirindo competências para o acompanhamento de pessoas em luto - risco de luto complicado (transpondo-as para a minha prática). Procurou-se: avaliar a importância da intervenção especializada; prestar cuidados especializados, particularmente em clientes em crise (abordagem face à perda); analisar situações decorrentes do processo de luto, desenvolver intervenções capazes de dar resposta às necessidades. A natureza emocional dos cuidados e a particularidade dos contextos determina um cenário complexo, o recurso a diversas teorias de enfermagem permitiram enfatizar o papel da relação enfermeiro-doente. Nas opções metodológicas optou-se pela abordagem qualitativa sustentando-me no processo reflexivo e de análise de interações. Como instrumentos de colheita de dados - percepção dos fenómenos / identificação de necessidades – recorri à observação, à entrevista – assente nos princípios da relação de ajuda, ao processo do utente, às informações disponibilizadas pelos profissionais. Recorri a intervenções psicoterapêuticas como: a relação terapêutica, o relaxamento, a imaginação guiada, actividades promotoras de expressão vivencial e ventilação emocional (individuais e em grupo). A perda foi valorizada como psico-emocional, a doença surge associada à dor/sofrimento, há alterações do “eu” interno, a etapa por excelência apresentada refere-se à negação – depressão, existindo oscilação, as necessidades primordiais dão relevo às dificuldades comunicacionais, de expressão vivencial/emocional, dificuldade no delinear estratégias. Nos sentimentos presentes sobressai o medo, a incerteza e a impotência, os recursos internos são marcados pela negação e fuga. Foi evidenciada a importância do acompanhamento do cuidador principal, a presença de sexo masculino teve relevo, caracterizam-se por uma população adulta-idosa. Valorização da dimensão emocional/relacional do cuidar. O percurso permitiu-me a análise / confrontação com a minha experiência emocional – sofrimento profissional, percepção de limites, dificuldades, sentimentos, do *eu* na relação com o outro. O trabalho multidisciplinar foi fundamental, demarcando-se o papel que o Enfermeiro Especialista pode desenvolver.

Palavras – chave: perda/luto, saúde-mental, relação/interacção enfermeiro-doente, intervenções psicoterapêuticas, desenvolvimento pessoal/profissional.

Abstract

The long-term diseases are associated with loss experience in patients/ relatives, which leads to processes of grieving that sometimes become complicated. Early diagnosis generally provides the possibility to achieve an adequate intervention. Scientific evidence expresses the relation between oncology and manifestation of mental illness. It belongs to mental health nurse to be conscious of loss experiences situations resulting from the disease, which may lead to changes in mental health. This report aims to expose and analyze the training held. It was intended to explore situations of crisis and loss inherent to mental illness, developing kind of psychotherapeutic interventions, which allow acquiring skills for the monitoring of bereaved people who faces the risk of complicated grief (transposing them into my own practice). It was intended to evaluate the importance of specialized intervention; provide specialized care, particularly for clients in crisis (choosing an approach adequate to the loss situation); analyze situations arising from the grieving process, developing interventions able to meet the needs. The emotional nature of the treatments and the particularity of contexts determine a complex scenario. Based on various nursing theories it was possible to emphasize the role of the nurse-patient relationship. In terms of methodological choices we opted for a qualitative approach which sustains the reflexive and analytical process of evaluating interactions. As instruments for collecting data, that allow the perception of the phenomena / identification of needs, we have chosen the observation and the interview methods. Those choices were based on the principles of the aid relationship, in the clinical process of the patient and the information provided by health professionals. It has been applied psychotherapeutic interventions such as therapeutic relationship, relaxation, guided imagery, experiential activities which promote living expression and emotional venting (individually and in group). The loss experience was valued as psycho-emotional, the disease remains associated with pain / suffering, there are changes of "inner self", the main stage of the disease that is presented refers to the denial – depression. It means there is oscillation, the essential healthcare needs emphasize communication difficulties expressing living and emotional experiences and defining strategies. In this stage fear, uncertainty and helplessness feelings become emphasized and internal resources are marked by denial and avoidance. This study shows the importance of monitoring the primary caregiver, stresses the presence of males, characterized by an older-adult population. It sustains the importance of emotional / relational care. This research process enriched me providing the analyses / confrontation with my own emotional experience present in professional distress, perception limitations, difficulties, inner feelings perceiving the relation with the other. The multidisciplinary approach was other essential characteristic of developed work, emphasizing the role that the specialist nurse can play.

Key - words: loss / grief, mental health, relationship / interaction nurse-patient, psychotherapeutic interventions, personal and professional development.

“A questão de quem eu era consumia-me.

Convenci-me de que não chegaria a encontrar a imagem da pessoa que eu era: Os segundos passaram. O que em mim subia à superfície mergulhou e voltou a desaparecer. E no entanto senti que o momento da minha primeira investidura foi o momento em que comecei a representar-me – o momento em que comecei a viver – gradualmente – segundo a segundo – ininterruptamente – Oh, mente, que estás tu a fazer! – queres ficar oculta ou queres ser vista?”

*E o vestido – como te assenta bem! – iluminado
pelos olhos dos outros,
a chorar.”*

Jorie Graham (excerto de “Notas sobre a realidade do Self” In: *Materialism*)

“Nada disto seria possível sem ousar fortalecer e afirmar o que cada um, ao cuidar, pode trazer de insubstituível àqueles cuja vida desperta, cuja vida desabrocha, cuja a vida se procura, cuja a vida se extingue... exigindo as condições indispensáveis para o realizar.”

Marie-Françoise (In: *Cuidar... a primeira arte da Vida*)

“O que não consigo construir não consigo compreender”

Richard Feynman

ÍNDICE:

INTRODUÇÃO	1
 PARTE I: CONCEPTUALIZAÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO	
A Enfermagem de Saúde Mental e a Problemática em estudo - enquadramento teórico / finalidades	6
 PARTE II: PERCURSO REALIZADO	
CAPÍTULO I: SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA	
Caracterização do Serviço: Clínica de São José - internamento de pessoas em fase aguda da doença	12
Diagnóstico de situação	13
Detecção de necessidades – implementação de actividades / intervenções de enfermagem	16
Acompanhamento de utentes em situação de crise – estudos de caso / intervenções desenvolvidas	20
As reflexões desenvolvidas ao longo deste percurso	23
Participar nas actividades desenvolvidas pela Equipa	24
Participar em actividades científicas complementares	25
Análise e Reflexão: 1º momento de estágio - competências adquiridas	26
 CAPÍTULO II: SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO E EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS	
Caracterização do serviço: Apoio Domiciliário / Intra-hospitalar do Instituto Português de Oncologia	28
Diagnóstico de situação	29
Realização de estudos de caso – acompanhamento no processo de luto	32
Detecção de necessidades – a entrevista de ajuda e o recurso a escalas	33
Realização de intervenções psicoterapêuticas (relaxamento/imagética)	34
Intervenção com a família cuidadora	35
Participação nas actividades desenvolvidas pela equipa - contributos	37

Participar em actividades complementares	37
Implementação de protocolo de luto	39
Promovendo a reflexão	39
Análise e Reflexão: 2º momento de estágio – competências adquiridas	40

PARTE III - RESULTADOS

Reflectindo sobre a prática vivenciada no papel de Enfermeira Especialista em Saúde Mental e psiquiátrica	41
Análise e discussão de todo o percurso efectuado	43
Concretização de Objectivos	53
Considerações Finais	54
Referências Bibliográficas	56
Anexos	

INTRODUÇÃO

Concluído o percurso prático, é chegado o momento de realizar o relatório de estágio, documento de carácter individual, solicitado no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O relatório simetriza a derradeira etapa de um processo que se inicia com a execução do projecto. Assim, o relatório surge como o produto final do trabalho desenvolvido. (SUSSAMS, 1990) Porque um relatório não deve ser apenas um guia de descrição do estágio, gostaria de valorizá-lo como instrumento que possibilita a reflexão, a avaliação, análise crítica do percurso efectuado, das competências adquiridas ou desenvolvidas durante este período.

O estágio compreende um tempo de trabalho, que promove aprendizagem, crescimento, relação com o vivido e aprendido. (ABREU, 2007) Este período compreendeu dois momentos, diferentes mas complementares. Conforme o estipulado coube-me a mim definir objectivos, competências a desenvolver, actividades a realizar. Previamente as instituições onde realizei o estágio foram contactadas a fim de ser exequível na aplicação dos objectivos. Consequentemente, eis os locais onde desenvolvi a minha prática clínica:

- Serviço de Internamento de Psiquiatria de Agudos – Unidade II - Santa Isabel, da Clínica de São José;
- Serviço de Apoio Domiciliário e Equipa Intra-Hospitalar do Instituto Português de Oncologia de Lisboa;

Pretende-se então que este relatório corresponda à expressão de uma reflexão profunda e avaliação do trabalho desenvolvido. A reflexão e discussão do percurso efectuado permitirão descortinar e analisar as competências do enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica, adquiridas.

O presente relatório divide-se em 3 partes: apresenta o enquadramento da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, a justificação da temática escolhida e enquadramento teórico. O desenvolvimento compreende a apresentação dos locais de estágio, objectivos específicos, actividades desenvolvidas e competências adquiridas. Por fim será realizada uma análise crítica sobre todo o percurso efectuado e processo de aprendizagem desenvolvido.

PARTE I: CONCEPTUALIZAÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO

A Enfermagem de Saúde Mental e a Problemática em estudo - enquadramento teórico / finalidades

Um trabalho para ser desenvolvido de forma adequada exige ser bem alicerçado, assim parece-me fundamental compreender, para posteriormente pôr em prática, o que define e caracteriza o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A enfermagem tem vindo a afirmar-se como disciplina do conhecimento autónoma, que engloba conhecimentos próprios. Esta toma como objecto de estudo as respostas humanas aos processos de saúde e de vida, assim como as transições com que indivíduos, famílias e comunidades se deparam. (SILVA, 2007) Importa referir que o enquadramento conceptual para os cuidados de Enfermagem, vem assumindo, que é e urgente encontrar uma forma de promover e proteger a saúde e que esta não substitua o projecto individual de cada um, mas que o compreenda e apoie o seu desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010) refere ainda, que a função dos enfermeiros deve ter como acção central a ajuda a pessoas, ou grupos, a realizar o seu potencial físico, mental e social. Acentua ainda, as competências que os Enfermeiros devem possuir e que estão em constante maturação por forma a melhorar a prática de cuidados. Importa-lhes a identificação de necessidades, o planear, executar e avaliar. É ainda importante enquadrar o que é descrito no artigo 7º do Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem (REPE, 1998): ao enfermeiro especialista compete *“cuidados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades actuando, especificamente, junto do utente, indivíduo, família ou grupos em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui”*. A Ordem dos Enfermeiros adoptou o seguinte conceito para o Enfermeiro Especialista: este é aquele a quem confere competência científica, técnica, humana e cultural, para prestar cuidados especializados nas diferentes áreas clínicas, o enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica:

“detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e de processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na promoção da saúde mental; 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; presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de

grupos ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde". (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010)

A apropriação de um domínio específico de Enfermagem reforça a visão holística e contextual da pessoa e possibilita a adequação das respostas em função da especificidade das necessidades encontradas. Desta forma, construir-se-á para a prática de um exercício profissional mais autónomo, com responsabilidade, com competências particulares e relevantes, que evidenciam o impacto dos cuidados de Enfermagem prestados. A prática (alicerçada numa base teórica importante de referir, pressupõe relação teórico-prática) adquire um papel preponderante na formação do Enfermeiro Especialista, implica competências especializadas adequadas às necessidades também elas particulares da pessoa ou grupo alvo dos cuidados de Enfermagem. Na realidade a Enfermagem de Saúde Mental tem sido marcada ao longo do tempo por um modelo teórico médico limitador, muito interpretada como coadjuvante e não com acção autónoma importante a considerar. (OLIVEIRA, 2003) Assim, o Enfermeiro pode e deve ser um agente de mudança, nomeadamente nesta área tão particular como é a Saúde Mental. No entanto, a relevância da acção do Enfermeiro neste domínio só é tida em conta na medida em que cada um de nós tem consciência desta realidade e luta por ela. A excelência no cuidar, é fruto da dedicação, compromisso e empenho de cada um. Este foi o compromisso que assumi ao longo desta prática clínica e desejo continuar a desenvolver por meio da minha intervenção e reflexão diárias. O uso das teorias de Enfermagem reflecte esta busca por um caminho mais autónomo cuja valorização de competências específicas ganham relevo. A busca desta especificidade levou à formulação de conceitos que regem a acção, ajudando assim a definir caminhos, limites e relações. As teorias surgem como elo que permite a articulação com a prática, assim devem ser interpretadas e não apenas como meras abstracções intelectuais. (WESTPHALEN, 2001)

A possibilidade de frequentar o Curso de Especialização permitiu-me compreender as pessoas com problemas de saúde mental numa perspectiva mais profunda, e perceber que posso fazer muito mais pela pessoa em situação de doença do que fiz até aos dias de hoje. O ponto de partida para a elaboração do projecto e execução do mesmo foi motivado pela necessidade sentida na minha prática profissional de desenvolver competências que me permitissem apoiar a pessoa em processo de perda/luto, acompanhadas no âmbito do internamento em Cirurgia/Pneumologia do Instituto Português de Oncologia onde desenvolvo a minha actividade profissional. Neste contexto, sentia que outras intervenções (mais específicas, nomeadamente no âmbito psicoterapêutico) poderiam ser realizadas

(identificava dificuldade em desenvolver novas formas de acção, mais pertinentes e eficazes e portanto necessidade de novas aprendizagens) por forma a ajudar a pessoa em situação de luto. Por outro lado, o sofrimento que me envolvia face a determinadas situações vivenciadas, levava-me a um querer compreender melhor o porque dessa vivencia, desse sentir, compreender o que está por de trás, perceber o que posso fazer, mudar ou aceitar em mim e na prática que desenvolvo. Esta escolha é dual, compreendeu a minha necessidade pessoal de me dar conta dos meus próprios lutos, percepção-los e ser capaz de desenvolver competências promotoras de estratégias de acção – potenciar o meu auto-conhecimento e crescimento pessoal. Por outro lado, a necessidade de melhorar a prática, de desenvolver intervenções capazes de promover no outro respostas adaptativas face à vivência da perda que agora enfrentam, foi factor determinante na minha escolha – crescimento profissional. A temática abordada ao longo deste percurso compreendeu a vivência do processo de luto, risco de luto complicado – a intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica. Para a compreensão deste fenómeno e para a aquisição de competências procurei sustentar-me em alguns referenciais teóricos.

Um papel fundamental da Enfermagem é ajudar as pessoas a viverem as suas transições. A razão por considerar esta uma área importante para a Enfermagem é o facto das pessoas que vivenciam transições tenderem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afectar a saúde e o bem-estar (MELEIS, 1991). Parece-me fundamental reflectir sobre as práticas de Enfermagem. Faço-o considerando o processo de transição de Afaf Meleis, no sentido de este que nos deixa a esperança de compreender e intervir o mais precocemente possível. MELEIS (1991) considera a *transição* como uma passagem para um estado, condição, ou de um lugar para outro. Pode-se mesmo considerar que a vida constitui-se por si só uma transição, no sentido de que o complexo ciclo vital evolui de um estado, fase ou período para outro. MELEIS (1991) defende que as transições recaem no domínio da Enfermagem, quando estas dizem respeito à saúde ou à doença ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados com a saúde. Na verdade, o confronto com a vulnerabilidade do outro, enquanto detentor de um equilíbrio homeostático, implica um esforço, pessoal e do profissional, no sentido de reorganizar os momentos transicionais. Por isso mesmo é fundamental ter conhecimento sobre o desenvolvimento da pessoa, crises enfrentadas e mecanismos de adaptação disponíveis. O desafio para os enfermeiros, face à necessidade de suporte nos processos de transição, é entender que processo é esse e implementar intervenções que prestem ajuda efectiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar. O caminho para a competência

caracteriza-se pela capacidade em reconhecer as particularidades de situações pragmáticas e em discriminá-las, empreender procedimentos, e planejar atempadamente, ou seja, o desenvolvimento de competências depende não só de conhecimentos teóricos, mas grandemente da experiência. Pretende-se que através da transição vivida o outro seja capaz de apreender conhecimentos e saber agir sobre ela ou viver com ela de forma equilibrada. (MELEIS, 1991) Ao falarmos de *transição* e da *intervenção* que o enfermeiro deve ter perante esta e perante quem a vive necessariamente falamos de *relação de ajuda*. Falamos de interação entre enfermeiro e doente/família, como forma de identificação de necessidades, como meio de implementação das acções de enfermagem. A visão de Meleis compreendeu o meu ponto de partida para a compreensão do fenómeno. No entanto, não podia deixar de incutir no meu referencial a essência da relação humana que constitui tão simplesmente a verdadeira acção de enfermagem. A relação de ajuda é um tipo particular de relação, definido há cerca de 4 décadas por Rogers e inscreve-se numa realidade muito mais ampla que é o acto de *Cuidar*. A relação de ajuda expressa a necessidade de olhar para o cliente numa perspectiva holística, sendo para Chalifour (1989, p.18) “*dar e receber não esquecendo o objecto dos cuidados, a pessoa no seu todo*”. É uma relação que se estabelece entre o indivíduo que necessita de ajuda, que passa pela experiência de um problema, e que sente dificuldades em enfrentá-los sozinho e um indivíduo que o ajuda (o enfermeiro), a encontrar em si próprio os recursos necessários para fazer face aos seus problemas. Uma das teorias considerada como marco teórico de referência para a prática da enfermagem, é a Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard E. Peplau, em 1952. A teórica visualizou o fenómeno de enfermagem como um processo interpessoal, cujo foco principal está centralizado na enfermeira e no utente. “*Utilizando os papéis de enfermagem motiva-se os pacientes a participarem no seu próprio cuidado, para ajudar a resolver os problemas detectados*” (PEPLAU, 1990). Segundo Taylor (1992, p. 38) “*A principal ferramenta terapêutica da enfermeira é sua utilização de si mesmo no contexto interpessoal.*” Cuidar é, numa perspectiva de saúde, ir ao encontro de outra pessoa, acompanhando-a no seu processo de promoção da saúde. É portanto, mais do que prestar cuidados, e tal como diz Hesbeen (2000, p.10), exige “*uma atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a contribuir para o seu bem-estar (...) utilizando as competências profissionais*”. Phaneuf (2005, p.324), descreve-a:

“*uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade (...) permite à pessoa compreender a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-*

se à mudança e à evolução pessoal (...) ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante da adversidade, e mesmo diante da morte”.

Hélène Lazure chamou a atenção para as exigências que o profissional tem de dar resposta: dar do seu tempo, da sua competência, do seu saber, do seu interesse, dar da sua capacidade de escuta e compreensão (LAZURE, 1994). Só há compreensão do outro e das suas transições através da relação que com ele estabelecemos. A fomentação e aquisição de competências na área de especialização, ao longo do estágio, sustentaram-se nestes referenciais, tendo recorrido em alguns momentos a outros (referidos ao longo do trabalho) que julguei pertinentes para cada caso particular. O uso de diferentes percepções teóricas permitiu a reflexão e a complementaridade das ideias e das acções desenvolvidas, permitiram uma abrangência maior e mais complexa face à visão tida de diversas situações abordadas e cuja intervenção especializada se preconizou.

A revisão da literatura, permitiu-me encontrar várias referências e justificações pertinentes para a minha tomada de decisão, face ao percurso que pretendia desenvolver. A evidência científica expressa claramente a relação entre a doença oncológica e a manifestação (ou risco) de perturbação mental. Utilizei como recurso as bases de dados electrónicas que figuram no motor de busca “EBSCO”, nomeadamente: “CINAHL, MEDLINE e PUBMED”, usando os seguintes descritores: saúde mental, oncologia, crise, luto/perda, intervenção de enfermagem. Recorri igualmente a artigos científicos presentes nas bases de dados da Universidade de Lisboa, bem como a autores de referência na área a abordar. Os artigos encontrados foram sujeitos a critérios a fim de aferir a sua qualidade e aplicabilidade ao tema. Observaram-se um total de 83 artigos. Dados recolhidos entre Setembro de 2011 e Fevereiro de 2012. Melnyk e Fineout (2005) preconizam que se deve levar em conta a evidência dos últimos 5 anos. Considerou-se um período temporal de 13 anos, de modo a beneficiar de maior abrangência face ao conhecimento existente.

Critérios de selecção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Pessoas portadoras de doença oncológica, ou pessoas em situação de doença crónica a vivenciar perdas /processo de luto.	Idade superior a 18 anos. Pessoas com outros diagnósticos psiquiátricos associados, ou outras patologias/limitações que possam interferir nos resultados apurados.
Intervenção	Estudos que abordem a relação entre a oncologia e o adoecer mental, que se relacionam com perdas decorrentes da doença – processos de luto, intervenções a realizar (programas de acção).	Aqueles que não sejam passíveis de serem utilizados (ou do interesse) por enfermeiros.
Desenho	Estudos qualitativos, quantitativos, revisões sistemáticas da literatura.	Artigos com metodologia pouco clara e repetida nas duas bases dados. Artigos com acesso pago. Todos os artigos sem co-relação com o objecto de estudo. Estudos com data inferior a 1998.

Apresento de seguida alguns autores cujos estudos realizados apontam para a relação entre a doença oncológica e o risco de perturbação mental (artigos considerados):

<u>Autor</u>	<u>Artigo</u>	<u>Tipo de estudo</u>	<u>Conceitos -chave</u>	<u>Relação entre saúde mental e oncologia</u>
ZANDORA (2010)	<i>“Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrada da literatura latino-americana.”</i>	Revisão da literatura – estudo qualitativo	Efeitos colaterais e secundários da doença oncológica e seu tratamento	A perda relacionada com a doença, compreende toda a envolvimento da pessoa, é física, é familiar, social, espiritual.
TRANCAS, Bruno; CARDOS, Graça; LUENGO, António, VIERA, Carlos; REIS, Dóris (2010)	<i>“Depressão no doente oncológico – considerações diagnósticas e terapêuticas”.</i>	Estudo realizado numa população alvo (pessoas em situação de doença oncológica) uso de escala para avaliar risco de depressão no doente oncológico. Estudo quantitativo.	Relação entre depressão e doença oncológica, e aumento da prevalência.	Associação entre perturbação emocional e doença oncológica – a presença da doença eleva o risco. A ameaça da perda favorece o surgimento da perturbação emocional.
PERES e SANTOS (2009)	<i>“Personalidade e Câncer da mama – produção científica em Psico-Oncologia”.</i>	Estudo qualitativo, revisão da literatura. Estudo quantitativo e qualitativo com doentes com cancro da mama.	Angústia e sofrimento inerentes à doença geram aumento da prevalência de perturbação mental. <i>“Espírito positivo”</i> e de <i>“luta”</i> – conceitos a reforçar para reduzir níveis de ansiedade.	50% de doentes oncológicos desenvolveram transtorno psiquiátrico.
BALLONE, (2005 (a e b));	<i>“Câncer e Emoção”. “Depressão e Câncer”.</i>	Estudos qualitativos, revisão da literatura.	Reconhecer que para um tratamento eficaz em oncologia implica identificar se há uma situação de perturbação mental. O não tratamento implica agravamento da situação oncológica.	As perturbações emocionais têm uma forte relação com a doença oncológica. As perdas, sentimentos/emoções, sofrimento, inerentes à doença predis põem ao risco de adoecer mental.
REZENDE, Vera; DERCHAIN, Sophie; BOTEGA, Neury; VIAL, Daniela (2004).	<i>“Revisão Crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença”.</i>	Estudo qualitativo – revisão da literatura.	Importância de avaliar o doente em fase terminal. Avaliar cuidador. Mensuração de sintomas.	Quais os cuidados para a promoção de bem-estar e promoção da saúde-mental.
Derogatis (CITERO, 2001)	<i>“Inter-consulta psiquiátrica e oncologia: interface em revisão”.</i>	Estudo com 215 pessoas internadas e em ambulatório de 3 centros oncológicos. Análise quantitativa.	Relação entre doença oncológica e perturbação mental. Alta prevalência – deve-se à presença de dor, despersonalização, perda de função, dependência, isolamento, separação e morte.	47% desta população apresenta quadros psicopatológicos, dentre os quais, 85% têm quadro de ansiedade e/ou depressão, sendo 68% ansiedade ou depressão reactiva (quadros de ajustamento), 13% depressão maior, 8% quadro cérebro-orgânico, 7% transtorno de personalidade e 4 % transtorno de ansiedade pré-existente.
Hardman e Maguire (citados em CITERO et al., 2001)	<i>“Interconsulta psiquiátrica e oncologia: interface em revisão”.</i>	Estudo qualitativo – análise de relações.	Relação entre quadro oncológico (tipo de tumor e tratamento) e o quadro psiquiátrico desenvolvido.	A mastectomia, a quimioterapia e a colostomia trazem alta prevalência de doença mental.
CÍTERO, 1999	<i>“Descrição e avaliação da implantação do serviço de interconsulta psiquiátrica no Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A.C. Camargo”.</i>	Estudo qualitativo pela análise das situações descritas. Estudo quantitativo, pela quantificação de dados objectivos referentes aos doentes internados – presença de perturbação mental.	Relação entre a doença oncológica e a doença ou perturbação mental.	47% dos doentes internados com doença oncológica apresentam problemas de saúde mental.

Os estudos revistos sugerem que a doença oncológica propicia o aumento da morbilidade psiquiátrica, principalmente de quadros depressivos. A psiquiatria oncológica carece de estudos mais conclusivos sobre a epidemiologia, a descrição clínica, a terapêutica de doença mental em pacientes oncológicos, e as intervenções mais específicas a desenvolver perante o doente paliativo a vivenciar o seu processo de luto.

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002) define saúde mental como o “estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades (...) é um estado de boa adaptação com uma sensação subjectiva de prazer de viver e uma sensação de que o indivíduo está a exercer os seus talentos e aptidões”. A pessoa que se encontra em processo de luto tem necessariamente o conceito de “bem-estar” e “qualidade de vida” alterados. As implicações do luto sobre a saúde mental e física são reconhecidas há décadas podendo ser resumidas da seguinte forma: *“o luto está associado a riscos de saúde; precipita a doença e a morte; exacerba doenças preexistentes; conduz a, ou exacerba, comportamentos de risco (...) pode conduzir à depressão.”* (TWYLCROSS, 2003, p.67). Os estudos apresentados exemplificam e estabelecem a relação entre a saúde/doença mental e a oncologia, apresentando índices de risco elevado para o aparecimento de perturbação mental decorrente da experiência da doença oncológica. É portanto fundamental estar atento a este risco, saber identificar situações e desenvolver intervenções capazes de produzir respostas adaptativas à situação vivida. Abordar a prevenção da doença mental, e a promoção da saúde mental, parece-me urgente e fundamental. Abordar a doença oncológica e a sua relação com o adoecer mental, a prevenção de situações complexas como o luto complicado, exige uma verdadeira análise e reflexão, mergulhada no contexto pessoal do indivíduo doente e no seu contexto familiar, social e cultural. (ESTEVES, 1995). A vivência de um luto é uma realidade que pode predispor as manifestações de desordem psicológica, por tudo aquilo que acarreta – dificuldades, limitações, implicações familiares, sociais, modificações na estruturação do próprio “eu” pela complexidade inerente. Esta problemática surge muito mais evidenciada na perspectiva do doente terminal e toda a envolvência do processo de luto. Após a revisão da literatura, verificou-se que o luto é uma perturbação pouco reconhecida e diagnosticada, muitas vezes confundida com outras patologias. Por outro lado, a pesquisa efectuada evidenciou a fraca presença de estudos relacionados com o doente paliativo e o seu processo de luto. A avaliação do luto e do risco de um luto complicado é na maioria dos casos efectuada ao nível do cuidador principal (família cuidadora) e não a nível da 1ª pessoa (doente). A pessoa que vivencia uma situação de doença prolongada, vivencia certamente um processo de luto pelas perdas que vão ocorrendo, aos mais variados níveis, processo esse que se deseja o mais sereno e equilibrado possível. Assim, avaliar o risco de luto complicado e perspectivar novas intervenções neste âmbito parece-me fundamental. Aqui a investigação carece de mais estudos, para melhor compreensão do fenómeno e melhor intervenção na prática. Neste contexto de reflexão surgiu a minha motivação e

questões de partida: Como é que a pessoa compreende (representações) a perda face à doença que constitui a sua realidade? Qual o papel do enfermeiro de saúde mental promotor de aprendizagens e de aquisição de competências para quem vivência um processo de luto (com várias perdas inerentes)? Que intervenções poderão ser conduzidas para a promoção da saúde mental, para a promoção de um processo de luto o mais sereno possível, evitando assim o surgimento do luto complicado? Assim, o objectivo principal compreendeu a reflexão sobre a experiencia vivida e a identificação de novas formas de intervenção perante a pessoa em luto, e em risco de luto complicado. Para Barbosa:

“as doenças de curso prolongado e irreversível estão associadas a perdas inevitáveis (...) conduzindo a sofrimento e a processos de luto algumas vezes complicados cujos principais sinais importa diagnosticar precocemente, para que uma intervenção pertinente possa ser desencadeada em tempo útil.” (2010, p.487)

Há já várias décadas que diversos autores vêm tentando explicar o processo do luto, e entre os principais conteúdos e postulados estão os de Freud, Parkes, Worden, Stroebe e Shut, entre outros. Define-se Luto como uma reacção característica a uma perda significativa. (BARBOSA, 2010) Esta definição reporta-nos para dois conceitos que lhe estão implícitos: a perda (real ou simbólica) e a reacção decorrente deste processo. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2005) o luto surge-nos como uma emoção com características específicas: Estadio de Choque; Reacção; e Aceitação. Esta característica fásica é também considerada por variados autores, como Worden (1998); Twycross (2003), entre outros. Também Kubler- Ross (1994) se refere ao luto face à morte como decorrente habitualmente em cinco etapas: a negação e isolamento; a raiva; a negociação, a depressão; e a aceitação. Parkes (2003) considera que as pessoas em luto retrocedem e avançam, entre a fixação e o desespero, antes de chegarem à reorganização. Segundo Barbosa (2010) as reacções adaptativas à perda variam consoante a sua natureza, as expectativas passadas, a personalidade, os valores individuais, e a ameaça percebida em relação ao sentimento de integridade pessoal. O processo de luto é considerado multidimensional, activo, altamente personalizado e determinado por inúmeros factores de vida. Não é um processo linear, mas um composto de fases que podem se sobrepor e variam de pessoa para pessoa. Para além do luto normal, este pode surgir como luto complicado, entre 10 a 20% dos casos este surge (segundo estudos realizados com pessoas enlutadas – BARBOSA, 2010). De acordo com o modelo original de Horowitz (1997), a classificação de Luto Complicado integra três características fundamentais: evitamento, intrusão e incapacidade de adaptação. Aqui a intervenção de

enfermagem é fundamental, importa identificar precocemente alguns aspectos que podem indiciar que o processo de luto se está a tornar complicado, tendo em conta critérios afectivos, cognitivos, físicos, comportamentais, sociais, existenciais / espirituais. Identificar e desenvolver níveis de intervenção é fundamental.

Recentemente, o luto complicado foi operacionalizado sob a designação de Perturbação de Luto Prolongado (HOLLAND, 2009; PRIGERSON, 2009) Esta entidade ganhou reconhecimento como uma perturbação psicológica distinta, que se distancia das manifestações normais de luto (PRIGERSON, 1995; PRIGERSON, 1997; PRIGERSON, 1999), e outras perturbações mentais, como a depressão e ansiedade (BOELEN, 2007; BOELEN, 2003; SHEAR, 2005). O luto complicado e o luto prolongado não apresentam diferenças qualitativas, definem-se em função dos limites temporais, os vários subtipos de luto, tendo sido estipulado que os sujeitos com sintomas de Perturbação do Luto Prolongado aos 0-6 meses, mas não aos 6-12 meses, apresentam formas de luto agudo; aqueles cujos sintomas se revelam mais tarde, entre os 6-12 meses, são diagnosticados com luto inibido; quando as manifestações estão presentes em ambos os intervalos, trata-se então de uma forma de luto persistente. A atenção deve ser orientada no sentido de detectar aqueles que apresentam maior vulnerabilidade de vir a desenvolver formas de luto prolongado, assim como é importante diferenciar de outras perturbações e intervir de maneira adequada. A investigação revela a utilidade dos critérios de diagnóstico, definidos pela Perturbação de Luto Prolongado como indicadores de complicações no luto (PRIGERSON, 2007). Boelen e Prigerson (2007) esclarecem que a Perturbação do Luto Prolongado é distinta da depressão e ansiedade e é preditiva de limitações na qualidade de vida e saúde mental. A preocupação em estabelecer critérios para o diagnóstico e posteriormente intervenção, para o luto prolongado deriva, então, da necessidade de capacitar os profissionais da saúde para identificar pessoas em condição de risco, que passariam despercebidos se o foco se dirigisse apenas à depressão e ansiedade (SHEAR, 2005), como também para desenvolver uma medida padrão para a pesquisa da prevalência, prevenção e tratamento de complicações no luto. A designação neste relatório passa pelo conceito de luto complicado uma vez que se pretendeu explorar a vivência na 1ª pessoa – a pessoa com doença avançada (não no cuidador enlutado, sendo que sempre que se justificasse este foi também acompanhado) – cujo termo “prolongado” não foi considerado ajustado, dada a limitação temporal presente nesta vivência. Falar de perda e do processo de luto que lhe é inerente é essencialmente fazer referência a um processo de Crise. Deve-se interpretar este acontecimento como um momento de mudança. No entanto, não

devemos cair no erro, de pensar e assumir o luto, como um simples momento de crise. É muito mais que isso, envolve uma rede de processos de crise, não exige uma intervenção breve, mas complexa, que implica diversas variáveis e portanto não deve ser minimizado. As intervenções de enfermagem devem ir de encontro às respostas humanas, aos problemas de saúde-doença vividos pelas pessoas por forma a ajuda-las a superar dificuldades, promovendo respostas saudáveis de *cooping*. (STUART, 2001). Não é possível melhorar a saúde mental sem conhecimento das doenças e seu modo de evolução mas sobretudo não é possível melhorar a saúde mental sem conhecer a pessoa e os seus modos de transição. O enfermeiro, sendo o técnico de saúde que mais perto está do doente, encontra-se numa posição privilegiada, imprescindível à promoção da saúde mental, individual e social. Assim, num primeiro momento do estágio optei por desenvolver num serviço de Internamento de Psiquiatria de Agudos, por forma a explorar os processos de Crise e intervenção do Enfermeiro Especialista. Como finalidade pretendi promover o acompanhamento da pessoa com doença mental – em crise, a vivenciar perdas decorrentes da doença, e a promoção de intervenções que permitissem o fomentar de respostas adaptativas. Pretendi também, iniciar a articulação como o segundo momento - o doente oncológico (paliativo) face à vivência do luto e o risco de luto complicado. Procurei “implementar” algumas das intervenções desenvolvidas anteriormente e “utilizar” as competências adquiridas, aperfeiçoando-as e fomentando outras, num contínuo processo de melhoramento e descoberta. Procurou-se o acompanhamento da pessoa em processo de luto, desenvolvendo acções que possibilitassem o despiste / prevenção do luto complicado (intervenção antecipatória) e o desenvolvimento de intervenções específicas (com a equipa de saúde). O processo de auto-conhecimento esteve sempre presente. Tendo em conta as directrizes da Ordem dos Enfermeiros e da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tracei como objectivo geral: desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família com diagnóstico de doença crónica e a vivenciarem um processo de crise/perda. As competências que procurei desenvolver dizem respeito ao auto-conhecimento, competências no âmbito da avaliação, relação de ajuda, prestação de cuidados especializados à pessoa/grupo, acompanhamento em processos de luto e promoção da saúde mental. A metodologia utilizada compreendeu a revisão da literatura, o recurso à observação, entrevista de ajuda, recolha de dados junto dos profissionais, cuidador e análise documental (processo clínico), passando pelo desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas como a relação de ajuda, a técnica de relaxamento e imaginação guiada.

PARTE II: PERCURSO REALIZADO

CAPÍTULO I: SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA

Caracterização do serviço:

Clínica de São José - Internamento de pessoas em fase aguda da doença

A Clínica Psiquiátrica de São José está integrada num dos 12 centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, que é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). Foi fundada em 1956 e a 31 de Maio de 1995 foram inauguradas as novas e actuais instalações. Tem actualmente capacidade para 190 doentes, dando resposta a nível de internamento a doentes psiquiátricos agudos, doentes de evolução prolongada e com deficiência mental. A clínica possui ainda, serviços de consulta externa de psiquiatria, psicologia clínica e programas nas áreas de recuperação psicossocial, gerontopsiquiatria e apoio a familiares de pessoas com problemas de saúde mental. Tem como finalidade a prevenção, tratamento e reabilitação de doentes na área da saúde mental e psiquiatria, numa visão integral da pessoa.

O primeiro momento de estágio decorreu na Unidade II – Santa Isabel. Esta é uma unidade que se destina a utentes do foro psiquiátrico em situações de crise ou agravamento da sua situação clínica, pelo que é uma unidade de curto internamento. No entanto, e após conversar acerca deste facto com os enfermeiros do serviço, e tendo em conta o período de tempo em que estive na unidade, verifica-se que existem actualmente algumas pessoas internadas, que devido á sua situação, apresentam internamentos prolongados. Não existem internamentos compulsivos nesta unidade. A Unidade de Santa Isabel possui 30 vagas, e recebe pessoas dos ambos os sexos. O encaminhamento para o internamento é feito ou através da consulta externa realizada na clínica, ou através de referenciação por outros médicos para os médicos que acompanham a pessoa na clínica. Em termos de patologias clínicas e sintomatologia, são mais frequentes no serviço as Perturbações da Personalidade, Depressão, Doença Bipolar, e cada vez mais Demências. A equipa é multidisciplinar, existindo no internamento Enfermeiros e Técnicos Operacionais em permanência. Existe ainda o apoio da Psicologia, a visita do médico psiquiatra (são os vários e cada um é responsável pelos seus doentes em contexto de internamento), e a visita do médico de clínica geral (visita semanal). Existem como serviços de apoio aos utentes internados, actividades como a terapia ocupacional, a psicomotricidade, mas a frequência

destas está sujeita a indicação médica. Existem sete enfermeiros generalistas no serviço, e duas enfermeiras especialistas, uma delas é também enfermeira chefe do serviço. As actividades realizadas no serviço incluem: Diariamente, no turno da manhã às 10h ida com os utentes ao café (até às 10h30) e depois do almoço as 14h00 (até às 14h30) os utentes são acompanhados pelo enfermeiro podendo apenas ir aqueles que não têm restrições médicas e que após avaliação pelo enfermeiro apresentem condições. Segunda – feira: às 11h00 é realizada a Reunião Comunitária na sala de convívio do serviço com a presença da enfermeira e psicóloga; às 15h45 Expressão Plástica; às 17h00 a Psicomotricidade; (sendo estas últimas duas actividades realizadas fora do serviço); Terça – feira: às 15h45 Artesanato (no exterior do serviço); Quarta – feira: 9h30 admissão de novos utentes (sendo que pode ocorrer em outros dias e noutro horário); às 10h45 Artesanato (no exterior do serviço); Quinta – feira: às 11h30 Terapia Ocupacional; às 16h00 Acompanhamento espiritual; às 17h30 a Eucaristia; Sexta – feira: 10h45 Expressão plástica; às 15h45 o Circuito de Manutenção/ Jogos de Salão. As actividades de Terapia Ocupacional (Artesanato, Tai-chi, Ergoterapia, Psicomotricidade) são aplicadas aos utentes referenciados pelo médico.

Diagnóstico de situação

Dei início à Prática Clínica I, dia 3 de Outubro de 2011 (até 18 de Dezembro – cronograma - Anexo I), altura em que pela primeira vez tive contacto com esta instituição e em particular a Unidade 2 - Internamento de pessoas em situação de doença aguda, onde decorreu essa mesma prática. Após alguns dias de integração, identificava (de forma gradual) as necessidades do serviço e das pessoas nele internadas, procurei compreender qual poderia ser o meu contributo enquanto futura enfermeira especialista para o mesmo. Para conseguir identificar quais as possíveis áreas a intervir, contei com o contributo da Enfermeira Orientadora, que é também Enfermeira Chefe do serviço, e dos restantes enfermeiros do serviço com quem tive contacto. Após discutir que intervenções seriam benéficas para o serviço, em especial para os utentes, e quais seriam realizáveis, tendo em conta a duração do estágio e o que é pretendido com o mesmo, não esquecendo o percurso pessoal a desenvolver, defini então como aspectos passíveis de serem trabalhados ao longo deste estágio, e portanto áreas a intervir: Colaboração nas actividades já existentes no serviço, como as idas ao café, que permitem uma observação e interacção com o utente, podendo ser um momento terapêutico, talvez até de treino de algumas competências

sociais, Colaboração e reimplementação de outras actividades, como as sessões de relaxamento, já realizadas neste serviço, mas que neste momento não estão a acontecer com a frequência desejada, pelo que após validar esta informação com a Enfermeira Chefe, considerei pertinente implementar esta prática (para um grupo alvo com características específicas), motivando a equipa a participar, compreendendo o benefício que traz aos utentes e posteriormente faça da mesma uma actividade regular do serviço; Realização de novas actividades dentro da Unidade, como a expressão plástica por forma a possibilitar ao outro a expressão de vivências – nomeadamente expressão de sentimentos e emoções, dificuldades e necessidades sentidas (visto que este tipo de actividades são apenas realizadas por alguns utentes que participam nelas em sessões fora da Unidade); Realização de Processos de Enfermagem (estudos de caso) relativamente a doentes que me forem atribuídos, sendo que esta escolha partirá de mim, após justificação da escolha do mesmo e interesse do estudo de cada um dos casos em particular para minha vida profissional futura e para o desenvolvimento das minhas competências. Enquanto futura Enfermeira Especialista procurei aqui ajudar a melhorar o cuidado prestado à pessoa em conjunto com a equipa multidisciplinar e desenvolver em mim novas competências. Promovendo em cada acção a capacidade de questionamento da prática efectuada, incentivar a mudança positiva, melhorar o cuidado ajudando a pessoa em situação de doença a capacitar-se para a resolução dos seus problemas, providenciar a partilha de ideias, conhecimentos, habilidades. Conceptualização de novas abordagens de prestação de cuidados de enfermagem, mais especializados, atentos ao pormenor de cada situação, a aplicação de conhecimentos e técnicas adequadas às situações, a promoção da reflexão sobre as práticas e a elaboração de projectos de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação. Procurou-se uma concepção de acção problematizadora, atenta à singularidade e especificidade do outro, mais dirigida para o desenvolvimento de atitudes de autonomia, de "aprender a aprender" que é capaz de se adequar mais aos novos cenários que se traçam na óptica da incerteza, instabilidade, imprevisibilidade.

Como serviço de internamento de pessoas em situação de doença mental numa fase aguda, cujo diagnóstico muitas vezes ainda está por definir, ou cujas situações implicam recaídas face a um historial já longo de perturbação mental, percepcionei a presença de situações de Crise face à vivência complexa e actual por que passam as pessoas aqui internadas. Desta forma, pareceu-me de especial importância dar relevo aos processos de Crise, procurando compreender melhor os fenómenos em causa, e as formas de intervenção. Cabe a Erich Lindemann e Gerald Caplan o mérito pela formulação da *teoria*

da crise. Definem-na como um estado em que a pessoa é incapaz de dar resposta a um obstáculo, vendo-se repentinamente paralisada, há um período de desorganização seguido de um período de transtorno – crise propriamente dita, durante o qual os esforços realizados mostram-se insatisfatórios para a resolução do problema (SANTOS, 1997). Diz-nos Jaspers (1987) que os momentos de crise surgem como momentos em que o todo sofre mudança, da qual o homem emerge transformado: ou com decisão recém-originada, ou decaído. Ao nos referirmos ao surgimento de uma doença mental, necessariamente falamos de perdas várias que ocorrem, falamos de processos de Crise. Sendo uma situação fortemente individual, a pessoa pode perder o controlo dos seus sentimentos e pensamentos, experienciando um estado extremo de agitação emocional. Neeb (2000) acrescenta que muitos peritos acreditam que as pessoas que experimentam uma crise, percorrem cinco fases – pré-crise, impacto, crise, adaptação, e pós-crise. A escolha de situações de crise como ponto de partida para a prática clínica deve-se ao facto de que é na situação de crise que alguns factores se aglutinam e ficam mais evidentes e possíveis distúrbios que antecedem o adoecer mental. A intervenção precoce perante a situação de crise é fundamental - no período de adaptação inicial o principal problema é a antecipação da perda o que gera um leque de reacções emocionais intensas (ansiedade, raiva, solidão existencial, negação, tristeza, desapontamento, ressentimento, culpabilidade, exaustão e desespero). Tal como refere Afonso (2002) uma intervenção terapêutica precoce, num contexto de doença mental grave, melhora o prognóstico da crise e consequentemente evita muitos internamentos pois sabe-se que as recaídas podem surgir ao longo do decurso da doença. Teve-se portanto a preocupação de um olhar complexo face à pessoa com doença mental e ao risco de adoecer mental (ou de recaída – caso a doença já esteja presente), considerando a interligação dos vários factores orgânicos, sociais e psicológicos no momento de crise focalizando-se especificamente na pesquisa e cuidados do mundo relacional do sujeito. Após concretizar o diagnóstico de situação, pude delinear quais as áreas a intervir e quais as competências que pretendia desenvolver ao longo do estágio, dei então início ao trabalho, realizando as actividades a que me propus, e acabando por perceber (após discussão das mesmas com as Enfermeiras Orientadoras) que algumas seriam mais difíceis de concretizar, tendo em conta a especificidade de cada caso.

O *objectivo geral* traçado foi:

- Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados a pessoa/família com diagnóstico de doença mental e a vivenciarem um processo de crise / perda;

Características da população:

- Pessoas com problemas de saúde mental internados em serviço de Psiquiatria (agudos) a vivenciarem um momento de crise – *população alvo*. A população com que me deparei inicialmente – dados recolhidos entre a 1ª e 2ª semana - era constituída por indivíduos do sexo masculino (38%) e do sexo feminino (62%). A média de idades correspondia a 42 anos, o que nos indica a presença de população adulta jovem. São pessoas na sua maioria com formação académica superior (54%), e que se encontravam a trabalhar (activos) antes do internamento (62%). Os cuidadores principais destas pessoas são em todos os casos familiares próximos - pais, esposo (a), filhos e irmãos. (dados recolhidos dos processos clínicos) Estes números não se foram alterando significativamente ao longo do estágio. (Anexo II)

Metodologia / Recursos utilizados:

- Observação, revisão da literatura, a entrevista, o processo de enfermagem, a reflexão, reuniões de equipa e com as Orientadoras.

Detecção de necessidades – implementação de actividades / intervenções de enfermagem

A detecção de um (ou vários) diagnóstico inicial da situação presente na Unidade decorreu da pesquisa efectuada ao nível da observação, consulta de processos, através do diálogo estabelecido com os profissionais de saúde. (Anexo II) Recorri também à entrevista – tendo em conta os princípios definidos por Betty Neuman (um dos referenciais teóricos de referencia usados na Unidade) para a colheita de dados inicial e estabelecimento de um diagnóstico da situação. (Anexo III) Assim, pude perceber a patologia mais frequente, as características da população encontrada, as necessidades mais emergentes, as intervenções já desenvolvidas, actividades realizadas, intervenientes em todo este processo. A referência à patologia mais frequente permite uma melhor definição/descrição da população, pode ajudar na identificação e compreensão de necessidades, mas sem nunca esquecer que a intervenção centrar-se-á nas respostas humanas e não na patologia, a acção de enfermagem centrou-se no processo de transição vivenciado pelas pessoas e nas respostas apresentadas, no entanto a identificação destes dados serviram para complementar a caracterização de uma população.

Relativamente à patologia mais frequente os estados depressivos (42%) ou quadros de surto psicótico (33%) surgiram como aqueles diagnósticos que imediatamente e de uma forma muito generalista caracterizaram a população encontrada. (Anexo II) Considera-se depressão um transtorno afectivo (ou do humor) caracterizado por uma alteração psíquica e orgânica global, com consequentes alterações na maneira de valorizar a realidade e a vida. A sintomatologia de uma forma generalizada compreende sentimentos de tristeza, desinteresse, fadiga, culpa, inutilidade, desesperança, incapacidade. Na crise depressiva *major* os pensamentos são distorcidos por auto depreciação e falta de esperança, a concentração torna-se difícil e podem surgir pensamentos suicidas. Os processos mentais são mais lentos, a memória decresce e o pensamento tem tendência para se desintegrar (TALBOTT, 1992). Muitos destes quadros clínicos surgem associados à perturbação bipolar. Esta caracteriza-se por variações acentuadas de humor, manifestadas por crises recorrentes de mania, hipomania, de depressão ou mistas. Tendo em conta a diversidade de manifestações clínicas e formas de evolução variável, esta doença pode ser muito incapacitante a nível pessoal e sobretudo a nível social. (STUART, 2001) Os surtos psicóticos também surgiram como perturbação frequente das pessoas internadas na Unidade (1º surto ou outros recorrentes). Estes caracterizavam-se essencialmente por alterações do pensamento, comportamento e linguagem. Nestas situações é frequente o isolamento social, o descuidar da imagem, têm alteração dos afectos, podendo este ser embotado, inadequado ou aplanado. No surto psicótico as pessoas cortam o seu contacto com a realidade, voltando a ela quando esta fase remite. Pode-se constituir como uma situação isolada, há que compreender o porquê do aparecimento da mesma, ou esta pode-se constituir como um dos sintomas de algumas perturbações mentais como a esquizofrenia, estas podem ter uma evolução gradual ou precipitarem-se rapidamente. Podendo a doença alternar entre períodos de sintomatologia activa e remissões. (STUART, 2001) Na maior dos casos encontrados as pessoas internadas encontravam-se ainda numa fase inicial de detecção de diagnóstico face à sintomatologia apresentada – 1º internamento – 62% dos casos em situações de Surto, e 50% em casos de Depressão. Situação de diagnóstico definido estava presente em 54% dos casos, e 46% dos casos representavam sintomas ainda por esclarecer – diagnósticos em estudo. (Anexo II) Algumas das pessoas internadas, também se encontravam na Unidade, não por aparecimento de um quadro agudo de perturbação mental, mas por exaustão dos cuidadores. Os apoios mais referenciados (recursos externos) compreendem a família cuidadora / amigos, instituições de saúde, e também a religião em alguns casos.

Associado ao internamento, à doença estabelecida (conjunto de sintomas), à vivência actual, ou simplesmente como diagnóstico que levou ao internamento, os níveis de ansiedade nas pessoas internadas eram elevados. Este aspecto era com frequência observado pelos comportamentos apresentados, e esta constituída uma descrição frequente nos processos de enfermagem. Surgia como um diagnóstico comum e necessidade alterada na maioria das pessoas internadas na Unidade. Perante a população presente foram várias as necessidades encontradas nomeadamente (Anexo II): dificuldade em exprimir os sentimentos e emoções presentes, dificuldade em perceber a vivência actual – desenvolver estratégias de acção, projectos futuros ausentes ou visão negativista, utilização de recursos internos como a negação e o isolamento. Como tal optei por me focalizar na dificuldade presente na expressão e aceitação da vivência, e no delinear de estratégias, por considerá-las pertinentes e aquelas que de uma forma mais generalista caracterizavam a população. Apesar das necessidades peculiares de cada pessoa e de cada vivência estas acabariam por ser transversais a todas as pessoas. Assim procurei desenvolver actividades que facilitassem a satisfação destas necessidades e simultaneamente permitissem uma melhor compreensão do fenómeno em estudo e das intervenções possíveis de desenvolver. Para além dos recursos terapêuticos habituais (desenvolvidos na Unidade) procurei recorrer a intervenções verbais ou não verbais evocativas de diversas formas de expressão enquanto “linguagens” significantes como a expressão plástica, corporal, e lúdica.

As actividades desenvolvidas foram várias e compreenderam: (Anexo IV) o conhecimento de mim e do outro, interacção com o grupo presente, a expressão de vivências através da expressão plástica, a estimulação do pensamento positivo, e da reflexão, o contacto com a Natureza, a expressão através da música, do contacto com o outro e consigo mesmo. Assim a expressão artística deu asas à exploração de vivências, sentimentos e emoções. Estas (actividades) não constituíram apenas momentos de interacção e expressão vivencial, constituíram-se também como momentos de aconselhamento, de ensino, de estabelecimento de relação de ajuda, e de partilha. Em diferentes momentos da interacção enfermeiro – utente foi possível a promoção de estilos de vida saudáveis (Anexo IV), ao mesmo tempo que se promoveu a assertividade. Esta foi uma das competências que senti necessidade de desenvolver ao longo deste estágio. (Anexo VII) Procurei desenvolvê-la no sentido de agir sem ansiedade exagerada, promovendo a expressão dos meus sentimentos de forma honesta e adequada, reconhecendo respostas inibidoras, promovendo o pensamento crítico, a procura de respostas e alternativas. A discussão com a equipa sobre como intervir, como dirigir as

dificuldades, novos dados encontrados referente às necessidades de pessoas internadas foram uma mais-valia, para a minha prática e para a equipa de enfermagem. Desenvolvi um relacionamento terapêutico essencial para o cuidado de enfermagem com qualidade. Relacionei-me de modo empático, embora fosse “delicado” manter-me suficientemente afastada para discernir e preservar os meus próprios sentimentos, momentos houve em que aqui senti dificuldade. A percepção do meu sentir, do meu estar na relação foi uma etapa marcada por dificuldades, existiam em mim “barreiras” que dificultavam a compreensão da essência de cada relação. O porquê de determinado sentimento, a exploração do mesmo, o *pormenor* do outro e de mim, a capacidade de assumir isso e ser “transparente” na entrega e autenticidade da relação implicou medos face ao desconhecido, face ao que poderia estar implícito, mas também implicou determinação nesta descoberta, na certeza de melhor compreender e fazer. (Anexo VII- reflexões)

No decurso das actividades efectuadas foi possível desenvolver competências no âmbito do “trabalho de grupo” – assim designado por Foulkes (1948). Os modelos subjacentes a esta prática são variados assim como a formação do trabalho de grupo. As dinâmicas de grupo são um método enganosamente simples e complexo, porque exige atenção e intervenção face ao grupo mas igualmente de forma individual. As características do grupo eleito tiveram em conta o diagnóstico, a finalidade da acção, e o objectivo terapêutico. (Anexo IV) Os participantes foram levados a interagir uns com os outros e consigo mesmos, explorando as suas dimensões mais profundas, por este facto foi possível propiciar um autêntico contacto humano, pela riqueza das relações estabelecidas. A presença de níveis elevados de ansiedade, levou-me à implementação de sessões de relaxamento, como forma de ajudar o outro no auto-controlo da mesma, como recurso a utilizar face a situações potencialmente stressantes – como a vivência de momentos de Crise, e simultaneamente permitir o contacto com a realidade e com os sentimentos presentes. (Anexo IV - relaxamento) Especialmente nesta actividade procurei estar desperta para as características que definem e regem um grupo. O grupo é o lugar onde a interacção ganha o papel central, há o experimentar de comportamentos, reacções, há o perceber disso, de semelhanças e diferenças. Potenciar um clima de confiança e partilha foi essencial, mas também implicou um enorme desafio, é necessário ter presente a singularidade de cada um, sem esquecer o conceito de grupo. Os debates posteriores às sessões, foram extremamente enriquecedores para aqueles que nestas actividades participaram, porque houve expressão de vivências, e sentimentos, houve partilha, houve procura de estratégias e intervenções em conjunto, cujos resultados foram positivos. (Anexo

IV – actividades - avaliação das mesmas). Foi igualmente importante para mim, no sentido em que permitiu um conhecimento mais profundo da vivência destas pessoas, do seu sentir, permitiu-me aprofundar a técnica de relaxamento como intervenção psicoterapêutica, permitiu-me perceber as minhas dificuldades naquele contexto, re-inventar estratégias, perceber e aceitar limites. A avaliação das sessões e a reflexão desenvolvida posteriormente foi importante para orientar e avaliar a prática por mim desenvolvida. (Anexo IV) Neste contexto terapêutico, a comunicação foi a competência principal desenvolvida, e foi factor determinante nas relações de ajuda então desenvolvidas e indicador de avaliação dos cuidados prestados. Estes aspectos são descritos nas avaliações das sessões e na promoção das reflexões que realizei. (Anexo VII- reflexões) A promoção da reflexão individual, ou em grupo esteve presente. Os temas iam surgindo da actividade ou eram sugeridos pelo próprio grupo. Foi verdadeiramente motivante observar e perceber a forma como debatiam a actividade, a aprendizagem ou dificuldade sentida, e até os sentimentos que emergiam. Havia dificuldade em caracterizá-los, mas eles estavam lá e procuravam a sua exploração. No seguimento destas actividades e de toda a informação obtida foi possível aprofundar conhecimentos sobre a vivência de crise de cada uma das pessoas que nelas participaram. A minha prática clínica foi orientada para factores de protecção e desenvolvimento de estratégias para a satisfação de necessidades encontradas. Foi igualmente importante restaurar actividades que pudessem ser desenvolvidas continuamente na Unidade. Como trabalho académico serviu para me ajudar a perceber a necessidade de inovação (não de ser novo) mas de investir com motivação na nossa profissão. Permitiu-me a expansão de conhecimentos, de competências, suscitando em mim espírito de renovação, o que transporta para uma Enfermagem sublime, na qual todos os enfermeiros se sentem motivados e acima de tudo embrenhados no prazer que é Cuidar do outro.

Acompanhamento de Utentes em situação de Crise – estudos de caso / intervenções desenvolvidas

Lazure (1994) salienta que para se poder ajudar de forma adequada, o enfermeiro deve em primeiro lugar saber e acreditar no cliente, independentemente da natureza do seu problema, este é o único detentor dos recursos básicos para o resolver. O Regulamento para o Exercício Profissional do Enfermeiro define como uma característica do cuidado de enfermagem a relação de ajuda estabelecida com o utente, e por isso a abordagem da

autora e de muitos outros corrobora um dos princípios pelos quais se deve reger a acção de Enfermagem. A *relação de ajuda* deve ser entendida como uma troca em duas pessoas. O enfermeiro deve aceitar o outro como ele se lhe apresenta e dar-lhe pistas para a resolução dos seus problemas. Esta permite que a pessoa adquira um conhecimento mais profundo de si mesma, reconheça os seus processos internos, desenvolva potenciais, descobrindo modos diferentes de perceber, aceitar, enfrentar, tendo em vista o seu crescimento pessoal.

Ao intervir e interagir com as pessoas internadas desenvolvi este instrumento terapêutico. Confesso que este foi mais que um objectivo profissional, foi também pessoal. Gerir sentimentos, frustrações, em função do grau de proximidade com o utente, em função do contexto e da minha vivência pessoal, resultou de longos períodos de reflexão, introspecção, partilha de mim para mim, de mim para os outros. Logrei assim a possibilidade de me desenvolver enquanto pessoa, e profissional, desenvolvi esta competência de um modo mais profundo, explorado, fundamentado e reflectido. (Anexo VII)

A Entrevista de Ajuda surgiu como instrumento de colheita de dados, na compreensão rica e matizada das situações que este método proporciona, surge como uma forma de colher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao entrevistador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como a pessoa interpreta aspectos do seu mundo. Para além do relato de um processo vivencial a entrevista foi também relacional, por si só se constituiu como forma de intervenção face às necessidades encontradas. Ajudar o outro a ajudar-se, a encontrar formas de actuação, estratégias de *cooping*. A Entrevista aqui utilizada, independentemente da estrutura, ao pretender inferir sobre segmentos de histórias de vida, adquire no decifrar do sentido da acção humana, a sua essência, na medida em que se detecta nos discursos, não apenas opiniões, mas sobretudo interpretações de vivências das quais os detentores não estão necessariamente conscientes (ALBARELLO, 1997). É pois no ouvir do que as pessoas dizem, na flexibilidade e na empatia de quem ouve, que o processo de entrevista ganhou forma.

A escolha de pessoas a vivenciarem momentos de Crise face à percepção e realidade da doença mental compreendeu o passo seguinte para fomentar a aquisição de competências neste domínio. Assim procurei reflectir sobre a complexidade da vivência da doença mental enquanto momento de Crise, e perdas inerentes, e desenhar intervenções cujos objectivos pudessem ser exequíveis. Inicialmente procurei criar um grupo de pessoas cujas características da vivência apresentassem semelhanças, por forma a interagir com esse mesmo grupo (caracterização do grupo – Anexo II). A realização de entrevistas individuais, o traçar de planos de cuidados personalizados, o desenvolver de intervenções

nomeadamente os processos de relação de ajuda decorrentes, foram extramente importantes para a percepção da vivência de cada uma destas pessoas. (Anexo V) Mas, por outro lado permitiu-me perceber a importância da singularidade de cada caso e de cada intervenção - assim o exigia. Desta forma, para poder crescer no desenvolvimento das minhas competências e consecução dos objectivos a que me propus, procurei debruçar-me relativamente a dois casos clínicos cuja exploração já tinha iniciado. (Anexo V – Plano de Cuidados “Fátima” e “M^a Filomena”) Assim, as intervenções foram mais pormenorizadas, foi-me possível estar mais desperta ao outro, e a mim mesma. Vários conceitos foram explorados tais como o conceito de perda no contexto da doença mental, a presença de um processo de luto (nestes dois casos em particular detectar situações de luto complicado), percepção de factores intervenientes na vivência individual de cada pessoa, exploração de estratégias de *cooping*. Assim no *encontro* com o outro, no *pormenor* da relação da interacção que estabeleci, foi-me possível mergulhar no meu “eu” e aprofundar (ainda que muito muitas esferas tenha que descobrir) o conhecimento que de mim tenho. A percepção de mim mesma na relação com o outro, permitiu-me a exploração de sentimentos, de dificuldades, de acções desenvolvidas na prática o que se revelou fundamental para melhorar a relação com o outro e consequentemente a percepção das suas necessidades.

Recorri à entrevista de ajuda como forma de colheita de dados e também de intervenção (Anexo VI - guião), a observação esteve sempre presente, a reflexão individual e em conjunto quer com a pessoa alvo da minha intervenção, quer com a equipa. Também a utilização de linguagem científica e específica bem como o recurso à taxonomia própria – NIC, NOC e NANDA (JOHNSON, 2009), estiveram presentes, foi um domínio que procurei desenvolver, e gradualmente aprimorar a avaliação que é feita do utente (através de um exame mental mais rigoroso e atento), a descrição e a intervenção a desenvolver. A intervenção de enfermagem foi desta forma mais profunda, personalizada para cada caso, com directrizes orientadoras, alvo de reflexão, avaliação e reformulação. Esteve essencialmente dirigida para a relação de ajuda. Esta foi a competência que esteve na essência das intervenções aqui desenvolvidas.

No campo de estágio um dos referenciais teóricos utilizados é Nancy Rooper e as actividades de vida. Procurei neste contexto, me adaptar à realidade presente e fazer uma análise dos dados presentes (e utilizados pelos enfermeiros) nos processos dos utentes. Assim, as actividades de vida afectadas neste grupo compreenderam essencialmente a dificuldade na expressão vivencial - comunicar (100%), dificuldades no relacionamento com o outro/mundo, perspectivas futuras (80%), afectação a nível laboral, sociais, familiares,

predomínio do isolamento (80%). Assim as necessidades comuns encontradas traduzem-se: Coping ineficaz, Desesperança, Baixa auto-estima, Integração social prejudicada. Caracterizam a doença actual pelas perdas que ocorrem – essencialmente perda emocional/ psíquica, social/familiar e espiritual. (Anexo II)

As reflexões desenvolvidas ao longo deste percurso

As reflexões que tive oportunidade de desenvolver ao longo desta prática clínica, permitiram dar-me conta do que ia sendo feito, da minha acção – interacção - intervenção, do vivido (experiência) e sentido (sentimentos presentes) ao longo deste período. Assim iniciei esta etapa de aprendizagem por meio de elaboração de reflexões semanais, como forma de diários de campo.(Anexo VII) O questionamento sobre a prática desenvolvida ia sendo elaborado. Foi possível perceber as lacunas, melhorar a intervenção desenvolvida, dar-me conta de mim enquanto pessoa e profissional. As situações que mais me marcaram ou que iam “caracterizando” este momento de estágio, foram descritas e analisadas à luz de vários teóricos tendo sido como base o meu processo reflexivo, que assim se constituiu como forma de aprendizagem. Por outro lado, fui também me dando conta das competências que deveria e procuraria desenvolver. Assim, realizei diversas reflexões relacionadas com as temáticas por mim identificadas como prioritárias na intervenção à pessoa com perturbação mental, em crise. As reflexões que surgiram encaminharam-se no sentido da comunicação terapêutica, a importância da comunicação não-verbal, a gestão do silêncio e a assertividade (dois aspectos que apresentava dificuldades), a relação de ajuda como cerne na minha intervenção, a entrevista como forma de recolha de dados e de providenciar ajuda ao outro. A análise da minha acção diária passou pela reflexão e questionamento relativamente à forma de ajuda à pessoa com doença mental em processo de crise, sobre intervenções desenvolvidas, e análise de interacções. Foi possível providenciar um “diálogo interior” capaz de me levar à compreensão de dimensões mais profundas em mim, que sentimentos estiveram presentes na relação com o outro, o porque dos mesmos, perceber diferentes esferas de acção em mim e no outro, perceber limites na minha intervenção, dificuldades sentidas – gestão de informação e identificação e gestão de sentimentos. Através da descrição das actividades desenvolvidas e análise das mesmas, as necessidades e dificuldades na minha intervenção foram percebidas e melhoradas. A importância do trabalho em grupo e da interacção com uma equipa de cuidados também foi alvo da minha reflexão.

Essencialmente o questionar e reflectir sobre a prática desenvolvida permitiu-me identificar o que estava a ocorrer, ajudou-me na tomada de decisões, permitiu-me a confrontação com as minhas fragilidades e limites, fomentou o meu auto-conhecimento. Também realizei uma análise dirigida à minha prática enquanto profissional num serviço de oncologia, pude perceber que experiência emocional me envolve, que implicações estavam presentes. (Anexo VII) Desta forma o processo reflexivo foi marca ao longo desta prática clínica, foi estruturante na medida em que possibilitou a compreensão da intervenção, e assim melhora-la, perceber-me enquanto profissional e pessoa.

Participar nas actividades desenvolvidas pela Equipa

Participei nas reuniões desenvolvidas pela equipa multidisciplinar da Unidade. Foi fundamental para a percepção da situação de cada utente, do trabalho desenvolvido e da minha possível intervenção. As reflexões que se proporcionaram foram promotoras de desenvolvimento na possibilidade de criar novas intervenções, e permitir a reflexão sobre a prática desenvolvida. O cruzamento de informações revelou-se fundamental para o conhecimento de cada situação.

Participar nas reuniões comunitárias possibilitou também a compreensão dos problemas identificados pelos utentes, a interacção que era estabelecida entre estes e os diversos profissionais de saúde, e as intervenções e soluções apresentadas. Participar nas actividades desenvolvidas pela equipa de Enfermagem nomeadamente todas aquelas que implicam o acompanhamento da pessoa nas suas actividades de vida, entre outras como actividades lúdicas que fomentassem a aquisição de competências individuais, sociais e de interacção, foram fundamentais para o aprofundar de conhecimentos relativamente às perturbações mentais, a acção do Enfermeiro, a intervenção do Enfermeiro Especialista, para a minha aquisição de competências no âmbito da Saúde Mental. Destaco ainda, a participação em actividades como: o acolhimento; actividades lúdicas com os doentes (ida ao café, ao jardim) ; e a prática de exercício físico (sessões diárias, entretanto estabelecidas), com doentes que apresentam limitações funcionais.

A observação, aqui teve um papel importante na medida em que permitiu “recolher” dados sobre as acções desenvolvidas, propiciar a reflexão sobre as mesmas, sobre formas de melhoramento, fundamentou o encontrar de necessidades mais prementes, perceber comportamentos e respostas dadas face a diversas situações. Em termos de experiência vivida permitiu-me perceber o trabalho desenvolvido, ter uma perspectiva mais

completa, adquirir novas percepções e conhecimentos, dar também o meu contributo e “pôr-me ao dispor” da equipa enquanto elemento colaborante para a melhoria das práticas desenvolvidas. Entendo a relevância de reuniões de equipa, como fundamentais na alteração de paradigmas e na melhoria de cuidados prestados, no desenvolvimento de intervenções mais específicas a cada pessoa e cada família, no trabalho em equipa, na tomada de consciência, na prevenção, no caminho a percorrer para alcançarmos os resultados desejáveis.

Participar em actividades científicas complementares

Foram várias as actividades (Anexo VIII) que procurei realizar por forma a complementar os meus conhecimentos na área a que me propus adquirir competências e assim melhorar as intervenções a desenvolver.

Assim, a 19 e 21 de Outubro participei no XXIV Encontro das Taipas – “A Nossa Saúde”. Foi realizada uma abordagem geral sobre a problemática actual da saúde – doença mental. Foram desenvolvidas algumas temáticas mais específicas que procuraram abordar o papel do Enfermeiro na consulta, possíveis intervenções familiares – acompanhamento do doente e família. Também neste âmbito me foi possível percepcionar a intervenção na Crise - uma nova visão, formas de intervenção, tendo sempre como pano de fundo a essência do Cuidar. Dia 11 de Novembro participei numa formação intitulada “O Luto” na Faculdade de Medicina de Lisboa. Foram abordados os novos conceitos e perspectivas do luto normal e luto prolongado. Foram discutidos casos clínicos, apresentadas propostas de intervenção e novos estudos científicos na área. Esta formação foi de especial relevo para a planificação dos cuidados aos utentes por mim escolhidos, visto apresentarem (alguns deles) a presença de lutos complicados. Por outro lado, esta permitiu o acrescentar e aprofundar de conhecimentos numa área de interesse pessoal e profissional, e que na prática clínica seguinte iria desenvolver. Participei ainda, em Formações no âmbito da Investigação em Enfermagem. Aqui a metodologia científica, o rigor, a análise de dados, a exploração de algumas situações e apresentação de estudos recentes com abordagem qualitativas e quantitativas permitiu-me fomentar o meu conhecimento neste domínio, acrescentando assim rigor na minha acção da prática clínica, e na estruturação do meu processo de acção - investigação e intervenção. Participei como formadora – “Métodos de Investigação – Cursos de Mestrado” na Faculdade de Medicina de Lisboa a 27 de Outubro. Aqui explorei a abordagem qualitativa e quantitativa – triangulação de métodos, fiz apresentação de

trabalhos realizados. Como formanda participei na formação “Métodos de Investigação” na Universidade Católica de Lisboa no dia 18 de Novembro de 2011. No dia 13 de Dezembro participei num Workshop intitulado “O Luto e a Família” que decorreu na Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia – aqui foi debatida a temática do luto na família, a vivência da doença no familiar, implicações no cuidador, abordagens, discussão de casos. Participei ainda, num seminário realizado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, intitulado “Desafios em Saúde” realizado no dia 18 de Novembro de 2011. A abordagem das temáticas incidiu na gestão e qualidade dos cuidados de enfermagem, a satisfação, a valorização profissional, a prestação de cuidados de qualidade – a necessidade de medições e objectividade de dados. A integração dos cuidados continuados foi outra temática desenvolvida, centrou-se a discussão na promoção da saúde e o apoio social.

Análise e Reflexão: 1º momento de estágio - competências adquiridas

Numa fase inicial procurei integrar-me numa equipa de cuidados multidisciplinar, num contexto completamente novo e desconhecido para mim. Foi motivador a recepção e apoio que obtive, a possibilidade de descoberta me preenchia diariamente pela possibilidade de novas aprendizagens e aquisição de novos saberes e habilidades que certamente me trariam benefícios para a minha prática cuidativa. Assim, procurei estabelecer um “diagnóstico inicial” da situação encontrada. De uma forma generalista procurei a percepção das necessidades e dificuldades mais emergentes. Alicerçando-me em diversos modelos teóricos, providenciando a recolha de dados por meio dos processos clínicos, da informação dada pelos profissionais, pelo recurso à entrevista, observação, e conversas informais com os utentes pude perceber a dificuldade que as pessoas ali internadas apresentam na expressão da sua vivência e das dificuldades sentidas. A mudança parece ser imposta e com ela todas as dimensões da Pessoa são afectadas. Vêem o seu percurso como algo de difícil compreensão, o que os leva com frequência a um percurso solitário, com dificuldade em desenvolver e pensar estratégias. Há dificuldade em perceber um projecto futuro. A negação, ou isolamento são estratégias de defesa presentes. Os recursos (externos) utilizados dizem respeito ao internamento e à família – as relações de dependência surgem com frequência. Assim, comecei por estruturar a minha intervenção (tendo sempre uma reunião prévia com a Orientadora de Estágio e/ou Docente Orientador), desenhando intervenções capazes de possibilitar a expressão emocional e vivencial que surgia de forma contida. As actividades desenvolvidas tinham como grande objectivo procurar a

satisfação destas necessidades iniciais que foram apresentadas. Por um lado a sua estruturação e implementação tiveram em conta os objectivos do projecto e também as necessidades de um Serviço.

A elaboração de planos de cuidados ajudou-me na compressão dos processos de Crise e na intervenção possível. Aqui foi possível estruturar a percepção da perda face ao surgimento de uma doença que ameaça toda a estruturação da pessoa. Aprimorei competências relacionais e comunicacionais. A relação de ajuda na sua essência foi explorada ao longo das interacções estabelecidas. Desenvolvi processos de auto-conhecimento através das relações estabelecidas e das reflexões que surgiram. Foi importante estar mais atenta a mim mesma, e assim estar mais *eu* na relação com o outro. Não foi fácil perceber dificuldades, necessidades, aceitá-las em mim e redefinir estratégias de acção. Por outro lado, possibilitou-se um aprofundar de conhecimentos vários nas áreas temáticas a que me propus, integrar novas abordagens tendo em conta os referenciais de enfermagem, aprofundar conhecimentos nas formas de intervenção e diagnósticos de enfermagem, utilizar linguagem e técnicas especializadas.

Na intervenção segui o modelo da integração: interiorização - percepção do problema, investimento, identidade. Perante a perda, providenciei intervenção na Crise - apoio – por meio da relação de ajuda estabelecida – intervenção psicoterapêutica – encontro de estratégias, expressão vivencial; aconselhamento – por meio da reflexão propiciada e encaminhamento de situações.

Toda a observação, recolha de dados, interacção, actividades desenvolvidas, análise do vivido e sentido, permitiu-me a compreensão da vivência da perda no contexto da pessoa internada em processo de Crise. (Anexo IX) A percepção das características da vivência, das etapas implicadas, das intervenções possíveis e dos seus resultados permitiram-me a aquisição de várias competências traçadas inicialmente. Avaliação deste percurso encontra-se em anexo. (Anexo X)

CAPÍTULO II: SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO E EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS

Caracterização do serviço:

Apoio Domiciliário / Intra-hospitalar do Instituto Português de Oncologia

De acordo com o PNCP (2010), os Cuidados Paliativos podem ser prestados através de um conjunto de serviços: desde estruturas de internamento ao apoio domiciliário, passando por equipas de suporte no hospital e na comunidade. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) estabeleceu que:

"os cuidados paliativos são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais".

A Equipa de Suporte de Cuidados Paliativos – Unidade de Apoio Domiciliário é composta por uma equipa mista que integra funções de apoio intra-hospitalar e na comunidade. Representa deste modo, a continuidade dos cuidados no domicílio, e resulta do estabelecimento de protocolos de articulação com as unidades de internamento do Instituto Português de Oncologia de Lisboa. Fundamental para esta articulação é a colaboração conjunta com a Equipa de Apoio Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos, nomeadamente na consultadoria, estabelecimento de protocolos e referenciação para apoio domiciliário. Na prática este estabelecimento da rede de recursos contribui para a qualidade dos cuidados e para a utilização racional e otimizada dos recursos existentes. A equipa de apoio na comunidade é formada por 4 Enfermeiras, mais uma Enfermeira Chefe, uma Médica, uma Administrativa, e tem o apoio da Psicóloga e Assistente Social. Na prática a equipa intra-hospitalar (que segue os doentes internados em fase paliativa) é a mesma equipa de apoio domiciliário. Os elementos que a compõem dividem-se entre as duas amplas tarefas a desenvolver. São equipas móveis, que não dispõem de estrutura de internamento próprio, mas detêm um espaço para a coordenação das suas actividades e articulam-se com os vários serviços hospitalares e domicílios onde os doentes em Cuidados Paliativos se encontram. Intervêm nos Serviços quando estes solicitam, sendo o seu objectivo apoiar os serviços que desejam acompanhar os seus doentes, cujos problemas e necessidades são de difícil resolução, decorrentes da situação de doença avançada e que,

pela sua complexidade, exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar. Prestam assim aconselhamento diferenciado, cuidados e orientação no plano individual de intervenção, formação e consultadoria aos profissionais. Estas equipas permitem que os prestadores de cuidados sejam capazes de oferecer Cuidados Paliativos de qualidade e sejam apoiados nesta tarefa, não tomando nunca o lugar das equipas de referência, nem nos cuidados nem nas decisões. De um modo geral, o pedido dos Serviços tanto pode ser específico, nomeadamente para a discussão do projecto terapêutico, o controlo da dor ou de outros sintomas, como mais global, ou seja, quando a situação do doente gera dificuldades para a equipa, sendo de extrema importância o apoio relacional e o apoio directo aos profissionais. A equipa intra-hospitalar visita os serviços de internamento sempre que solicitada, das 8h às 16h, também aqui os profissionais se dividem nas tarefas a desenvolver. O acompanhamento no domicílio realiza-se diariamente, inclusive fins-de-semana e feriados, das 8h às 16h. Tem telefone disponível. As visitas podem ser diárias ou não, simplesmente semanais ou quinzenais, depende das necessidades encontradas no doente e na família. Diariamente os profissionais distribuem-se em dois carros – num deles irá a única médica da Unidade, que seguirá os casos mais problemáticos. Os critérios de admissão são: estar inscrito no Instituto; ter doença avançada e progressiva; ser referenciado pelo médico assistente do Instituto Português de Oncologia de Lisboa; ter um cuidador identificado; residir na cidade de Lisboa; aceitar o apoio da Unidade;

A missão da equipa de apoio domiciliário compreende a prestação de cuidados activos coordenados e globais, a doentes e suas famílias em situação de sofrimento decorrente de doença avançada e progressiva com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida. A metodologia utilizada privilegia quer a intervenção individual quer familiar, em articulação com as diversas estruturas da comunidade. Serviço criado a 27 de Fevereiro de 1956 pelo Professor Francisco Gentil, pioneiro em Portugal na actividade assistencial a doentes oncológicos no seu domicílio.

Diagnóstico de situação

Dei início ao segundo momento de estágio, no âmbito da intervenção na Comunidade, a 3 de Janeiro de 2012, terminando a 17 de Fevereiro de 2012. (Anexo XI) Procurei inicialmente integrar-me na equipa e percepcionar o trabalho desenvolvido pela mesma. De acordo com o encontrado e após reflexão em conjunto com a Orientadora de Estágio e Docente Orientador foi traçado como *objectivo geral*:

- Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados a pessoas/família com diagnóstico de doença avançada (fase paliativa) a vivenciarem um processo de luto / risco de luto complicado;

Características da população:

- Pessoas com doença oncológica (fase terminal) (e família cuidadora) a vivenciar um processo de luto;
- Predominantemente pessoas idosas, e cuidadores principais também idosos. Na 1ª e 2ª semana de prática clínica pude verificar a presença de 71% da população alvo dos cuidados da equipa era do sexo feminino e 29% do sexo masculino. (Anexo II) A média de idades compreendeu os 62 anos, o que nos leva até uma população adulta relativamente jovem, activa – 71% dos casos estava a trabalhar antes da doença, maioritariamente a população é casada 53%, ou viúva 35%. Utiliza como recursos externos preferenciais cuidador principal, equipa de cuidados, e recursos da comunidade. O grau de afinidade com o cuidador principal pressupõe a presença de laços familiares – esposo (a) 47%, filho (a) 35%. É de realçar o número de cuidadores homens – dos 17 utentes seguidos em domicílio, 10 têm como cuidador principal o filho ou o marido - é de realçar o número significativo de homens presentes neste estudo, o que se traduz por uma ruptura com o tradicional papel de cuidador que era quase que exclusivamente atribuído à mulher. Desde sempre, os cuidados que suportam a vida encontram-se ligados a ela, pelo que Paúl (1997) expressa que este facto poderá ser explicado através das normas sociais que reforçam a ideia de que a prestação de cuidados é uma responsabilidade das mulheres. Poder-se-á então inferir uma provável alteração das condutas e valores sociais actuais, que começam a desenhar esta diferenciação face ao tradicional e por outro lado a proximidade entre o papel do homem e da mulher. A idade do cuidador apresenta uma média de 55 anos. Das 17 pessoas seguidas pela equipa, 14 apresentavam como cuidador principal, alguém com idade superior a 60 anos. Muitas vezes são os idosos mais autónomos que cuidam de outros idosos dependentes. A população de pessoas em fase paliativa apresenta características semelhantes, que se traduzem nas necessidades imediatas, tais como: a debilidade física, a fragilidade emocional – labilidade emocional e/ou dificuldade na expressão emocional, desesperança, níveis elevados de ansiedade, sintoma mais frequente e de difícil controlo - presença de dor. (Anexo II) Face às 17 pessoas encontradas inicialmente sujeitas ao acompanhamento da equipa, pude verificar que o intervalo de tempo mais significativo face ao tempo de intervenção da equipa é de 5 a 12 semanas; o intervalo de tempo que medeia

desde o diagnóstico até à intervenção da equipa é na maioria dos casos de 13 a 24 meses. (Anexo II) Estes dados alertam-nos para uma intervenção na maioria dos casos já tardia, o que dificulta o tipo de intervenções a realizar.

Metodologia / Recursos utilizados:

- Observação, reflexão crítica, análise de dados recolhidos, recurso ao processo clínico, reuniões com a equipa e Orientadores, Entrevista diagnóstica e de ajuda, recurso a técnicas psicoterapêuticas – relaxamento e imaginação guiada.

O Luto é definido como um conjunto de reacções emocionais, físicas, comportamentais e sociais que surgem como resposta a uma perda – seja uma perda real ou fantasiosa (perda de um ideal, de uma expectativa), seja uma perda por morte ou pela cessação/diminuição de uma função, possibilidade ou oportunidade (PARKES, 1998). A realidade da perda face à doença crónica avançada (no âmbito oncológico) é marcada por um conjunto de sintomas debilitantes e gradual incapacidade funcional (nos vários domínios da pessoa – físico, psíquico, social, familiar e espiritual). Assim, a intervenção desenvolvida com doentes em fase de palição é de extrema importância para o propiciar de um processo de luto (do doente e necessariamente da sua família cuidadora) o mais sereno possível. Com efeito, são reconhecidas há décadas as implicações do luto sobre a saúde mental, por estar na origem de perturbações depressivas, ansiedade, desespero, descrença e anestesia emocional (BOWLBY, 1961). Porém, quer o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição (APA, 1996), quer a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Edição (OMS, 1995), entendem o luto como um stressor normativo, e embora façam a distinção entre o luto normal e a Perturbação Depressiva Major, não reconhecem que as manifestações de luto possam tornar-se patológicas. Todavia, tornou-se actualmente consensual que, entre os extremos de uma reacção de luto adaptada, auto-limitada, não merecedora de intervenção terapêutica, e as síndromes psiquiátricas, há uma população intermediária de indivíduos que apresentarão um transtorno de luto complicado – indivíduos que merecerão tratamento que os alivie dos intensos e deletérios sintomas emocionais. O conceito de luto complicado ou luto prolongado, como é designado na Quinta Edição do DSM, ganhou reconhecimento como uma perturbação psicológica distinta, que se distancia das manifestações normais de luto (PRIGERSON *et al.*, 1995; PRIGERSON, *et al.*, 1997; PRIGERSON *et al.*, 1999).

Neste âmbito o acompanhamento da família cuidadora é indissociável do acompanhamento da pessoa com doença paliativa. Intervir prevenindo uma situação de luto prolongado no familiar cuidador é também uma das funções da equipa comunitária e intra-hospitalar. No entanto, a minha intervenção procurou dirigir-se principalmente para a pessoa com doença paliativa em processo de luto (sendo que sempre que se justificasse a acção desenvolvida englobaria a família cuidadora). Pelo levantamento de dados e experiência profissional foi-me possível perceber que aqui reside um real e elevado risco de desenvolver um luto complicado, é importante desenvolvermos novas intervenções capazes de “serenar e dignificar” esta etapa de vida.

O luto normal é experimentado por 80-90% dos enlutados (PRIGERSON, 2004) e apesar muito doloroso e perturbador, a maioria dos sobreviventes enlutados ultrapassa a sensação inicial de descrença e, progressivamente, encara a perda como uma realidade. Esta situação é frequentemente descrita se nos referirmos aos cuidadores de doentes paliativos – familiares cuidadores, são vários os estudos que apontam felizmente para esta realidade. No entanto, estudos desenvolvidos com a pessoa em situação de doença terminal, e o seu processo de luto, são escassos mas as implicações na qualidade de vida no decurso da doença são inúmeras, e são apontadas por diversos autores. (BARABOSA, 2010) Logo a necessidade de acompanhar estas pessoas no seu processo de luto, perceber realidades necessariamente individuais e estruturar formas de intervenção capazes de facilitar a transição que agora se impõe, levou-me à realização deste estágio no âmbito da equipa de apoio domiciliário / intra-hospitalar, e à procura de uma percepção mais profunda da vivência do luto tendo como interveniente a pessoa em processo de luto face à vivência actual de uma doença avançada. Procurei explorar a vivência descrita, necessidades emergentes, formas de intervenção, aquisição de competências capazes de enriquecer a minha prática de cuidados.

Realização de estudos de caso – acompanhamento no processo de luto

A realização de um estudo caso (Anexo XII), neste âmbito, teve dois objectivos primordiais, o primeiro porque pretendia desenvolver um plano de cuidados que me permitisse criar de forma individual e aprofundada intervenções dirigidas à pessoa em situação de luto, nomeadamente em risco de luto complicado, em segundo aplicar e continuar a desenvolver competências apreendidas anteriormente, e descobrir outras, desenvolver intervenções no âmbito psicoterapêutico capazes de serem “transferidas” para

a minha prática profissional. A realização do plano de cuidados e as intervenções desenvolvidas tiveram sempre em conta o projecto terapêutico que é desenvolvido com a equipa multidisciplinar, e o projecto individual de cada pessoa alvo de cuidados. Desta forma os objectivos foram mais facilmente almejados. Porque pretendia mergulhar profundamente na vivência de uma pessoa e percepciona-la de forma autêntica e o mais exaustivamente possível, por forma a dar-me conta dos pormenores da vivência e da relação que ia estabelecendo, escolhi inicialmente apenas uma utente, para este percurso. Foi possível identificar necessidades, aspectos que ainda não tinham sido percepcionados pela equipa, dar-me em pleno na relação, percepcionar o sentido e vivido no momento de forma muito mais completa e complexa do que até então tinha percepcionado. Foi possível traçar intervenções cujos resultados foram positivos. As técnicas utilizadas como a entrevista a relação de ajuda, o relaxamento e imaginação guiada foram benéficas na ajuda que se potencializou à pessoa em situação de doença avançada. A percepção e reflexão sobre o acompanhamento neste caso permitiu-me aprofundar aspectos da minha acção – interacção com o outro, percepcionar conceitos centrais em todo este processo, dar-me conta dos meus lutos, fomentar o meu crescimento enquanto pessoa e profissional. Outros dois estudos de caso foram entretanto desenvolvidos, pelo facto de a questão temporal o permitir, pela minha motivação em continuar o percurso até então já desenvolvido, pela minha necessidade de continuar a aprimorar as técnicas psicoterapêuticas já desenvolvidas, a minha relação com o outro, a minha aquisição de competências. (Anexo XIII e XIV)

Detecção de necessidades – a entrevista de ajuda e o recurso a escalas

A Entrevista de Ajuda, como já descrita anteriormente foi o instrumento elegido como forma de percepção da realidade vivida, e como meio de intervenção através do estabelecimento da relação de ajuda. Muito mais consciente desta, do processo de interacção e de mim mesma (continuada a descoberta) este foi o instrumento terapêutico que me permitiu a compreensão de todo um processo, a detecção de necessidades e formulação de intervenções pertinentes. Para complementar e aprofundar a compreensão de necessidades encontradas foram também utilizadas duas escalas existentes na Unidade de Apoio Domiciliário como instrumento de colheita de dados. (Anexos XV, XVI, XVII, e XVIII) Uma delas permitiu-me analisar o grau de complexidade da situação em causa (sintomas presentes, avaliar necessidades, grau de dependência, situações de difícil resolução – *“Um doente em cuidados paliativos que apresente mais de três sintomas*

descontrolados é considerado um doente complexo” (PNCP (2010)), e outra delas reúne um conjunto de itens que me permitiram, de forma simplificada, a compreensão de níveis de ansiedade e depressão. É indispensável que a comunidade multidisciplinar possa ter ao seu dispor instrumentos que lhe permitam a adopção de medidas suportadas em critérios de base científica. Assim, foi satisfatório poder utilizar estes instrumentos por forma a perceber mais objectivamente as necessidades encontradas. É de realçar a utilização de instrumentos que temos ao nosso dispor como o recurso a escalas que nos permitem atribuir maior qualidade e objectividade ao que colocamos na nossa prática.

As actividades de vida diária mais significativamente alteradas (no grupo em estudo) referem-se à expressão vivencial – comunicar-se, o morrer, os aspectos relacionais / laborais, sendo que se seguem as alterações físicas que ocorrem (como os cuidados de higiene, mover-se, alimentar-se) com igual representatividade de importância. Também nesta população se dá relevância às perdas emocionais/psíquicas. (Anexo II) As necessidades comuns aos três casos abordados dizem respeito a: dificuldade em comunicar, expressar o vivido (a experiência) e sentido (que sentimentos estiveram presentes), delinear estratégias, difícil controlo da dor, ansiedade e medo perante a vivência actual, sobressai a perda de autonomia, sendo que as perdas ocorrem a nível individual, familiar e social. Foi identificado o risco de luto complicado tendo em conta os factores apresentados (pessoais, relacionais, e sociais). Foi possível estabelecer critérios presentes de ordem afectiva, cognitiva, comportamental, social, e espiritual. (Anexo II tendo em conta os Anexos XII, XIII, e XIV)

Realização de intervenções psicoterapêuticas (relaxamento/imagética)

As intervenções desenvolvidas tiveram em conta a circunstância de cada pessoa e as necessidades encontradas. No primeiro caso (Anexo XII e XIII) foi de extrema importância a realização de uma entrevista inicial (a análise da mesma) e a consequente relação de ajuda que se estabeleceu deste então. Enquanto intervenção esta permitiu o iniciar da relação que se foi estabelecendo, a formulação de necessidades e intervenções futuras. Possibilitou ao outro uma melhor compreensão de si mesmo, e da realidade vivida – percepção das suas reais necessidades num dado momento, possibilitou-me a percepção da minha acção, fomentou a reflexão, a procura de uma prática de intervenção direccionada e personalizada para aquela situação. Face às necessidades encontradas (ansiedade elevada, dificuldade no controlo da dor, dificuldade de expressão) a realização de sessões de relaxamento

associadas à imaginação guiada, trouxeram uma nova possibilidade de intervenção. Os resultados foram positivos. Houve aquisição de competências por parte da utente e seguramente por mim, enquanto processo de desenvolvimento pessoal e profissional. (Anexo XII e XIII - reflexões)

A possibilidade de continuar a desenvolver intervenções psicoterapêuticas neste âmbito, foi uma realidade, que se desenvolveu pelo acompanhamento de mais dois casos clínicos. (Anexo XIV) A técnica de relaxamento utilizada foi o relaxamento progressivo de Jacobson. Concomitantemente e porque a combinação de diferentes técnicas de relaxamento / redução de níveis de *stress*, parecem ser mais eficazes do que as isoladas (DAVIS, 1998; LEHRER 1983, POPPEN, 1988) e porque ao mesmo tempo produzem efeitos mais poderosos, optei também por recorrer à técnica da imagética. São vários os estudos desenvolvidos que demonstram a importância da utilização destas técnicas em doentes paliativos. (Anexo XII) Gostaria de salientar a adesão positiva por parte dos utentes relativamente ao uso destas técnicas, bem como os resultados positivos e conhecimentos que a partir daqui se adquiriram. Foi possível percepcionar a etapa em que se encontravam os utentes (relativamente ao seu processo de luto), que recursos utilizavam, qual a visão da situação vivenciada, relações presentes, sentimentos emergentes e dominantes. (Anexo II)

Intervenção com a família cuidadora

A família é entendida como um sistema, como um todo, uma globalidade, que só numa visão holística pode ser correctamente compreendida. A família é “...*uma rede complexa (...) a simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e complexidade relacional desta estrutura.*” (RELVAS, 1996) É na família e com a família que cada indivíduo procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise, tal como nos é dito por José Gameiro: “ *a família é uma rede de relações e emoções que não são possíveis de ser pensadas com os instrumentos criados para o entender dos indivíduos isolados...*” (RELVAS, 1996) É na família que na maioria das vezes encontramos o cuidador informal do doente. Esta desempenha um papel muito importante na assistência ao doente oncológico, particularmente na promoção do conforto e segurança do mesmo. Na concepção de Kubler-Ross (1994) se não levarmos devidamente em conta a família do doente, não poderemos ajudá-lo com eficácia. Segundo Pierre (2000) os familiares passam por fases muito semelhantes à do doente, parece então relevante que se procure perceber e compreender as reais necessidades destes cuidadores, quais os impactos de todo este

processo. Assim, a prevenção ou redução de perturbações relacionadas com a experiência de prestar cuidados deve ser incluída nas intervenções preventivas prioritárias (BRITO, 2002), um vasto corpo de investigação tem demonstrado que ir ao encontro das necessidades da família é melhorar a situação do utente e da família como um todo. (DIXON, LEHMAN, 1995; DIXON, 2001; MACFARLANE, 2003)

Necessariamente o acompanhamento da pessoa com doença avançada implica a sua família cuidadora e o acompanhamento da mesma. No entanto, procurei, como já expliquei anteriormente, desenvolver a minha acção essencialmente na pessoa portadora de doença e no seu processo de luto. Contudo, a intervenção da equipa (domiciliária/intra-hospitalar) exige sempre a actuação na esfera familiar, nomeadamente nas situações abordadas. Por outro lado, as sessões e interações que realizei com os doentes, encaminharam-me para os cuidadores principais destes, presentes na maioria dos casos (nomeadamente no domicílio), o que exigia de mim alguma acção/atenção. As intervenções que desenvolvi relacionaram-se com o aconselhamento / apoio e acompanhamento – despiste de situações problemáticas. Face ao acompanhamento do utente é inerente ao acompanhamento à família cuidadora, funcionam como um todo cuja intervenção não se pode descurar. Assim a intervenção pareceu-me pertinente e fundamental também para o despiste relativamente à família cuidadora poder vir a desenvolver luto prolongado. A avaliação neste âmbito deriva de um princípio fundamental dos cuidados paliativos, segundo o qual doente e familiares devem ser envolvidos na tomada de decisão. Para se avaliar o grau de funcionamento da família diante de uma perda, devemos ter em consideração a etapa do ciclo vital em que se encontra, os papéis desempenhados, a interacção, a capacidade de expressão emocional da família, os padrões de poder, relação e comunicação (FRANCO, 2008) O envolvimento das famílias nos cuidados é essencial para garantir um bom acompanhamento aos doentes, assegurando a continuidade do tratamento adequado e suporte social, principalmente no fim de vida. As famílias tornam-se aliadas no cuidar. Assim sendo, a apreciação do risco decorre do contacto directo com os principais cuidadores durante o processo de prestação de cuidados ao doente, constitui o primeiro indicador da necessidade de suporte e intervenção especializada. A relação de ajuda esteve na base das intervenções desenvolvidas, propiciando assim acompanhamento, e encaminhamento da família cuidadora. (Anexos XII, XIII e XIV)

Participação nas actividades desenvolvidas pela equipa – contributos

Porque a Enfermagem valoriza as relações humanas, é também necessário desenvolver competências de comunicação. A importância que a comunicação e as reuniões desenvolvidas assumem na equipa de cuidados é neste contexto extremamente importante. Foi importante participar neste processo de interacção e troca de informações, como forma de desenvolver a minha competência comunicacional em equipa multidisciplinar, mas também como forma de descrever intervenções desenvolvidas, reflectir sobre acções futuras, promover novas estratégias de acção, estabelecer metas, partilhar dúvidas encontrar respostas. Lidar com a vulnerabilidade da vida, e a eminência da morte, é tocar no que há de mais rico e frágil em cada um de nós, a partilha sobre a prática de cuidados em contexto paliativo é fundamental na ajuda, inter-ajuda que é proporcionada, na prevenção de situações limite para o profissional de saúde. Ao final de cada turno, e no início do mesmo, este momento de partilha e discussão é proporcionado pela equipa.

O acompanhamento de doentes no domicílio, revelou-se uma experiência única e complexa, implica entrar em todas as dimensões daquela pessoa alvo dos nossos cuidados, implica mergulhar em todos os seus contextos, e naquilo que ela tem de mais íntimo. (Anexo XIX – reflexões) Neste contexto foi possível a percepção de uma realidade diferente do contexto hospitalar e da intervenção desenvolvida também ela peculiar. Participei em algumas Consultas da Equipa Intra-hospitalar – Consultas externas do Instituto Português de Oncologia de Lisboa – realizadas às terças e quartas das 14h às 16h, o doente é encaminhado pelo médico assistente. Claramente insuficiente, estas visam dar o 1º apoio aos doentes em situação paliativa e fazer o rastreio inicial de necessidades. Devidamente valorizada fica a indispensável preocupação pela cooperação multidisciplinar, essencial na avaliação como na terapêutica e controlo biológico, psicológico, afectivo, social e espiritual dos doentes e famílias.

Participar em actividades complementares

Para complementar a minha intervenção, fomentando uma acção mais estruturada e com conhecimentos mais aprofundados achei pertinente realizar algumas incursões ao gabinete de Psico-Oncologia do Instituto Português de Oncologia. Foram, apenas duas as visitas, por constrangimentos locais e temporais. Foi possível assistir ao acompanhamento dado ao familiar enlutado – acompanhamento individual. Aqui a intervenção passa pela

Psicologia e Psiquiatria, sendo que o encaminhamento dos familiares enlutados e com necessidade de intervenção especializada, é feita pelo enfermeiro – seja através da equipa de apoio domiciliário / intra-hospitalar, seja por intermédio do enfermeiro responsável num dado serviço onde familiar da pessoa com doença oncológica está internado ou faleceu. Foi importante percepcionar a interacção multidisciplinar e de que forma o enfermeiro (independentemente do serviço) pode aconselhar e encaminhar situações de risco. A realização de sessões em grupo (grupos de apoio) é um projecto ainda em curso, que aguarda implementação. Foi com agrado que percepcionei a possibilidade desta realidade. Aqui, a colaboração de enfermeiros durante as sessões (prevê-se uma abordagem multidisciplinar) parece ser um desejo a cumprir.

Envolver a Equipa de Enfermagem / promover formação em serviço tendo em conta as necessidades da equipa

Por sentir dificuldades da equipa de Enfermagem (no serviço onde exerço funções) (e não só – multidisciplinar) no âmbito da intervenção em luto, com quem desenvolvo o meu trabalho diariamente, senti necessidade de promover formação em serviço relativamente ao processo de luto e à abordagem que este processo deve ter. (Anexos XX (a) e (b) - sessão realizada pós estágio, dia 22 de Fevereiro) Esta sessão de formação teve a colaboração da Psicóloga do Serviço. Assim foram abordados conceitos centrais em todo o processo de luto, discutidos casos, apresentação de algumas intervenções, nomeadamente aquelas que pude recentemente desenvolver nesta prática clínica. Actualmente, procuro (em conjunto com outros enfermeiros) estabelecer uma sessão quinzenal de *reflexão em equipa* relativamente às dificuldades sentidas ao longo desse tempo. Os temas abordados serão vários, mas o objectivo central será permitir a ventilação emocional de vivências complexas como o processo luto – o luto profissional. Todos os profissionais do serviço poderão participar, procura-se a criação de um espaço de partilha e reflexão, sem culpas e sem medos, será um espaço e sessão informal, mas creio de extrema importância face à realidade e dificuldades (pessoais ou organizacionais) encontradas. No âmbito da equipa de apoio domiciliário foi feita uma breve apresentação (16 de Fevereiro) (após um pedido da mesma, que resultou da discussão e reflexão de alguns casos) relativamente à utilização de uma escala - instrumento de avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13). Foi desenvolvido por PRIGERSON & MACIEJEWSKI (2007). Esta escala foi já validada para a população portuguesa (DELALIBERA, 2010) e permite a avaliação do risco de luto

complicado no familiar cuidador. A presença de um instrumento que permite avaliar o risco e apresenta como resultado dados objectivos é uma mais-valia em termos de efectivação do diagnóstico, facilidade no estabelecimento do mesmo, aumenta a credibilidade e fiabilidade da intervenção desenvolvida pela equipa. Este instrumento está agora a ser revisto pela Unidade de Apoio Domiciliário para a sua aplicabilidade. (Anexo XXI) Também foram construídas (com a colaboração/experiência da equipa, bem como Enfermeira Orientadora) umas tabelas orientadoras da avaliação da família cuidadora e do doente relativamente ao risco que apresentam de desenvolverem processos complicados. (Anexo XXII)

Implementação de protocolo de luto

Pelo facto de lidar frequentemente em contexto profissional com a morte, e com todas as implicações inerentes a um processo de luto, pareceu-me fundamental a elaboração de um protocolo de luto que pudesse ser implementado no serviço onde exerço funções. (Anexo XXIII). Assim, esta temática e a importância da mesma foi discutida com a Enfermeira Chefe e aguarda-se aprovação do protocolo elaborado.

Promovendo a reflexão

Também neste contexto da prática clínica o processo reflexivo, marcou o percurso desenvolvido. Foi e é através do mesmo que é possível ter percepção da experiência, das intervenções efectuadas, dos resultados obtidos, da análise dos mesmos e da construção de uma acção mais efectiva e personalizada face aos cuidados prestados. Assim num primeiro momento a Comunicação foi alvo da minha análise. Que implicações e particularidades, esta tem ao nível da pessoa em situação paliativa. A comunicação de más notícias, a forma como é efectuada foi alvo da minha reflexão. Aqui surgiram as questões éticas e morais que fazem deste processo comunicacional um terreno frágil de pisar. O trabalho desenvolvido pela equipa, a envolvimento e especificidade e vulnerabilidade inerente ao cuidar no domicílio, e que caracteriza todos os intervenientes deste processo, foi alvo da minha introspecção e análise. A complexidade de algumas intervenções e situações esteve presente ao longo das reflexões desenvolvidas. O acompanhamento de pessoas em situação de luto, com risco de luto complicado esteve na essência das reflexões e análises elaboradas. As reflexões semanais, deixam a marca do diário de campo, e consequentemente do trabalho desenvolvido. (Anexo XIX)

Análise e reflexão: 2º momento de estágio – competências adquiridas

O percurso deste segundo momento de estágio iniciou-se com a integração numa equipa de cuidados paliativos. Comecei por identificar o trabalho desenvolvido, e fazer o levantamento de necessidades. Daqui surgiram reflexões inerentes à complexidade das situações encontradas e à tomada de decisões – intervenções a desenvolver. Para dar resposta aos objectivos definidos inicialmente, e como forma de desenvolver acções pertinentes e relevantes no contexto de estágio, foi escolhida uma doente (e posteriormente mais duas pessoas) para que pudesse acompanhar a sua vivência – acompanhamento num processo de luto – risco de luto complicado. (conceito de acompanhamento tido em consideração – Anexo XXIV) Apesar de lidar (no meu contexto profissional) com a morte e a complexidade da oncologia, neste contexto (de motivação, de aprendizagem e descoberta) estava muito mais *eu* (pela disponibilidade) na relação com o outro, foi possível propiciar a reflexão individual e em conjunto, e a definição e redefinição de estratégias a usar, sendo a pessoa em situação de doença o elemento chave e central de todo o processo. A possibilidade de desenvolver novas intervenções (abordagem psicoterapêutica), personalizadas, foi redescobrir novas possibilidades na prática cuidativa, foi motivar a acção e o pensamento no sentido de melhor desempenhar o meu papel profissional. As intervenções passaram por: fornecer informação; promoção do reforço verbal – expressão verbal (narrar a situação); fomentar a tomada de decisão - comparação de alternativas, imaginação de alternativas, expressão de sentimentos e emoções – facilitação da expressão, descentração ou centração, exploração criativa, distração, “programação” de contingências – perdas que irão ocorrer, aconselhamento, focagem e expressão de sensações (somáticas). Assim, mais uma vez, se propiciou um desenvolvimento profissional capaz de ser transportado para a minha realidade profissional. Com este, e resultado de todas as interacções, reflexões, acções, avaliação de todo o percurso foi possível uma maturação pessoal – pensar, sentir, agir perante os meus próprios lutos, os sentimentos presentes, as necessidades que surgiram, as dificuldades encontradas, o desejo de melhor conhecer, melhor compreender para melhor ser, melhor me relacionar, melhor agir. (Anexo XXV) Assim, a formação neste âmbito também se revelou importante. Foi possível contribuir com novos dados para o trabalho desempenhado pela equipa de apoio de apoio comunitário / intra-hospitalar, bem como para o serviço onde exerço funções. A aquisição de competências decorreu a diversos níveis, espelhadas na análise e avaliação efectuada deste percurso, em anexo. (Anexo XXVI)

PARTE III: RESULTADOS

Reflectindo sobre a prática vivenciada no papel de Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

As situações com que me deparei conduziram-me à procura de soluções e estratégias adequadas embora inicialmente me alicerçando (em demasia) no pensamento racionalista técnico, que na maioria das vezes fui imbuída. Impus-me aperfeiçoar a minha prática de cuidados, dando relevo a outras dimensões por vezes descuradas. Assumi o compromisso de desenvolver a minha competência reflexiva, e com ela permitir o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Sustentei-me em vários pilares desde o Ciclo de Gibbs, à análise das interações segundo Chalifour. Segundo Smyth (1989) procurei a descrição da vivência – o que fiz, o que penso e sinto; a interpretação – o que significa, reconstrução – como poderei mudar, e melhorar.

O desenvolvimento do auto-conhecimento como competência a desenvolver, implicou um processo moroso e penoso, que implicou empenho, dedicação, ir ao fundo de mim mesma. Procurando interpretar e reflectir sobre a prática desenvolvida fui elaborando um conjunto de reflexões que espelham o caminho percorrido. Todo o percurso fez de mim uma profissional muito mais reflexiva, persistente na descoberta, rigorosa, sem medos de ir mais além, de me re-descobrir enquanto pessoa e enquanto profissional capaz de questionar a prática, evidenciar motivos que justifiquem a acção, iluminar as consequências a que conduzem. A capacidade de promover o auto-conhecimento não desabrocha simplesmente, nem espontaneamente, resulta de um querer, da persistência na compreensão, na certeza que se pode desenvolver, e este é hoje um projecto para a vida.

Outras competências foram entretanto desenvolvidas e dizem respeito à Comunicação (reconhecer atitudes pessoais, sentimentos, expectativas, demonstrar respeito e autenticidade na relação estabelecida, identificar obstáculos e dificuldades, agir como gestor de informação, gerir sentimentos, adoptar técnicas comunicacionais e apoio emocional apropriado em cada caso), Identificação e controlo de sintomas (desenvolver o processo de avaliação do doente, usar instrumentos cientificamente reconhecidos, descrever componentes físicos e psíquicos na forma como são percebidos, valorização de dimensões várias no sofrimento do doente, utilizar técnicas de identificação e intervenção (psicoterapêuticas) para o alívio de sintomas e satisfação de necessidades, avaliar resultados, usar os resultados e conhecimentos actualizados para analisar planejar e

intervir, reavaliar e redefinir objectivos), Cuidar do cuidador (procurei conhecer o sistema familiar (sempre que possível), avaliar necessidades, oferecer apoio apropriado, promover ensinamentos, e autocuidados/autonomia), Trabalho em equipa (reconheci o seu processo de cuidados na multidisciplinariedade e na articulação com cada membro, integrei-me num sistema de cuidados complexo dinâmico, onde reconheci a importância do enfermeiro especialista, avaliei e promovi intervenções específicas). O processo de aquisição de competências passou pela articulação entre os saberes teóricos e os saberes práticos. O ciclo de aprendizagem, desenvolvimento de competências, acontece na progressão da experiência, pela reflexão providenciada, pela conceitualização/abstracção, e experimentação-intervenção-interacção. Há apreensão do saber-fazer experiencial (depende em muito do tempo) e cognitivo, que resultou da tomada de decisões, da criação promovida. Neste processo de construção foi de especial importância as aptidões ou qualidades pessoais. Do comportamento apresentado resultou o meu questionamento, e a minha vontade de mais compreender. A convicção e curiosidade que sempre me acompanharam foram superiores aos receios sentidos nesta caminhada. Assim, se aperfeiçoou a capacidade de escuta, de iniciativa, a tenacidade e auto-confiança. Neste domínio não basta dispor de conhecimentos e habilidades para agir. O raciocínio e reflexão desenvolvidos só podem ser pertinentes se informados pelas emoções. As reacções emocionais podem constituir riscos ou ser uma ajuda. As capacidades emocionais entretanto descobertas ou elaboradas, permitiram-me reduzir o campo das alternativas, e portanto tomar decisões, num tempo restrito, onde a improvisação e a intuição encontram aqui explicação. Em síntese os saberes compreenderam saberes teóricos, saber-agir, cognitivo, experimental, social e relacional. A competência no âmbito da Enfermagem só pode ser entendida tendo em conta a combinação das dimensões científicas/organizacionais/técnicas com as pessoais, relacionais, sociais. Aspectos estes, que me permitiram estar mais atenta a mim e ao outro e à sua circunstância, reduzir medos, aceitar limites, mas procurar continuamente os meios ao dispor e a compressão das situações. O que é particular na experiência vivida, diz respeito ao aspecto relacional em que a ferramenta a afinar, sou eu própria. Com base na experiência vivida foi possível promover o desenvolvimento gradual de competências, onde as habilidades cognitivas, afectivas/emocionais, se desenvolveram com o tempo e no decurso de diversos desafios em que a experiência me colocou.

Análise e discussão de todo o percurso efectuado

...Do retomar teórico à panorâmica da problemática

Não obstante a existência de uma considerável literatura sobre os processos de luto, a mesma nem sempre se reporta ao processo vivido na 1ª pessoa – a pessoa em situação de doença e a viver um processo de luto, nem no envolvimento da tríade doente / cuidador / profissionais de saúde e suas implicações, reportando-se quase sempre para o processo de perda referente aos cuidadores familiares do doente com doença avançada. Por outro lado, a intervenção do Enfermeiro de Saúde Mental neste domínio parece-me fundamental, por este motivo também a pertinência relativamente à aquisição de competências nesta área. A relevância da compreensão deste fenómeno pareceu-me fundamental para o melhoramento da qualidade dos cuidados prestados, o mesmo é dizer para a descoberta de alguns contributos – novas percepções e novas intervenções, que possam conduzir a sugestões válidas e favoráveis à mudança. A sua compreensão e toda a intervenção desenvolvida foram fundamentais para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e enquanto profissional. O enquadramento teórico, efectuado com base nos conceitos inerentes ao problema, foi muito importante para o processo que se seguiu, já que permitiu a condução do estudo utilizando um fio condutor cientificamente adequado.

...Do retomar conceptual à abordagem metodológica

O caminho percorrido subjacente a este relatório desenvolveu-se de forma diversificada quer no que respeita aos contributos teóricos, quer no que respeita às opções metodológicas. Assim, a metodologia utilizada ao longo desta aprendizagem, efectivou-se por meio da abordagem qualitativa, sustentando-se no processo reflexivo e de análise da interacção – acção desenvolvida. Como instrumentos de colheita de dados – que permitiu a percepção dos fenómenos e identificação de necessidades – recorri à observação participante e não-participante, à entrevista – assente nos princípios da relação de ajuda, ao processo do utente, às informações disponibilizadas e partilhadas pelos profissionais. Assim, recorri à entrevista semi-estruturada, estabelecendo um guião orientador (não limitador da acção que se desenvolveu) em cada estudo caso, após a validação de dados principais referentes à história de cada pessoa. As considerações éticas foram sempre respeitadas, pedindo a autorização para a realização das mesmas (quando a entrevista de

ajuda resultou de um momento não planeado mas fundamental do meu processo de aprendizagem e de ajuda ao outro, e se os dados fossem relevantes, a sua utilização como fonte de análise exigiu o pedido e autorização da pessoa), o consentimento informado foi fornecido (situações sempre validadas e presenciadas por cada Orientadora do Campo de Estágio). A não gravação da entrevista, foi uma opção, pelo constrangimento que implicaria a presença de um gravador ou vídeo, face à vulnerabilidade (nomeadamente psíquica) em que se encontravam as pessoas com quem interagi. No término de cada entrevista todos os dados foram apontados e a transcrição dos momentos chave foi efectuada o mais fielmente possível (tendo sempre a Orientadora de Estágio presente nesse momento para validação dos dados). Para limitar a influência de ideias preconcebidas os “*memos*” após cada entrevista foram um recurso, o diário de campo esteve sempre presente, e a monitorização da revisão da literatura. A interacção entre o enfermeiro-doente foi central ao longo desse processo, permitiu a colheita de dados e o desenvolvimento de intervenções. Ao pressupor o envolvimento do “investigador” como participante implicou supervisões criteriosas (cumpridas com a presença das Orientadoras). Implicou validação das intervenções, adequação, aceitação também pelo utente. Implicou transparência metodológica, descrições detalhadas, reflexões profundas, afirmação de intensões e significados. Mantive obediência a todos os princípios éticos.

As intervenções realizadas tiveram sempre em conta as necessidades identificadas, sendo que as intervenções desenvolvidas permitiram também elas um aprofundar dos conhecimentos sobre o fenómeno em estudo e a minha aquisição de competências. Assim, recorreu-se a diversas intervenções de cariz psicoterapêutico como: a relação terapêutica, o relaxamento, a imaginação guiada, desenvolvimento de actividades promotoras de expressão vivencial e ventilação emocional.

O percurso efectuado enquadrou-se no paradigma qualitativo, com o objectivo de melhor compreender e descrever os fenómenos estudados, e desta forma também consolidar a aquisição de competências entretanto desenvolvidas. Procurou-se explorar por metodologias compreensivas o caminho dos doentes, profissionais e familiares cuidadores. O percurso desenvolvido privilegiou o contacto directo com os actores e simultaneamente com o contexto onde estes actuam, o que me permitiu viver e partilhar a realidade dos factos e melhor compreender, para assim melhor intervir.

...Sobre o percurso efectuado, os resultados obtidos, as competências adquiridas

Neste documento foi exposto o percurso referente ao estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica. Este estágio consistiu na frequência de dois momentos de estágio em contextos diferentes: intervenção na crise / perda, promoção da saúde mental – internamento em psiquiatria de pessoas em fase aguda de doença; e intervenção no luto / risco de luto complicado, acompanhamento da pessoa em processo de luto – intervenção na comunidade - unidade de apoio domiciliário / intra-hospitalar. A frequência do estágio, pela ordem como ocorreu, permitiu-me uma visão com sequenciação lógica dos cuidados a serem prestados à pessoa em situação de Crise – processo de Luto, promoção da sua saúde mental, facto que para mim se revestiu de grande importância, atendendo à inexistência prévia de experiência profissional em psiquiatria, e a possibilidade de transpor as aprendizagens para o meu contexto profissional.

Num primeiro momento de estágio foi extremamente importante tomar contacto com uma realidade desconhecida e iniciar o percurso da descoberta. Uma vez que lido com pessoas cuja doença crónica já está instaurada há algum tempo, foi importante perceber a presença e vivência da perda como um momento (processo) de Crise. Encarar a perda face à doença mental foi compreender esta realidade como um processo de luto, que implica diversos componentes. Assim, foi possível identificar a dimensão emocional que fortemente determina esta vivência. Esta está incutida essencialmente numa perda simbólica – *o que fui, e o que sou*. Os sentimentos presentes são variados, mas indubitavelmente marcados pela incerteza, insegurança e medo. Também neste percurso, permiti dar-me conta de mim mesma, enquanto profissional e enquanto pessoa. Dar-me conta do que sentia na relação com o outro, perceber dificuldades, limites, necessidades pessoais, lacunas, questionar a acção. Não foi um caminho fácil, foi marcado por muitas incertezas, mas pelo desejo de melhor entender e melhor ser e fazer. Assim, fui aprimorando o meu auto-conhecimento, muito devido à interacção – relação que estabeleci com as pessoas internadas, e proveniente da reflexão que daqui emergiu. As actividades desenvolvidas neste módulo de estágio, permitiram-me a aquisição de novos conhecimentos, de novas formas de intervenção quer a nível individual, quer a nível de intervenção em grupo. No segundo momento da prática clínica, emergia em mim uma necessidade continuada de aprendizagens pela possibilidade da intervenção mais especializada, mais direccionada, emboida numa perspectiva psicoterapêutica. Face às necessidades encontradas e de acordo com minha realidade profissional, as novas

competências e o aperfeiçoamento destas surgiam-me como algo fundamental e urgente de implementar. Foi extremamente importante enquanto processo de aprendizagem e percepção de uma realidade, a *reflexão* que sempre acompanhou este percurso. Reflectir e analisar as interacções decorrentes do acompanhamento da pessoa em luto, permitiu-me dar-me conta de todo o processo de interacção, o que envolve, o que implica, como se constrói, a percepção de necessidades, de um plano de intervenção, a construção de uma representação da realidade. A utilização de diversos instrumentos de intervenção psicoterapêutica foram fundamentais para a descoberta de outras dificuldades/necessidades – percepção do sofrimento inerente a todo o processo – “caracterização” do mesmo – e a satisfação de algumas das necessidades primordiais encontradas. A compreensão de um Sofrimento essencialmente emocional – psíquico e espiritual da pessoa em processo de luto, ajudou na consecução de intervenções que facilitassem as tarefas do luto e o desenvolvimento desta etapa o mais serena possível.

Após a análise do percurso efectuado ao longo deste estágio, há algumas conclusões que considero relevantes de descrever. Assim, analisando os dois grupos populacionais com quem tive oportunidade de interagir, emergem alguns conceitos centrais comuns face às experiências vividas (apesar de se revestirem da unicidade e singularidade de cada pessoa que as viveu). Não é minha pretensão fazer generalizações, mas sim analisar factos e dados relevantes. (Anexo II) A percepção da doença (representações) acarreta consigo significados vários que compreendem: a perda (e as suas diferentes dimensões, valorização para a componente emocional, há a divisão entre aqueles que descrevem as perdas inerentes ao quotidiano e aqueles que fazem referencia às alterações pessoais – aspecto muito mais valorizado – impacto na vida diária, outro dado relevante é a associação que é feita entre as perdas anteriores que levaram/conduziram à perda actual - doença), a doença é interpretada como dor – sofrimento (associação dos conceitos - parecem querer “misturar” os dois termos e a esses dois também associar o conceito de doença. A presença desta implica a presença da dor, e vice-versa.) (algo subjectivo, marcante, único, de difícil explicação e percepção pelos outros – o sofrimento aqui descrito constitui uma ameaça à integridade, ao projecto de vida, e à capacidade de a pessoa se relacionar com o seu mundo), a relação dor/sofrimento é quase sempre indissociável. A doença é ainda interpretada como mudança (aqui a percepção é quase sempre negativa, há algumas pessoas que na experiência vivida conseguem extrair algum ganho – como novas aprendizagens ou fortalecimento de laços, referem-se às mudanças mais significativas as de ordem pessoais, nomeadamente a nível psico-emocional. A forma de percepção de si e

do mundo altera-se). (percepção da doença evolução – Anexo XXVII) A etapa (s) (ou fase) em que a maioria das pessoas se encontra diz respeito à negação – depressão. Sendo que o período da raiva - desorganização está presente mas não é de fácil percepção. Nas fases intermédias, também designado período de luto agudo, ondas periódicas de desconforto emocional são acompanhadas de isolamento social e de preocupações recorrentes sobre vários aspectos. Oscilam entre estas etapas, é difícil perspectivarem as fases seguintes, flutuam entre a negação e a procura de uma nova descoberta – solução – de um caminho a seguir. (Anexo XXVIII- evolução de Kubler – Rose) Stroebe e Schut (1999) construíram uma teoria baseada na ideia da existência de um processo dinâmico no confronto com a perda - o Modelo Dual do Luto (orientação para a perda ou para a restauração). Esta teoria estipula, como pressupostos, a existência de stressores secundários à perda, a integração de estratégias cognitivas e a existência de um processo dinâmico de oscilação. As necessidades encontradas são únicas na forma de as descrever, perceber e viver, em cada caso, no entanto, há semelhanças na forma como estas se apresentam. Ambos os grupos apresentavam alteração na comunicação – dificuldade em comunicarem-se, em expressar a vivência, as dificuldades, os desejos, os sentimentos presentes. Há dificuldades / necessidades relacionais e sociais. Foi notório a dificuldade em pensar e encontrar ou redefinir estratégias. As necessidades de ordem “emocional” parecem ter ganho relevo - há necessidade de apoio emocional, de escuta, de expressão da tristeza. A necessidade “cognitiva” surge como necessidade de aprendizagem, de informação relativa à situação vivida e formas de agir. As estratégias utilizadas, confundiam-se entre recursos internos e externos. Os externos passam essencialmente pela procura da ajuda e apoio na família cuidadora – é vista como o “refúgio”, os profissionais de saúde e a sua ajuda é aceite como recurso para a superação do problema. O recurso à religião parece ajudar na compreensão e aceitação da situação vivida. Os recursos internos mais utilizados compreenderam: a negação, a fuga, o isolamento, evitamento, mas também o enfrentamento, a expressão vivencial por meio do diálogo estabelecido como forma de consciencialização de si mesmos, das suas necessidades, dos seus problemas. Os recursos utilizados (nomeadamente os internos) parecem ser uma resposta às necessidades de ordem emocional. Os sentimentos presentes oscilam entre a esperança, o medo, tristeza, culpa, frustração, insatisfação, e o reconhecimento da alegria/satisfação em alguns casos (poucos – aqueles que conseguem reconhecer o que de bom já tiveram ou têm nas suas vidas apesar das dificuldades, ou aqueles que conseguem perspectivar a mudança como algo que pode trazer ganhos). As intervenções tiveram como pedra basilar o estabelecimento de uma relação de ajuda (que

se foi “aprimorando”) e o desenvolvimento de algumas técnicas / intervenções psicoterapêuticas capazes de dar resposta às necessidades encontradas – relaxamento muscular, imaginação guiada, actividades de expressão plástica, dinâmicas de grupo e individuais, capazes de favorecer a expressão vivencial e ventilação emocional.

Importa também referir o papel dos cuidadores principais ao longo de toda esta vivência. A existência de um número significativo de homens é um dado relevante. De uma forma geral, toda a população é jovem-adulta, com cuidadores adultos-idosos. Em alguns casos idosos a cuidarem de outros idosos. A população na sua maioria apresenta níveis de formação elevados, o que também pressupõe uma boa capacidade de aprendizagem e adaptação a uma nova realidade se lhes forem colocados ao dispor os “instrumentos” necessários para que tal ocorra. As dificuldades comuns encontradas prendem-se com a dificuldade em expressar o afecto, aceitar a perda, cuidar, assumir outras responsabilidades, o medo assenta no sofrimento inerente, não saber actuar, estar sozinho. A negação, tristeza, revolta/agressividade, são sinais de sofrimento.

As dimensões do cuidar ganharam novas perspectivas, e houve valorização da componente relacional – emocional. As perdas emocionais-psíquicas são equiparadas e na maioria dos casos mais valorizadas que as físicas.

Todo este trajecto fomentou o meu crescimento pessoal e profissional. O meu processo de aprendizagem e auto-conhecimento processou-se por três etapas: a iniciação, a interiorização, e a aquisição de competências. (Anexo II)

A compreensão de um Sofrimento presente nas pessoas com quem interagi, levou-me a questionar a minha vivência emocional no âmbito da minha realidade profissional e também pessoal. (Anexo XXIX – sofrimento e prazer) No entanto, é este sofrimento, que resulta da minha relação com o doente que sofre e que morre, que parece tornar-me mais consciente, mais madura, mais fortalecida, um *ser mais próprio* e mais capaz de lidar com o sofrimento e com a morte, ou de outro modo, mais capaz e melhor preparada para acompanhar estes doentes no viver e no morrer. Cada doente que acompanho contribui para essa aprendizagem e maturação, permitindo-me mudar, transformar-me, desenvolver-me. Através do sofrimento experienciado, o enfermeiro adquirir competências de natureza humana e relacional e torna-se mais apto para lidar com o sofrimento dos outros. É uma aprendizagem essencialmente prática. Doente e enfermeiro transportam para a relação que estabelecem, a sua história de vida, as suas experiências anteriores e o seu campo fenomenológico e ambos são influenciados pela natureza do momento, formando um novo

campo, do qual os dois fazem parte. Este momento de cuidar é marcante na vida de ambos, e proporciona-lhes uma oportunidade de crescimento e amadurecimento pessoal.

De acordo com Benner (2001), é através do contacto com os doentes e os familiares, que os enfermeiros adquirem *um leque de respostas, de significados e comportamentos* (p.35) que os ajudam a enfrentar as situações mais extremas. Segundo a autora, através da experiência, os enfermeiros desenvolvem conhecimento clínico e *comportamentos tipo* para agir com os doentes e é ao longo do tempo que essa experiência se adquire. A necessidade de responder aos desafios que me foram impostos e aos imprevistos do quotidiano, ao longo desta trajectória, levou-me ao desenvolvimento de novas competências, é através da experiência e da reflexão sobre a mesma que os enfermeiros adquirem competências e melhoram a sua actuação. Percepcionar os meus lutos, a gestão que faço do que digo, do que sinto, a evolução que pude desenvolver neste domínio revelou-se fundamental no meu crescimento. Dei conta da minha necessidade de sempre fazer algo pelo outro, de quer sempre mais. Talvez pela proximidade com o Sofrimento (aquele que eu interpreto, e vivencio necessariamente diferente do outro) tenho a tendência a “agarrar” o outro, esta necessidade, por vezes levou-me a “substituí-lo” nas suas funções, mas devo aprender a deixá-lo também no seu sofrer. A possibilidade de ajudar, ajudando o outro a ajudar-se, constituiu-se como um passo fundamental na relação de ajuda que agora estabeleço. Muitas vezes alicerçados naquilo em que fomos incutidos, esquecemo-nos da individualidade do outro, que não estamos para substituir, mas para ajudar no re-encontro de novas possibilidades, intrínsecas a cada um de nós. A singularidade do outro não pode ser descurada, perante aquele que chega até mim, eu não sei nada, devo possuir a humildade de o assumir, e olhá-lo, olhar e voltar a olhar. Olhá-lo é respeitá-lo!

A necessidade tão minha, de sempre querer fazer algo, talvez seja uma tentativa de me ajudar a mim mesma – recorro às minhas “bengalas” ainda que inconscientemente. Pela natureza emocional dos cuidados, pela dificuldade na gestão de sentimentos e informações houve o sentir ambivalente, entre o “estar” e o “fazer” assente num compromisso confuso e às vezes paradoxal. Isto aumentou a minha ansiedade e talvez a do outro. Lidar com os medos, com o fracasso, com a insegurança, aceitar limites, foi uma trajectória que procurei desenvolver e que considero ser marco deste percurso. Sinto satisfação pela compreensão atingida e pela mudança produzida, mas sei que um longo caminho há a percorrer, como já o disse, considero um projecto para a vida. Aprendi a valorizar a presença, tão simplesmente, o poder do silêncio, “compreender” e “sentir” o outro é estar, é um processo incutido na subjectividade que a relação abarca. Procuro fazê-lo no sentido de promover

uma efectiva relação de ajuda e na medida em que também esta me permite dar conta de mim. Um longo período de silêncio “incomodava-me” sentia que tinha que fazer algo... como se eu própria não me sentisse confortável com ele, como se eu tivesse que ter sempre a palavra certa a dizer... O meu objectivo, a minha motivação sempre foi o ajudar o outro, e nesta tentativa de demonstrar “presença” - de transmitir o “estou aqui” percebi a recorrência a alguns tempos verbais (ao longo das interacções descritas) tais como: “senti, compreendo, percebo, imagino, podemos, estamos”. Tendo a utilizar o “nós” em detrimento do “eu”, talvez aqui resida algum receio em me afirmar, em reconhecer a minha acção, o meu erro, o meu poder de intervenção. Mas também, considero que o faço (inconscientemente) na medida em que valorizo a intervenção em equipa, referindo-me a acção multidisciplinar, mas também e sobretudo a acção conjunta com o utente, só o incorporando como elemento activo do plano de cuidados, podemos verdadeiramente ajudar e cuidar. Utilizei com frequência palavras como “sentir, compreender...”, numa tentativa de interpretar o que o outro me diz, mais uma vez este facto se prende com minha necessidade de procurar sempre fazer. Sei que devo “auxiliar”, mas é importante deixar o outro percorrer este caminho. Na comunicação não-verbal a postura sempre foi relaxada, mas o gesticular de mãos (característica minha) pode ser algo condicionador na relação e percepção do outro, foi algo que procurei alterar. O tom de voz sempre baixo foi outra característica identificada, sei que em alguns momentos este aspecto não é facilitador. Valorizei a escuta, a clarificação, a demonstração da disponibilidade e empatia (dai a utilização de alguns tempos verbais e expressões como “estou aqui”, “compreendo”), o respeito e autenticidade.

Este percurso permitiu-me fazer diversas descobertas, em mim e na relação que com o outro estabeleço. Descobri que quanto mais genuína for na relação, mais útil esta será. Isto significa que devo estar consciente dos meus próprios sentimentos, o mais que puder, ao invés de apresentar uma atitude externa e outra mais profunda, por vezes até inconsciente. O medo, o receio talvez, de instigar alguns sentimentos bloqueavam a permissão de novas descobertas e de crescimento pessoal e profissional. Explora-los, aceitá-los e trabalha-los quando possível, não é nem foi algo fácil de se fazer. Doí e por vezes dói muito, talvez por isso também o receio desta nova caminhada. Ser genuíno, neste contexto é também ser capaz, ou ter vontade, disposição para expressar nas minhas palavras e nos meus comportamentos os vários sentimentos e atitudes que existem em mim. Foi um desafio que aceitei e ao qual nunca fugi. Umas vezes melhor outras pior, procurei enfrentar esta descoberta, ser transparente para o meu *eu*, expor-me e não ter

medo, e assim realizar um “contracto” comigo mesma. É apenas desta forma que a relação que estabeleço com o doente pode ter realidade. Só me apresentando com a minha realidade genuína é que o outro pode procurar pela realidade em si. Mesmo quando o sentimento presente não é de satisfação a aceitação deste facto é importante. Considero que quanto mais aceitação mais apreço e percepção do outro poderei ter. A grande dificuldade passou pela percepção – consciência e até aceitação – do sentimento presente. Só há conhecimento de mim mesma, se houver entrada no meu *eu*. Para ir em busca de mim mesma, tenho que sentir, porque só sentindo posso conhecer. Sentir os sentimentos presentes permite o alcance da emoção e facilita o planeamento de respostas adaptativas. O sentir é a pedra angular – o sentimento de conhecer que sentimos. Esta capacidade é despoletada por meio da relação estabelecida com o outro, não tem cheiro, nem gosto, constrói-se com a linguagem não-verbal dos estados corporais. É como se houvesse mais luz, que nos ajuda a identificar o oculto, tudo se torna mais brilhante, mais nítido. Também considero a relação significativa, na medida em que sinto um desejo continuado de compreender – uma empatia sensível com cada um dos sentimentos e comunicações do doente. Aqui está implicada uma liberdade para me explorar, tornando-me simultaneamente companheira do meu doente, acompanhando-o nesta procura de si mesmo. Nem sempre sou capaz de alcançar um tal relacionamento, e algumas vezes, mesmo quando sinto tê-lo alcançado em mim, o outro pode não perceber a possibilidade que ocorre. No entanto, acredito que as aprendizagens que operacionalizei em mim, são fundamentais para continuar a construir-me como pessoa e como profissional, já que este é um processo inacabado em constante mudança, e eu acredito que é essa mudança que permite o meu desenvolvimento pessoal construtivo. Gradualmente a experiência fez-me concluir que o individuo traz dentro de si a capacidade e a tendência para caminhar rumo à maturidade. Podemos chamar a isto crescimento, e este constitui a mola principal da vida. É a necessidade que se faz evidente ao longo de toda a vida – de expandir, de estender, desenvolver, amadurecer. Assim, tornei-me mais consciente de mim mesma e da minha acção, considero que passo a enfrentar a vida de forma mais construtiva, mais inteligente e mais satisfatória. Apresento melhor compreensão de mim mesma, aceitação dos fracassos (pelo menos de alguns - sei que alguns limites têm ainda que ser trabalhados), menos frustração face ao *stress* vivido e às perdas que ocorrem, procuro reagir de forma mais criativa e adaptada. A possibilidade que ocorreu, por meio da experiência desenvolvida, permitiu-me uma reflexão mais atenta e aprofundada do que aquela que habitualmente desenvolvia. Permitiu-me um olhar para o meu íntimo e o meu sentir, por forma a encontrar

maior equilíbrio e esplendor da vida, onde a morte é compreendida e respeitada. Desenvolvi atitudes de maior aceitação e de adaptação e gradualmente menos atitudes de insatisfação. Os “diários de campo” e as reflexões sobre situações específicas permitiram-me a reflexão sobre a minha inexperiência, sobre a sensibilidade e subjectividade dos temas abordados, fez-me depara e confrontar com a minha vulnerabilidade.

A experiência emocional por mim vivenciada é e foi certamente influenciada por condicionantes pessoais e do contexto profissional. O significado que cada um atribui à experiência vivida determina a sua percepção e vivência. Aqui oscilei entre a satisfação da aprendizagem e do cuidar com o sentimento de impotência. Todo o acompanhamento de realidades tão diferentes e tão semelhantes, o envolvimento, a reflexão, a análise de todo o processo, permitiu-me reformular estratégias de *cooping* e fomentar a gestão emocional vivida, compreendendo e questionando sentimentos presentes, aceitando perdas, e valorizando os ganhos, num processo contínuo de mudança positiva, de enfrentamento, de conhecimento mais profundo, de entrega. Hoje percepciono a evolução e mudança que em mim se operou. Mudança na postura, capacidade de aceitar o que há, questionar o vivido e o sentido, o porque, o que provoca em mim, o que provoca no outro, na relação. “Trabalhei” todos estes aspectos, por meio do questionamento, partilha, intervenção, o que me possibilitou melhorar a relação, que se produz mais profunda, mais atenta ao pormenor, mais atenta ao *eu* e ao outro. Este processo permitiu o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Na possibilidade da reconstrução e redefinição de mim mesma, a acção desenvolvida foi mais interventiva e personalizada. A utilização de intervenções psicoterapêuticas constituíram-se como elementos chave na identificação e na actuação face às prioridades encontradas na possibilidade de produzirem resultados positivos na satisfação das necessidades da pessoa em processo de luto, na possibilidade desta redefinir estratégias, e de encontrar significado face ao vivido. Houve portanto, crescimento. A intervenção junto e com a equipa de cuidados foi uma mais-valia. Avaliando o percurso percorrido, poderei considerar que os objectivos foram atingidos. As intervenções realizadas trouxeram benefícios, aqueles que delas foram alvo, permitiram a resolução de algumas dificuldades, melhor compreensão desta realidade, para quem a vivência e para o profissional, permitiu-me aquisição de novas competências. Assim, exige-se a exploração de outras dimensões na pessoa alvo dos nossos cuidados, é necessário estarmos atentos a necessidades mais profundas, com frequência, mais relevantes para quem as vive, exige-se outra abordagem à pessoa alvo do nosso cuidar, outras intervenções devem ser exploradas, é aqui que reside o papel e importância da acção do Enfermeiro especialista.

Concretização de objectivos

Tendo em conta os objectivos traçados é tempo de me focar nas competências desenvolvidas. (Anexo X e XXVI) Explorarei aqui, aqueles que considero de maior relevo:

- Geri, interpretei e explorei, a informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiencia profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada. Mantive um percurso de confrontação com o que era, antes de ingressar neste momento de formação, como pessoa e como enfermeira, e o que sou agora em todos esses domínios.
- Mantive de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional: estive sempre presente clinica, sendo que terei de o continuar a desenvolver e explorar ao longo da vida pessoal e profissional, podendo assim sustentar a minha autonomia, a minha acção de forma critica e sistemática.
- Produzi um discurso pessoal mas importante tendo em conta as diferentes situações, os diferentes vivências de saúde-doença com que me deparei. Os diálogos estabelecidos, com todo o profissional de saúde foram fundamentais na consecução deste objectivo.
- Tomei decisões fundamentadas na evidência científica, respeitei as responsabilidades sociais e éticas: a conciliação destes aspectos procurou que se desenvolvessem intervenções personalizadas, ajustadas às necessidades, recorrendo a diversas acções, promovendo a maximização da oferta de cuidados e promovendo o máximo de excelência cuidativa.
- Demonstrei conhecimentos aprofundados sobre as áreas a que me propus intervir, aprofundei temáticas sobre técnicas comunicacionais e relacionais, que procurei aplicar na prática desenvolvida. Relacionei-me de forma terapêutica, usando efectivamente a relação de ajuda como instrumento terapêutico. Foi um desafio e estímulo à melhoria da minha prática.
- Desenvolvi a capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar e interdisciplinar.
- Desenvolvi intervenções psicoterapêuticas capazes de promover respostas adaptadas face às vivências encontradas – promoção de novas formas de intervenção.
- Promovi formação em serviço na área de especialização – criação de protocolos, ensinos, reuniões de equipa - fomentação da reflexão e participação noutros serviços.

Considerações Finais

No final deste percurso sinto-o como uma longa viagem, onde passei por diferentes cenários e paisagens, alguns trajectos sinuosos, alguns desertos, compensados por oásis de descobertas, produção e crescimento. A proximidade com os Orientadores (docente e dos locais de estágio) foi uma constante, que leram, que aconselharam, que me orientaram ajudando-me na tomada de decisões. Evidenciaram-se imensos esforços no sentido de assimilar novas práticas de aperfeiçoar o cuidado à pessoa. A reflexão/análise orientou todo o percurso, na tentativa de compreender as experiências vividas e as intervenções realizadas, de as melhorar, de perceber conflitos e resistências, de perceber diferentes saberes, de estar atenta ao quotidiano que se vai construindo. Benner (2001), no seu livro *“De iniciado a perito”*, descreve um modelo de desenvolvimento de competências. Este fenómeno evolutivo, foi o que se pretendeu atingir, é igualmente referido por Phaneuf (1995, p.4), que apresenta a definição de competência como:

“um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio afectivas, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, habilidades relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer (...) ao nível da excelência”.

Pela especificidade da vivência, surgiu um novo elemento – o Sofrimento - o do doente e do profissional. De facto, confrontados com a nossa finitude, com as nossas limitações, e sentimentos, a maior angústia não é a da perda, a da morte, mas sim a ansiedade inquietante sobre como iremos atravessar o acaso da Vida. De forma superiormente clara, a experiência vivida ilustra a importância da qualidade das dimensões humana e assistencial inerentes a esta área de cuidados – Enfermagem de Saúde Mental. A decisão tomada, possibilitou-me liberdade de espírito para me voltar para um exercício de translação procurando respostas para as questões que me dominavam. A reformulação de cuidados em saúde mental depende de uma reformulação conceitual face à doença: não é uma questão de sintomas ou de remissão, mas uma questão de existência. Isto implica a ampliação dos meios de trabalho: modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica, descentrando-a do uso quase que exclusivo de medicamentos ou de procedimentos técnicos. Valer-se com frequência de técnicas de prevenção, de educação e de reconstrução da subjectividade. Os achados revelam que a intervenção de enfermagem desenvolve-se através de um processo de *acompanhamento* que é interaccional, dinâmico, integral e sistemático. O processo de cuidar dá-se de forma contínua ou em um determinado momento, mas que tem o poder de conduzir à transformação. Na sua

dimensão prática o cuidado revela-se para os enfermeiros como complexo porque envolve suas próprias emoções. Considero que o ponto inicial para compreender o fenómeno é considerarmos, o recurso à empatia / relação estabelecida – como estratégia de cuidado. Considerando a empatia como o esforço realizado para compreender os sentimentos, atitudes e circunstâncias. Quando os enfermeiros se incomodam é porque reconhecem a situação que faz com que o utente sofra. Dever-se-ia preconizar um “intuir” empático como cuidado chave de qualquer Enfermeiro. Com este trabalho procurei analisar, reflectir e demonstrar o quão importante é a intervenção do Enfermeiro Especialista em áreas tão similares e tão distintas como a Psiquiatria e a Oncologia. O trabalho desenvolvido e toda a aprendizagem possibilitaram a aquisição de aptidões sociais, profissionais, relacionais e competências pessoais centraram-se na auto-consciência (estar mais consciente dos meus estados internos), auto-regulação (aceitação, renovação, adaptação, responsabilidade, inovação), e motivação. Desenvolveu-se uma consciência reflexiva, relativamente ao que sou, ao que posso melhorar, ao que não depende de mim, o que promove mudança positiva, nas estratégias a delinear. O confronto entre o meu nível de competência e os valores associados ao Cuidar, com as teorias de Peplau, Watson, Benner, Chalifour, Phaneuf, Neuman, Meleis, permitiu ancorar nos conceitos identificados todos os ingredientes *major* do Cuidar e de uma Relação de ajuda profissional, a um nível de perito, contribuindo para um percurso de aceitação progressiva das perdas, dos meus lutos, das dificuldades, promovendo a maturidade e interioridade, do modo como passei a gerir as dificuldades pessoais relacionadas com o doente/família e o seu contexto. A abordagem desenvolvida vem contribuir para o desenvolvimento e compreensão deste fenómeno – acompanhamento da pessoa em situação de perda – perspectiva na 1ª pessoa – doente e o seu luto – aprimorar e mostrar a necessidade de outras intervenções. Neste processo de acompanhamento, o profissional (eu) e o doente envolvem-se numa relação profunda em que a cooperação, a concretização de objectivos comuns, a partilha de emoções, e de experiências de vida contribui para que ambos se desenvolvam e se transformem, tornando-se seres *mais próprios* e mais aptos a lidar com o sofrimento. Exigiu de mim competências científicas, técnicas, humanas e relacionais. A interacção surgiu como parte do cuidado, e ao mesmo tempo, configuro-o. A tradução em palavras do que foi feito, vivido, sentido, apreendido, não é fácil, é querer simplificar aquilo que envolveu um processo complexo e extremamente enriquecedor quer a nível pessoal quer profissional. Fica a certeza desse crescimento, que sou hoje infinitamente mais rica com tudo o que foi possível apreender, e da melhoria dos cuidados que agora presto, mais especializados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. (2007) - ***Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas***. Coimbra: Formasau - formação e saúde.
- AFONSO, Pedro (2002) - ***Esquizofrenia: conhecer a Doença***. Lisboa: Climepsi. ISBN: 972-796-072-3.
- ALBARELLO, Luc *et al.* (1997) - ***Práticas e métodos em Investigação em Ciências Sociais*** – Lisboa: Gradiva – Publicações Ltd.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1996) - ***Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*** (4ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- BALLONE, G.J. (2005 a) - ***Câncer e Emoção***. Disponível em: www.psiqweb.med (consultado em Junho de 2011)
- BALLONE, G.J. (2005 b) - ***Depressão e Câncer***. Disponível em: www.psiqweb.med (consultado em Maio de 2011)
- BARBOSA, António (2010) - *Processo de Luto*. In: BARBOSA, António & NETO, Isabel Galriça (Coord.) (2010) - ***Manual de Cuidados Paliativos***. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN: 978-972-9349-22-5.
- BENNER, P. (2001) - ***De Iniciado a Perito***. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97.
- BOELEN, P.A.; PRIGERSON, H.G. (2007) - ***The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. A prospective study***. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 257: 444-452.
- BOELEN, P.A.; VAN DEN BOUT, J.; DE KEIJSER, J. (2003) - ***Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients***. *American Journal of Psychiatry*, 160:1339-1341.
- BOWLBY J. (1961) - ***Processes of mourning***. *The International Journal of Psycho-Analysis*. 42 (4): 317-340.
- BRITO, Luísa (2002) - ***A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a familiares idosos***. Coimbra: Quarteto Editora.
- CHALIFOUR, J. (1989) - ***La relation d'aide en soin infirmiers: une perspective holistique-humanistique***. Paris: Editions Lamarre.
- CITERO, V.A. (1999) - ***Descrição e avaliação da implantação do serviço de interconsulta psiquiátrica no Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A.C. Camargo***. Tese

de Mestrado, Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. (Acesso em 18/12/2011). Disponível em www.unifesp.br

CITERO, V.A.; ANDREOLI, S.B.; MARTINS, L.A.N. & LOURENÇO, M.T. (2001) - ***Interconsulta psiquiátrica e oncologia: interface em revisão***. (Acesso em 18/04/2011). Disponível em: www.unifesp.br

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2005) - ***Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*** – Versão 1.0 Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

DAVIS (1998) - ***The relaxation and stress reduction workbook***. 3rd, New Harbinger: Oakland.

DELALIBERA, M. (2010) - ***“Adaptação e Validação Portuguesa do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado” – Prolonged Grief Disorder (PG-13)”***. In: Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

ESTEVES, Raquel (1995) - ***Os profissionais de saúde para uma intervenção humanizada do sofrimento*** - Divulgação: 34, Lisboa, p.27-30.

FRANCO, M.H.P. (2008) - ***A Família em Psico-Oncologia***. In: CARVALHO, V.A. et al. (org.), *Temas em Psico-Oncologia*. Summus. São Paulo.

FOULKES (1948) - ***Introduction to Group – Analytic Psychotherapy***. Londres: W. Heinemann.

HESBEEN, Walter (2000) - ***Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar***. Loures: Lusociência.

HOLLAND, M.; NEIMEYER, R.A; BOELEN, P.A.. & PRIGERSON, H.G. (2009) - ***The underlying structure of grief: a taxometric investigation of prolonged and normal reactions to loss***. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31: 190-201.

HOROWITZ, M.J.; SIEGEL, B.; HOLEN, A.; BONANO, G.A.; MILBRATH, C. & STINSON, C.H. (1997) - ***Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder***. *American Journal of Psychiatry*, 154: 904–910.

JOHNSON, M. et al (2009) - ***Ligações entre NANDA, NOC E NIC – Diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem***. 2^a Edição, Porto Alegre : Artmed, ISBN 978-85-363-1769-4.

KUBLER-ROSS, Elisabeth (1994) - ***Sobre a morte e o morrer***. 6^a Edição, Lisboa: Martins Fontes.

LAZURE, H. (1994) - ***Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermeira***. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-52.

LEHRER (1983) - ***Are stress reduction techniques interchangeable or do they have specific effects?*** In: Wolfolk, LEHRER (1983). Stress reduction techniques. New York: Guildford Press.

MELEIS, A. (1991) - ***Theoretical Nursing Development and Progress***. (2ªedition). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

MELNYK, B.; FINEOUT-OVERHOLT, E. (2005) - ***Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice***. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.

NEEB, Kathy (1997) - ***Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental***. Loures: Lusociência.

OLIVEIRA. (2003) - ***O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades actuais***. Ver. Latino-am Enfermagem, Maio-Junho 11(3):333-40.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - ***Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica***. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (1995) - ***Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde***. 10ª Revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002) - ***Relatório Mundial de Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança***. Lisboa: Climepsi.

PAÚL, Maria Constança (1997) - ***Lá para o fim da Vida: idosos, família e meio ambiente*** – Coimbra: Almedina, ISBN - 972 – 40 – 1000 – 7.

PARKES C. M. (1998) - ***Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta***. São Paulo: Summus.

PEPLAU, H. (1990) - ***Relaciones interpersonales en enfermeria***. Barcelona: Salvat Ed., p.20-76.

PERES, Rodrigo; SANTOS, Manoel (2009) - ***Personalidade e Câncer da mama*** – produção científica em Psico-Oncologia. Volume 25, nº4, ***Psicologia: Teoria e Pesquisa***, p.611-620.

PARKES, C.M.; LANGANI, P.J (2003) - ***Morte e Luto através das culturas***. Lisboa: Climepsi.

PHANEUF, M. (2005) - ***Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação***. Loures: Lusociência.

PHANEUF, M. (1995) - ***Relação de ajuda: elementos de competência da enfermeira***. Coimbra: Edição de Cuidar.

PIERRE, C. (2000) - **Assistência aos Familiares e Doentes Terminais** (disponível em: www.claricepierre.psc.br/artigos (em 23 de Janeiro de 2012)

PLANO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (2010) (PNCP) – em: www.ancp.pt (Janeiro, 2012)

PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007-2016 (2008) - **Resolução do Conselho de Ministros** n.º 49/2008 de 6 de Março. Diário da República I Série. N.º 47 (08/03/06),p.1395-140.
POPPEN (1988). **Behavioural relaxation training and assessment**. Oxford: Pergamon Press.

PRIGERSON H. (2004) - **Complicated grief: when the path of adjustment leads to a deadend**. *Bereavement Care*. 23: 38-40.

PRIGERSON H., BIERHALS AJ, KASL SV, et al. (1997) - **Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity**. *Am J Psych*. 154 (5): 616-623.

PRIGERSON, H., HOROWITZ, J.; JACOBS, S.C.; PARKES, M; ASLAN M, et al. (2009) - **Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSMV and ICD-11**. *PLoS Medicine*, 6(8). Consultado a 3 de Janeiro 2012, em www.plosmedicine.org

PRIGERSON H, MACIEJEWSKI PK, REYNOLDS CF III, BIERHALS AJ, NEWSOM JT, et al. (1995) - **Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss**. *Psychiatry Research*. 59: 65–79.

PRIGERSON H., SHEAR K., JACOBS C., REYNOLDS F., MACIEJEWSKI K., DAVIDSON T., ROSENHECK, A.; PILKONIS, WORTMAN C.B., WILLIAMS J.B., WIDIGER T.A., FRANK E., KUPFER D.J. & ZISOOK S. (1999) - **Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test**. *Brit J Psychiat*.; 174:67–73.

PRIGERSON, H.G.; SHEAR, K.M.; BIERHALS, A.J; PILKONIS, P.A.; WOLFSON, L.; HALL, M.; ZONARICH, D.L. & REYNOLDS, C.F. (1997) - **Case Histories of Traumatic Grief**. *Journal of Death and Dying*, 35 (1).

PRIGERSON H., VANDERWERKER L.C., MACIEJEWSKI P.K. (2007) - **Prolonged grief disorder: a case for inclusion in DSM–V**. In *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives* (Eds M Stroebe, R Hansson, H Schut, W Stroebe): 165 – 86. American Psychological Association Press.

SANTOS, Ferreira (1997) - **Psicoterapia breve – abordagem sistematizada de situações de crise** – 4ª edição, São Paulo: Editora Agora.

SILVA, Abel Paiva. (2007) - **Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina**. *Servir*. Jan.-Abr. p. 11-20. ISBN: 0871-2379.

SHEAR, M.K.; FRANK, E.; HOUCK, P.R.; REYNOLDS, C.F.(2005) - **Treatment of Complicated Grief: A randomized Controlled Trial**. *JAMA*, 293 (21): 2601 – 2608.

SMYTH (1989) - ***Developing and Sustaining critical reflection in teacher education***. Journal of Teacher Education, XXXX (2).

STROEBE, M.; SCHUT, H. (1999.) - ***The dual process model of coping with bereavement; rationale and description***. *Death Studies*, 23: 197-224.

STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. (2001) - ***Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática***. 6ªed. Porto Alegre: Artmed Editora.

SUSSAMS, J. (1990) - ***Como fazer um relatório***. Lisboa: Editorial Presença.

REGULAMENTO PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro.

RELVAS, Ana Paula (1996) - ***O Ciclo Vital da Família – Perspectiva Sistémica***. Biblioteca das Ciências do Homem, Porto: Edições Afrontamento, p.11-15.

REZENDE, Vera; DERCHAIN, Sophie; BOTEGA, Neury; VIAL, Daniela (2004) - ***Revisão Crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença***. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51 (1), p.79-87.

TALBOTT, J. et al (1992) - ***Tratado de psiquiatria***. Porto Alegre: Artes Médicas.

TAYLOR, C.M. (1992) - ***Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica***. Porto Alegre: Artes Médicas.

TRANCAS, Bruno; CARDOS, Graça; LUENGO, António, VIERA, Carlos; REIS, Dóris (2010) - ***Depressão no doente oncológico – considerações diagnósticas e terapêuticas***. Acta Med. Port. Nº23, p.1101-1112. Disponível em: www.actamedicaportuguesa.com (consultado em Julho de 2011)

TWYXCROSS, R. (2003) - ***Cuidados Paliativos***. (2.ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

WESTPHALEN. (2001) - ***Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática***. Goiânia: AB.

WORDEN, W. J. (1998) - ***Terapia do Luto – Um manual para o profissional de saúde mental***. (2ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) - ***National cancer control programmes: policies and managerial guidelines***. 2nd Ed. Génova: World Health Organization.

ZANDORA; CARDOSO; NIETO; SAWADA (2010) - ***Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrada da literatura latino-americana***. Disponível em: www.fm.ufg.br/revista (consultado em Julho de 2011).

ANEXOS

Anexo I - CRONOGRAMA CLINICA SÃO JOSÉ

Meses	Outubro				Out. Nov.	Novembro			Nov. Dez.	Dezembro	
Actividades – Datas	3- 9	10- 16	17- 23	24- 30	31- 6	7- 13	14- 20	21- 27	28- 4	5- 11	12- 18
Integrar-me no local da prática clínica											
Identificar necessidades do serviço e dos utentes											
Reflexão crítica (realização)											
Realização do 1º Processo de Enfermagem											
Realização de outros Processos de Enfermagem											
Desenvolver competências relacionais											
Promover o meu auto-conhecimento											
Prestar cuidados de Enfermagem de elevada complexidade											
Planear e implementar acções especializadas											

Nota: De 17 a 30 de Outubro foram desenvolvidas algumas actividades de expressão plástica individualmente com doentes especificamente para os quais tracei planos de cuidados (descritas em Actividades).

As actividades planeadas em grupo ou individualmente têm as datas referidas nos planos de sessões.

Anexo II - ESTATÍSTICAS E ANÁLISE DE DADOS

▪ **Caracterização da população - Modulo I**

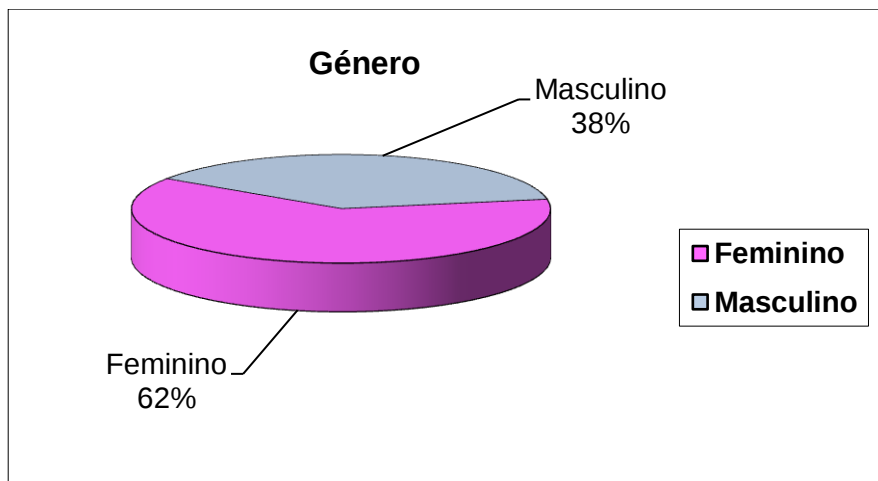
Pessoas com problemas de saúde mental internados em serviço de Psiquiatria (agudos) a vivenciarem um momento de crise – *população alvo*.

- **Caracterização geral** de toda a população encontrada (aquando do inicio da prática clinica – dados recolhidos entre a 1^a e 2^a semana):

24 Doentes – total

Género

Género	Número (N)	Percentagem (%)
Feminino	15	62%
Masculino	9	38%



Idade

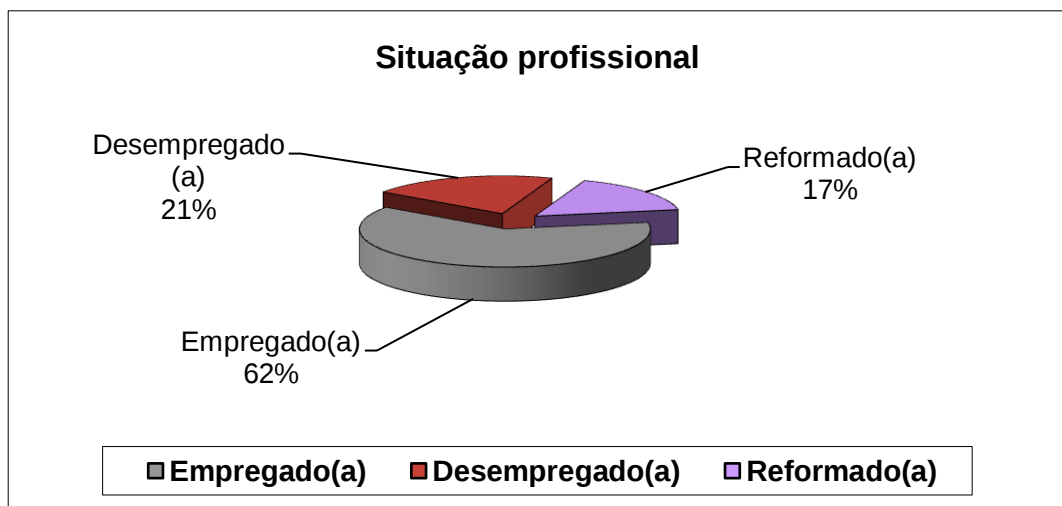
A média de idades correspondia a 42 anos.

Escolaridade

São pessoas na sua maioria com formação académica superior (54%).

Situação profissional

Sit. Profissional	Número (N)	Percentagem (%)
Empregado(a)	15	62%
Desempregado(a)	5	21%
Reformado(a)	4	17%



Cuidadores

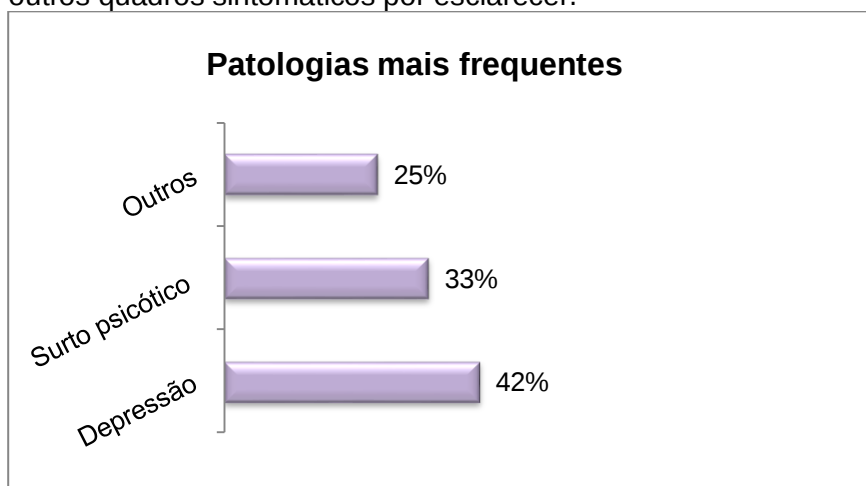
Os cuidadores principais destas pessoas são em todos os casos familiares próximos - pais, esposo (a), filhos e irmãos.

Patologias mais frequentes:

Patologias + frequentes	Número (N)	Percentagem (%)
Depressão	10	42%
Surto psicótico	8	33%
Outros	6	25%

Surto psicótico (1º surto, ou recaídas, 2º e 3º surtos).

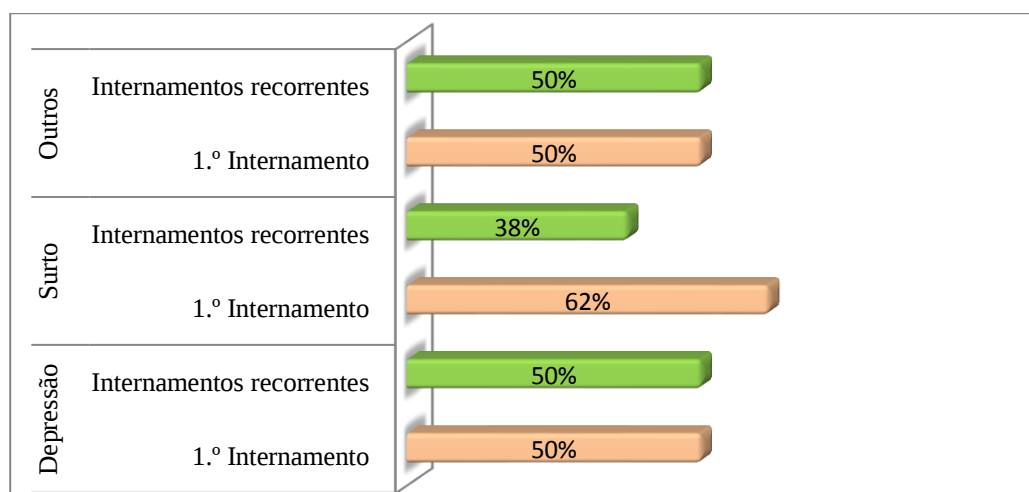
Outros – exaustão familiar, demências em estudo, anorexia/bulimia, esquizofrenia já diagnosticada, outros quadros sintomáticos por esclarecer.



Sintomas por esclarecer (diagnóstico ainda em estudo) – 46% (11 pessoas).

Diagnostico definido – 54% (13 pessoas).

Patologias mais frequentes		Número (N)	Percentagem (%)
Depressão	1.º Internamento	5	50%
	Internamentos recorrentes	5	50%
Surto	1.º Internamento	5	62%
	Internamentos recorrentes	3	38%
Outros	1.º Internamento	3	50%
	Internamentos recorrentes	3	50%



Os primeiro internamentos compreendem um longo período de tempo, o que a sua duração se mostra igual ou superior aos internamentos recorrentes.

Apoios/ Recursos (externos)

Família cuidadora; amigos; instituição de saúde; religião.

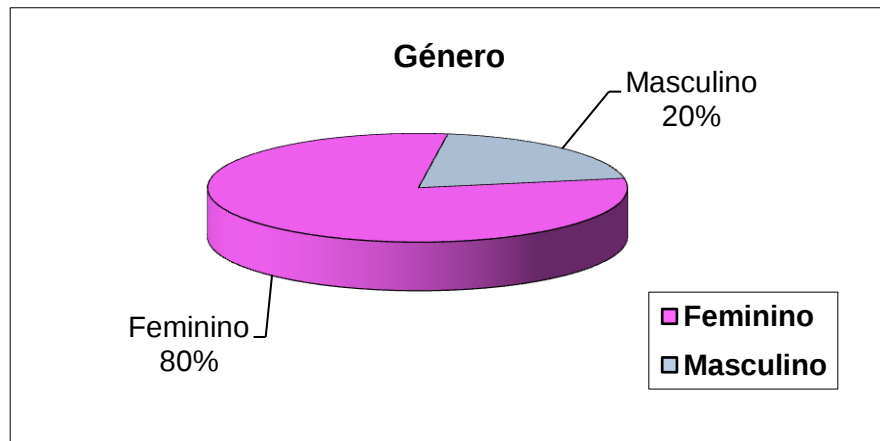
Questões iniciais que permitiram compreender necessidades e estabelecer diagnósticos iniciais – da população em geral (tendo por base as questões de Betty Neuman)

Algumas questões que surgiram	Conceitos encontrados
Problema, dificuldade, preocupação principal (descrita pelas pessoas)	Encontrar estratégias, enfrentar a doença, resolver a dor presente, sofrimento, mudança – alteração do eu, alteração dos papéis sociais e familiares, dificuldade em ajudar a família-filhos.
Existência de situação semelhante	Vivência da doença como única, não equiparável. Sem estratégias de acção.
Perspectiva do futuro	Visão negativista, Medo vs. Esperança – desejo de projectos futuros, incerteza, impotência.
Estratégias de auto-ajuda	Internamento, seguir terapêutica, negação, isolamento, mecanismos de compensação (justificação da doença com perdas anteriores)
Que significados atribuem aos cuidados, à família / amigos	Ajuda, refugio, recuperação, confiança, apoio, conforto.

- **Caracterização da população alvo** – grupo com quem mais e directamente interagi e intervi – **5 pessoas** para as quais tracei planos de cuidados:

Género

Género	Número (N)	Percentagem (%)
Feminino	4	80%
Masculino	1	20%



Idade

- E1 – 40 anos
- E2 - 27 anos
- E3 – 41 anos
- E4 – 51 anos
- E5 – 60 anos

A média situa-se nos 44 anos de idade.

Escolaridade

- E1 - Assistente Social – desempregada.
- E2 - Mestre em Engenharia Química – desempregada.
- E3 - 9º ano de escolaridade – supervisora de limpezas.
- E4 - 9º ano de escolaridade – segurança industrial.
- E5 - Formação superior – reformada.

Estado civil

- E1- Divorciada
- E2 -Solteira
- E3 -Casada
- E4 -Divorciado
- E5 –Casada

Patologia

- E1 - 1º Surto psicótico
- E2 - depressão/ anorexia nervosa – 1º internamento
- E3 -depressão- 1º internamento
- E4 -depressão- 1º internamento
- E5 - depressão/1º surto psicótico

Apoios – recursos

E1- família, internamento, religião – pais (mãe) cuidadores
 E2 -mãe, irmã, namorado, internamento – mãe cuidadora
 E3 - mãe e marido e filhos, internamento – marido cuidador
 E4 -família, internamento – ex-mulher cuidadora (colaboração dos filhos)
 E5 -família, amigos, internamento, religião – filho-cuidador

Nota: foi utilizada como análise da vivência e o seu impacto de vida diária de cada pessoa usando o conceitos de AVD'S – de Nancy Rooper – a escolha recaiu pelo facto de este ser um referencial utilizado em ambos os locais de estágio e ser utilizada esta descrição para a colheita de dados – acolhimento.

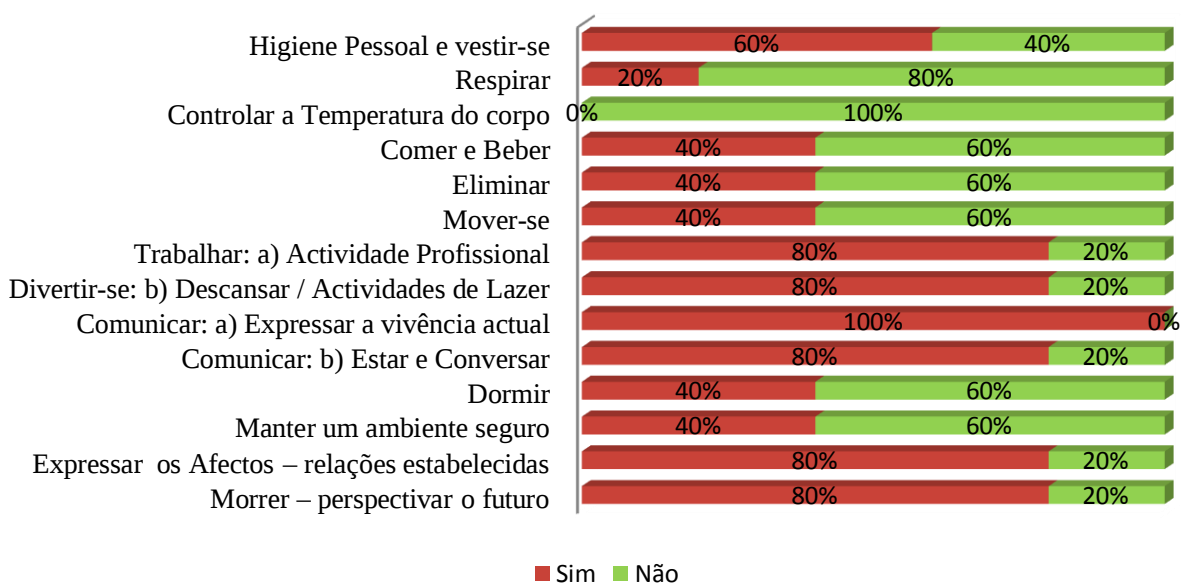
Alteração nas Actividades de Vida:

<u>Actividades de vida diárias</u>	E1	E2	E3	E4	E5
Higiene Pessoal e vestir-se	S (associado à diminuição de auto-estima)	N	S (associado à diminuição de auto-estima – numa fase inicial alterada)	N	S (inicialmente associado à baixa-auto-estima, apresentava algum compromisso)
Respirar	N	N	S (fadiga acentuada-associado a terapêutica)	N	N
Controlar a Temperatura do corpo	N	N	N	N	N
Comer e Beber	N	S	N	S (numa fase inicial associado ao internamento anterior – problema de saúde física – cirrose hepática)	N
Eliminar	S (associado à medicação numa fase inicial)	N	N	N	S (numa fase inicial associado à terapêutica, mas que reverteu)
Mover-se	N	N	S (risco de queda por desequilíbrio)	N	S (inicialmente apresentou quadros de

			– associado à terapêutica)		desequilíbrio associados à medicação, reverteu)
Trabalhar e Divertir-se: a) Actividade Profissional b) Descansar / Actividades de Lazer	S	S	S	S	N
	S	S	N	S	S
Comunicar: a) Expressar a vivência actual b) Estar e Conversar	S	S	S	S	S
	S	S	N	S	S
Dormir	N	N	S	N	S
Manter um ambiente seguro	S	N	S	N	N
Expressar a Sexualidade / Os Afectos – relações estabelecidas	S	S	N	S	S
Morrer – perspectivar o futuro	S	N	S	S	S

Legenda: **N** – Não Alterou a AV; **S** - Sim Alterou a AV; E1 – Entrevistado 1 até 5.

Alteração das actividades de vida



Sobressai as actividades de vida alteradas – morrer – perspectivar o futuro; expressar os afectos e as relações; comunicar-se; trabalhar e divertir-se.

Necessidades encontradas comuns:

Cooping ineficaz – E5,E4,E3,E2,E1

Desesperança – E5,E4,E3,E2,E1

Humor deprimido- E5,E3,E1

Ansiedade elevada – E5,E3,E1

Baixa auto-estima – E5,E4,E2,E1

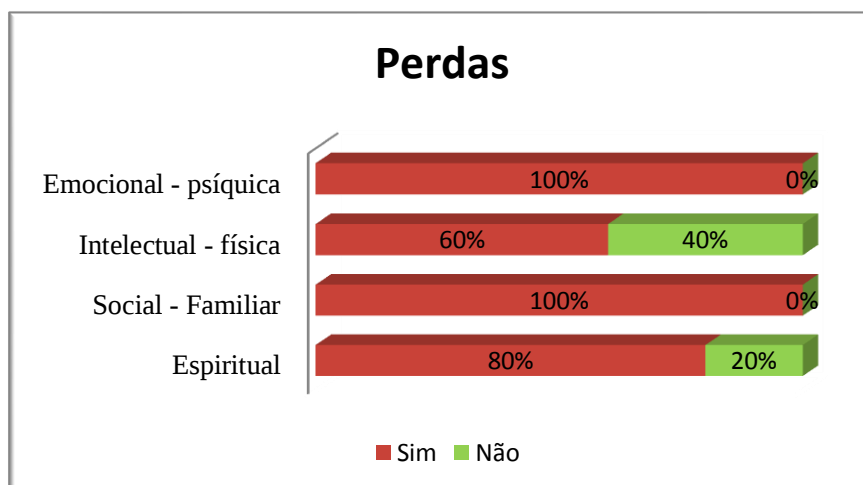
Integração social prejudicada- E5,E4,E2,E1

Luto Complicado – E5, E3

- Dificuldade em se expressarem (emoções e sentimentos), perceber a vivência e formas de acção perante a realidade e os obstáculos.

Caracterizam a doença pelas perdas que ocorrem:

Perda:	E1	E2	E3	E4	E5	Conceitos-chave
<i>Emocional - psíquica</i>	S	S	S	S	S	Alteração do “eu”, dos sonhos, dificuldade em reorganizar-se emocionalmente
<i>Intelectual - física</i>	S	N	S	N	S	Alteração da memória e da cognição, funcionamento do corpo alterado – perda de controlo
<i>Social - Familiar</i>	S	S	S	S	S	Alteração de papéis
<i>Espiritual</i>	S	S	S	N	S	Reconstrução de um significado de si mesmo e do mundo que o envolve, confiança ou desesperança numa entidade divina.



- Presença de uma dor emocional de difícil expressar e de difícil actuação. Oscilam entre a negação e a tentativa de procurar soluções.

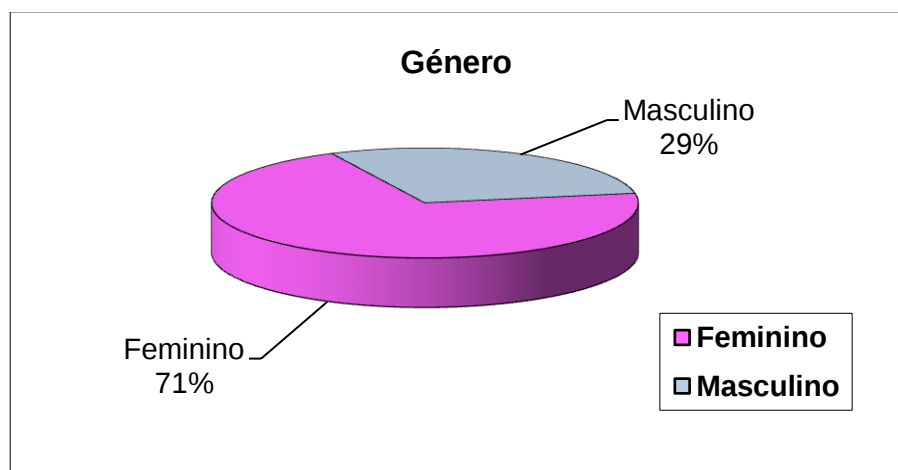
▪ **Caracterização da população (em geral) - Modulo II**

(dados recolhidos entre a 1 e 2ª semana de Estágio)

Total – 17 utentes

Género:

Género	Número (N)	Percentagem (%)
Feminino	12	71%
Masculino	5	29%



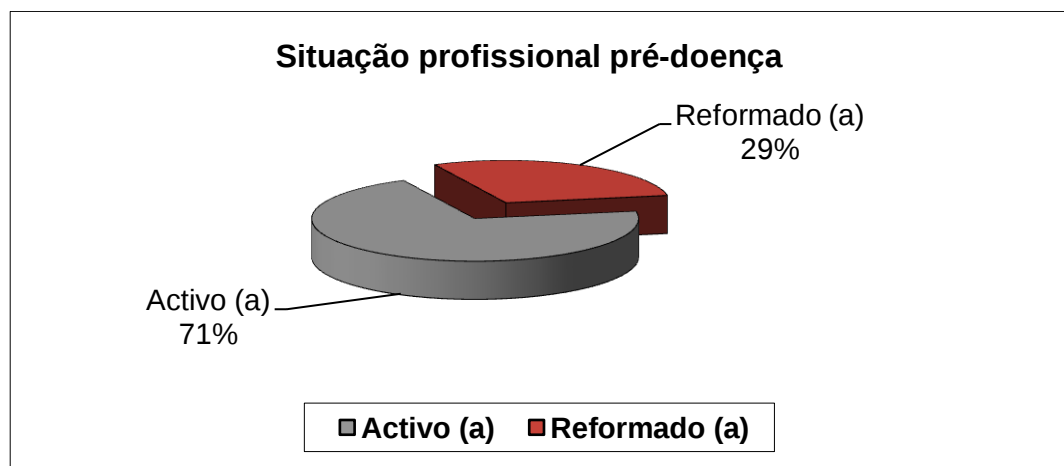
Idade:

A média de idades correspondia a 62 anos.

Situação Profissional:

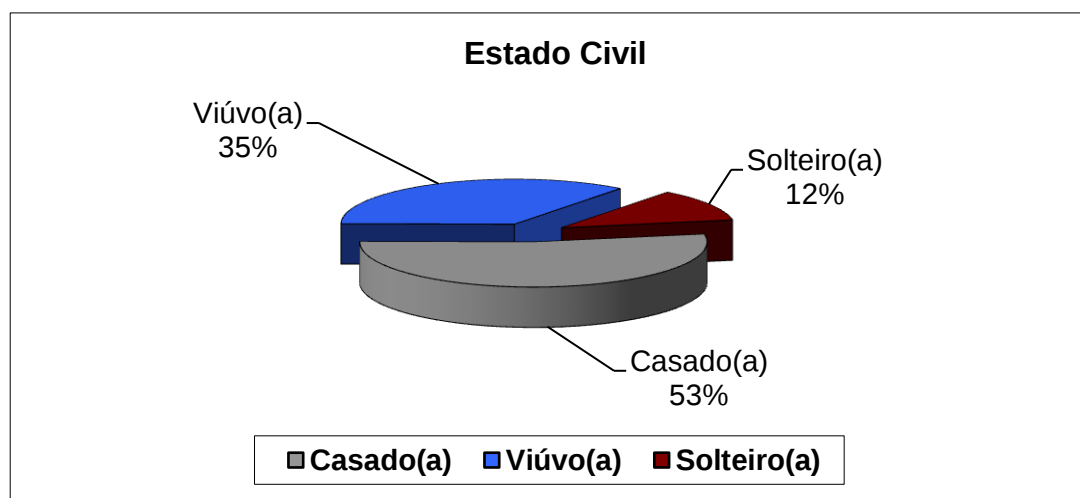
A maioria das pessoas - 71% dos casos - eram activas antes da doença.

Sit. Profissional	Número (N)	Percentagem (%)
Activo (a)	12	71%
Reformado (a)	5	29%



Estado civil:

Estado civil	Número (N)	Percentagem (%)
Casado(a)	9	53%
Viúvo(a)	6	35%
Solteiro(a)	2	12%



Apoios / recursos (externos):

Cuidadores (principais), equipa de cuidados, recursos da comunidade (Ex: Santa Casa da Misericórdia).

Cuidadores:

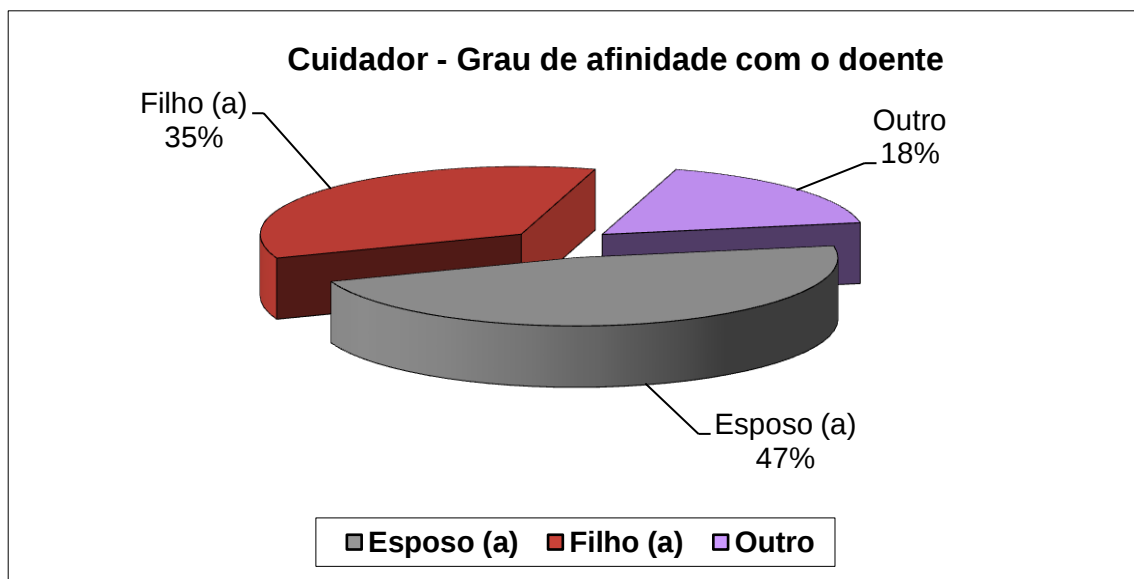
8 - Conjugue

6 – Filhos (as)

3 – Outro: familiar ou amigo / instituição

10 – São do sexo masculino

Cuidador	Número (N)	Percentagem (%)
Esposo (a)	8	47%
Filho (a)	6	35%
Outro	3	18%



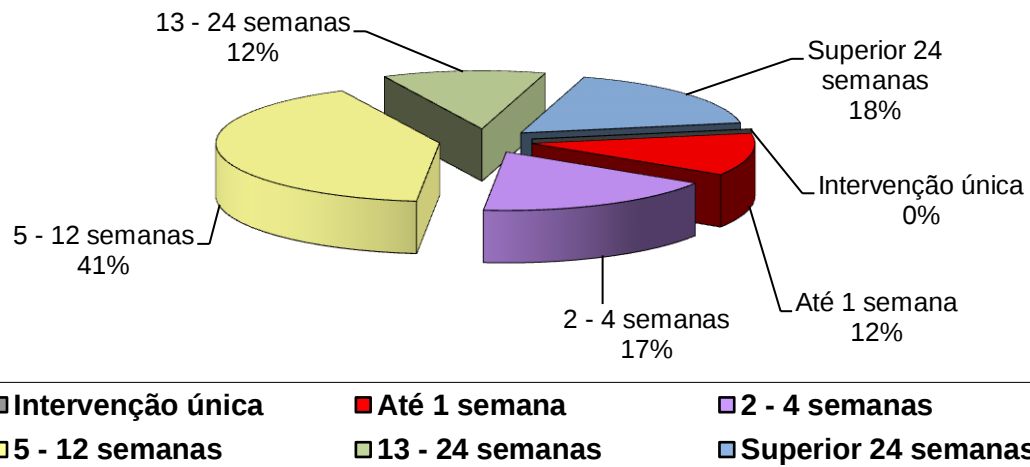
Idade do cuidador – média de idades – 55 anos.

Das 17 pessoas seguidas pela equipa, 12 apresentavam como cuidador principal, alguém com idade superior a 60 anos.

Necessidades imediatas, que caracterizam a população tais como: a debilidade física, a fragilidade emocional – labilidade emocional e/ou dificuldade na expressão vivencial, desesperança, níveis elevados de ansiedade / medo, sintoma mais frequente e de difícil controlo - presença de dor.

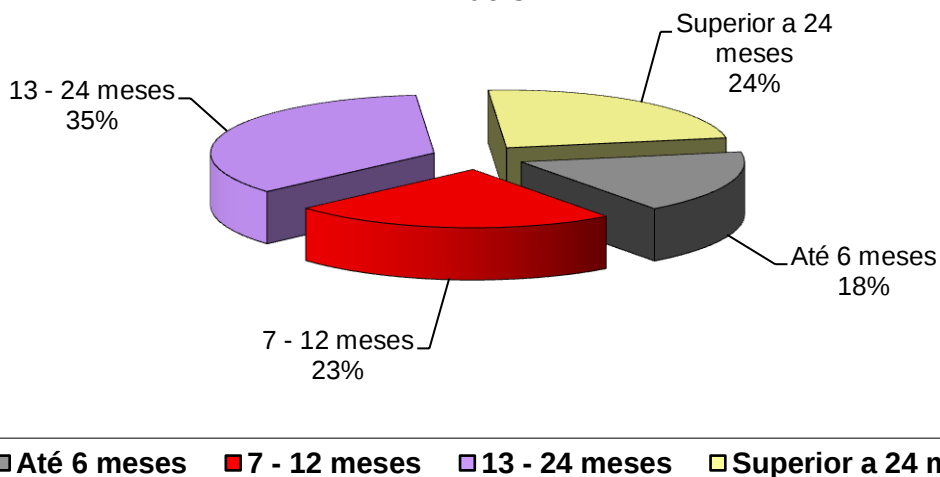
Tempo de acompanhamento pela Equipa de CP	Número (N)	Percentagem (%)
Intervenção única	0	0%
Até 1 semana	2	12%
2 - 4 semanas	3	18%
5 - 12 semanas	7	40%
13 - 24 semanas	2	12%
Superior 24 semanas	3	18%

Tempo de acompanhamento pela Equipa de CP



Intervalo de tempo desde o diagnóstico até intervenção da Equipa de CP	Número (N)	Percentagem (%)
Até 6 meses	3	18%
7 - 12 meses	4	24%
13 - 24 meses	6	35%
Superior a 24 meses	4	23%

Intervalo de tempo desde o diagnóstico até intervenção da Equipa de CP

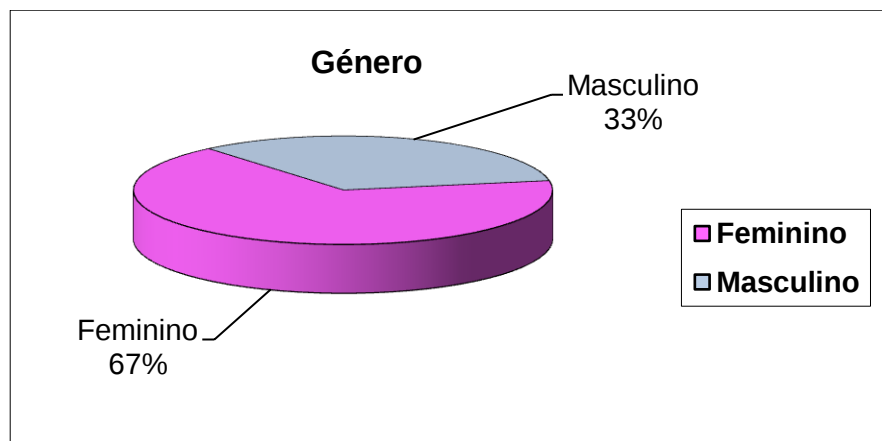


- **Caracterização da população alvo – 3 doentes** com quem mais interagi e desenvolvi plano de cuidados e intervenções:

Total – 3.

Género:

Género	Número (N)	Percentagem (%)
Feminino	2	67%
Masculino	1	33%



Idade:

E1- 54 anos de idade.

E2- 38 anos de idade.

E3- 75 anos de idade.

Escolaridade:

E1 -Sem trabalho – fazia limpezas em domicílios- escolaridade primária.

E2 -Administrativa de secretariado – sob baixa médica

E3- Reformado – professor primário.

Estado Civil:

E1 - Vive com o seu companheiro – com filhos menores, 2 maiores de idade (5 total).

E2 - Casada – com filhos menores (2 filhos).

E3 - Viúvo – sem filhos – o único filho faleceu.

Cuidador principal:

E1 – Companheiro.

E2 – Marido.

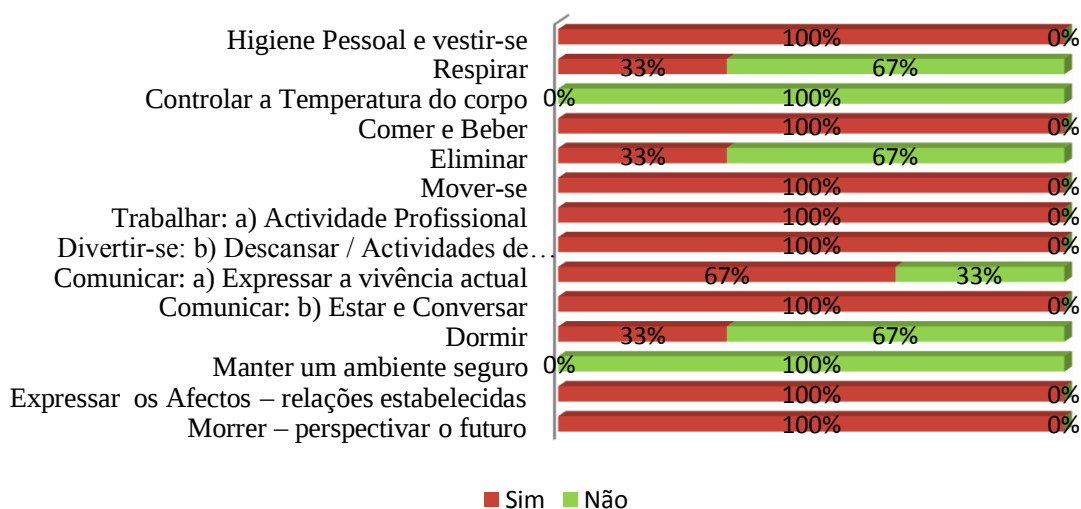
E3 - Irmã e sobrinhas.

AVD'S ALTERADAS:

<i>Actividades de vida diárias</i>	E1	E2	E3
Higiene Pessoal e vestir-se	S	S	S
Respirar	N	N	S
Controlar a Temperatura do corpo	N	N	N
Comer e Beber	S	S	S
Eliminar	S	N	N
Mover-se	S	S	S
Trabalhar e Divertir-se:			
a) Actividade Profissional	S	S	S
b) Descansar / Actividades de Lazer	S	S	S
Comunicar:			
a) Dificuldades – vivência actual	S	S	N
b) Estar e Conversar	S	S	S
Dormir	S	N	N
Manter um ambiente seguro	N	N	N
Expressar a Sexualidade / Os Afectos – relação com os outros e com o mundo	S	S	S
Morrer	S	S	S

Legenda: **N** – Não Alterou a AV; **S** - Sim Alterou a AV; E1 – Entrevistado 1 até 3.

Alteração das actividades de vida



Necessidades prioritárias comuns aos 3 casos:

- Perdas várias (sociais, familiares, pessoais) sobressai a perda de autonomia (pelas imposições da doença).
- Controlo da dor, ansiedade / medo perante a vivência actual.
- Dificuldade em comunicar-se, expressar o vivido e sentido - encontrar estratégias.

Risco de luto complicado:

- Relacionado com: Situação avançada de doença oncológica, perdas que ocorrem, difícil controlo da sintomatologia - dor.
- Manifestado por: Dor intensa; Diminuição de sentimentos de bem-estar, tristeza, angustia, medos.
- Diminuição do desempenho dos papéis na vida – associado às perdas que ocorrem

Factores encontrados:		Critérios:	
Pessoais	<i>Perdas primárias e secundárias</i>	Afectivos	<i>Dificuldade em falar das perdas, da vivência.</i>
Relacionais	<i>Dificuldades em relações próximas, conflitos</i>	Cognitivos	<i>Negação (oscilam entre esta e procura de algo – desorganização-depressão)</i>
Sociais	<i>Isolamento, alteração de papéis</i>	Comportamentais	<i>Dificuldade na procura de estratégias, usa a negação ou fuga</i>
		Sociais	<i>Isolamento, sentimento de vazio, de impotência, de nada vale</i>
		Espirituais	<i>Culpa, vazio, sem sentido, sem qualquer objectivo</i>

Intervenção:

Acompanhamento do processo de luto – perdas – facilitar a expressar emocional, alívio da sintomatologia, prevenção de luto complicado, reencontrar significados.

Entrevista – relação de ajuda – relaxamento/ imaginação guiada.

Doentes - Resultados	1º Caso: E1	2º Caso: E2	3º Caso: E3
Nº de sessões	4	6	2
Fase paliativa em que o doente foi abordado (início, meio, fim)	Meio - Fim	Fim	Fim
Fase segundo Kubler Ross	Depressão.	Negação inicialmente. Posteriormente raiva, depressão.	Raiva e depressão inicial, ainda que por fim referisse “aceitação”.
Processos e Recursos Internos	Esperança. Expressa gradualmente as suas dificuldades e desejos. Aceita a ajuda de intervenções capazes de lhe aliviar a sintomatologia apresentada. Procura estratégias para resolver problemas. Aceita- enfrenta- para encontrar uma solução	Esperança. (espiritualidade) Fuga e negação inicial. Gradualmente expressou os sentimentos, dificuldades e desejos presentes. Enfrentamento da dor física – recorre a técnicas ao seu dispor – gritar para aliviar, aceita as sessões de relaxamento – imaginação guiada. Atribuição de significados – busca um sentido.	Aceitação. Gradualmente expressa os sentimentos, dificuldades presentes. Aceita ajuda / intervenções.
Sobre os próprios sentimentos	Tristeza e preocupação (pelo futuro dos que ficam). Medo do agora e do depois. Coragem e determinação em encontrar uma solução para os filhos.	Insatisfação pelas mágoas do passado Frustração / culpa por aquilo que não viveu. Medo do agora e do que virá. Capacidade de perspectivar a mudança como algo que pode ser benéfico – ganhos – fortalecimento de laços afectivos – reconhecer como algo essencial na sua vida.	Insatisfação - “fracasso” na vida - frustração Medo do agora e do que virá.
Visão da doença	Percepção da doença e do seu desfecho. Vivência de um sofrimento global.	Percepção da gravidade numa fase avançada da doença – negação, culpa, raiva. Doença como consequência de outras perdas – depressão e morte da irmã. Vivências de dor e sofrimento, Desespero face à doença – mas simultaneamente é possível ver ganhos nesta nova percepção, reconhece características boas e más.	Percepção da gravidade da doença. Vivências de dor e sofrimento. Aceitação.

<i>Situações de ausências ou perdas anteriores</i>	Perda do anterior marido - por abandono; perda dos pais; dificuldades financeiras. Perda de autonomia foi importante para a doente.	Carência Afetiva; Dificuldades financeiras; Perda da mãe, perda da irmã.	Carência Afetiva (pelas perdas que teve). Perda da esposa, perda do filho. Falta de ocupação – actividade para fazer frente face à tristeza que sentia. Perda da condição física – perda de autonomia foi marcante para o doente. Perda da capacidade de sonhar (após as duas perdas – filho e esposa) – em relação a projectos futuros.
<i>Relações interpessoais</i>	Fracas. Vive para a família. Dificuldade em expressar a sua vivência e dificuldades.	Considera ter amigos, refere ter dificuldade em expressar sentimentos, preocupa-se com os outros, necessidade de agradar.	Considera ter amigos, refere ter dificuldade em expressar sentimentos e o que o preocupa.
<i>Relações familiares</i>	A família nuclear é o seu refúgio, motivo por que luta. Apresenta algumas relações difíceis com outros familiares.	São o seu apoio, teve relações conflituosas e difíceis.	Boas relações. São o seu apoio, viveu por eles.
<i>Prevalência de que dor</i>	Presença de dor física frequentemente como forma de “mascarar” também, a dor psíquica e espiritual – equiparadas.	Equiparada a dor psíquica e espiritual, sendo que no final a espiritual ganhou relevo. Sempre presente dor física.	Sempre dor física. Prevaleceu a dor psíquica nomeadamente na fase final.
<i>Características da dor</i>	Psíquica / emocional-tristeza; culpa; preocupação; angústia, medo do sofrimento. Espiritual – medo da morte e do pós-morte. Associação a uma entidade superior. Física – EVA elevada, dificuldade em descreve-la e localizá-la. Sofrimento Global.	Dor Espiritual: Medo de Morrer, culpas perante Deus. Dor Psíquica: Medo do sofrimento, culpabilização pelas perdas anteriores à doença. Humor Depressivo / Tristezas, preocupação com os filhos – os que ficam, Mágoas do passado.	Dor espiritual: Medo da Morte e do Pós - Morte. Sentido da Vida e da Morte Dor psíquica: Tristezas, Culpas frente a perdas, humor depressivo.
<i>Sobre o relaxamento e imaginação guiada</i>	Como forma de redução dos níveis de dor e ansiedade presentes. Expressão de dificuldades e sentimentos.	Necessidade de expressão verbal. Dificuldade em entrar em contacto com algumas vivências. Processo de descoberta, motivação, alívio da dor.	Necessidade de expressão verbal. Processo de descoberta, alívio da dor, promoção de algum conforto.

<i>Desenvolvimento da espiritualidade por meio da religião</i>	Sim. Crença espiritual em relação à morte.	Procura de esperança, de cura. Crença espiritual em relação à morte.	Não.
<i>Morte serena</i>	Sim.	Sim.	Sim.
<i>Orientação familiar</i>	Sim.	Sim.	Esporadicamente, sem nenhuma sessão realizada.
<i>Cuidador principal</i>	Dificuldade em expressar emoções e sentimentos. “Conspiração do silêncio”. Dor espiritual: medo da morte e do pós-morte.	Dificuldade em expressar as emoções, negação. Dor espiritual: medo da morte e da pós-morte.	

➤ **Aspectos similares em ambos os grupos (módulo I e módulo II)**

Categorias encontradas	Internamento de Psiquiatria Agudos – módulo I				
	E1	E2	E3	E4	E5
Perspectiva da doença	Algo de mau – perdas – sofrimento – ligação a perdas anteriores.	Perda – associa a perdas anteriores – culpabiliza família.	Sufrimento – dor – perdas várias – ligação a perdas anteriores.	Perda	Perda – sofrimento – associa a perdas anteriores
Etapa em que se encontram	Desorganização-Depressão	Negação	Depressão, negação (não aceitação de perdas anteriores)	Depressão, negação	Depressão
Necessidades – dificuldades primordiais	Dificuldade em comunicar-se – expressar vivência e emoções – dificuldade em se relacionar, dificuldade em definir estratégias – pensar o futuro.	Dificuldade em se expressar, em se relacionar, em aceitar as perdas e definir estratégias.	Dificuldade em aceitar perdas do passado e actuais – em definir estratégias.	Dificuldade em se expressar e comunicar, em encontrar estratégias.	Dificuldade em aceitar a perda actual e o passado, não redefine estratégias Dificuldade de interacção com os outros e expressão vivencial.
Estratégias usadas	Família- suporte, religião – apoio, procura ajuda – dificuldade em definir estratégias. Isolamento.	Apoio- mãe e companheiro, internamento. A expressão plástica – pintura como refugio e expressão. Fuga e negação.	Expressar emoções e sentimentos, apoio da família – o seu pilar, bom relacionamento com os outros. Enfrentamento das perdas.	Recorre à ex-esposa, aos profissionais de saúde Evitamento do confronto com a perda.	Isolamento. Fuga.
Sentimentos e emoções	Esperança, culpa, medo, insegurança, frustração.	Esperança, medo, frustração, negação – culpabilização de outros.	Tristeza, esperança, insatisfação, culpa, positivismo na mudança.	Tristeza, angustia, medo do futuro, esperança.	Esperança, tristeza Medo do futuro, visão negativista.
Intervenções	Relação de ajuda, actividades que possibilitassem a expressão da vivência, ventilação emocional, a interacção, o encontro de estratégias. Relaxamento.	Relação de ajuda, actividades que possibilitassem a expressão da vivência, ventilação emocional, a interacção, o encontro de estratégias. Relaxamento.	Relação de ajuda, actividades que possibilitassem a expressão da vivência, ventilação emocional, a interacção, o encontro de estratégias. Relaxamento.	Relação de ajuda, actividades que possibilitassem a expressão da vivência, ventilação emocional, a interacção, o encontro de estratégias. Relaxamento.	Relação de ajuda, actividades que possibilitassem a expressão da vivência, ventilação emocional, a interacção, o encontro de estratégias. Relaxamento.
Percepção de Sofrimento - Dor	Dor emocional	Dor emocional	Dor emocional	Dor emocional	Dor emocional
Dimensões do Cuidar	Relacional/ Emocional	Relacional/ Emocional	Relacional/ Emocional	Relacional/ Emocional	Relacional/ Emocional

Categorias encontradas	U. A. Domiciliário /intra-hospitalar – módulo II		
	E1	E2	E3
Perspectiva da doença	Sufrimento - dor	Perda – associa a doença a outras perdas anteriores Desespero - ganhos	Sufrimento - dor
Etapa em que se encontram	Depressão.	Negação, depressão.	Raiva e depressão “aceitação”.
Necessidades – dificuldades primordiais	Dificuldade em comunicar-se – expressar vivência e emoções. Dificuldade em definir estratégias – reencontrar significados. Perda de autonomia. Sintomas de difícil controlo – dor/ansiedade	Dificuldade em comunicar-se – expressar vivência e emoções. Dificuldade em definir estratégias – reencontrar significados. Perda de autonomia. Sintomas de difícil controlo – dor/ansiedade	Dificuldade em comunicar-se – expressar vivência e emoções. Dificuldade em definir estratégias – reencontrar significados. Sintomas de difícil controlo – dor/ansiedade
Estratégias usadas	Esperança. Expressa gradualmente as suas dificuldades e desejos. Aceita a ajuda de intervenções Procura estratégias – enfrentamento. Família – apoio.	Esperança. Fuga e negação. Gradualmente expressou os sentimentos, dificuldades e desejos presentes. Enfrentamento da dor física – recorre a técnicas ao seu dispor. Atribuição de significados – busca um sentido. Família – apoio.	Aceitação. Gradualmente expressa os sentimentos, dificuldades presentes. Aceita ajuda / intervenções.
Sentimentos e emoções	Tristeza e preocupação Medo do agora e do depois. Coragem e determinação em encontrar uma solução para os filhos.	Insatisfação pelas mágoas do passado. Frustração/culpa por aquilo que não viveu. Medo do agora e do que virá. Capacidade de perspectivar a mudança como algo que pode ser benéfico - laços afectivos.	Insatisfação - “fracasso” na vida - frustração Medo do agora e do que virá.
Intervenções	Relação de ajuda – relaxamento- imaginação guiada – expressar a vivência, ventilação emocional, definição de problemas centrais, procura de estratégias, redefinir significados.	Relação de ajuda – relaxamento - imaginação guiada – expressar a vivência, ventilação emocional, definição de problemas centrais, procura de estratégias, redefinir significados.	Relação de ajuda – relaxamento- imaginação guiada – expressar a vivência, ventilação emocional, definição de problemas centrais, procura de estratégias, redefinir significados.
Percepção de Sofrimento - Dor	Dor psíquica- emocional e espiritual – Sofrimento global	Dor psíquica- emocional e espiritual – Sofrimento global	Dor psíquica- emocional e espiritual – Sofrimento global
Dimensões do Cuidar	Relacional / emocional	Relacional / emocional	Relacional / emocional

➤ **Auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional**

<i>Dei-me conta de mim:</i>
Na relação com o outro
Por meio da introspecção, reflexão, discussão
Através das análises feitas, intervenções desenvolvidas e avaliação das mesmas

Processo de aprendizagem – auto-conhecimento	
Iniciação	<i>Enfrentar a realidade a nova experiência, percepção de novas necessidades, desorganização, medo, satisfação, desenvolvimento de novas interações e intervenções.</i>
Interiorização	<i>Análise, reflexão, tomada de consciência, perdas – aceitá-las, perceber sentimentos, gerir emoções e informações, aceitar limites, redefinir estratégias, valorizar outros aspectos, diálogo interior.</i>
Aquisição de Competências	<i>Novas percepções, mais eu na relação (mais conhecimento), aprendizagens, adaptação à realidade com outros recursos, valorização de outras componentes – emocional e relacional.</i>

O percurso compreendeu várias reflexões e análises que foram sendo desenvolvidas ao longo do estágio:
<i>Análise da prática diária – reflexão, diário de campo</i>
<i>Reflexão sobre os processos de comunicação</i>
<i>Análise de interações desenvolvidas</i>
<i>Percepção da minha relação com o outro – relação de ajuda como cerne na acção - reflexões</i>
<i>Análise de interações e intervenções</i>
<i>Reflexão sobre o trabalho de grupo, equipa, organização</i>
<i>Repensar a minha acção-intervenção</i>
<i>Análise da experiência emocional – o vivido o sentido, dificuldades, sentimentos, factores intrínsecos, ganhos, aprendizagens</i>
<i>Reflexão – o meu contexto profissional</i>
<i>Novas dimensões do Cuidar – novas percepções de mim e da relação com o outro – crescimento pessoal e profissional</i>

<u>Sentimentos e emoções</u>	<i>Positivos</i>	<i>Negativos</i>
<i>Em relação a mim mesma na relação</i>	Medo, insegurança, impotência, tristeza, “Sofrimento pessoal”.	Determinação, motivação, confiança, satisfação, alegria.
<i>O outro – sentimentos presentes</i>	Medo, tristeza, angústia, incerteza, impotência, vazio, desmotivação, apreensão, culpa, revolta, vulnerabilidade/fragilidade, sofrimento.	Alegria, segurança, conforto, “dever-cumprido”.
	<i>A minha percepção:</i>	<i>A percepção do outro:</i>
<i>Em relação à experiência vivida</i>	Perdas – Ganhos: Aprendizagem-crescimento.	Perda, Dor, Sofrimento, Aprendizagem.

<i>Em relação aos cuidados prestados</i>	Mudança- percepção de mim e dos cuidados prestados.	Esperança, conforto - alívio, segurança, valorização da componente humana-relacional.
---	---	---

Analisando as descrições das interações:

Percebo a presença com frequências dos seguintes verbos e tempos verbais:

“Senti, compreendo, percebo, imagino, podemos, estamos”.

Verifica-se a utilização do “nós” em detrimento do “eu”.

Comunicação verbal – manteve o tom sempre baixo, “sereno”.

Comunicação não-verbal – postura relaxada, mas com tendência a gesticular com as mãos. Procurei estar atenta a esta para interpretá-la.

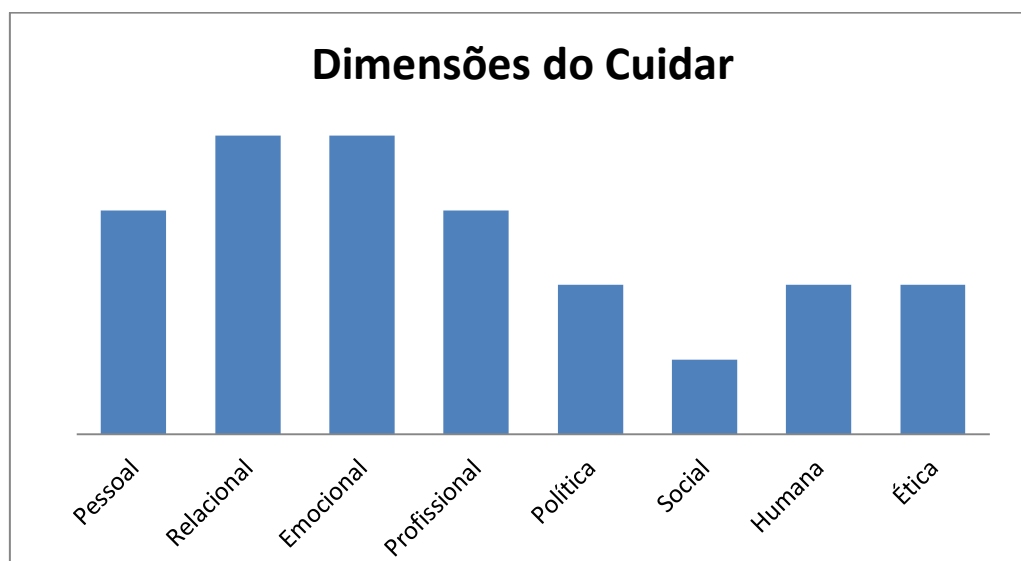
Valorizei a escuta, a clarificação, a demonstração da disponibilidade e empatia (dai a utilização de alguns tempos verbais e expressos como “estou aqui”, “compreendo”), o respeito e autenticidade.

Objectivo central – motivação – ajudar o outro – “estou aqui” – presença – necessidade de fazer sempre algo e mais – por vezes levou-me a “substituí-lo”.

Experiencia Emocional	<i>Factores que a condicionam</i>	Características pessoais; Contexto de prática de cuidados		Reflexão e Análise Gestão emocional Aprendizagem Estratégias de Coping	<u>Enfrentar-me,</u> <u>Conhecer-me,</u> <u>Entregar-me.</u>
	<i>Significado atribuído à experiencia</i>	Satisfação no Cuidar vs. Impotência			
	<i>Sentimentos</i>	Acompanhamento - envolvimento			

Dimensões do Cuidar:

Dimensão:	Pessoal	Relacional	Emocional	Profissional	Política	Social	Humana	Ética
1-4	+++	++++	++++	+++	++	+	++	++



Poderei considerar a presença de todas estas dimensões no Cuidar que foi desenvolvido ao longo da prática clínica. Quanto à dimensão pessoal – houve alguma preocupação comigo mesma enquanto cuidadora; mas que ganhou relevo ao longo do estágio através da percepção do meu sentir na relação e de que forma isso era relevante para mim e para o outro na relação. De realçar a dimensão emocional e relacional, esta foi aquela que os utentes demonstraram ao longo das interações estabelecidas como sendo a que mais valorizam. Foi aquela que também procurei dar mais atenção.

A dimensão política – aparece no sentido em que segui os meus ideais no acto de cuidar, mas também sofri mudanças e alterações nessa mesma percepção. A acção desenvolveu-se tendo como base aquilo em que acredito, aquilo que me move – dimensão humana e ética.

ANEXO III – ENTREVISTA: BETTY NEUMAN

1. O que considera ser o seu problema, dificuldade ou preocupação mais importante?
2. Como é que isso tem afectado os seus hábitos ou o seu estilo de vida?
3. Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim, o que é que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado?
4. Como prevê o futuro em consequência da presente situação?
5. O que está a fazer ou o que pode fazer para se ajudar a si mesmo?
6. O que espera que os prestadores de Cuidados, família e amigos e outras pessoas façam por si?

Nota: Foram consideradas para uma avaliação inicial da(s) pessoa(s) com quem interagi e intervi, não foram limitadoras, nem sempre apresentadas da mesma forma, ou de forma sequencial, dependendo da situação em que se encontrava cada pessoa, e foram colocadas se relevantes para a ajuda da pessoa em causa, e percepção de necessidades.

ANEXO IV – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS EM INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA

A – Actividade “ *Quebrar o Gelo – Conhecer-me e conhecer o outro*”

- **Dia:** 20 de Outubro e 2 de Novembro de 2011
- **Duração:** cerca de 1 hora (11h-12h)
- **Local:** Sala de estar (de convívio) da Unidade II – Santa Isabel
- **Participantes:** 6 a 8 utentes que após explicitação dos objectivos, após motivados e incentivados, se mostrarem disponíveis para a realização desta actividade. (Independentemente do diagnóstico base todos os interessados na actividade poderão participar, tendo em conta os objectivos da mesma, procurar-se-á criar um grupo não muito extenso por forma a evitar dispersões e permitir maior interacção entre os elementos presentes – nota: privilegiar-se-á os 1ºs internamentos e 1ºs surtos tendo em conta os objectivos de estágio (delineados no projecto)).
- **Recursos utilizados:** Cartões, canetas, tesoura e cadeiras.

➤ **Objectivos:**

Uma das áreas sobre os quais os enfermeiros exercem algum controlo é o próprio ambiente terapêutico. Na terminologia de saúde mental, este ambiente terapêutico é designado por milieu. O “milieu” é o cenário que proporcionará segurança e ajuda durante a estadia do utente na instituição. O “milieu”, ou a terapia pelo “milieu”, pretende associar o ambiente social e terapêutico. Desta forma, cada contacto entre o enfermeiro e o utente fornece uma oportunidade de interacção terapêutica.

Segundo Hildegard Peplau o enfermeiro é como um “instrumento” que garante relações interpessoais positivas com os utentes, desenvolvendo deste modo uma relação de confiança. Todo este processo será validado pela utilização adequada das nossas capacidades de comunicação verbal e não verbal que cimenta a relação com os nossos utentes e promove o processo de recuperação.

Senti então, a necessidade de construir esta actividade inicial de modo a promover um momento lúdico que estimulasse a comunicação e o desenvolver de relações interpessoais, com os seguintes objectivos:

- Incentivar a identificação de cada utente;
- Encorajar o utente a elaborar o pensamento;

- Encorajar o utente a expressar-se pelas suas próprias palavras;
- Desenvolver capacidades de escuta e respeito pelo outro;
- Encorajar o utente a identificar e classificar pensamentos e emoções;
- Conhecer-se melhor e conhecer – interagir com o outro;
- Identificar comportamentos específicos.

➤ **Descrição:**

Um dos primeiros passos para cumprir os objectivos de promover e desenvolver a comunicação e as relações interpessoais, é obter a participação do utente.

Nesta actividade inicial, criámos um ambiente calmo, acolhedor, onde as cadeiras estavam dispostas em forma de círculo, de modo a proporcionar união, espírito de grupo e interacção social. A participação era livre, não restringindo a entrada a qualquer utente, em qualquer momento.

O início desta actividade foi desenvolvida pelo contacto onde todos entrelaçamos as mãos e um a um foi-se apresentando. Após esta apresentação, previamente foi criado um baralho de cartas onde estão impressas perguntas abertas, de forma a encorajar a participação e a proporcionar mais informações sem que o enfermeiro pareça demasiado persistente ou intruso. Cada pessoa baralhava o baralho de cartas, retirava uma pergunta, respondia e passava ao companheiro seguinte. Este ciclo foi realizado por duas vezes, no sentido do ponteiro do relógio.

As cartas foram elaboradas com perguntas que permitem exprimir ideias, pensamentos, emoções e auto-reconhecimento:

“O que mais gosto de fazer?”

“O que penso da minha família quando me visita ou telefona?”

“O que penso antes de dormir?”

“Que objectivos penso atingir neste internamento?”

“Se eu fosse um prato de comida o que seria? Porquê?”

“Como me sinto hoje?”

“Se eu fosse um animal o que seria? Porquê?”

“Se eu fosse um objecto o que seria? Porquê?”

“O que penso acerca da medicação?”

“Em que penso quando acordo?”

“Porque estou internado?”

“Qual a minha música preferida? Porquê?”

“Qual a minha cor preferida? Porquê?”

“Qual a minha estação preferida? Porquê?”

Findo esta actividade, os utentes participaram na arrumação do espaço.

- **Avaliação:** Será efectuada tendo em conta o que for “dito” e “realizado” durante a actividade. Procurar-se-á questionar no final os utentes por forma a validar ou não a importância benéfica desta actividade para os participantes. Ter-se-á em conta a comunicação verbal e não-verbal como indicadores de avaliação.

A maioria dos utentes (total de 8 utentes, nos dois dias em que a actividade foi realizada) que participaram na globalidade desta actividade mostraram-se receptivos e colaborantes, pelo que à medida que foi sendo realizada a actividade criou-se um ambiente de partilha, união, cooperação, reflexão, respeito, expressão verbal e não verbal.

No decorrer desta actividade existiram, momentos de silêncio antes da resposta, que foi respeitada por quase todos, de interajuda entre utentes com dificuldade em ler e/ou compreender a pergunta, clarificando-a, e também momentos lúdicos.

No dia 20 de Outubro a actividade decorreu sem que para tal tenham sido utilizadas as questões inscritas nas cartas. Uma vez que a minha actividade ainda era recente, e os utentes também na sua maioria estavam à poucos dias na unidade, optou-se pela realização da actividade mas desta vez sendo cada um dos elementos a colocar uma questão ao colega ao lado. As questões foram simples e directas como por exemplo: “Como te chamas?; Que cor gostas mais? Que prato de comida preferes? Tens filhos?...” Desta forma foi possível um maior entrosamento do grupo e o conhecimento do mesmo por parte de cada elemento. Houve partilha e interesse.

No dia 2 de Novembro a actividade foi desenvolvida de acordo com o planeado. Ao longo desta actividade o grupo foi submetido a alguns momentos de tensão e mobilizador da atenção que residiram em dois utentes. Um dos utentes não conseguiu atingir alguns dos objectivos pretendidos com esta actividade, perturbando a interacção social, não respeitando o tempo do outro, o silêncio e a concentração. Apresentava-se verborreico, respondendo por vezes às perguntas dos colegas, pelo que foi necessário alertá-lo várias vezes para as regras da actividade. O segundo episódio, consistiu num momento de partilha de outro utente que expressou a vivência da sua doença, desde o início até à data actual, o que permitiu a identificação de algumas situações por parte de outros utentes e possibilitou a criação de um momento de grande partilha onde ocorreram períodos de labilidade emocional, choro, mas também expressão de revolta e raiva nomeadamente face à doença que os atinge e face aos tratamentos impostos (dificuldade em aceitarem algumas regras, como o não poderem sair da clínica).

As respostas dadas e discutidas foram:

Relativamente à 1ª questão: “O que mais gosto de fazer?”

“de dormir”, “de passear”, “de estar com o meu filho”, “de estar com a minha família”.

Relativamente à 2ª questão: “O que penso da minha família quando me visita ou telefona?”

“Que gosto muito deles”, “sinto falta”, “agora não os vejo nem nos falamos, não posso ligar-lhes e são de longe”, “fico tão feliz quando vêm cá”.

Relativamente à 3ª questão: “O que penso antes de dormir?”

“Que vou ter dificuldade em adormecer”, “que passou mais um dia...” “que amanhã vou estar melhor”.

Relativamente à 4ª questão: “Que objectivos penso atingir neste internamento?”

“Curar-me”, “que vou ficar boa”, “sei que não me vou curar, mas ficar bem”

Relativamente à 5ª questão: “Se eu fosse um prato de comida o que seria? Porquê?”

“um cabrito assado, porque me lembra a Páscoa e o Natal”, “um bolo para ser doce”

Relativamente à 6ª questão: “Como me sinto hoje?”

“triste”, “bem por estar aqui”, “igual aos outros dias”.

Relativamente à 7ª questão: “Se eu fosse um animal o que seria? Porquê?”

“Seria um gato, porque é livre e muito independente”, “seria uma ave para poder voar”, “seria um cavalo, são bonitos e faz-me lembrar a quinta dos meus avós”

Relativamente à 8ª questão: “Se eu fosse um objecto o que seria? Porquê?”

Os objectos mencionados foram: casaco (porque serve de abrigo, conforto), um quadro – pintura (porque é belo e pode ser admirado e partilhado com os outros), um farol (está no mar, guia os outros, “acompanha” o por-do-sol).

Relativamente à 9ª questão: “O que penso acerca da medicação?”

Foram referidas expressões como: “é um mal necessário”; “faz-nos bem, devemos tomá-la, e não compartilha-la, como algumas pessoas fazem quando têm dores de cabeça”, “tem muitos efeitos secundários, é difícil aceitá-los”

Relativamente à 10ª questão: “Em que penso quando acordo?”

“penso que tenho rotinas a cumprir”, “não penso vou tomar banho”, “mais um dia...” “que dormi mal...”

Relativamente à 11ª questão: “Porque estou internado?”

As respostas foram as seguintes: “tenho que me tratar”, “porque não estou bem”, “porque não me senti bem, e vim para aqui”. Houve quem fizesse uma exposição de todo o evoluir da sua doença.

Relativamente à 12ª questão “Qual a minha música preferida? Porquê?”

...“de relaxamento, porque me transmite paz”, “musica alegre para dançar”, “musicas de antigamente, trazem boas recordações”

Relativamente à 13ª questão: “Qual a minha cor preferida? Porquê?”

“Preto – porque me lembra o meu pai, a sua morte...” “gosto do azul é como o céu, livre e bonito”, “cor-de-rosa lembra-me a menina que era e como a minha mãe me vestia”, “gosto de cores fortes para me animarem”

Relativamente à 14ª questão: “Qual a minha estação preferida? Porquê?”

“Verão, porque está sol” “Primavera está bom mas não muito calor” “não gosto do frio, mas gosto da chuva...”

Considero que de uma forma geral, nesta actividade foram atingidos os objectivos inicialmente propostos, com um grande grau de satisfação pessoal e profissional. Senti medo inicialmente por receio que os utentes não se interessassem pela actividade, mas gradualmente senti satisfação pelo facto de estar decorrer de acordo com o planeado e por esta ter permitido a partilha de experiencias e sentimentos, “sinto-me bem, com paz, sinto-me até mais livre...” (sic)

B- Actividade “ Missão Pincel – Expressão livre”

- **Dia:** 21, 24 de Outubro; e 16 de Novembro
- **Duração:** de 30 minutos a 1 hora
- **Local:** Sala de convívio e espaço físico da Unidade II- Santa Isabel
- **Participantes:** 5 a 6 utentes no total, que após explicitação dos objectivos, após motivados e incentivados, se mostrarem disponíveis para a realização desta actividade, distribuídos em grupos variáveis, se necessário, ao longo dos vários dias. (Independentemente do diagnóstico base todos os interessados na actividade poderão participar, tendo em conta os objectivos da mesma, procurar-se-á criar um grupo não muito extenso por forma a evitar dispersões e permitir maior interacção entre os elementos presentes – nota: privilegiar-se-á os 1ºs internamentos e 1ºs surtos tendo em conta os objectivos de estágio (delineados no projecto)).
- **Recursos:** Mesas, cadeiras, papel autocolante, papel de lustro, cola, cartolina, papel crepe, fita adesiva de cor, tesouras, lápis, borracha, régua, tintas, barro, purpurinas, lã, palhinhas, cordel, recortes de revista, entre outros.
- **Objectivos:**

É importante que os utentes, perante a situação de internamento, sejam estimulados por vários factores, sendo o espaço físico muito importante para a sua recuperação no seu modo de estar e agir. Um espaço físico sem cor, ou com cores neutras à primeira vista pode transmitir alguma tranquilidade, o que constitui um aspecto positivo, porém também induz o próprio ser humano à melancolia do dia-a-dia. Se habitar-mos num meio colorido e expressivo o nosso dia-a-dia é diferente.

Segundo Lilian Verner-Bonds, “quando estamos bem podemos gostar da maior parte das cores, mas os problemas físicos e emocionais tenderão a evidenciar preferências por diferentes cores de que necessitamos, como um vermelho-vivo quando estamos exaustos, por exemplo. Do mesmo modo, somos naturalmente atraídos para os azuis quando precisamos de descansar e recobrar a saúde. Uma pessoa demasiado excitável beneficiaria com os azuis, mas a depressão precisa de amarelos e dourados.”

A cor reflecte e influencia o nosso humor, os nossos sentimentos, e determina a prática de todos os nossos relacionamentos. Pode então ser usada como meio de tratamento no sentido de conferir harmonia e equilíbrio à nossa psique e ao nosso corpo.

Ao analisar o espaço físico desta clínica deparei-me com espaços muito neutros e vazios que circundam o meio por onde os utentes deambulam e passam muito tempo, nomeadamente, o corredor e os quartos. Após conversarmos com alguns enfermeiros e utentes, verifiquei, que tal não se deve a nenhuma restrição imposta pelas regras hospitalares, e que os utentes apresentam total disponibilidade para a realização desta actividade em diferentes momentos. Foi portanto uma necessidade diagnosticada, que se prende essencialmente com a necessidade de expressão de sentimentos e emoções recorrendo a outros meios como a expressão plástica: *“para mim é-me mais fácil me explicar, e explicar o que sinto através da pintura”* (sic) Assim pretende-se contribuir não só com cor na Unidade, mas fundamentalmente permitir a exploração de vivências através da expressão, personalização, unicidade e proporcionando maior acolhimento aos presentes e futuros utentes. Daí o nome atribuído a esta actividade – “Missão Pincel”, que também poderia denominar de “Recuperação pela cor”.

Olhar e ser confrontado pela espiritualidade das cores é um modo de nos descobrirmos sem constrangimentos ou imposições. O poder da cor acentua a dualidade do transcendente e intuitivo. Deste modo com ênfase nas relações interpessoais e na dimensão específica do ser humano proponho-me a:

- Desdobrar a essência das cores com os utentes;
- Estimular a imaginação e trabalho de grupo;
- Proporcionar momentos de interesse pela decoração do espaço físico ou simples criação de um objecto que será pessoal;
- Promover um ambiente mais terapêutico, acolhedor, expressivo e personalizado;

➤ **Descrição:**

A base desta actividade consiste na expressão livre de vivências (nomeadamente a vivência actual) através da produção individual ou em grupo (se assim o desejarem) através da pintura, da criação de objectos, por meio do recorte, da escrita, etc. A interacção com os utentes será sempre mantida de forma a dar interpretação ao que é criado e facilitar a expressão emocional.

Os trabalhos realizados poderão serão guardados pelo doente, quando criação pessoal, se em grupo e de acordo com o objectivo do criado poderão ser expostos na Unidade.

➤ **Avaliação:**

Foi notória a receptividade desta actividade por parte dos utentes. Foram realizadas 2 sessões com 2 utentes que realizaram produção individual como forma de expressão relativamente ao que vivenciam no aqui e agora. Uma das utentes realizou 2 telas – “expressão da minha raiva” – em que desenhou um caixão – símbolo da morte do pai, luto complicado que vive, e que segundo a doente estará na base da sua doença actual. A segunda tela elaborada, intitulava-se “o que me faz feliz” – a importância da família foi notória, a doente foi capaz de identificar sentimentos positivos, e aspectos

positivos sua vida. Foi efectuada exploração de sentimentos e estratégias de coping. (trabalho desenvolvido com “Sr.^a Fátima – plano de cuidados”. A outra utente desenvolveu uma tela de expressão livre, onde desenhou flores e livros. Segunda a mesma, as flores simbolizavam o que ela procurava “o amor, e a paz”, os livros representavam os seus objectivos futuros “continuar a estudar e tirar o meu mestrado” (sic). (plano de cuidados – “Sr.^a Mafalda”) O entusiasmo e a dedicação que transmitiram, o feedback positivo sobre o trabalho desenvolvido no final de cada dia, com as perguntas cada vez mais frequentes no início de cada turno “Hoje vamos continuar o nosso trabalho?”, “Ontem estive a olhar para o efeito, e foi importante para mim”(sic), etc, desta forma foi relevante dar continuidade a esta actividade, quer individualmente, quer numa acção de grupo desenvolvida no dia 16 de Novembro, que resultou numa expressão de sentimentos e vivências, face às perdas agora vividas, houve partilha e interajuda.

O feedback dos profissionais de saúde também foi muito positivo, alguns demonstrando agrado e outros observando a sua elaboração.

A avaliação das sessões tem em conta os sentimentos presentes em cada utente, a expressão verbal e não-verbal durante a actividade, a capacidade de criar e descrever os sentimentos, emoções, estratégias usadas – discutir e explorar estes aspectos. Foi pertinente a expressão de tristeza, de raiva, de momentos de choro, mas também de alegria face aos apoios prestados, às descobertas que os próprios utentes foram fazendo de si mesmos e do grupo onde estavam inseridos. A capacidade de identificarem um sentimento presente, a exploração do porquê, e de que forma se pode actuar foi o aspecto mais verbalizado e valorizado pelos utentes.

C – Actividade “Pensamento da Semana”

➤ **Dias:** Outubro e Novembro (trabalho desenvolvido com Sr.^a Ana, Sr.^a Mafalda e Sr.^a Fátima e Sr.^a Filomena – planos de cuidados)

➤ **Duração:** cerca de 1 hora

➤ **Local:** Sala de Convívio da Unidade II

➤ **Recursos:** Cartão, cola, revistas, mola, canetas, tintas, imagem/frase; cordel, tecido, folhas coloridas, esferográficas.

➤ **Participantes:**

2 a 4 utentes que após explicitação dos objectivos, após motivados e incentivados, se mostrarem disponíveis para a realização desta actividade. (Independentemente do diagnóstico base todos os interessados na actividade poderão participar, tendo em conta os objectivos da mesma, procurar-se-á criar um grupo não muito extenso por forma a evitar dispersões e permitir maior interacção entre

os elementos presentes (grupos poderão ser rotativos) – nota: privilegiar-se-á os 1ºs internamentos e 1ºs surtos tendo em conta os objectivos de estágio (delineados no projecto)).

➤ **Objectivos:**

Todos os actos que se revelam mediadores de expressão de afectos, emoções, pensamentos e desejos, são formas de perceber o “mundo” que rodeia cada ser humano.

Decidi proporcionar, a construção de uma “caixa de correio” que servirá como um meio de entrega de pensamentos de cada utente, identificando-se este ou não, baseado numa imagem/frase.

Esta actividade é desencadeada várias vezes por semana, numa 1ª fase a proposta da escrita com estímulo de uma imagem/frase; e numa 2ª fase a proposta da verbalização, de modo a proporcionar a identificação do seu pensamento, auto-reconhecimento, defesa e reconhecimento do outro.

Deste modo os objectivos a que proponho incidem no desenvolvimento pessoal e social:

- Proporcionar o desenvolvimento da capacidade criativa da construção e seguimento de projectos;
- Proporcionar o desenvolvimento da capacidade de expressão, organização do pensamento e das capacidades motoras;
- Estimular o aumento da confiança;
- Estimular a experiência da partilha e da vivência em grupo;

➤ **Descrição:**

➤ 1ª Fase:

Esta primeira fase consistirá na construção, pelos vários utentes, de uma caixa de correio, com prévio molde; Será aberto o debate relativamente às frases, expressões, imagens, escolhas que surgiram, se possível.

➤ 2ª Fase:

Procurar-se-á a expressão verbal relativamente aos pensamentos da semana – explorar situações, expressão emocional, pensar em conjunto em estratégias de coping.

➤ **Avaliação:**

Terá em conta a comunicação verbal e não-verbal, a exploração do que foi dito ou realizado, procurar-se-á construir um cartaz com os pensamentos mais relevantes, que ficará afixado na sala de convívio se possível.

Esta primeira fase (27 de Outubro) foi muito importante, na medida em que os vários utentes demonstraram interesse em participar, e que ordeiramente dividiram tarefas, respeitando a tarefa do outro. Revelaram um extremo empenhamento e trabalho de grupo com grande articulação.

Sentimos que foi muito gratificante para os utentes, assim como para mim, devido ao facto de não ter existido nenhum tipo de incidente, e também devido à presença, ao saber estar de utentes, alguns com alterações de comportamento.

Considero que foi uma etapa marcante neste Ensino Clínico, pois sentimos a pairar no ar um grande à vontade, uma confiança, uma aceitação de papéis, uma harmonia social.

Procurou-se debater (nos dias 8 de Novembro, 11 de Novembro e 22 de Novembro) os pensamentos principais que “ocuparam” as semanas, os verbalizados compreenderam:

“Esta semana veio a chuva, tenho tido medo que com ela fique mais fraca...”

“Esta semana decidi vou ser capaz, vou seguir o tratamento e ficar bem”

“Estou feliz sei que em breve vou ver o meu filho”

“Sinto que preciso de forças”

“Cai aqui num mundo novo, estou a descobrir, mas sei que vão ajudar”

Estas frases foram exploradas e debatidas em conjunto porque assim foi do interesse e manifestação do grupo. Foi importante a exploração da comunicação verbal e não-verbal destas afirmações. Houve expressão de sentimentos e emoções, procurou-se compreender os porquês e delinear em conjunto algumas estratégias de coping face a sentimentos menos positivos face à vivência actual.

D – Actividade “ *Música no Coração – Expressão livre*”

- **Dia:** Dia 1 de Dezembro
- **Duração:** 30 a 60 minutos
- **Local:** Sala de Convívio da Unidade II – Santa Isabel
- **Participantes:** 6 a 8 utentes que após explicitação dos objectivos, após motivados e incentivados, se mostrarem disponíveis para a realização desta actividade. (Independentemente do diagnóstico base todos os interessados na actividade poderão participar, tendo em conta os objectivos da mesma, procurar-se-á criar um grupo não muito extenso por forma a evitar dispersões e permitir maior interacção entre os elementos presentes – nota: privilegiar-se-á os 1ºs internamentos e 1ºs surtos tendo em conta os objectivos de estágio (delineados no projecto)).

- **Recursos:** Mesas, cadeiras, Cd de Música, tela, pinturas, papel autocolante, papel de lustro, cola, cartolina, papel crepe, fita adesiva de cor, tesouras, lápis, borracha, régua, tintas, barro, purpurinas, lã, palhinhas, cordel, recortes de revista, entre outros.

- **Objectivos:**

Por muitas vezes ouvimos dizer que a música dá-nos harmonia, som, ritmo, melodia, um envolvimento de afectos, de atitudes e de comportamentos.

Foi após a 1ª Grande Guerra Mundial, nos Estados Unidos, que grandes estudiosos do comportamento, transmitiram que a música tem efeitos terapêuticos na questão de influenciar o comportamento humano.

A música é captada através do hemisfério direito, que recebe o estímulo das emoções, sensações e sentimentos, sem que seja submetida primeiro aos centros do cérebro que envolvem a razão e a inteligência. O significado deste fato com relação à terapêutica musical, é exposto por Schullian e Schoen:

A música, que não depende do cérebro superior para penetrar no organismo pode estimular através do tálamo - a estação de todas as emoções, sensações e sentimentos. Uma vez que o estímulo seja capaz de atingir o tálamo, o cérebro superior é automaticamente invadido, e se o estímulo continuar por algum tempo, um mais estreito contacto entre o cérebro superior e o mundo ou realidade pode ser assim estabelecido.

Cannon, eminente fisiologista de Harvard, defendeu a tese de que a música "libera a adrenalina e, talvez, outros hormônios". Decidi propor esta actividade de modo a estimular as capacidades manuais e mentais, permitir a expressão (na tela, papel, barro, ect) do que sentem ao som de vários timbres, e permitir simultaneamente a prática de exercício físico ao som da música disponível (música clássica, sons da natureza, som de tambores, etc.) só por si só construtivo. Todo este processo que nos leva ao brotar da música, é algo muito pessoal que sai do interior de cada utente. O manifesto expresso é a alegria, ou a tristeza, em suma, pura expressão de sentimentos.

A musicoterapia é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde e segundo Marília Schembri, ela tem excelentes resultados em deficiências físicas, paralisias, distrofia muscular progressiva, amputações, deficiências visual, auditiva, mentais, síndromes genéticas (Down, Turner, Rett), anóxia perinatal, lesões cerebrais, autismo infantil, esquizofrenia, depressões e distúrbio obsessivo compulsivo.

Pretende-se que ao som da música se crie um momento onde se procurará a redução de níveis de ansiedade, libertação da imaginação, mas sobretudo a expressão emocional face à vivência actual, a interacção desenvolvida será outro dos elementos a considerar.

Por outro lado a utilização da expressão plástica no decurso da actividade trará inúmeros benefícios aos utentes.

A Arte terapia é um processo terapêutico que se serve do recurso expressivo a fim de conectar os mundos internos e externos do indivíduo, através de sua simbologia. Variados autores definiram a Arte terapia, todos com conceitos semelhantes no que diz respeito à auto-expressão. É a arte livre, unida ao processo terapêutico, que transforma a Arte terapia em uma técnica especial. Esta distingue-se como método de tratamento psicológico, integrando no contexto psicoterapêutico mediadores artísticos. Tal origina uma relação terapêutica particular, assente na interacção entre o sujeito (criador), o objecto de arte (criação) e o terapeuta. O recurso à imaginação, ao simbolismo e a metáforas enriquece e incrementa o processo.

O uso da arte como terapia implica que o processo criativo possa ser um meio tanto de reconciliar conflitos emocionais, como de facilitar a auto-percepção e o desenvolvimento pessoal, ou seja, melhorar tanto a nível interno como externo.

A Arte Terapia oferece um grande campo de acção terapêutica e pode ser utilizada nos seguintes casos: depressão, stress pós-traumático (após um acidente, doença grave, aborto, parto, etc.), perturbações da personalidade, problemáticas afectivas, stress, ansiedade e fobias, dependências químicas, com álcool e/ou drogas, distúrbios alimentares como a anorexia e a bulimia, crises existenciais resultantes de separação, divórcio, luto, mudança profissional, de país ou de região, procura voluntária de conhecimento de si mesmo ou de desenvolvimento pessoal. Oferece a vantagem de poder ser utilizada em todas as idades, deficientes, psicóticos e também em idosos.

Nesta terapia, os terapeutas são simultaneamente observadores e participantes. Trabalhando em conjunto e discutindo a arte produzida nas sessões, o terapeuta pode ajudar o paciente a dar sentido à sua produção, não implicando isto a interpretação directa, mas sim sugestões e explorações acerca dos seus significados.

A Arte Terapia actua psicologicamente, fazendo uso das artes como meio de comunicação e expressão de sentimentos.

Os objectivos são a auto-conhecimento; o crescimento emocional, o desenvolvimento criativo, o desenvolvimento integral da pessoa, a expressão de sentimentos através da pintura, da escrita, etc.

Aquilo que se pretende desenvolver intitular-se-á “expressão plástica” e não arte-terapia por não possuir formação necessária para realizar a mesma. No entanto, baseia-se na crença de que o processo criativo envolvido na actividade artística é terapêutico e enriquecedor da qualidade de vida das pessoas. As linguagens plásticas, poéticas e musicais, dentre outras, podem ser mais adequadas à expressão e elaboração do que é apenas vislumbrado, ou seja, esta complexidade implica na apreensão simultânea de vários aspectos da realidade. Esta é a qualidade do que ocorre na intimidade psíquica: um mundo de constantes percepções e sensações, pensamentos, fantasias, sonhos e visões. Um desenho consegue, por si só, transmitir sentimentos como alegria, desespero, angústia e felicidade, de maneira única e pessoal, relacionadas ao estado psíquico em que se encontra.

A utilização de recursos artísticos (pincéis, cores, papéis, cola, figuras, desenhos, recortes, etc.) tem como finalidade a mais pura expressão do verdadeiro self, não se preocupando com a estética, e sim com o conteúdo pessoal implícito em cada criação e explícito como resultado final.

A base desta actividade consiste na expressão livre de vivências (nomeadamente a vivência actual) através da produção individual ou em grupo (se assim o desejarem) através da pintura, da criação de objectos, por meio do recorte, da escrita, etc. A interacção com os utentes será sempre mantida de forma a dar interpretação ao que é criado e facilitar a expressão emocional.

Face à realidade da perda inerente a qualquer processo de doença (nomeadamente os utentes que se encontram na situação de 1º internamento, 1º surto) a expressão desta vivência, é fundamental para a identificação das necessidades pelo próprio, e se possível a redefinição de estratégias que possam auxiliar a transição desta etapa da melhor forma possível.

Os trabalhos realizados poderão serão guardados pelo doente, quando criação pessoal, se em grupo e de acordo com o objectivo do criado poderão ser expostos na Unidade.

Proponho deste modo os seguintes objectivos:

- Estimular as relações interpessoais – trabalho em grupo;
- Promover comportamentos adequados em grupo e de inter-ajuda;
- Proporcionar coordenação psico-motora, estimulação motora;
- Incentivar à imaginação;
- Promover a auto-estima e auto-confiança por meio dos elementos criados;
- Proporcionar um veículo de expressão de sentimentos, redução de ansiedade;
- Explorar os significados dos elementos criados;
- Conseguir transmitir sentimentos, memórias, aspectos da personalidade e do self, alguns dos quais sem representação mental consciente e que necessitam de serem integrados;
- Melhorar ou desenvolver a auto percepção e o desenvolvimento pessoal.
- Promover o envolvimento com dedicação e interesse;
- Proporcionar momentos lúdicos de ocupação e recreação;

➤ **Descrição:**

Esta actividade será desenvolvida na sala de convívio por envolver um ambiente mais acolhedor e dinâmico, proporcionando maior interacção interpessoal entre os utentes que participarão na actividade. Previamente será preparada uma mesa de apoio com todo o material necessário, libertando assim as restantes mesas, o que atribuiu mais espaço para os utentes trabalharem e manipularem os materiais e sintam a música. Será pedido que elaborem um desenho, ou um objecto, pintura...; que reflecta a vivência no momento, ou simplesmente que sintam a música e os sentimentos presentes. No final serão explorados os significados do que foi criado, os sentimentos vividos durante a actividade, dificuldades, necessidades, aspectos positivos e negativos, o que foi alcançado.

➤ **Avaliação:**

Terá em conta a satisfação ou não dos utentes, expressão emocional, expressão corporal, expressão da vivência, redução de níveis de ansiedade. Valorizar-se-á a comunicação verbal e não-verbal.

Os objectos criados compreenderam por exemplo desenhos, onde foi expressa a tristeza que vivenciam, o que os preocupa, aspectos positivos também foram realçados como a presença da família. Houve utentes que optaram por trabalhar o barro e criar com ele objectos da sua preferência – como uma flor, uma letra, um sol, etc. O porque destes objectos foi debatido e expressado livremente por quem quis participar. A exploração das cores utilizadas e dos seus significados também foi algo desenvolvido. Houve utentes que riram e outros até se emocionaram ao som da música ambiente, verbalizando várias recordações que surgiram no momento. Verbalizaram sensação de bem-estar. Senti que deveria inicialmente ter imposto de forma mais assertiva as regras de funcionamento, houve alguma dispersão inicial por parte do grupo, no entanto esta terminou de forma harmoniosa, com o grupo em sintonia, verbalizando satisfação pela actividade, tendo sido capazes de criar algo que tinha significado, foram capazes de explorar esse mesmo significado e associar à vivência actual.

E – Actividade “Passeio pelo Jardim”

- **Dia:** 13 de Outubro e 2 de Dezembro
- **Duração:** 30 a 40 minutos
- **Local:** Jardim da Clínica de São José

- **Participantes:** 5 a 6 utentes que após explicitação dos objectivos, após motivados e incentivados, se mostrarem disponíveis para a realização desta actividade. (Independentemente do diagnóstico base todos os interessados na actividade poderão participar, tendo em conta os objectivos da mesma, procurar-se-á criar um grupo não muito extenso por forma a evitar dispersões e permitir maior interacção entre os elementos presentes – nota: privilegiar-se-á os 1ºs internamentos e 1ºs surtos tendo em conta os objectivos de estágio (delineados no projecto)).

- **Recursos:** Jardim da Clínica
- **Objectivos:**

A realização deste tipo de passeios não constitui uma actividade inovadora para os enfermeiros e alguns utentes desta clínica.

Um dos principais impulsionadores e intervenientes é a Enfermeira Ana, que em conjunto com alguns utentes nos despertam para a vertente positiva e terapêutica, da caminhada, passeio, percurso pelo Jardim.

Passear é considerado pela Terapia Ocupacional uma actividade de lazer e de socialização, que capacita qualquer ser humano no sentido de aumentar e potencializar o contacto com a natureza humana e descobrir o que nos rodeia com um olhar profundo sobre o belo e o bonito.

O simples facto de sair dentro do espaço físico da clinica é só por si, uma libertação, uma transmissão de confiança, uma partilha e uma caminhada em grupo, em que todos são responsáveis por si e pelo outro. Os olhos brilham ao contemplarem coisas belas, a alma absorve esse brilho e o ar que se respira torna-se mais leve. É um envolvimento social e pessoal que traduz bem estar, um sentimento de que se está a realizar algo de diferente muito importante para a auto-estima de cada um.

Tempo de lazer é tempo de prazer.

O âmbito desta actividade vincula-se com Necessidade Humana Fundamental de “Ocupar-se e Recrear-se”, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida no contexto em que os utentes se encontram inseridos, pelo que os objectivos a que nos propomos são os seguintes:

- Proporcionar contacto com o meio ambiente/Natureza que envolve a clinica;
- Promover a comunicação, diálogo e partilha entre os vários utentes;
- Promover a inter ajuda;
- Diminuir o estigma associado à instituição;
- Promover o aumento de auto-estima e auto-confiança;
- Proporcionar momentos de lazer e recreação;
- Concretizar alguns hábitos do quotidiano que se encontram alterados pela situação de internamento.

➤ **Descrição:**

O passeio preferencialmente será realizado preferencialmente no período da tarde por existirem menor número de actividades disponíveis na Clínica. Procurar-se-á o contacto com a natureza, o espaço envolvente a interacção entre os elementos.

➤ **Avaliação:**

Houve interacção grupal, esteve presente o espirito de companheirismo, expressão e partilha de sentimentos, desejos, interajuda, solidificando e criando novos laços e relações.

O passear pelo Jardim nos dois momentos despertou nos utentes sentimento de bem-estar, e “renovação de energias” (sic). O dialogo estabelecido compreendeu várias temáticas entre as quais: “A Natureza e como me sinto aqui, As minhas limitações e medos”. Foi importante a exploração desta vivência por meio da realização de um desenho após a realização cada passeio,

como forma de avaliação do mesmo. (facultativo a cada utente). O debate posterior foi relevante na medida em que cada temática foi explorada e permiti-o ao utente a compreensão do que sentiu, do porque, e necessariamente do que é vivido no presente. Este debate final teve a colaboração dos enfermeiros presentes na unidade.

Tema:

“O grande valor que existe em mim”

Data: em Novembro 1ª semana com “Sr.ª Fátima” (plano de cuidados) e 3ª semana com “Sr.ª Filomena” (plano de cuidados)

Local: Sala de Estar da Unidade II.

População Alvo: Utentes em regime de internamento com diagnóstico de Perturbação Depressiva (a patologia mais frequente na Unidade, e presente na maioria dos utentes para os quais tracei planos de cuidados).

Finalidade:

Desenvolver acções de Enfermagem Psiquiátrica que permitam à pessoa com depressão actuar em conformidade, de forma a melhorar a saúde mental, e proporcionar recursos para adquirir uma vida mais saudável.

Objectivos:

Objectivos Gerais:

Consciencializar a população alvo para a depressão como uma doença real, que necessita de tratamento (farmacológico e não farmacológico), bem como a importância/influência dos afectos/auto-estima na mesma.

Sensibilizar a pessoa com depressão para a existência de estratégia não farmacológicas que ajudam a lidar com a doença.

Objectivos Específicos:

Que no final da sessão os utentes sejam capazes de:

- Verbalizar pelo menos uma situação onde se sintam úteis;
- Referir uma pessoa para a qual sejam importantes;
- Identificar duas estratégias não farmacológicas para lidar com a depressão

Descrição:

	Conteúdos	Metodologia	MAD	Tempo
Introdução	• Apresentação do tema e objectivos	Método Expositivo		3
Desenvolvimento	• Pedir aos utentes para escolher uma imagem que, para eles, defina depressão e justificar; • Definição de Depressão; • Definição de Afectos/Afectividade; • Relação entre depressão e afectos/afectividade; • Leitura de alguns casos; • Importância do tratamento (Farmacológico e não Farmacológico); • Definição de estratégias não farmacológicas para ultrapassar a depressão. • “O grande valor que existe em mim”	Método Interactivo: -Perguntas Abertas; -Diálogo Informal	Recortes de várias imagens	22
Conclusão/ Avaliação		Método Interactivo: -Perguntas Abertas		5
Total				30

Avaliação:

Foram capazes de verbalizar sentimentos positivos relativamente a si mesmo, verbalizarem a sua importância (familiar, profissional, social, outra), identificar e discutir estratégias de coping.

Ver planos de cuidados.

Tema- “A sessão de relaxamento desenvolvida no Serviço de Psiquiatria”**Diagnóstico da situação – Principais Problemas:**

I – Doentes com ansiedade moderada a intensa, devido a:

- Patologia psiquiátrica e/ou
- Hospitalização (fora do seu ambiente habitual)

II – Doentes com dificuldades de comunicação e de relação com os outros, devido a:

- Patologia Psiquiátrica
- Hospitalização

III – Doentes com dificuldades músculo-esqueléticas (à marcha e movimentação, posturas incorrectas e rigidez muscular) devido a:

- Terapêutica neuroléptica.

Estratégias de intervenção:

- Implementar um projecto de sessões de relaxamento, que envolva movimentação, relaxação propriamente dita e verbalização de sentimentos e sensações.

Frequência das sessões/local:

Semanais/Sala convívio do serviço (Unidade II – Santa Isabel) ou Ginásio da Clínica de São José.

População – Alvo

Todos os doentes da Unidade de Internamento que não estejam impossibilitados (acamados) e que queiram fazer estas sessões.

Objectivos

- 1 – Reduzir o nível de ansiedade dos doentes;
- 2 – Promover a comunicação do doente e a interacção entre os doentes;
- 3 – Reduzir as dificuldades com a mobilidade, postura e flexibilidade do doente;
- 4 – Fortalecer a musculatura do doente;
- 5 – Reduzir a rigidez muscular.

Metodologia

1 – Preparação do Ambiente:

- Local limpo, arejado e quente;
- De preferência, espaçoso;
- Sem luz ou com pouca luz: fechar as persianas e apagar as luzes;
- Sem ruídos;
- Livre de demasiados equipamentos;
- Colchões e/ou cadeirões.

2 – Preparação dos Doentes:

- Promover a aderência dos doentes, estimulando-os a participar e seguir as orientações;
- Vestuário e calçado confortáveis, de preferência: fato de treino ou mesmo pijama. Na fase de relaxação propriamente dita, poderão descalçar-se.
- Se não for possível o doente deitar-se (por razões clínicas ou que o doente não queira, ou por limitações do espaço físico), poder-se-ão utilizar cadeirões (oferecer essa possibilidade).

3 – Técnica:

A sessão é dividida em três partes essenciais:

I – Fase do aquecimento (5 a 10 minutos)

Esta fase é desenvolvida através de exercícios físicos. Para os doentes internados e idosos, estes exercícios deverão ser ajustados às suas situações clínicas e dificuldades pessoais. É recomendável que sejam exercícios simples mas que trabalhem os músculos de todo o corpo. O seu início e evolução devem ser feitos de forma coordenada e progressiva. Os exercícios amplos favorecem o relaxamento. Será feita uma breve exposição do objectivo do relaxamento.

II – Fase de Relaxação (cerca de 15 a 20 minutos)

- O ambiente deve estar escurecido (se possível), sem ruídos e interferências.
- Colocar uma música adequada, de preferência sem letra, que imita sons da natureza: o cair da água, o rebentar das ondas...
- Levar os doentes a pensar em imagens agradáveis, tranquilas e quentes. Ex: a areia quente na praia, a água morna, um dia quente no campo...
- A voz do enfermeiro que conduz o relaxamento deve ser calma, repetindo por vezes as frases, sem entoações (monocórdica) de forma a facilitar a relaxação.
- Os doentes poderão deitar-se nos colchões colocados no chão. Os que não queiram ou suportem esta posição poderão sentar-se nos cadeirões.

III – Fase da Comunicação (10 minutos)

Nesta fase, os doentes podem verbalizar as suas sensações, sentimentos, emoções; se sentiram relaxados ou não; o que contribuiu para isso e o que dificultou; o que sentiram; que lembranças lhe ocorreram.

Esta fase ajuda a fazer a avaliação da sessão e da sua eficácia.

IV – Avaliação

A avaliação é feita pelo enfermeiro durante toda a sessão (observação da participação dos doentes, do seguimento das orientações dadas pelo técnico, dos seus sinais de relaxamento).

É importante que se façam também registos, embora sintéticos.

Os elementos a conter nos registos:

- Data e hora das sessões;
- Participantes;
- Aderência às orientações;
- Resultado: verbalização dos doentes se sentiram relaxados ou não. Que factores contribuíram e que factores dificultaram a sua relaxação”.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- Conceito do relaxamento

1.1- O Relaxamento como terapia de mediação corporal

Segundo Richard (1998), as terapias corporais desenvolveram-se numa altura em que a maioria da população, ao se tornar cidadina, perde parcialmente o contacto privilegiado que tinha com a natureza e que já mantinha há milénios. O corpo acaba por se reduzir a uma espécie de autómato ao serviço das funções cerebrais exigidas pela técnica e pela máquina, perdendo a dimensão pulsional, afectiva, emocional. Nesse momento, também Freud e Reich descobrem a dimensão do prazer e do gozo no funcionamento psicológico. Assim, o homem contemporâneo, por um lado, excluía de certa forma o seu corpo ao robotizá-lo e, por outro, pela publicidade, atribuía importância ao prazer e à sexualidade, ambicionando encontrar a dimensão corporal. Foi neste contexto de tentativa de idealização do corpo, que nasceram as terapias corporais. Estas procuram que tanto as necessidades fundamentais do corpo (fome, sexualidade, segurança) como os seus desejos (prazer, gozo, relação interpessoal e com o objecto) sejam focalizados em qualquer acção terapêutica e que, tal como na tradição psicanalítica, o corpo possua a sua própria linguagem, simbolismo e sentido. Este sentido deve preceder a linguagem falada considerada mais artificial e intelectual. Assim, a necessidade dos contemporâneos de “deixarem falar o corpo” é considerada pelos terapeutas como uma finalidade e dimensão essencial da psicologia. Na sociedade moderna, o valor e o gosto pela aparência e pela representação traduzem a preocupação pela imagem do corpo como belo e perfeito. Esta imagem que é simultaneamente social e subjectiva, foi simultaneamente acompanhada da descoberta, pela psicologia e psicanálise, da importância das “imagens corporais” camufladas no inconsciente em que o corpo, além de vivido, é também representado como imagem

do desejo, das pulsões e dos fantasmas. Começa então a constituir-se uma nova visão das relações entre o corpo e a mente, entre o “soma” e a “psique”, promovendo uma diminuição do dualismo introduzido pela filosofia ocidental na sua divisão entre a matéria e as ideias. Daí em diante, estabelece-se um laço de intimidade e de consonância entre mente e corpo, de cumplicidade entre imagem e prazer que permitiu o aparecimento das terapias corporais (Richard,1998, 211).

1.1.2- Objectivos da terapia de mediação corporal

As terapias corporais têm o objectivo de facilitar a expressão corporal de um corpo, tendo em consideração o seu valor expressivo e de comunicação. Esta comunicação corporal diz respeito ao que não é representável e que pertence exactamente ao corpo que “antes” de qualquer representação, goza, contacta, sofre, relaciona-se com os objectos e os outros (Richard,1998,212-3). Segundo o mesmo autor, as terapias corporais insistem na impossibilidade de reduzir o corpo a sinais abstractos constituídos pelo código e a linguagem nas nossas sociedades. Ao privilegiarem o presente e a presença, permitiram valorizar aquilo que pertence exactamente ao corpo: o sentir, o espaço, o contacto, o tempo, o experimentado não como meio de comunicação mas como presença actual, vivida, em contacto directo com o mundo e os objectos. É esta comunicação original, este encontro existencial, que dá ao corpo a dimensão comunicativa e expressiva e às terapias corporais o valor curativo. Assim, o corpo encontra sentido quando são utilizadas técnicas corporais pois, dessa forma, o indivíduo sente o corpo viver em cada uma das suas partes e na sua totalidade.

1.2- Referência aos diferentes métodos de relaxamento.

Pinkerton *et al.*(1982), citado por Serra (1999, 693) refere que o relaxamento se pode obter por numerosas intervenções tais como:

- loga;
- Hipnose;
- Treino autógeno de Schultz;
- Meditação;
- Relaxamento progressivo de Jacobson;
- Técnicas de *biofeedback*;
- Exercício físico e ainda outros métodos.

Os mesmos autores também referem que não há evidências de que um tipo de relaxamento possa ser mais eficaz do que outro, podendo todos eles ser eficazes.

1.2.1- loga

O loga serviu de inspiração a inúmeros métodos da terapia psicomotora e a sua origem remonta a milénios. loga vem da palavra “Yug”: juntar (o humano ao divino). O loga nasceu do Veda. O Veda, por sua vez, representa a forma mais antiga das religiões da Índia. Do Veda, deriva o Hinduísmo.

(Freda, s.d, 18.) “O objectivo do Yoga é o de controlar o turbilhão da consciência e atingir o samadhi, estado onde o mental não encontra obstáculos para atingir a realidade e alcançar a libertação” (*ibidem*). O samadhi é um “transe místico, que corresponde a um estado de união com deus ou o transcendente, à absorção no Deus impessoal, estado difícil de ser descrito ou explicado por alguém que não tenha feito a experiência (...); conduz à libertação integral pela absorção no vazio, para alguns, ou à união com o imanente, para outros” (Masson, 1986,16). O ioga tem muitos adeptos, atraídos pelo seu lado místico, outros utilizando apenas certas técnicas respiratórias e exercícios para a mente. A contribuição do ioga para o relaxamento tem sido considerável pois os diversos procedimentos estabelecidos há milénios podem ser outra vez utilizados, sob uma visão diferente, juntando-se a um arsenal terapêutico moderno. Isto acontece porque para obter o “desprendimento”/desapego, a ioga vai inicialmente começar por aprender a conhecer a controlar o seu corpo, podendo não só comandar os músculos estriados, mas também os músculos involuntários, possibilitando o controlo visceral: alteração do ritmo cardíaco, ritmo respiratório, peristaltismo intestinal.

1.2.2- Hipnose

Certos métodos de relaxamento devem muito à hipnose: “A hipnose tem ligação com a psiquiatria porque ela é a matriz onde foram elaborados todos os modos de tratamento psicoterápico, cujo amplo desenvolvimento faz, por vezes, esquecer a sua origem” (Ritter, Kress, s.d.. cit. por Masson,1986, 25).

Para Freud, a hipnose será a técnica psicoterapêutica mais utilizada. A sua aplicação também foi importante em anestesiologia. A hipnose foi definida por Liebault como “um sono provocado, com exaltação da sugestibilidade” (Masson, 1986, 26). Existem muitas outras definições cuja diversidade mostra que a natureza do fenómeno hipnótico foge a qualquer apreensão satisfatória.

“A hipnose e a auto-hipnose focalizam o uso de sugestões formalizadas, amiúde envolvendo o uso de imagens mentais. A sugestão hipnótica pode ser aplicada a uma variedade de finalidades diferentes, das quais a mais conhecida é o relaxamento. Com uma voz rítmica e calmante, sugestões repetitivas são usadas para orientar o paciente em direcção ao relaxamento somático (ex., “os músculos do seu corpo estão relaxando cada vez mais”) e relaxamento cognitivo (ex., “lentamente despenda-se das preocupações do dia”).

1.2.3- Treino Autógeno

É um método de psicoterapia pois apresenta uma concepção global da personalidade humana. Tal como o ioga, é uma prática corporal de impressão pois solicita prioritariamente a capacidade do indivíduo para captar, receber, distribuir e tratar a informação oriunda do próprio corpo ou do meio ambiente; é de mediação proprioceptiva porque o indivíduo é informado da posição de todo o corpo e dos diferentes segmentos no espaço bem como da amplitude, velocidade e força dos movimentos

globais ou parciais; é uma prática que envolve o corpo identificado, ou seja, há percepção do corpo (com sua forma, consistência, volume) e há a sua vivência de experiências emocionais, fantasmas, valores atribuídos (Le Camus, 1986,83).

Este método tem as suas origens na pesquisa relacionada à hipnose, conduzida pelo famoso fisiologista Dr. Oskar Vogt. Johanes Heinrich Schultz (1884-1970), psiquiatra de Berlim, interessou-se pelo trabalho de Vogt, observando as possibilidades da hipnose e da sugestão na prática da psiquiatria. Ele descobriu que se podia criar um estado muito semelhante ao do transe hipnótico, apenas pensando na sensação de peso e calor nas extremidades do corpo, tentando essencialmente, relaxar, assumir uma posição confortável e concentrar-se passivamente em fórmulas verbais que sugiram a sensação de calor e peso nos ombros. Schultz combinou algumas das auto-sugestões de Vogt com algumas técnicas de ioga e, após dez anos de estudos, em 1932, publica o seu célebre tratado sobre o “Treinamento Autógeno”. O objectivo do “Treinamento Autógeno” é “normalizar os processos físicos, mentais e emocionais que ficaram desequilibrados devido ao stress; assim, este método consiste num sistema de exercícios fisiológicos de desbloqueio geral do organismo que permite todas as realizações próprias aos estados autenticamente sugestivos” (Masson, 1986, 31). Desta maneira, o Treino Autógeno proporciona os efeitos restauradores da hipnose tradicional, como também liberta o indivíduo da necessidade de um hipnotizador (Davis,1996, 83). Este método “(...) é, antes de mais nada uma auto-hipnose provocada por modificações voluntárias do estado tónico” (Masson, 1986,31).

1.2.4- Meditação

A meditação consiste na submissão do pensamento a uma longa e profunda reflexão, representando a actividade cerebral no seu nível mais elevado (Gastaut,1968, cit. por Masson,1986,16). É a técnica que tenta concentrar a atenção em uma coisa de cada vez, podendo essa coisa em si ter relativamente pouca importância. É uma técnica antiga mas apenas recentemente se começaram a realizar estudos empíricos que revelaram os benefícios psicofisiológicos do seu uso regular (Pelletier,1977, cit. por Townsend, 1993, 141). Historicamente, a meditação tem sido associada com doutrinas religiosas e disciplinas através das quais os indivíduos ficavam “iluminados” com Deus ou Outro mais poderoso. No entanto, a meditação pode ser praticada independentemente de qualquer filosofia religiosa e simplesmente como um meio de atingir uma harmonia interna e de aumentar a própria consciência (Townsend,1993,141).

A meditação, usualmente de forma concentrativa, tem-se tornado cada vez mais popular no Ocidente. Na meditação concentrativa, o indivíduo aprende a prestar atenção passivamente a um único objecto de foco imutável ou repetitivo (exemplo: imagem visual, palavra, mantra repetitivo, sensação corporal como respirar). É dada ênfase à atenção sem esforço centrada no presente, frequentemente sem qualquer orientação directiva de que relaxamento ou outras alterações fisiológicas deveriam ocorrer.

A meditação tem sido usada sucessivamente na prevenção e tratamento de variadas doenças cardiovasculares; tem sido considerada útil na diminuição do pensamento obsessivo, ansiedade, depressão e hostilidade. Promove também a concentração e a atenção (Davis, Eshelman, Mckay, 1982, cit. por Townsend, 1993, 141).

1.2.5- Relaxamento Progressivo de Jacobson

Neste método, o utente é orientado a contrair e a descontrair/relaxar dezasseis grandes grupos musculares. Pela contracção muscular voluntária, considera-se que o utente seja mais capaz de perceber a diferença entre tensão e relaxamento em cada um dos grupos musculares e assim, possa promover, mais facilmente, o relaxamento muscular subsequente.

Este método foi desenvolvido em 1929 por Edmond Jacobson com o objectivo de alcançar um controlo discriminatório sobre os músculos esqueléticos. É baseado na premissa de que o corpo responde com tensão muscular a pensamentos e eventos causadores de ansiedade e, por sua vez, esta tensão fisiológica aumenta a experiência subjectiva de ansiedade. Está estudado que as emoções se traduzem por processos de contracções transitórias e variáveis, nas diversas partes do sistema muscular e visceral (Masson, 1986, 40). O relaxamento muscular profundo reduz a tensão fisiológica e é incompatível com a ansiedade: o hábito de reagir com uma delas bloqueia o hábito de reagir com a outra.

O tónus muscular que se tenta diminuir, conseqüentemente diminuirá a excitabilidade cerebral, levando o córtex ao repouso. Dessa forma, pode-se evitar o desperdício de energia, actuando-se sobre a personalidade do indivíduo, sem se tentar interpretar as manifestações afectivas que podem, eventualmente ocorrer: este método também liberta certos problemas afectivos, mais ou menos inconscientes (*ibidem*). Excelentes resultados têm sido observados com este método no tratamento de tensão muscular, ansiedade, insónia, depressão, fobias, fadiga, espasmos musculares, hipertensão, gaguez (Davis, Eshelman, Mckay, 1982, cit. por Townsend, 1993, 139).

É um método que exige do indivíduo uma enorme atenção e um estado muito intenso de vigília, dirigindo-se ao indivíduo plenamente consciente, de forma a possibilitar, ao longo das sessões, a percepção dos músculos que estão cronicamente tensos. O método permite identificar determinados músculos e grupos de músculos, diferenciar as sensações de tensão e de relaxamento profundo, e sensações articulares: o terapeuta poderá assim incentivar à aprendizagem da redução do tonús em cada parte do corpo, por experiência própria do indivíduo. Assim, desenvolve-se o sentido muscular o que permite sentir tensões cada vez menores e tomar consciência delas: o indivíduo, ao longo da sessão, vai sentindo graus de tensão cada vez mais fracos, levando-o a perceber a graduação: sustentação durante a contracção, postura e repouso (Le Camus, Jean, 1986).

Cada músculo ou agrupamento muscular é contraído cinco a sete segundos e depois é relaxado, de vinte a trinta segundos, de forma a se tornar consciência do desaparecimento da tensão, sendo este procedimento repetido uma vez para cada músculo (Davis, Eshelman, Mckay, 1996, 30). Através

deste método, educa-se, numa fase posterior, o relaxamento diferencial pois permite a transferência da capacidade de relaxamento para os actos de vida quotidiana, com um mínimo de esforço para o máximo de rendimento, sem desperdício de energia. Por outro lado, quando o indivíduo toma consciência das tensões musculares provocadas pelos seus movimentos afectivos e suas dificuldades na vida, poderá mais facilmente obter o desaparecimento do distúrbio psíquico considerado, pela redução das tensões musculares localizadas (Masson, 1986,42). A aprendizagem deste método é demorada mas eficaz porque o trabalho se realiza em profundidade e inconscientemente: permite que, a pouco e pouco, o indivíduo resolva os seus problemas e hipertonias, mesmo que estes não sejam abordados e consciencializados.

1.2.6- Biofeedback

Esta técnica permite ao indivíduo, graças a aparelhos, a detecção e ampliação de sinais fisiológicos e automáticos, habitualmente inconscientes, de modo a que tome consciência desses sinais, os entenda e possa posteriormente controlá-los. As intervenções de biofeedback podem ser usadas para promover estados de relaxamento profundo através de reduções direccionadas em actividade electrodermal, temperatura cutânea, transpiração, frequência cardíaca, ritmo cardíaco, pressão sanguínea, tensão muscular, ritmo cerebral e outros sistemas fisiológicos. As actividades do organismo anteriormente descritas são captadas por eléctrodos, são simplificadas e convertidas em sinais perceptíveis para o indivíduo, pois trata-se de sinais auditivos ou visuais que são conscientes e variáveis. Com treino adicional, o indivíduo pode aprender a perceber e modificar as sensações internas subtis que correspondem à alteração fisiológica desejada, alcançando grau de domínio e de controlo de si mesmo elevado, podendo, à medida que a aprendizagem se realiza, ser lentamente desvinculado do sistema de biofeedback, acabando por conseguir manter o controlo na ausência de sinal (Masson, 1986,135). No entanto, embora no biofeedback, os resultados sejam mais rápidos, ele não comporta a mesma interiorização, nem provavelmente a mesma abordagem psicológica da imagem e da ideia que o indivíduo faz do seu corpo, comparativamente a outras técnicas terapêuticas de mediação corporal, em particular no relaxamento em que há solicitação da tomada de consciência de tensões cada vez mais ínfimas. Assim, as duas técnicas são válidas (biofeedback e relaxamento), completando-se, sendo, por isso, diversas vezes, associadas (*ibidem*). Assim, o biofeedback electromiográfico é útil no controlo da tensão muscular no relaxamento mas também o é no controlo das contracções musculares, na reeducação de paralisias pouco ou muito marcadas e/ou localizadas. O biofeedback electromiográfico tem, dessa maneira, muitas indicações: desde a recuperação de paralisias até a ajuda em problemas psicológicos ou psiquiátricos de ansiedade e angústia (*ibidem*).

1.2.7- Exercício Físico

O exercício físico pode ser considerado um dos métodos mais efectivos para melhorar a resistência ao stress e aliviá-lo, promovendo uma saída natural à tensão produzida pelo organismo no seu estado de “combate-fuga”. Ao realizar exercício, o equilíbrio fisiológico é restaurado, resultando numa condição de relaxamento e revitalização (Townsend,1993,142).

Os exercícios que ampliam os benefícios psicológicos da actividade física devem ser prazerosos, aeróbicos, não competitivos, previsíveis (temporal e espacialmente), de intensidade moderada, com a duração de vinte a trinta minutos, repetidos regularmente durante a semana. Estes incluem: jogging, correr parado, nadar e andar de bicicleta, dançar. Para atingir os benefícios destes exercícios, eles devem ser realizados numa base regular, no mínimo trinta minutos, três vezes por semana. Estes fortalecem o sistema cardiovascular e aumentam a capacidade corporal para utilizar o oxigénio mais eficientemente. Os indivíduos também podem beneficiar de exercícios de baixa intensidade tais como andar devagar, arrumar a casa, ir às compras, jardinagem “leve”. Estes conferem um pequeno benefício para o sistema cardiovascular, mas também podem ajudar na prevenção da obesidade e de espasmos musculares, na libertação de tensão muscular, no aumento da flexibilidade (*Ibidem*).

Townsend refere que os indivíduos deprimidos têm, frequentemente, uma deficiência de noradrenalina e seratonina e que a endorfina actua como um narcótico natural e como elevador de humor. Estudos realizados posteriormente confirmam as anteriores afirmações: Howlett et al. (1984) citado por Serra (1999,723), comprovaram que o exercício físico aeróbico eleva os níveis plasmáticos das endorfinas; Salmon (1993), citado pelo mesmo autor, menciona que os níveis de noradrenalina do cérebro, após a exposição repetida a regimes de exercício que produzam adaptação ao stress, tendem a ser recuperados facilmente ou encontram-se mesmo aumentados.

1.3- Resposta de relaxamento

A “resposta de relaxamento” foi o termo utilizado por Herbert Benson para descrever a reacção do relaxamento, descrevendo-a como um “estado hipometabólico” (Benson, 1975, citado por Serra 1999,723). Inicialmente, Benson investigou os benefícios da meditação, convencido de que esses poderiam diminuir a tensão arterial. Tentou também descobrir que efeitos psicológicos e fisiológicos seriam comuns a muitas práticas de mediação corporal. Posteriormente, identificou a resposta de relaxamento como sendo uma resposta similar à meditação. Estudos subsequentes revelaram que esta resposta era comum a outras práticas eficientes de treino do relaxamento como: ioga, treino autógeno, relaxamento progressivo e hipnose (*Ibidem*). Benson referiu que estas práticas possuíam quatro componentes básicos:

- Um ambiente relativamente tranquilo com o mínimo de estímulos, geralmente com os olhos fechados;

- Uma posição confortável de maneira a envolver o corpo com o mínimo trabalho e com uma tonicidade muscular diminuída;
- Uma atitude passiva em relação aos estímulos externos e pela despreocupação em se está ou não a ocorrer o relaxamento;
- Um mecanismo mental que proporcione um estímulo constante; por exemplo, um som ou uma frase que liberte o utilizador do pensamento lógico.

Benson provou cientificamente que, durante o relaxamento, a frequência respiratória e cardíaca diminuem, a necessidade de consumo de oxigénio diminui em 20%, diminuem os níveis de lactato no sangue (nível este que aumenta com o stress e a fadiga), a resistência da pele à corrente eléctrica (um sinal de relaxamento) aumenta 4 vezes, as ondas alfa (as associadas com a actividade cerebral durante períodos de profundo relaxamento) no E.E.G. (electroencefalograma) predominam, a tensão muscular diminui (Davis, Eshelman, McKay, 1996, 44).

Segundo Stuart (2001), existem também outras manifestações fisiológicas no relaxamento tais como redução da taxa metabólica, constrição pupilar, vasodilatação periférica e aumento da temperatura nas extremidades corporais. As manifestações cognitivas relacionam-se com uma mudança do nível de consciência de actividade beta para actividade alfa (estado alterado da consciência).

O relaxamento prepara o organismo para um estado de calma e repouso, inactividade do comportamento e restauração das modificações fisiológicas que possam existir, sendo definida por Hess como um mecanismo protector contra a sobrecarga de stress. A capacidade de relaxamento é facilmente adquirida e produz uma competitiva resposta à ansiedade. O relaxamento, ao reduzir a tensão muscular, permite diminuir a activação dos núcleos posteriores do hipotálamo, determinada pelos proprioceptores musculares, ajudando dessa maneira a controlar o estado emocional do indivíduo: no indivíduo emotivo, predisposto a reagir intensamente ao menor problema, o relaxamento pode ajudá-lo a controlar os acontecimentos com maior controlo. O relaxamento também pode ser utilizado na indução do sono em pessoas que, devido à sua ansiedade, tenham dificuldade em adormecer (*ibidem*).

1.4- Intervenções de enfermagem no relaxamento

A terapia cognitivo-comportamental pode prestar uma contribuição significativa para a concretização terapêutica dos cuidados de enfermagem, constituindo uma terapia importante para os enfermeiros psiquiátricos que trabalham em quaisquer contextos e com quaisquer populações de utentes. (Stuart, 2001, 681/2/3).

A gestão do stress é uma função que o indivíduo tem de realizar durante toda a sua vida. Os enfermeiros podem ajudar o indivíduo a reconhecer as causas do stress na sua vida e a identificar mecanismos de coping. Essa função do enfermeiro requer da sua parte uma abordagem holística da saúde que reforce a interacção do corpo, do espírito e do ambiente e que promova a tomada de consciência, por parte do indivíduo, da ligação que existe entre os seus comportamentos, as suas atitudes e o seu funcionamento autónomo neurofisiológico. A promoção da aprendizagem de meios

que facilitem o combate à ansiedade e o funcionamento equilibrado do sistema nervoso autónomo também é um contributo a essa abordagem; neste caso, o enfermeiro pode criar experiências de ensino de técnicas de relaxamento a fim de que o indivíduo possa utilizar a sua resposta de relaxamento como uma função fisiológica restauradora inata existente em todos os seres humanos. A prática destes meios dentro da vida quotidiana é uma forma de prevenção da saúde dos indivíduos, daí a importância do relaxamento com estratégia do auto-cuidado.

1.4.1- Objectivos

O treino do relaxamento é um meio efectivo na redução da resposta ao stress em alguns indivíduos, podendo contrabalançar as suas manifestações fisiológicas e comportamentais (Townsend,1993,144).

Para Titlebaum (1988), o relaxamento deve ser adoptado pelo enfermeiro quando os objectivos são: reduzir tensão, reduzir antecipadamente a ansiedade, reduzir a ansiedade em resposta ao stress, aumentar a actividade parassimpática, aumentar a consciência da tensão muscular, aumentar a concentração, aumentar a sensação de controlo, promover o sono, diminuir o ritmo cardíaco e pressão sanguínea, reduzir a dor e a sua percepção e reduzir as partes quentes e frias do corpo (cit. por Albuquerque, Cavalcanti,1998,45-6). O objectivo a longo prazo seria promover o alcance do potencial de bem-estar por parte do indivíduo.

1.4.2- Diagnósticos de Enfermagem

Dessa forma, podem-se estabelecer possíveis diagnósticos de enfermagem nos indivíduos que requerem assistência quanto à gestão de stress, entre eles a ansiedade. Kolkmeier (1988) acrescenta esses dados, aplicando o relaxamento em utentes com determinados diagnósticos de enfermagem, dos quais, optámos pelos seguintes:

- Isolamento social;
- Intolerância à actividade (real ou potencial);
- Défice de actividades de diversão;
- Distúrbio no padrão de sono;
- Fadiga;
- Alteração no conforto (dor) (cit. por Albuquerque, Cavalcanti,1998,47).

1.4.3- Antes da sessão de relaxamento

Ao utilizar o relaxamento como intervenção, é importante que o enfermeiro recolha informação e que considere determinados aspectos. Assim e segundo Kolkmeier (1983), é importante ter em conta:

- A percepção pessoal do utente acerca do seu nível de tensão e necessidade de relaxamento;

- Qual a sua motivação e prontidão para participar no relaxamento (como o relaxamento é subjectivo e de esforço pessoal, ele pode ou não estar preparado e entusiasmado para participar); para uma maior colaboração, o enfermeiro poderá rever com ele quais os possíveis benefícios da experiência;
- Para o indivíduo realizar o relaxamento, é importante que esteja decidido a fazê-lo de forma a não se sentir contrariado;
- Capacidade psicomotora e de envolvimento do utente;
- Experiências passadas em relação aos métodos de relaxamento, tentando extrair as suas definições e os significados pessoais atribuídos;
- Perspicácia em ouvir o utente de forma a lhe falar apropriadamente durante os exercícios de relaxamento;
- Identificação da crença religiosa com o intuito de lhe poder apresentar um meio confortável e compatível com o seu sistema de crença;
- Habilidade para permanecer numa posição confortável por um período de 15 a 30 minutos;
- O nível de dor e desconforto, ansiedade, medo ou tédio;
- A percepção da realidade do utente;
- História do estado de despersonalização
- Locus de controlo percebido pelo utente;
- Utentes psicóticos podem experimentar uma exacerbação dos sintomas quando aprofundam o relaxamento;
- Quantidade de medicação usada pelo utente, enfatizando os medicamentos que podem alterar as respostas do relaxamento (cit. por Albuquerque, Cavalcanti,1998,46/7).

Outro aspecto a considerar será a utilização e manutenção de uma relação de ajuda pelo enfermeiro durante a prestação de cuidados ao utente e durante o relaxamento.

O ensino do treino do relaxamento pode ser utilizado por enfermeiros com qualquer tipo de experiência profissional e em qualquer contexto de atendimento à saúde (hospital ou comunidade). Pode ser ensinado individualmente ou em pequenos grupos (Stuart,2001,279).

1.4.4- Implementação da sessão de relaxamento

Funções do enfermeiro orientador da sessão:

- Técnicas de relaxamento – critérios a utilizar

O uso dos variados métodos de relaxamento a ser aplicado fica a critério do enfermeiro, mas isto vai depender da sua competência, do seu conhecimento, e da sua familiaridade com as diversas técnicas e também da sua sensibilidade em adoptar o método às condições, necessidades, preferências pessoais e tempo disponível do utente naquele momento (Albuquerque, Cavalcanti, 1998,45 e 51). O uso do(s) método(s) mais adequados está estreitamente relacionado com a avaliação do enfermeiro em relação ao stress do utente (*ibidem*). Outro aspecto a considerar é a

especificidade das intervenções de enfermagem e a sua consequente adequação ao método utilizado.

- Proporcionar condições adequadas para a execução da sessão:

A ocasião recomendada é aquela em que o indivíduo tenha tempo livre e não tenha obrigações urgentes a cumprir. Também deve ser reservado um tempo de 15 a 45 minutos ininterruptos para a sessão.

O local recomendado é um local tranquilo, isento de ruídos e de possíveis interrupções e com alguma obscuridade e a porta deve estar fechada.

O enfermeiro deve recomendar ao utente que esvazie a bexiga antes do início da sessão, que vista uma roupa confortável e que evite realizar o relaxamento antes da refeição ou até 2 horas depois da última refeição, pois um estômago cheio, juntamente com o relaxamento, pode levar ao sono. É importante ter todo o material disponível na sala. O utente pode realizar o relaxamento numa cama, numa cadeira confortável, num divã, num colchão ou directamente no chão. Devendo-se ajudar se necessário o utente a adoptar uma posição confortável. Quanto à posição do corpo, se o indivíduo estiver sentado na cadeira, deve estar bem recostado para trás, de forma a sentir-se apoiado nas partes superior, média e inferior do seu dorso e, se a cadeira for de braços, os membros superiores devem ficar nele apoiados, sendo colocados nos braços da cadeira; se não, deve levantar os seus braços e deixá-los cair como se fossem um peso morto, em cima das suas coxas, de forma a senti-los abandonados (estas posições dos membros superiores são aconselhadas e não obrigatórias, pois a posição que deverá ser escolhida é aquela que for mais confortável para o indivíduo). A cabeça deve ser mantida erguida e descontraída e relativamente aos membros inferiores, devem estar colocados mais atrás ou mais à frente conforme a comodidade que a pessoa sente. É preferível descalçar os sapatos, principalmente se estes forem incomodativos. As plantas dos pés devem ficar semi-voltadas uma para a outra com o intuito de facilitar o relaxamento dos músculos do pé e da perna. As pálpebras devem manter-se fechadas pois isso facilita a concentração e a abstracção em relação aos estímulos externos. Se o indivíduo se sentir incomodado por ficar de olhos fechados, poderá ficar de olhos abertos, mantendo, no entanto o olhar fixo para um ponto que fique em frente aos seus olhos e que não tenha pormenores que o distraiam (Serra, 1999,701).

Se o indivíduo estiver em decúbito dorsal, deverá manter os membros superiores ligeiramente em rotação externa e com as palmas das mãos viradas para cima. Os membros inferiores também em ligeira rotação externa e os pés virados para fora. No entanto, estas posições são simplesmente recomendadas porque a posição mais confortável para o indivíduo é aquela que deverá prevalecer.

1.5.5- Avaliação

Para avaliar o estado de relaxamento do utente durante a sessão, podem ser utilizados instrumentos que forneçam o registo electromiográfico ou da frequência cardíaca, mas em geral, esses não estão disponíveis, pelo que se recorre à avaliação de sinais discretos. A presença de um estado geral de

tensão muscular, lábios comprimidos, pálpebras a mexerem, respiração rápida, tosse, movimentos estranhos ou uma tentativa de falar correspondem a sinais que indicam que o indivíduo está a ter dificuldade em se relaxar. A palpação do pulso nessa ocasião pode avaliar uma frequência cardíaca alta, podendo isso significar que há circunstâncias perturbadoras para o indivíduo.

Esse estado pode revelar que o indivíduo tem um estilo de vida tenso e que, para ele, é penoso e angustiante “estar relaxado” ou pode simplesmente estar desassossegado por se encontrar de olhos fechados, com receio do que lhe pode acontecer. Também pode acontecer estar preocupado com actividades que tem de cumprir que não lhe facilitam a vivência do momento presente.

Se esse estado de tensão continuar por bastante tempo, o enfermeiro poderá interromper o relaxamento para tentar descobrir as razões desse estado no indivíduo, tentando também clarificar quaisquer dúvidas ou aconselhar sobre o “abandono do organismo” com o intuito de promover o bem-estar do indivíduo (Serra,1999,703).

Quando, durante o relaxamento, o indivíduo tem sensações estranhas como a impressão de que a cabeça, um dos membros superiores ou inferiores se desprendem do corpo, a situação pode-se tornar desagradável e levar à interrupção do relaxamento. Nessa altura, o enfermeiro deve mencionar ao indivíduo que essa situação só se costuma observar quando o relaxamento atinge alguma profundidade, pedindo-lhe que diga a si mesmo: “Já estou a ficar bastante relaxado” e utilizando uma fantasia em que “deixe andar a cabeça, o membro superior ou inferior por onde eles desejarem”; desta forma, pode visitar, utilizando a imaginação e a fantasia diversos locais. Estas advertências são geralmente suficientes para desdramatizar as sensações ocorridas e permitir que o relaxamento continue (Serra,1999,702).

2. Ilustração prática

2.1- “A sessão de relaxamento desenvolvida no Serviço de Psiquiatria”:

2.1.2- Diagnóstico da situação – Principais Problemas:

I – Doentes com ansiedade moderada a intensa, devido a:

- Patologia psiquiátrica e/ou
- Hospitalização (fora do seu ambiente habitual)

II – Doentes com dificuldades de comunicação e de relação com os outros, devido a:

- Patologia Psiquiátrica
- Hospitalização

III – Doentes com dificuldades músculo-esqueléticas (à marcha e movimentação, posturas incorrectas e rigidez muscular) devido a:

- Terapêutica neuroléptica.

2.1.3- Estratégias de intervenção:

- Administração de terapêutica prescrita (ansiolítica, anti-parkinsonica e outra),

- Implementar um projecto de sessões de relaxamento, que envolva movimentação, relaxação propriamente dita e verbalização de sentimentos e sensações.

2.1.4- Frequência das sessões/local:

Semanais/Sala convívio do serviço.

2.1.5- População – Alvo

Todos os doentes da Unidade de Internamento que não estejam impossibilitados (acamados) e que queiram fazer estas sessões.

2.1.6- Técnicos

Aluna da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

2.1.7- Objectivos

- 1 – Reduzir o nível de ansiedade dos doentes da Unidade de Internamento e do Centro de Dia;
- 2 – Promover a comunicação do doente e a interacção entre os doentes;
- 3 – Reduzir as dificuldades com a mobilidade, postura e flexibilidade do doente;
- 4 – Fortalecer a musculatura do doente;
- 5 – Reduzir a rigidez muscular.

2.1.8- Metodologia

1 – Preparação do Ambiente:

- Local limpo, arejado e quente;
- De preferência, espaçoso;
- Sem luz ou com pouca luz: fechar as persianas e apagar as luzes;
- Sem ruídos;
- Livre de equipamento;
- Colchões e cadeirões (se necessário).

2 – Preparação dos Doentes:

- Promover a aderência dos doentes, estimulando-os a participar e seguir as orientações;
- Vestuário e calçado confortáveis, de preferência: fato de treino ou mesmo pijama. Na fase de relaxação propriamente dita, poderão descalçar-se.
- Se não for possível o doente deitar-se (por razões clínicas ou que o doente não queira), poder-se-ão utilizar cadeirões (oferecer essa possibilidade).

3 – Técnica:

A sessão é dividida em três partes essenciais:

I – Fase do aquecimento (de 15 a 20 minutos)

Esta fase é desenvolvida através de exercícios físicos. Para os doentes internados e idosos, estes exercícios deverão ser ajustados às suas situações clínicas e dificuldades pessoais. É recomendável que sejam exercícios simples mas que trabalhem os músculos de todo o corpo. O seu

início e evolução devem ser feitos de forma coordenada e progressiva. Os exercícios amplos favorecem o relaxamento.

II – Fase de Relaxação (de 20 a 30 minutos)

- O ambiente deve estar escurecido, sem ruídos e interferências.
- Colocar uma música adequada, de preferência sem letra, que imita sons da natureza: o cair da água, o rebentar das ondas...
- Levar os doentes a pensar em imagens agradáveis, tranquilas e quentes. Ex: a areia quente na praia, a água morna, um dia quente no campo...
- A voz do enfermeiro que conduz o relaxamento deve ser calma, repetindo por vezes as frases, sem entoações (monocórdica) de forma a facilitar a relaxação.
- Os doentes poderão deitar-se nos colchões colocados no chão. Os que não queiram ou suportem esta posição poderão sentar-se nos cadeirões.

III – Fase da Comunicação (de 15 a 20 minutos)

Nesta fase, os doentes podem verbalizar as suas sensações, sentimentos, emoções; se sentiram relaxados ou não; o que contribuiu para isso e o que dificultou; o que sentiram; que lembranças lhe ocorreram.

Esta fase ajuda a fazer a avaliação da sessão e da sua eficácia.

IV – Avaliação

A avaliação é feita pelo enfermeiro durante toda a sessão (observação da participação dos doentes, do seguimento das orientações dadas pelo técnico, dos seus sinais de relaxamento).

É importante que se façam também registos, embora sintéticos.

Os elementos a conter nos registos:

- Data e hora das sessões;
- Participantes;
- Aderência às orientações;
- Resultado: verbalização dos doentes se sentiram relaxados ou não. Que factores contribuíram e que factores dificultaram a sua relaxação”.

PLANO DE SESSÃO

Actividade: Relaxamento

Método: Combinação de técnicas. Utilização de um guião de tensão/distensão que associa aspectos do relaxamento progressivo de Jacobson, o treino de relaxamento progressivo (TRP) e a respiração. O TRP é a abordagem que deriva do método de Jacobson e consiste em aprender a relaxar grupos específicos de músculos, prestando atenção às sensações associadas aos estados de tensão e de relaxamento.

Objectivos da actividade:

- Controlar e diminuir o ritmo respiratório com consequente diminuição da ansiedade;
- Desenvolver a auto-percepção de tensão muscular;
- Diminuir a tensão muscular;
- Ajudar a gerir o stress;
- Aumentar o nível de concentração;
- Facilitar o descanso e o sono;
- Proporcionar momentos de prazer;
- Consolidar o grupo.

População alvo (destinatários): Utentes internados no serviço de Psiquiatria – unidade 2 – Santa Isabel da Clínica de S. José.

Pré-requisitos: Predisposição do indivíduo para relaxar.

Data:

Local: Sala de convívio

Tempo: Duração de mais ou menos 30 a 60 minutos.

Nº de participantes: Não existe limite mínimo de participantes, sendo o máximo de 10.

Recursos materiais:

- Colchões ou cadeiras confortáveis;
- Música para relaxamento;
- Meios áudio;

Recursos Humanos: enfermeiros

Sessão Nº 1 Tema: Relaxamento progressivo		
Tempo	Objectivos	Métodos/Actividades
10min.	• Criar um ambiente favorável à realização da actividade; • Aumentar a motivação dos utentes para participarem na actividade.	-Acolher os utentes na sala -Solicitar que se descalcem e se distribuam pelos colchões ou cadeiras; -Dar a conhecer aos utentes o tema da actividade, os seus objectivos e o método a utilizar; -Breve explicação dos exercícios.
10 a 30min.	• Controlar e diminuir o ritmo respiratório com consequente diminuição da ansiedade; • Diminuir a tensão muscular; • Aumentar o nível de concentração; • Facilitar o descanso e o sono; • Proporcionar momentos de prazer.	-Ligar a música; -Iniciar a sessão com a passagem introdutória “mergulho” -Realizar o relaxamento utilizando a combinação de técnicas recorrendo a um enunciado de tensão-distensão.
10min.	• Permitir o “despertar”; • Consolidar o grupo; • Avaliar a sessão.	-Informar os utentes que o exercício terminou; -Desligar a música; -Permitir que os utentes partilhem a experiência que acabaram de vivenciar; -Auscultar as suas opiniões sobre a mesma; -Preenchimento da ficha de avaliação individual.
10min.	• Registar a actividade	Preencher o impresso existente no serviço, para o registo de actividades.

4- Guião da Sessão de Relaxamento Progressivo

Feche os olhos... mantenha-os... centre a sua atenção na respiração, nos movimentos da barriga e do peito... sobe e desce... repare no quão lenta e suave está a ficar... imagine que cada expiração leva embora as suas tensões, deixando-o mais relaxado do que estava antes... respire profundamente outra vez... deixe que a sua respiração adopte o seu ritmo, calma, regular... e esqueça-se dela... Vão agora fazer uma viagem ao vosso corpo e vão verificar que os vossos músculos estão o mais relaxado possível... Se aparecerem pensamentos exteriores, deixem-nos ir embora... Vou começar pelos pés... centre a sua atenção no dedo dos pés... estão em posição de descanso?... se não estão confortáveis movimente-os suavemente... à medida que vão ficando mais descansados sinta a tensão a abandoná-los, sinta-os a afundar-se, sinta-os pesados... deixe cair os pés para fora.. esta é a posição mais relaxada para eles... deixe que toda a tensão flua para fora deles... desfrute a sensação... seguimos para as pernas... sinta a tensão a abandonar os músculos das barrigas das pernas e as canelas... à medida que a tensão vai saindo as pernas vão ficando mais pesadas... sinta o calor e o formigueiro agradável... subimos para as coxas... para estarem totalmente contraídas têm que rodar ligeiramente para fora... sinta o efeito relaxante desta posição... alivie toda a tensão... sinta as suas coxas a descansar pesadamente no colchão... concentre-se na sensação de peso ao longo das pernas... deixe que os músculos larguem a tensão que ainda contém e que fiquem em relaxamento profundo... Agora, centre-se nas suas ancas... deixe que elas assentem no colchão onde estão deitadas... pense na tensão que tem nos músculos... e relaxe-a... continue a relaxar... relaxe um pouco mais do que pensava possível... sintam a coluna no colchão... tome atenção em como está em descanso no chão... deixe-a fundar-se... deixe-a fazer contacto onde ela quiser... a tensão está a fluir para fora da coluna... deixe que os músculos abdominais percam a tensão... deixe-os ir livre e suavemente... repare como o seu abdómen se eleva e rebaixa com a respiração... eleva quando inspira... rebaixa quando expira... a respiração abdominal é a respiração do descanso... deslocamo-nos para os ombros, que carregam tanta tensão... sinta-os a deixar ir essa tensão... sinta-os a distender-se... sinta-os a descontrair sobre o chão, estão moles e pesados... sinta-os a cair em direcção aos pés... imagine-os a largar um peso... vai-se abrindo um espaço entre os ombros e o pescoço... imagine o pescoço um pouco mais longo do que era... agora dirija os seus pensamentos para o braço esquerdo... verifique se ele repousa mole no chão... repare nesta sensação de relaxamento e deixe que se estenda ao pulso e à mão... pense nos dedos, estão curvados ou rígidos? ... nem curvados nem esticados... nem abertos nem fechados mas em descanso muito suave... totalmente descontraídos... enquanto expira deixe o braço relaxar mais um pouco... sinta-o peado e mole... tanto que se alguém o levantasse e o largasse ele caía como uma boneca de trapos... (repetir para braço direito)... solte os músculos do pescoço... desfrute dessa sensação de alívio que trabalham tanto tempo para manter a cabeça levantada... descontrai-a... sinta como é agradável quando se solta a tensão nesses músculos do pescoço... volte a atenção para a face... para os pequenos músculos que fazem as expressões... agora não precisa de nenhuma expressão facial, por isso permita que os músculos fiquem relaxados... imagine como é a sua cara quando está a dormir... calma e sem movimento... Agora pense no maxilar inferior... deixe que ele descaia ligeiramente de modo a que os dentes fiquem separados... os lábios tocam-se levemente... verifique se a língua está tranquila e repousada no meio da boca, mole... relaxe a garganta... deixe que os músculos se sintam serenos e em descanso... as bochechas estão descontraídas e moles... pensem no vosso nariz... a passagem de ar fresco pelas narinas e o ar quente que expira pela boca... alivie a tensão... inspire tranquilidade com o ar frio... verifique se a testa está lisa, sem rugas... alivie a sua tensão e continue até ao couro cabeludo e atrás das orelhas... sinta sensação de calma enquanto faz isto... deixe que os seus pensamentos se concentrem nos olhos, como eles repousam atrás das pálpebras fechadas... pense neles a descansar, flutuantes... descanse os seus pensamentos também... permaneça mais uns minutos a descontrair... agora tem os músculos do corpo mais importantes relaxados... pense neles como um todo... um todo completamente relaxado... acalmado pelo suave ritmo da respiração... calma, regular... sinta a serenidade... podem vaguear imagens para dentro e fora da sua mente... veja-as como pensamentos a passarem... sinta a libertar-se delas... diga para si próprio “eu estou a sentir-se calmo... estou a sentir-me tranquilo”... (alguns segundos para os utentes relaxarem sossegados)... vou pedir-lhe que volte a esta sala onde estão deitados... gradualmente comecem a ficar conscientes disso... mexa suavemente os braços e pernas... movimente a coluna... e quando quiser, deixe os olhos abrirem. Sente-se lentamente...

reconheça o espaço que o rodeia... dê tempo ao seu corpo para passar do relaxamento ao estado de alerta...

Avaliação Individual da sessão de relaxamento

O preenchimento deste formulário tem como objectivo avaliar a sessão de relaxamento que acabou de realizar.

Nome:

Assinale a frase que melhor define a forma como se sente:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Sinto todo o meu corpo tenso e transtornado. | ☐ |
| 2. Sinto todo o meu corpo tenso em geral. | ☐ |
| 3. Sinto alguma tensão em algumas partes do corpo. | ☐ |
| 4. Sinto-me relaxado como no meu estado normal de repouso. | ☐ |
| 5. Sinto-me mais relaxado que o habitual. | ☐ |
| 6. Sinto-me mais profunda e plenamente relaxado do que alguma vez me senti. | ☐ |

Obrigado pela sua colaboração

BIBLIOGRAFIA:

- Albuquerque, Maria Cícera dos Santos de; Cavalcanti, Maria do Socorro Loureiro (1998), "Relaxamento: uma estratégia no contexto da assistência de enfermagem", **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 51, n.º 1, p.35-52;
- Davis, Martha; Eshelman, Elisabeth; McKay, Matthew (1996), **Manual de relaxamento e redução do stress**, S. Paulo, Summus;
- Fazenda, Feliciano; Caseiro, Maria de Lurdes (1991), "Alguns aspectos específicos da terapia pelo relaxamento com ilustrações através de um caso clínico", **Antropoanálise**, n.º 1, p.33-35;
- Gleitman, Henry (1999), **Psicologia**, Lisboa, Serviço de Educação – Fundação Calouste Gulbenkian;
- Le Camus, Jean (1986), **O corpo em discussão - da reeducação psicomotora às terapias de mediação corporal**, Porto Alegre, Artes Medicas;
- Masson, Suzanne (1986), **Os relaxamentos**, S. Paulo, Ed. Manole;
- Nunes, Luísa Arsénio (1995), "As dimensões formativas dos Contextos de Trabalho", in **Inovação – Formação Contínua em Contextos de Trabalho**, Vol. 8, N.º 3, pp.233-249;

- Payne, Rosemary, A.(2002), **Técnicas de Relaxamento - Um Guia Prático para Profissionais de Saúde**, Tradução de Sofia Ribeiro e Joana Bastos, 2ª Edição, Lisboa, Lusociência;
- Stuart, Gail W., Laraia, Michele T. (2001), **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**, Porto Alegre, Artemed Editora.
- Serra, Adriano Vaz (1999), **O stress na vida de todos os dias**, Coimbra, Ed. Autor;
- Townsend, Mary C.(1983), "Relaxation Therapy", in Townsend, Mary C., **Psychiatric/mental health nursing: concepts of care**, Philadelphia, F.A. Davis Company;

Tema:

"Uma vida saudável"

Finalidade:

Desenvolver acções de Enfermagem Psiquiátrica que permitam actuar em conformidade com os objectivos traçados em Saúde Mental, nomeadamente "para uma vida mais saudável" (meta 11), e "melhorar a saúde mental" como contemplado na meta 6.

Objectivos:

Objectivo Geral:

Sensibilizar aos utentes para a importância de uma vida saudável, tanto física como psicológica de forma atingir um nível óptimo de saúde.

Objectivos Específicos:

Que no final da sessão os utentes sejam capazes de:

- Enumerar alguns dos factores que contribuam para o bem estar físico e mental
- Identificar pelo menos dois meios internos que ajudem ultrapassar/resolver uma situação geradora de stress.
- Identificar pelo menos dois meios externos que ajudem ultrapassar/resolver uma situação geradora de stress, permitindo a redução da ansiedade.

Conteúdos:

- Promoção e manutenção da saúde - Estilos de vida – promover ensinamentos referentes às seguintes temáticas:
 1. Alimentação saudável e hidratação;
 2. Higiene Pessoal;
 3. Repouso/sono;
 4. Exercício Físico;
 5. Relaxamento;
 6. Actividade Intelectual e social;
 7. A importância das atitudes;
 8. Capacidade de resolver problemas;
 9. Partilha de experiências;

10. Formas de enfrentar o stress;
11. Mecanismos de defesa;
12. Seguimento da farmacoterapia.

- Reconhecimento da importância de defender estilos de vida saudáveis, tanto físicos como psicológicos, de forma a poder melhor enfrentar situações de conflito/stress;
- Reconhecimento da importância da motivação/interesse como motor/base da mudança para a obtenção dum nível óptimo de saúde;
- Reconhecimento de como é necessário ter consciência dos defeitos e virtudes de cada ser pessoa, como forma de se ir conhecendo e construindo a sua personalidade.

Será utilizado o método expositivo de forma informal, providenciando um momento de diálogo e partilha.

Data/Hora:

Dia: Entre o mês de Novembro e Dezembro (várias sessões, de acordo com o desenvolvimento dos temas e interesse dos participantes)

Duração: cerca de 30 minutos

Local: Sala de convívio da Unidade II- Santa Isabel.

População Alvo:

Utentes em regime de internamento na Unidade II, da Clínica Psiquiátrica de São José, com diagnósticos vários como: de Perturbação Depressiva, Uso de Substâncias; Anorexia/Bulimia, Perturbação Psicótica / Esquizofrenia.

Utentes que se mostrem disponíveis para a realização desta actividade. (Independentemente do diagnóstico base todos os interessados na actividade poderão participar, tendo em conta os objectivos da mesma, procurar-se-á criar um grupo não muito extenso por forma a evitar dispersões e permitir maior interacção entre os elementos presentes (os grupos poderão ir sendo trocados – rotatividade) – nota: privilegiar-se-á os 1ºs internamentos e 1ºs surtos tendo em conta os objectivos de estágio (delineados no projecto)).

Avaliação:

No dia 2 de Novembro, foi debatido com um grupo de 5 utentes a importância de uma alimentação saudável. No seguimento de uma actividade “Quebra gelo” –foram debatidos temas como a partilha de experiencias, a importância do sono e repouso e a medicação, efeitos positivos e negativos a sua importância no tratamento. No dia 4 de Novembro foram abordados temas como o relaxamento (inicio das sessões práticas), formas de enfrentar o *stress*, e resolver os problemas. Informalmente, e individualmente foram debatidos temas como: mecanismos de defesa, capacidade de enfrentar e resolver os problemas – trabalho desenvolvido com os utentes para os quais tracei planos de cuidados. A temática do exercício físico, foi desenvolvida em colaboração com a Enfermeira Especialista presente na Unidade, com os utentes que apresentavam dificuldades de movimentação, durante o mês de Dezembro.

ANEXO V – PLANOS DE CUIDADOS – ESTUDOS DE CASO

INTRODUÇÃO – *Planos de Cuidados*

No âmbito deste prática clínica do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, foi-me proposta a realização de planos de cuidados relativamente aos doentes atribuídos.

Segundo Neeb (1997) “*um plano de cuidados em enfermagem é um documento clínico que descreve os cuidados de enfermagem a serem prestados a um cliente (pessoa, família e/ou comunidade)*”. Além do registo das intervenções de enfermagem, o plano de cuidados inclui o registo dos diagnósticos estabelecidos pelo enfermeiro no decurso do processo de avaliação do cliente, e a descrição dos resultados obtidos com a execução das intervenções. Assim, o plano de cuidados é um documento dinâmico, que orienta a prestação de cuidados e favorece a sua avaliação.

Este plano de cuidados centra-se exclusivamente no projecto de cuidados instituído para a pessoa face à sua situação vivencial de saúde e doença. Este é elaborado utilizando uma linguagem científica, reveladora da apropriação de um pensamento/orientação da prática baseada em conceitos centrais de Enfermagem e ancorado no **Modelo de Sistemas de Betty Neuman**, este por mim escolhido por se adaptar à planificação que pretendo realizar (utilizado como referencial teórico no local de estágio e sugerido pela Orientadora).

Este plano será estruturado em três partes essenciais, subentendendo uma selecção da informação relevante e um trabalho de síntese:

1. Apresentação do cliente dos cuidados de enfermagem

- No contexto da sua história de vida;
- No contexto da sua situação actual de necessidade de cuidados;
- Exame do seu estado;
- Identificação dos factores de *stress* e dos factores de reconstituição (recursos internos e externos).

2. Apresentação dos principais diagnósticos de enfermagem, com o respectivo plano de intervenção

(selecção das mais significativas)

- Diagnósticos de enfermagem (NANDA)
- Intervenções terapêuticas de cuidados de enfermagem à pessoa e sua família (NIC)
- Avaliação dos resultados obtidos (NOC)

3. Conclusão

-Apresentação dos resultados obtidos, reflexão sobre o percurso efectuado.

Bibliografia (utilizada como referência na consecução dos planos de cuidados)

- CHALIFOUR, J. (2008) – *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas de relação de ajuda* (Volume I), Loures : Lusodidacta, ISBN : 978-989-8075-05-5.
- CHALIFOUR, J. (1989) - *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique – humaniste*. Québec : Gaëtan Morin, ISBN 2-89105-312-5.
- JOHNSON, M. *et al* (2009) – *Ligações entre NANDA, NOC E NIC – Diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem*. 2ªEdição, Porto Alegre, Artmed, ISBN 978-85-363-1769-4
- NEEB, Kathy (1997). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- WATSON, Jean (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Nota: foram usados todos os materiais fornecidos em sala de aula e anotações da matéria feitas ao longo do percurso teórico.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade Curricular: OPÇÃO II – ESTÁGIO

Processo de Enfermagem: “Ana”

Clinica Psiquiátrica de São José

Unidade II

Enfermeiro Especialista Orientador: Enfermeira Ana Real

Docente Orientador: Professora Ana Melo

Discente: Andrea Pereira Bidarra

Lisboa, 2011

Índice

1 – IDENTIFICAÇÃO

2 – MOTIVO DE INTERNAMENTO

3 – ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

4 – O INTERNAMENTO

5 – AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

6 – SEGUNDO A TEORIA DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

7 – PLANO DE CUIDADOS

1. IDENTIFICAÇÃO

A Sr.^a “Ana”, é uma doente de 40 anos de idade, nacionalidade portuguesa, raça caucasiana, separada do companheiro, não tem filhos, vive com os pais desde a separação (há cerca de 2 anos). Assistente social de profissão, actualmente desempregada.

2. MOTIVO DE INTERNAMENTO

A Sr.^a Ana, foi internada em Setembro de 2011, em regime de voluntariado. Internada através da Consulta Externa com diagnóstico de Psicose Aguda Paranóide – 1º surto. No dia 1 de internamento apresentava-se com agitação psico-motora, períodos de agressividade para com os que a rodeavam, com alucinações visuais e auditivas, delírio persecutório e místico, riso de fuga (fase inicial), por esse motivo e pelo quadro de agitação ficou em quarto de isolamento. Actualmente num quarto triplo, com boa relação com os outros doentes.

3. ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Antes de realizar a entrevista consultei o processo para colher alguns dados, estabeleci previamente contacto com a doente, apresentando-me, dizendo a minha profissão e o meu estatuto de aluna da especialidade. Realizei também pesquisa bibliográfica acerca da entrevista, qual o seu objectivo e como deve ser dirigida.

Perspectiva da doente

O que a doente sabe, pensa e sente...

A entrevista com a Sr.^a “Ana” decorreu um ambiente calmo, sem interferências externas, numa sala onde estávamos somente as duas, após o pequeno almoço.

Procurei colocar questões abertas e deixar a doente exprimir-se e direccionar ela própria o seu tema de maior interesse. Inicialmente retraída, mas gradualmente com maior à-vontade demonstrando interesse e necessidade de comunicar-se.

Começa por fazer referencia ao porque do seu internamento: “sei que me portei mal... até tenho vergonha, e já pedi desculpa pelo que fiz e os nomes que chamei às pessoas, mas não me lembro de nada”.

Tenta compreender o que aconteceu e associa o surto a um telefonema “ recebi um telefonema de uma pessoa que eu não conhecia, que sabia o meu nome, telefone, profissão, tudo, e fiquei a pensar naquilo... acho que foi isso”.

Segundo a perspectiva da doente, este internamento veio na sequência de uma depressão que terá começado a evidenciar-se muito antes, nomeadamente aquando da sua relação conflituosa, com o seu companheiro. Refere que os ciúmes (por parte dela não ajudaram e

contribuíram para a separação) que a mesma foi agravada com facto de ficar desempregada (facto que a preocupa muito). “Foi desde a minha separação que fiquei assim... na altura também tive uma crise mas mais fraca... fiquei no Hospital Júlio de Matos pouco tempo... lembro-me que ouvia umas coisas...”

Refere o internamento como algo positivo “estou melhor, sei que preciso de me tratar” “até á sou capaz de conversar e ser mais extrovertida”, tem esperança, mas apresenta medos face ao futuro “tenho vontade, e esperança, mas não sei, é que à mínima dificuldade vou-me abaixo...”. Receio do diagnóstico: “tenho medo que seja esquizofrenia”.

Verbaliza na família a sua estrutura de apoio ““a minha família, nomeadamente a minha mãe é tudo para mim, sem ela já cá não estava...” – Choro.

Refere não ter vida social “estou sempre em casa, ganhe fobia, mas estou a melhorar... tinha amigos, agora não.”

Perspectiva da enfermeira

História pessoal

Doente seguida em psiquiatria desde há 2 anos. Este foi o 1º internamento prolongado (mais que uma semana). Diagnóstico clínico de Psicose Aguda Paranóide. Antecedentes pessoais relevantes: história de depressão associada à separação do companheiro e situação de desemprego, obstipação. Desempregada actualmente, culpabiliza-se por ter se despedido do anterior emprego. Associa este facto bem como uma relação marcada por inseguranças que ditaram a separação do companheiro. Demonstra insegurança em relação a si mesma “tenho vontade, e esperança, mas não sei, é que à mínima dificuldade vou-me abaixo...”. Referencia medos - “tenho medo que seja esquizofrenia”.

Doente com dificuldade em aceitar a “perda” do companheiro visto que relaciona o facto a uma outra perda “desejava ter um filho, mas agora... era um sonho”, Choro.

Caracteriza-se como alguém com baixa auto-estima, refere não gostar do seu corpo e da sua cara.

Refere o internamento como algo positivo “estou melhor, sei que preciso de me tratar” “até já sou capaz de conversar e ser mais extrovertida”.

A família é o seu grande apoio. Voltou a viver com os pais após a separação.

4. O INTERNAMENTO

Inicialmente com comportamento agressivo, sem percepção da realidade. Com alucinações visuais e auditivas, delírio persecutório e místico, e riso de fuga. Actualmente com humor deprimido, mas tendencialmente melhorado, de fácil contacto, com discurso coerente e adequado, mais comunicativa com mais interacção com os outros, já apresenta fáceis sorridente, ainda alguma

relutância na participação em actividades. Doente cuida com mais “pormenor” da sua aparência física.

Terapêutica instituída (no momento da colheita de dados):

Abilify 10; Diplexil 5; Morfex 30; Lactulose; Tercian 100; Zyprex 10 SOS, SOS- haldol 2 formulas + fenergan 2 formulas IM de 8-8horas.

5. EXAME DO ESTADO MENTAL

 Percepção:

Não foram apuradas alterações na percepção.

 Pensamento:

Foram observadas esporadicamente alterações da forma ou conteúdo de pensamento – delírio místico e de perseguição, ainda que de forma muito “discreta” ao longo do seu discurso.

 Insight:

Demonstra conhecimento da situação actual.

 Juízo Crítico:

Apresenta evidência de juízo crítico sobre acontecimentos pessoais.

 Humor e Emoções:

Humor deprimido, ansiedade.

 Aspecto e Comportamento:

Aparência física cuidada, idade aparente coincidente com a real.

 Atitude:

Colaborante.

 Atenção:

Facilmente captável.

 Vestuário e Higiene:

Higiene cuidada, vestuário apropriado a estação do ano. (quando do internamento (1ºs dias) apresentava algum descuido na sua apresentação)

 Discurso e Linguagem:

Sem perturbação do discurso verbal, da fala ou do contacto.

Discurso coerente e lógico.

 Orientação e Cognição:

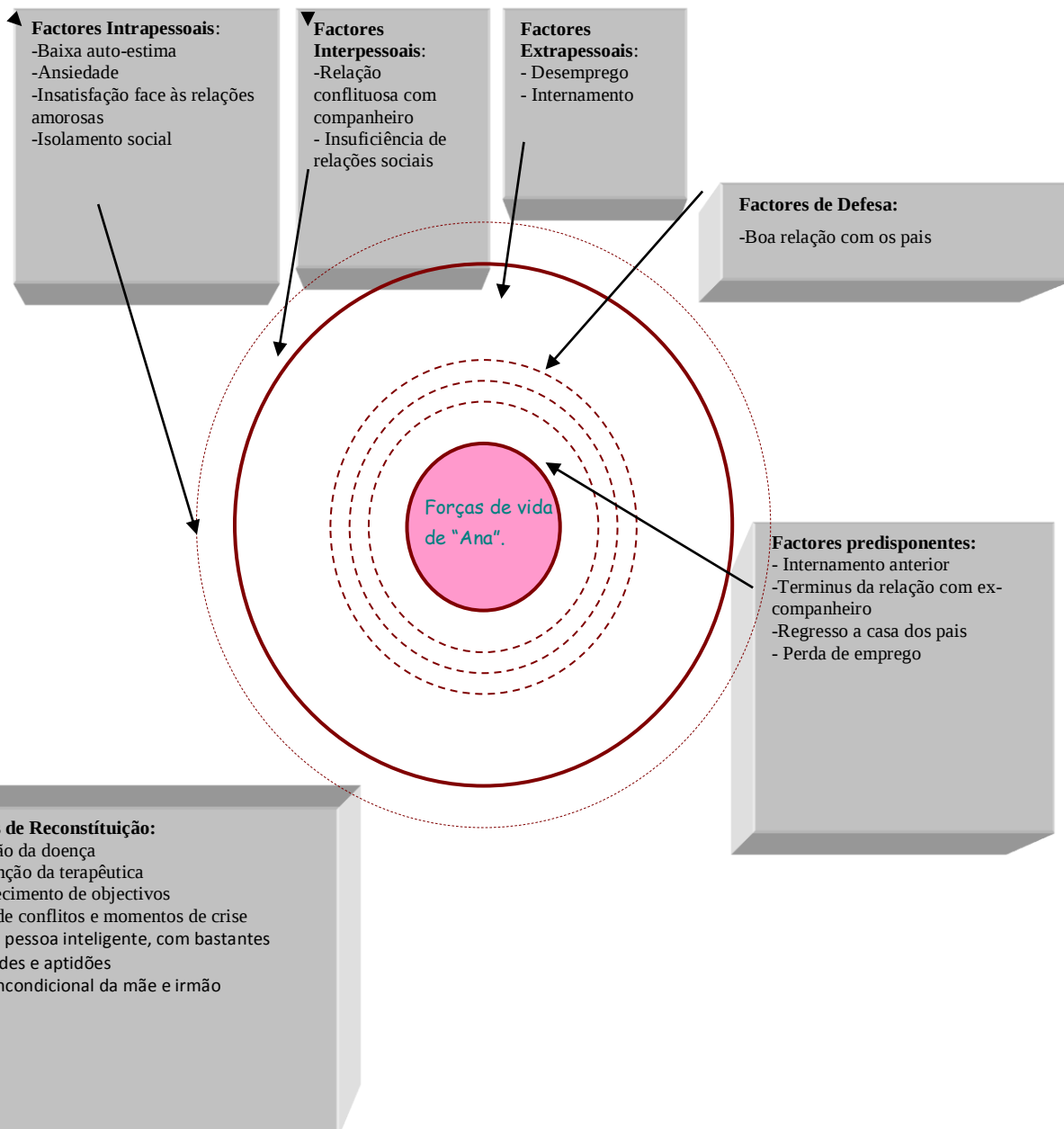
Orientada no tempo, espaço, auto e alopsíquicamente.

 Consciência: Vigíl.

 Memória:

Refere períodos de esquecimento relativamente ao momento do surto (apenas, sem outras alterações)

6. Segundo o modelo de Betty Neuman



7. Plano de Cuidados

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Humor deprimido, <u>relacionada com internamento e patologia base e manifestada por:</u> Fáceis triste; Verbalização de sentimentos de tristeza.	Melhoria do estado de humor	- Avaliar o humor (sinais, sintomas) regularmente; - Determinar a reacção típica do doente ao humor; - Promover ambiente descontraído; - Analisar a necessidade de hospitalização; - Monitorizar estado físico. (exemplo: hidratação, peso...); - Ajudar a monitorizar o seu humor; - Ajudar a identificar pensamentos subjacentes ao humor depressivo; - Ajudar a identificar situações precipitantes de sentimentos de tristeza; - Ajudar a identificar recursos disponíveis; - Estimular a participação em actividades;	Apresenta humor deprimido. Refere profunda tristeza. Discurso negativista. Humor neutro, mas fácies aberto. Bom contacto à abordagem.

		- Oferecer orientação sobre o desenvolvimento e manutenção de sistemas de apoio.	
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Desesperança , <u>relacionada com</u> sentimentos de desvalorização e <u>manifestada</u> pelo seu fâcias e humor deprimido	Autocontrole da depressão (ações pessoais para minimizar a melancolia e manter o interesse pelos eventos da vida) Manifestação de esperança e vontade de viver	-Assistência na automodificação -Controle do humor -Promoção da capacidade de resiliência -Promoção de esperança -Suporte emocional -Promover coping eficaz; -Aumentar a sensação de segurança física e psicológica; -Presença -Terapia recreacional -Aumento da socialização	Mantém medo no futuro, no entanto é capaz de pensar e estruturar estratégias para a ajudarem a enfrentar o futuro. “Sei que sempre que sinto medo posso recorrer a vocês, quero muito ser capaz...” Apresenta esperança aumentada.

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Baixa auto-estima	<u>Adaptação</u>	-Suporte emocional	É capaz de

situacional, <u>relacionada com</u> sentimento de fracasso, terminus de uma relação, e <u>manifestada</u> por frustração, humor deprimido, relações interpessoais insatisfatórias, visão negativa de si própria	<u>psicossocial</u>: mudança de vida (resposta da adaptação psicossocial de um individuo a uma mudança de vida importante) <u>Melhora da autoestima</u>: - Que a utente seja capaz de: -Verbalizar aspectos positivos sobre si próprio e que seja capaz de aceitar as próprias limitações - Descrever a si próprio - Comunicar de forma assertiva com os outros - Expressar algum optimismo e esperança no futuro - Expressar aumento do nível de confiança em si mesmo	-Promoção do aumento da capacidade de resiliência -Ensinos, fornecer informação -Apoio á tomada de decisão -Escutar activamente -Controle do humor -Aumento da socialização	verbalizar “hoje sinto-me bonita”; “quero muito melhorar para voltar a procurar trabalho...” “ainda quero construir uma família, mas sei que tenho que melhorar”.
--	--	---	--

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Ansiedade <u>Relacionado com:</u> Mudanças do estado de saúde – alteração do conteúdo do pensamento; Internamento; <u>Manifestado por:</u> Verbalização do problema, inquietação.	-Que a utente seja capaz de identificar os estímulos que provocam ansiedade; -Que a utente seja capaz de identificar estratégias que reduzam a ansiedade; - Que a doente seja capaz de controlar a sua ansiedade; -Que a utente seja capaz de criar e utilizar eficazmente as suas estratégias de coping.	-Usar uma abordagem calma e segura; - Proporcionar espaços de diálogo; - Manter escuta activa; - Criar um ambiente que facilite a confiança; - Oferecer privacidade no quarto, quando apropriado; - Fornecer informação à utente sobre o seu diagnóstico, tratamento, o motivo e objectivo do seu internamento; - Permitir e encorajar a expressão de sentimentos e medos; - Encorajar a utente a participar em actividades recreativas, conforme apropriado; - Reduzir os estímulos geradores	Utente compreende o que lhe causa ansiedade: “quando toca o telefone tenho medo que sejam aquelas pessoas que eu não percebo, fico com medo e as crises aparecem, tenho medo quando sair daqui, como serei capaz...” Utiliza a técnica de relaxamento para reduzir níveis de ansiedade quando percebe que lhe será útil. Recorre sempre ao profissional de saúde quando refere sentir-se “com medo”.

		de ansiedade; - Identificar pessoas significativas cuja sua presença possa auxiliar a utente; - Apoiar e incentivar o uso de mecanismos de defesa apropriados; - Administração de terapêutica ansiolítica, se necessário.	
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Integração social prejudicada <u>Relacionado com:</u> Perturbação do humor; <u>Manifestado por:</u> Isolamento social.	- Que a utente seja capaz de encontrar actividades recreativas que a satisfaçam; - Que a utente apresente um fâcies mais expressivo; - Que demonstre confiança de modo a expressar os seus sentimentos; - Que a utente manifeste desejo de relacionamento social.	- Estabelecer com a utente uma relação de confiança; - Mostrar interesse pela utente; - Encorajar a expressão de sentimentos; - Solicitar e ter expectativas de comunicação verbal; - Auxiliar a utente a aumentar a percepção dos pontos fortes e as limitações na comunicação com os outros; - Oferecer feedback	Utente interage mais com os outros utentes, não passa o dia inteiro isolada como se verificava inicialmente. É capaz de expressar medo, raiva e tristeza quando descreve a sua vivência actual. Participa em actividades de relaxamento e passeios ao ar livre.

		sobre a melhoria dos cuidados com a aparência pessoal e outras actividades; - Oferecer reforço positivo; - Encorajar a um maior envolvimento nas relações já estabelecidas; - Encorajar a utente a frequentar espaços sociais, se apropriado; - Encorajar o envolvimento em interesses totalmente novos, se apropriado.	
--	--	---	--

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Coping ineficaz Relacionado com: Distúrbio no padrão de alívio de tensão Manifestado por: Fadiga Mudança nos padrões habituais de comunicação	- Identificar padrões eficazes de coping - Relato de diminuição dos níveis de stress e emprego de comportamentos para a sua diminuição - Utilizar o apoio social disponível	- Avaliação da adaptação do utente a mudanças. - Avaliação do impacto da situação de vida sobre papéis e relacionamentos - Avaliação da capacidade de decisão do utente - Utilização uma	É capaz de identificar as suas limitações face aos obstáculos encontrados “face a uma coisa difícil que me aparece para resolver eu fico com medo, não sei explicar e fico sem

(isolamento) Resolução de problemas inadequada Uso diminuído do suporte emocional	- Procura de ajuda profissional quando adequado - Relato de diminuição de sentimentos negativos	abordagem calma e segura. - Propiciação de uma atmosfera de aceitação - Encorajamento de uma atitude de esperança realista como uma forma de lidar com sentimentos de desamparo. -Encorajamento para avaliação do próprio comportamento Encorajamento para a participação em actividades sociais - Confrontar os sentimentos ambivalentes do cliente (raiva, depressão) - Encorajamento da verbalização de sentimentos e emoções - Auxílio ao utente na identificação dos seus pontos fortes - Auxílio na identificação de estratégias positivas para lidar com as limitações e na administração de	reacção...tenho medo de me ir logo abaixo quando tiver alta". Procura o profissional de saúde sempre que sente "medo". Refere sentir-se mais segura.
--	---	--	---

		mudanças necessárias do modo de vida. -Sugestão da utilização de técnicas de relaxamento como Yoga ou outras.	
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Processo de Pensamento alterado <u>relacionado com</u> sintomatologia da doença, <u>manifestado por</u> delírios persecutórios e místicos.	-Autocontrole de Pensamento Distorcido, -Orientação Cognitiva,	-Apoiar emocionalmente; -Atender no delírio; -Diminuir a ansiedade; -Executar terapia de orientação para a realidade; -Gerir o ambiente físico: segurança; -Vigiar alucinações;	- Controla resposta às ideias delirantes.

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Medo <u>Relacionado com:</u> Recusa de exposição a situações que potencialmente possam	Que a doente seja capaz de funcionar na exposição a situações que lhe provocam receios e ansiedade, sem apresentar	-Redução da ansiedade -Melhorar o “Coping” individual -Intervenção em crise -Presença	É capaz de identificar o que lhe causa “medo”. Interage com o grupo, no entanto de forma ainda redutora – está

desencadear comportamentos “inadequados” e/ou pensamentos delirantes <u>manifestado por:</u> aquando da realização de actividades nomeadamente em grupo, quando manifesta receio no futuro (fora da Clínica)	comportamentos alterados /ou pensamentos delirantes.	-Suporte emocional -Discutir com o doente a(s) experiência(s) emocional(is) -Apoiar o uso de mecanismos de defesa adequados -Auxiliar o doente no reconhecimento dos sentimentos, como ansiedade, raiva ou tristeza -Facilitar a identificação feita pelo doente do padrão usual de resposta, ao enfrentar os medos -Permanecer com o doente e oferecer segurança e protecção durante os períodos de ansiedade.	presente na sala, mas prefere não realizar actividades que impliquem contacto mais directo com o outro. Melhorou em termos de comunicação “já sou capaz de falar com pessoas que chegam e não conheço”, “expresso melhor o que sinto”.
---	---	---	---

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica
Unidade Curricular: OPÇÃO II – ESTÁGIO

Processo de Enfermagem: “*Mafalda*”
Clínica Psiquiátrica de São José
Unidade II

Enfermeiro Especialista Orientador: Enfermeira Ana Real

Docente Orientador: Professora Ana Melo

Discente: Andrea Pereira Bidarra

Lisboa, 2011

Índice:

1 – IDENTIFICAÇÃO

2 – MOTIVO DE INTERNAMENTO

3 – ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

4 – O INTERNAMENTO

5 – AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

6 – SEGUNDO A TEORIA DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

7 – PLANO DE CUIDADOS

1. IDENTIFICAÇÃO

O nome da doente é “Mafalda”. É uma doente do sexo feminino, tem 27 anos de idade, nacionalidade portuguesa, raça caucasiana. Solteira (refere que tem namorado), vive sozinha (saiu à cerca de 1 ano de casa dos pais), com mestrado em Engenharia Química. Desempregada.

2. MOTIVO DE INTERNAMENTO

A Sra. M., foi internada em regime de internamento voluntário, em Setembro de 2011, 1º internamento em psiquiatria. Através da consulta do Dr. E. Foi internada na sequência de internada com diagnóstico de depressão / anorexia nervosa.

Recorreu à consulta em anteriormente e foi medicada, por manter sintomatologia, foi programado o seu internamento na unidade.

3. ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Antes de realizar a entrevista consultei o processo para colher alguns dados, estabeleci previamente contacto com a doente, apresentando-me, dizendo a minha profissão e o meu estatuto de aluna da especialidade.

Realizei também pesquisa bibliográfica acerca da entrevista, qual o seu objectivo e como deve ser dirigida.

Perspectiva da doente

O que a doente sabe, pensa e sente....

A entrevista com a “Mafalda” realizou-se cerca das 18 horas, numa terça-feira, num gabinete tranquilo da unidade, e não houve qualquer interrupção ou ruído. Pedi à doente autorização para a realização da mesma, e perguntei-lhe se estava de acordo com a mesma e com os seus objectivos.

Dei-lhe a escolher a cadeira, e sentei-me noutra, fazendo um angulo de 90º.

Ao longo da entrevista coloquei maioritariamente perguntas de resposta aberta, às quais a doente respondia de forma sucinta inicialmente, demonstrando gradualmente um maior interesse para o diálogo. Quando abordada, demonstrou disponibilidade para comunicar e explicitar a sua vivência actual.

A utente refere sentir-se bem no internamento, refere ter tido espaço para descansar desde que está internada, e para estar afastada da família, o que lhe tem trazido bem estar.

Segundo a perspectiva da doente, as dificuldades no seio familiar conduziram à situação actual. Referenciou história de “violência” no contexto familiar que não quis aprofundar. Associa o seu internamento directamente a um processo de exaustão que vive face aos problemas familiares – faz referencia ao quadro de anorexia, mas verbalizando-o como “normal” face às dificuldades vividas, fala sobre o assunto mas ainda num contexto de não aceitação completa do seu problema. Fala da sua alimentação referenciando-se às restrições alimentares que deve cumprir “eu não como carne, só alguns legumes, e arroz e massas também não...” – justifica as escolhas com a suspeita de Doença de Chron. Faz referencia ao seu quadro de depressão chamando-lhe “processo de exaustão” não faz alusão à anorexia, apenas referencia “sempre fui assim... agora um pouco mais fraca pelos problemas que atravesso...”. O internamento resultou numa “necessidade de fuga”. Admite “preciso de ajuda” e “por isso estou aqui”. Dificuldade em aceitar os problemas actuais (familiares e pessoais). Por vezes tenta direccionar o discurso para o entrevistador, desviando o assunto central – tentativa de manipulação - quer ser ela a dirigir o discurso.

É com o seu actual companheiro que tem uma relação mais forte, descreve-o como um homem calmo e ponderado. Refere também que o mesmo é receptivo e compreensivo com a sua situação, e com a crítica que a mesma faz sua família.

Refere ter relações de referência, de proximidade com 2 amigas e com uma prima. Tem como hábitos permanecer em casa durante grandes períodos.

Perspectiva da enfermeira

História pessoal

Doente com diagnóstico de depressão e anorexia nervosa. Acompanhada na psiquiatria desde 2009, por sintomatologia depressiva. Antecedentes pessoais: hipotensão, suspeita de Doença de Chron, refere ter uma dieta específica e irmã gémea com quadro de anorexia (este facto não revelou quando entrevistada).

Encontra-se actualmente desempregada, completou a licenciatura em Engenharia Química e estava a terminar o mestrado. Tem uma irmã gémea também ela com anorexia. Os pais não são de Lisboa, são do Norte. Refere que a sua infância e adolescência foram “agradáveis”, teve relacionamentos próximos com os seus amigos, e com as suas primas.

Teve namorados na adolescência, acompanhados de alguns desgostos amorosos, mas que superou sem dificuldade segundo a mesma.

Solteira, actualmente com namorado desde há 2 anos.

Associa os seus problemas de saúde a problemas familiares. Não quer fazer referência aos pais, nem fez referência à irmã. Somente verbalizou ter na mãe um apoio exterior “... a minha mãe

vai-me ajudando, e ainda assim é com quem posso contar mais o meu namorado”. Ao longo da entrevista acabou por verbalizar que vivenciava “história de violência familiar” e pediu para este aspecto não ser aprofundado. Denota-se no seu discurso preocupação face ao seu desemprego, mas esperança no futuro “...quero acabar a minha tese...quem sabe depois...”

O internamento parece ser encarado como um período de repouso “repensar a minha vida”; “foi uma fuga para mim”.

Quando questionada acerca da sua alimentação, apenas faz referência às restrições que tem que cumprir pela sua saúde, não interpreta a sua magreza excessiva como um problema “sempre fui assim... agora mais porque sou muito nervosa e esta situação que atravesso não me ajuda...”

Refere “gosto de viver sozinha... já não dava em casa dos meus pais...só me fazia mal...” verbalizou ainda: “não me acho bonita...não me sinto bem...mas às vezes sinto-me sem forças...”.

4. O INTERNAMENTO

A sua postura ao longo do internamento foi mudando. Inicialmente mais retraída, gradualmente mais comunicativa, com humor eufónico, juízo crítico parcial. Vê o internamento como algo positivo “...aqui posso recuperar forças...”. Apresenta melhoria do seu aspecto físico (aumento de 4 quilos deste o 1 dia de internamento).

Tem actualmente autorização para almoçar com a família ao fim de semana (mãe – cuidador de referência, estrutura de apoio, bem como o namorado). Gosta de se arranjar para receber as visitas.

Convive com os doentes de idade próxima e que também se aproximaram dela.

Foram identificados como primeiras necessidades/problemas aquando do internamento a vigilância da sua alimentação, ansiedade e humor deprimido.

Terapêutica Instituída:

Dextrose 5% em SF 1000cc dia; ácido fólico 1 comprimido; centrum 1 comprimido; pesagem diária; Dieta especial (rica em proteínas e vitaminas); fortimel 1 a 2 dia; protifer 1 x dia.

5. EXAME DO ESTADO MENTAL

Percepção:

Não foram apuradas alterações na percepção.

Pensamento:

Não foram observadas alterações da forma ou conteúdo de pensamento.

 Insight:

Demonstra conhecimento da situação actual.

 Juízo Crítico:

Apresenta juízo crítico parcial sobre acontecimentos pessoais.

 Humor e Emoções:

Humor deprimido inicialmente, posteriormente eufímico, afectos restringidos.

 Aspecto e Comportamento:

Aparência física cuidada, mas emagrecida, com astenia moderada, idade aparente não coincidente com a real (parece ter mais idade). Comportamento adequado, no entanto procura a dada altura da entrevista ser ela a direccionar as questões.

 Atitude:

Colaborante.

 Atenção:

Facilmente captável.

 Vestuário e Higiene:

Higiene cuidada, vestuário apropriado a estação do ano.

 Discurso e Linguagem:

Sem perturbação do discurso verbal, da fala ou do contacto.

Discurso coerente e lógico.

 Orientação e Cognição:

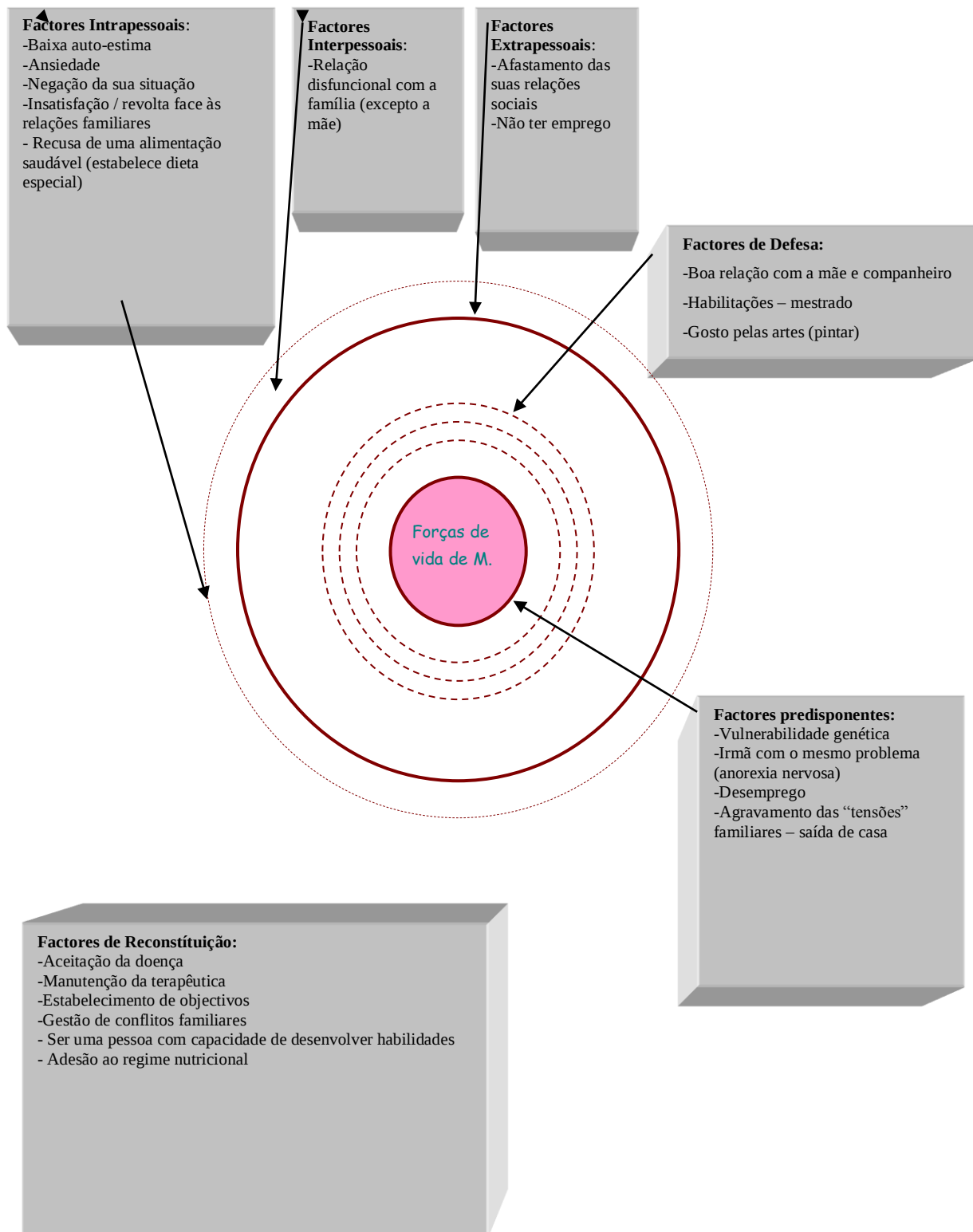
Orientada no tempo, espaço, auto e alopsíquicamente.

 Consciência: Vigíl.

 Memória:

Não foram observadas alterações na memória

6. SEGUNDO O MODELO DE BETTY NEUMAN



7. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Alteração do padrão alimentar relacionado com doença, e manifestado por: estabelecimento de dieta especial, rituais durante a alimentação, perda de peso, desinteresse na comida	Aderir ao regime alimentar Demonstrar compreensão dos benefícios para a sua saúde Redução de medos, valorização pessoal Aprender a gerir sentimentos e emoções	Estabelecer o aumento de peso - acordo para peso saudável Monitorizar o padrão alimentar e peso Acompanhar a hora das refeições descentrando a valorização da ingestão dos alimentos e estimulando a socialização das mesmas Reforçar positivamente o desempenho e adesão demonstradas Providenciar dieta adequada e personalizada (boa qualidade e apresentação de forma que a pessoa manifeste algum prazer) Avaliar e registar a quantidade e tolerância da dieta fornecida Observar e registar as reacções da pessoa à dieta fornecida Motivar e encorajar o cumprimento do plano alimentar instituído Educar sobre um plano alimentar saudável, refeições socializadas Avaliar os sinais de ansiedade Planear com a doente dieta Usar técnicas de relaxamento	Utente apresentou aumento de 2kg. Demonstra compreensão relativamente à importância da alimentação e a sua saúde, no entanto restringe alguns alimentos, e tende a culpabilizar outros “estou assim porque em casa não me ajudam...” Recorre aos profissionais de saúde. Apresenta maior valorização pessoal “quero fazer mais, quero acabar o meu curso, sei que sou capaz.”

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Desesperança , relacionada com	Autocontrolo da depressão (acções	-Assistência na automodificação	Apresenta receio no futuro, mas

sentimentos de desvalorização e <u>manifestada</u> pelo seu fâcies e humor deprimido	para pessoais minimizar a melancolia e manter o interesse pelos eventos da vida)	-Controle do humor -Promoção da capacidade de resiliência -Promoção de esperança -Suporte emocional -Presença -Terapia recreacional -Aumento da socialização	estabelece metas a atingir “não sei se serei capaz mas quero tentar quero muito ter o meu curso e ser independente”. Humor eutímico.
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Baixa auto-estima situacional, <u>relacionada com</u> sentimento de fracasso, e <u>manifestada</u> por frustração, humor deprimido, relações interpessoais (familiares) insatisfatórias.	<u>Adaptação psicossocial:</u> mudança de vida (resposta da adaptação psicossocial de um indivíduo a uma mudança de vida importante) <u>Melhora da autoestima;</u> - Que a utente seja capaz de: -Verbalizar aspectos positivos sobre si próprio e que seja capaz de aceitar as próprias limitações - Descrever a si próprio - Comunicar de forma assertiva com os outros - Expressar algum optimismo e esperança no futuro - Expressar aumento do nível de confiança em si mesmo	-Suporte emocional -Promoção do aumento da capacidade de resiliência -Ensinos, fornecer informação -Apoio á tomada de decisão -Escutar activamente -Controle do humor -Aumento da socialização	É capaz de identificar características positivas em si – através da pintura redescobriu uma actividade que lhe trás confiança e sensação de bem-estar. “A pintura é uma das minhas paixões, pode ser algo a dedicar-me, bem como o meu desejo de acabar o curso”; “sei que tenho capacidades”. Através das actividades realizadas expressa mais facilmente sentimentos e emoções vividas.

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Integração social prejudicada <u>Relacionado com:</u> Perturbação do humor; <u>Manifestado por:</u> Isolamento social.	- Que a utente seja capaz de encontrar actividades recreativas que a satisfaçam; - Que a utente apresente um fácies mais expressivo; - Que demonstre confiança de modo a expressar os seus sentimentos; - Que a utente manifeste desejo de relacionamento social.	- Estabelecer com a utente uma relação de confiança; - Mostrar interesse pela utente; - Encorajar a expressão de sentimentos; - Solicitar e ter expectativas de comunicação verbal; - Auxiliar a utente a aumentar a percepção dos pontos fortes e as limitações na comunicação com os outros; - Oferecer feedback sobre a melhoria dos cuidados com a aparência pessoal e outras actividades; - Oferecer reforço positivo; - Encorajar a um maior envolvimento nas relações já estabelecidas; - Encorajar a utente a frequentar espaços sociais, se apropriado; - Encorajar o envolvimento em interesses totalmente novos, se apropriado.	Humor eutímico, no entanto mantém fraco relacionamento social, mantendo longos períodos de isolamento no quarto, participa em actividades de cariz individual, recusando as de grupo. Expressa com maior facilidade a vivencia actual e os sentimentos inerentes.

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Coping ineficaz Relacionado com: Distúrbio no padrão de alimentação Manifestado por: Fadiga	- Identificar padrões eficazes de coping - Relato de diminuição dos níveis de stress e emprego de comportamentos para a sua	- Avaliação da adaptação do utente a mudanças. - Avaliação do impacto da situação de vida sobre papéis e relacionamentos - Avaliação da	Recorre ao profissional de saúde sempre que sente necessidade. Apresenta dificuldades em identificar

Mudança nos padrões habituais de comunicação (isolamento) Resolução de problemas inadequada Uso diminuído do suporte emocional Comportamento ritualista na hora da refeição	diminuição - Utilizar o apoio social disponível - Procura de ajuda profissional quando adequado - Relato de diminuição de sentimentos negativos	capacidade de decisão do utente - Utilização uma abordagem calma e segura. - Propiciação de uma atmosfera de aceitação - Encorajamento de uma atitude de esperança realista como uma forma de lidar com sentimentos de desamparo. - Encorajamento para avaliação do próprio comportamento - Encorajamento para a participação em actividades sociais - Confrontar os sentimentos ambivalentes do cliente (raiva, depressão) - Encorajamento da verbalização de sentimentos e emoções - Auxílio ao utente na identificação dos seus pontos fortes - Auxílio na identificação de estratégias positivas para lidar com as limitações e na administração de mudanças necessárias do modo de vida. - Sugestão da utilização de técnicas de relaxamento como Yoga ou outras.	comportamentos menos correctos relativamente à sua saúde, mas é capaz de expressar estratégias futuras para melhorar as suas estratégias de coping face aos obstáculos que possam surgir (refere-se a conflitos familiares, e dificuldades em terminar o seu curso).
---	--	--	---



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica
Unidade Curricular: OPÇÃO II – ESTÁGIO

Processo de Enfermagem: “Fátima”

Clinica Psiquiátrica de São José

Unidade II

“Por caminhos difíceis...”

RELATÓRIO ANALÍTICO DE UMA ENTREVISTA CLÍNICA

Definição de plano de cuidados



Enfermeiro Especialista Orientador: Enfermeira Ana Real

Docente Orientador: Professora Ana Melo

Discente: Andrea Pereira Bidarra

Lisboa, 2011

Índice:

1 – IDENTIFICAÇÃO

2 – MOTIVO DE INTERNAMENTO

3 – ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

3.1 – Preparação Prévia

3.2 - Definição de Papéis e Espaços (Contexto)

3.3 – Transcrição da entrevista (e apresentação de dados recolhidos)

3.4 – Análise da interacção

3.5 - Reflectindo sobre a interacção e o planejar de acções

4 – AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

5 – SEGUNDO A TEORIA DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

6– PLANO DE CUIDADOS

7 - ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES E RESULTADOS

1. IDENTIFICAÇÃO

O nome da doente é “Fátima”. Gosta de ser tratada pelo seu primeiro nome. É uma doente do sexo feminino, tem 41 anos de idade, nacionalidade portuguesa, raça caucasiana. É casada e tem 2 filhos. É supervisora de limpezas, tem o 9º ano de escolaridade. Encontra-se actualmente de atestado, na sequência deste internamento.

2. MOTIVO DE INTERNAMENTO

A Sra. Fátima, foi internada em regime de internamento voluntário, em Setembro de 2011, através da consulta. Foi internada na sequência de um Síndrome Depressivo (diagnóstico médico), por agravamento da sintomatologia depressiva, insónia, ideação suicida. Seguida há 10 anos em Psiquiatria, entretanto abandonou o regime terapêutico e as consultas.

3. ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Antes de realizar a entrevista consultei o processo para colher alguns dados, estabeleci previamente contacto com a doente, apresentando-me, dizendo a minha profissão e o meu estatuto de aluna da especialidade.

Realizei também pesquisa bibliográfica acerca da entrevista, qual o seu objectivo e como deve ser dirigida.

3.1 - Preparação Prévia

A preparação da entrevista iniciou-se com a minha preparação pessoal e também profissional. Procurava alguém para entrevistar e estabelecer um plano cuidados de acordo com os objectivos do projecto de estágio a que me proponho desenvolver.

Cruzei-me com o Senhor António e porque tinha como diagnóstico perturbação bipolar, era o seu 1º internamento, achei que seria a pessoa com a doença certa para entrevistar... Entretanto, *encontrei-me* com a Dona Fátima e senti que era ela a pessoa certa... escolhi-a é certo, mas até que ponto não me escolheu também ela...a sua mão estendida, o seu olhar encovado e pintado de negro, o seu corpo esquecido no silêncio... Só depois de pensar sobre ela e sobre mim, de escutar as

palavras de colegas que teimavam em repetir “já nem vale a pena falar com ela...agora só quer chorar...”, pude realizar um “guião”. Não um guião estanque, um guião que me permitisse saber o porquê, que me permitisse conhecer...que me permitisse chegar perto dela e perguntar não pela dor, não pela terapêutica, não pela noite ou pelo dia...mas por ela...pela sua situação, pelos seus sentimentos, pelos seus medos, pelo seu sofrimento, pelas pessoas e coisas importantes da sua vida. Optei pela entrevista semi-estruturada, na possibilidade de dar liberdade à pessoa para falar abertamente, com as palavras que desejou e pela ordem que mais lhe conveyed, não deixando de considerar os objectivos da entrevista. Optei por ter sempre presente em mente as questões definidas por Betty Neuman como guia orientador.

Numa fase inicial procurei pegar na folha de colheita de dados – existente no serviço e começar por aí a minha abordagem, mas logo percebi que seria insuficiente. Por outro lado, resolvi que o guião definido para esta entrevista deveria ser constituído por três partes fundamentais. A primeira diz respeito à legitimação da entrevista, caracterizando a pessoa; na segunda parte foi realizada uma questão global onde foi pedida à Dona Fátima que me falasse sobre si, nomeadamente sobre a forma como está a viver esta situação de doença; na terceira fase, de balanço, foram realizadas várias questões de acordo com o descrito, para que a entrevistada compreendesse as razões das suas escolhas e de certa forma para que tomasse consciência do processo que está a viver e se possível definisse estratégias futuras. E de facto esta revelou-se ser uma forma adequada de entrevistar a Dona Fátima, uma mulher de quarenta e um anos que se descreve como uma pessoa que percorreu *caminhos muito difíceis*. Previamente recolhi dados pessoais e também relacionados com os antecedentes pessoais, que se viriam a mostrar muito úteis na avaliação diagnóstica.

Considero ter tido em conta directrizes éticas, tendo pedido, dias antes, autorização para a realização da entrevista à doente. Foi descrito o tipo de entrevista, âmbito, duração aproximada e objectivos, assegurando simultaneamente o anonimato, a confidencialidade, intimidade e segurança. Tudo o que foi descrito neste relatório corresponde na íntegra aos dados recolhidos.

3.2 - Definição de Papéis e Espaços (Contexto)

O facto de já ter estabelecido previamente uma relação com a Dona Fátima antes de realizar a entrevista foi benéfico, na empatia e compreensão que se estabeleceu. No entanto senti a necessidade de clarificar papéis. Fiz questão de voltar a informar sobre os objectivos da entrevista, tempo médio e aspectos paradigmáticos da mesma e de me (re) apresentar como aluna da especialidade de saúde mental e psiquiatria, a realizar uma entrevista de âmbito académico, mas ainda assim a mesma pessoa, disponível para a ouvir.

O posicionamento foi planeado com a doente, dando-lhe a liberdade de escolher o local e a distribuição dos intervenientes. A entrevista decorreu na sala de estar. Apesar de ser partilhado com outros doentes, foi mantida o respeito, o silêncio e a intimidade da pessoa e do momento. A Dona

Fátima decidiu ficar sentada no sofá, eu sentada do seu lado direito. Como referido anteriormente a doente foi informada sobre o facto desta entrevista surgir num âmbito académico mas ainda assim, se o desejasse, as informações partilhadas mais relevantes poderiam ser transmitidas aos enfermeiros do serviço, com vista a uma melhor intervenção, a doente concordou.

Durante a entrevista optei por não registar tudo aquilo que foi partilhado, sendo que o fiz após o término. Fi-lo por considerar que poderia interferir de alguma forma com o processo de comunicação.

A confidencialidade das informações recolhidas e a garantia de que o seu nome não iria ser referido neste relatório foram aspectos reforçados.

3.3 – Transcrição da entrevista

Segue-se a transcrição da entrevista / interacção e análise imediata do que foi percebido, sentido, pensado e intervenções segundo o modelo definido por CHALIFOUR (2008).

Enfermeira (Eu) – *Bom dia Sr.^a Fátima.* (Procurei apresentar-me e criar um ambiente de confiança e bem-estar)

Sr.^a Fátima – *Bom dia Sr.^a Enfermeira.* (olhar triste, percebi que tinha estado a chorar à relativamente pouco tempo, senti-a frágil, senti receio de não saber como ajudá-la, percebi de mim que queria conseguir um sorriso da utente, e se não o conseguisse ficaria eu triste? Sentir-me-ia impotente? Talvez sim...esta parece ser uma necessidade minha, querer ver o outro sempre bem... mas afinal estava ali para a ajudar e ia dar o melhor de mim na relação por forma a ajudá-la.)

Enfermeira (Eu) – *Sente-se confortável assim?*

Sr.^a Fátima - *Sim, estou bem...* (penso que está nervosa no início da sessão, sinto que está apreensiva, mas simultaneamente com um turbilhão de emoções e sentimentos que fervilham e querem sair... procuro iniciar o diálogo marcando o início do mesmo e mostrando que estou disponível para estar ali com ela e escutá-la. Tento potenciar um ambiente acolhedor. Sentia-me motivada e expectante com o decurso da entrevista.)

Enfermeira (Eu) – *A Sr.^a Fátima já me tinha dito que gostaria de falar um pouco comigo, relativamente à sua experiência, à sua doença, ao que está a viver e a sentir agora. Já sabe que estarei aqui para a ajudar no que puder, sobretudo no que puder fazer para que se ajude a si mesma. Sabe que temos o nosso tempo limitado, mas estarei cá hoje e outros dias, sempre que for necessário.*

Sr.^a Fátima – *Muito obrigada.*

Sr.^a Fátima – *Às vezes precisamos de falar, mas os colegas nem sempre estão disponíveis, outras vezes são as palavras que custam a sair, e depois nem sempre entendem... mas apesar de tudo sinto-me bem tratada aqui e todos são fantásticos. Já falámos algumas vezes e a Senhora Enfermeira Andrea conseguiu perceber aquilo que me perturba... (senti-me satisfeita por de alguma forma ter chegado até ela, no entanto será que eu compreendi mesmo? Será que identifiquei ou seria capaz de identificar as principais necessidades e dificuldades da utente? Senti-me invadida pela insegurança.)*

Enfermeira (Eu) – *Estou aqui para poder ajudá-la no que for possível. (pausa – senti necessidade de criar um momento de silêncio, para me ajudar a mim e também dar tempo ao outro possibilitando um momento de reflexão)*

Sr.^a Fátima – *Estou aqui, porque sei que preciso de ajuda, mas tem sido muito difícil. É o meu marido lá fora com meus filhos sozinho a suportar tudo... sozinho... O meu filho mais novo já sabe é muito complicado, tem a doença bipolar, pelo menos é o que se aponta, desde os 10 que é seguido em psiquiatria e agora com 14 tem tido crises... (choro) já me chegou a apontar uma faca enquanto eu dormia... (choro)... mas ele é também tão meigo... Tenho sofrido muito muito... (olha para mim como que a pedir-me compreensão, mantém o choro, postura física indicia ansiedade e nervosismo, pega num cigarro... penso que está a identificar as dificuldades e os medos que sente no momento, sinto uma profunda tristeza).*

Enfermeira (Eu) – *Sinto que está muito triste, sente-se também perdida quanto à situação do seu filho. (procuro encontrar o sentimento predominante, com, o objectivo de ajuda-la na expressão dos seus sentimentos, pensei nas perdas que esta mãe vivência, na vulnerabilidade que isso representa para o ser humano, pensei na minha mãe, pensei no meu tio (doente com esquizofrenia) pensei nas dificuldades, nas perdas, no sofrimento que esta vivência implica.)*

Sr.^a – Filomena – *Sim. (olha para mim e de seguida baixa novamente o olhar, chora) Ele é seguido, mas não como vai ser, deixa lá chegar aos 18 anos pode ser que as coisas estabilizem... tudo isto mexe comigo, tenho medo do futuro...*

Enfermeira (Eu) – *São normais os seus receios, não é uma situação fácil, compreendo o que me está a dizer... (procuro dar-lhe algum conforto e segurança, e demonstrar compreensão) Neste momento o seu filho é acompanhado e isso é muito importante, o seu apoio como mãe é fundamental e já percebi que essa é uma preocupação sua. Neste momento deve procurar*

restabelecer-se - para que também estando bem o possa ajudar. Falou- me também no seu outro filho ...

Sr.^a Fátima – *Sim, também está connosco, é mais velho. Ele está bem, é um amor também, trabalha e ajuda muito, mas por exemplo não é tão demonstrativo como o outro, o outro dá-me beijinhos e abraços, este já é mais tímido. (Sorri) Tem razão tenho de estar bem para poder ajudar... mas às vezes vou-me assim abaixo... (baixa o olhar)*

Enfermeira (Eu) – *Esboçou agora um sorriso... (senti um sentimento de felicidade naquele sorriso tão espontâneo e tão cheio de amor, procurei devolver-lhe este aspecto com o objectivo de que o outro se focalize em algo benéfico e positivo na sua vida).*

Sr.^a Fátima – *Sim os meus filhos e o meu marido são tudo para mim ... (sorri, senti uma enorme alegria nas suas palavras) O meu marido é Deus... Ele dá-me carinho, compreende-me, apoia-me, faz tudo... E eu aqui sem o ajudar... (chora) (gesticula com as duas mãos juntas – sinto algum nervosismo; Pausa (baixa de novo o olhar e diminui o tom de voz, sinto que a tristeza de novo a invadiu, procurei respeitar o silêncio que se impôs, para depois retomar o diálogo).*

Enfermeira (Eu) – *Compreendo o que me está a dizer. Mas como já disse tem de ficar bem para poder ajudar. E tem aí um grande apoio... (procurei demonstrar que estava aqui, presente e que compreendia os sentimentos que descrevia, procurei devolver-lhe alguns aspectos positivos que me foi referindo)*

Sr.^a Fátima – *Sim se não fosse o apoio do meu marido, já cá não estava... e a minha mãe também me ajuda muito. (fixou mais o olhar em mim, procurava algum conforto sinto-a menos tensa / apreensiva)*

Enfermeira (Eu) – *Sim a sua mãe e o seu marido vêem todos os dias vê-la...*

Sr.^a Fátima – *Sim, sempre presentes. Mas o meu pai... ele é que me faz falta... como já lhe tinha dito, ele era tudo para mim, desde que ele faleceu eu nunca mais fui a mesma, foi um ano inteiro no IPO, a cara dele toda transfigurada... quero trazê-lo sempre comigo, a foto que tenho ali dele é com ele doente. (choro) O meu filho também ficou assim desde a morte do avô... (choro)*

Enfermeira (Eu) – *(Senti tristeza, sofrimento... Percebo da utente uma dor profunda face à ausência do pai, sentimento de alguma culpabilidade, incapacidade de recordar o pai “saúdável”, associa a sua morte à doença do filho. Pensei de imediato nos doentes do IPO, naqueles com quem eu*

convivo diariamente, no sofrimento que os invade, no sofrimento que partilho com eles, no meu sentimento de impotência quando me é difícil aliviar-lhes tal dor, relembro o meu avô que não conheci mas que sempre esteve presente na minha vida por meio das descrições da minha mãe e da minha avó, também faleceu com cancro da laringe.)

Sinto muita tristeza...

Sr.^a Fátima – *Sim, não sei como lidar com ela...*

(Pausa)

Eu quero recuperar, mas sinto-me tão triste, com um vazio tão grande... e uma revolta às vezes...

Enfermeira (Eu) – *Compreendo o que me diz. Não é fácil... é um caminho a percorrer, estamos aqui para a ajudar... é bom ser capaz de me falar dessa tristeza, dessa zanga que sente... E as coisas boas que a fazem lembrar do seu pai? (senti necessidade de lhe reavivar aquilo que de bom viviu com o pai, e que também sempre estará com ela)*

Sr.^a Fátima – *O que ainda me afecta é a morte do meu pai, tenho dificuldade em aceitá-la, ainda por cima depois de tanto sofrimento... e ele faz-me tanta falta... ele era muito risota, brincava imenso comigo e com os meus filhos, tinha uma energia fantástica... custou-me muito quando deixou de falar, e nós sem o compreendermos... é tão difícil... depois na mesma altura a minha sogra também faleceu lá no IPO, era de um piso para o outro... (senti felicidade e amor na descrição da relação com o pai, senti de novo tristeza no final do discurso)*

Enfermeira (Eu) – *Compreendo aquilo que me está a dizer. Esses sentimentos e vivências que me falou fazem parte de si, mas tente agora também recuperar na sua memória os bons momentos, o seu pai estará sempre presente no seu coração, como me disse, também já me referiu que acredita que ele a acompanha, então pense em si, precisa de algum tempo para si, para recuperar. O internamento ajudará nesse sentido. (senti que tinha de voltar a reforçar a ideia de que “estou aqui”, “entendo-a”, e que esta momento que atravessa implica um turbilhão de sentimentos, que tem “direito” a expressá-los e a vive-los)*

Sr.^a Fátima – *Sim, tem razão tenho coisas tão boas para recordar. Espero que sim que o internamento que ajude... o trabalho lá fora não está fácil, muitos conflitos no trabalho, por causa de dinheiros e assim, preciso mesmo de forças... (A Sr.^a Fátima trabalha como supervisora numa empresa de limpezas).*

Enfermeira (Eu) – *Como se tem sentido com o internamento?*

Sr.^a Fátima – *Melhor, agora já durmo, embora ande demasiado sonolenta durante o dia... isso preocupa-me... mas ainda choro muito, o que vale é que passa depressa...* (Procurei tranquilizá-la quanto aos efeitos dos medicamentos e que iríamos estar atentos a possíveis efeitos secundários).

Enfermeira (Eu) – Procurei recuperar o tema central. *Então retomando o que estamos anteriormente a falar, Sr.^a Fátima, falou-me de vários problemas que a invadem neste momento, qual é para si o seu principal problema?*

Sr.^a Fátima – *É conseguir estar bem, para poder ajudar o meu filho...*

Enfermeira (Eu) - *O que é que acha que poderia fazer para ajudar?*

Sr.^a Fátima – *Neste momento é estar aqui para recuperar... talvez ser capaz de exteriorizar o que sinto me ajude... isto do meu pai, preciso muito de deitar cá para fora... vou talvez substituir a foto por uma em que o meu pai está bom... o que acha? Também gostava de demonstrar mais à minha mãe ao meu marido o quanto são importantes para mim...*

Enfermeira (Eu) – *Tem de ser importante para si, se acha que esse é um passo importante, deve fazê-lo. Falou-me em desmontar mais a quem gosta...* (percebo que procura uma ajuda face ao problema apresentado – senti que estava confusa, sem saber como actuar – procurei em conjunto ajuda-la a reflectir sobre a possibilidade de encontrar estratégias que facilitem a transição desta etapa).

Sr.^a Fátima – *Sim, na terapia ocupacional estamos a fazer um pintura, acho que vou dedica-la e oferece-la à minha mãe...*

Enfermeira (Eu) - *Hum, hum (acenei com a cabeça – validar)* (senti que havia vontade em desenvolver esforços para a mudança).

Sr.^a Fátima – *Acha que me consegue ajudar?*

Enfermeira (Eu) – *Estarei aqui para a ajudar a ajudar-se. O internamento vai permitir-lhe reflectir sobre as dificuldades que me falou, e encontrar algumas estratégias para as ultrapassar. Já me referiu um dos seus principais objectivos a atingir.*

Sr.^a Fátima – *Sim. Fez-me bem falar consigo, deitar cá para fora, e pensar nestas coisas. Podemos voltar a falar?*

Enfermeira (Eu) – *Sim, sempre que precisar, procurarei estar disponível.*

Enfermeira (Eu) – *Então vai iniciar essa estratégia, e eu estarei aqui quando precisar, quando sentir necessidade.* (reforçar o entendimento e compreensão pelo outro, bem como a importância de dizer “estou aqui”)

Sr.^a Fátima – *Obrigada Sr.^a Enfermeira. Fez-me bem falar sobre tudo isto.* (senti satisfação por parte do outro)

Enfermeira (Eu) - *O importante é que consiga ajudar-se a si mesma. Se houve algo de positivo na nossa conversa, é isso que deve levar consigo e definir estratégias que possa então desenvolver.* (procurei manter um ambiente de confiança, conforto e empatia (senti que foi criado) terminando o diálogo com o realçar e o balanço dos aspectos que foram positivos na sessão e que poderão ter ajudado o outro a ajudar-se – minha intenção).

Perspectiva da doente

O que a doente sabe, pensa e sente...

Na sala de estar (dos fumadores) da Unidade (local escolhido pela utente), proporcionou-se um ambiente calmo, sem interferências procedeu-se ao início da entrevista.

A Sr.^a Fátima, demonstrou de imediato disponibilidade e colaboração.

Segundo a perspectiva da doente, este internamento veio na sequência de uma depressão que terá começado a evidenciar-se muito antes, nomeadamente aquando da morte do seu pai “*ele era tudo para mim... e depois foi um ano e tal num sofrimento atroz...*” Choro. Refere que a mesma foi agravada com facto do seu filho mais novo ter desenvolvido patologia psiquiátrica, segundo a doente após a morte do avó “*começou aos 6 anos a Professora notou logo... aos 10 foi mais forte, só falava no Avô e agora com 14... até já me chegou a apontar uma faca...*” choro “*deve ser bipolar... porque quando não tem crises ele é tão meiguinho e então para mim...*” “*o meu pai só me consigo lembrar dele doente... foi um tumor na garganta e maxilar... estava todo transfigurado!*” choro.

Refere que o internamento tem-lhe proporcionado repouso e “*sei que preciso voltar a tomar a medicação que deixei à uns anos, agora não a deixo mais! Preciso de me recuperar*” Apresenta sentimento de culpa por não ter agido antes: “*deixamos andar... agora estou aqui, e custa-me tanto o meu marido sozinho com os meus 2 filhos, se não fosse ele, ele é o meu apoio se não já cá não estava*”. Identifica ainda “lacunas” no internamento “*falta de tempo, disponibilidade, atenção...*”

Faz referência a tentativas de suicídio anteriormente. A família é o seu alicerce, constituem as suas redes de apoio.

Verbaliza a existência de problemas laborais que também colaboraram para o agravamento da sintomatologia *“não consigo controlá-los, há insatisfação, depois não querem trabalhar...”*.

Apresenta esperança - *“Sei que tenho força, e tenho que lutar”*.

Refere ter amigos e manter uma vida social activa.

Perspectiva da enfermeira

História pessoal

Doente com diagnóstico médico de depressão. Seguida em psiquiatria há 10 anos por quadro depressivo, este é o 1º internamento. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, alteração da função tiroideia.

Encontra-se actualmente a trabalhar numa empresa de limpezas, é supervisora. O descontentamento no trabalho, e sobrecarga /dificuldades no mesmo são para a doente factores que exacerbaram a sua sintomatologia *“já não aguentava mais aquilo...”*. A sua grande preocupação prende-se com o filho mais novo e a certeza de um diagnóstico *“...o médico diz que os 18 estabiliza... e poderá dizer melhor o que é... mas é muito complicado... não sei como ajudá-lo, nem o que fazer...”*. No entanto, o luto em relação à perda do pai ainda não foi totalmente elaborado – associa a doença do filho à morte do avô *“ele ficou em choque... nunca mais foi o mesmo”*, sente que perdeu o seu apoio *“ele era tudo para mim...nestes momentos lembro-me tanto dele...”*

É filha única. Tem na mãe e marido grandes estruturas de apoio. Refere ter tido uma infância e adolescência felizes. Considera-se uma pessoa feliz *“...tenho muita coisa boa na vida... só que a força às vezes falta...”*

Após a morte do pai foi acompanhada em psiquiatria tendo posteriormente abandonado o tratamento *“julgava não precisar mais...”*.

Doente com capacidade para exteriorizar as suas emoções e sentimentos. É capaz de os identificar e definir estratégias. Apresenta maioritariamente ao longo do discurso 2 sentimentos: alegria (associada à família – identifica este aspecto) e a tristeza (face às perdas do passado (morte do pai) e do presente (doença que vivencia e doença do filho). Principais problemas identificados: dificuldade em lidar com o filho doente – não aceitação – medo do futuro; luto complicado - morte do pai – dificuldade em se adaptar à nova realidade; e problemas laborais (secundários).

Actualmente doente com lentificação psico-motora, sonolência (actualmente agravada pela terapêutica instituída – foi revista), choro fácil – labilidade emocional, humor deprimido mas tendencialmente melhorado, discurso coerente e adequado, refere ansiedade face ao internamento expectativas face ao mesmo e em relação ao futuro, comunicativa interage com os outros, apresentação cuidada. Com voz arrastada e risco de queda.

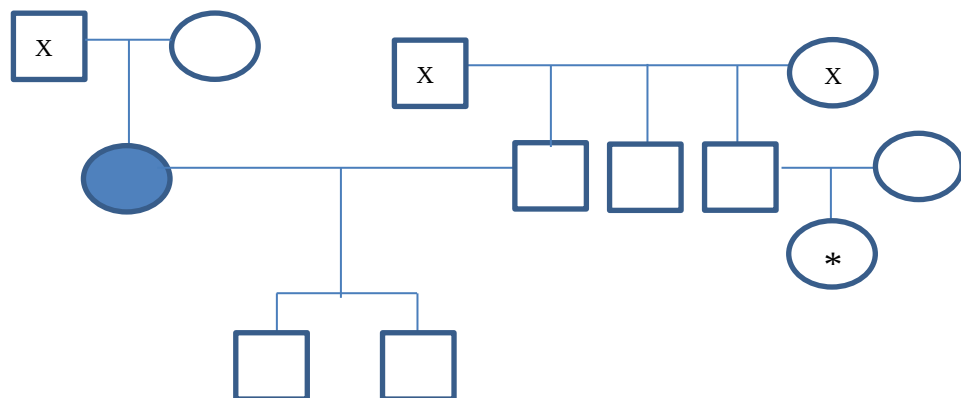
Terapêutica instituída:

Quetiapina 50; Venlafaxina 150; Lactulose 2 carteiras dia; Diazepam 5; Flurozapan 30; Norvasc; Nexium 40 mg; Olanzapina 10 mg; Eutirax 10.

História Familiar:

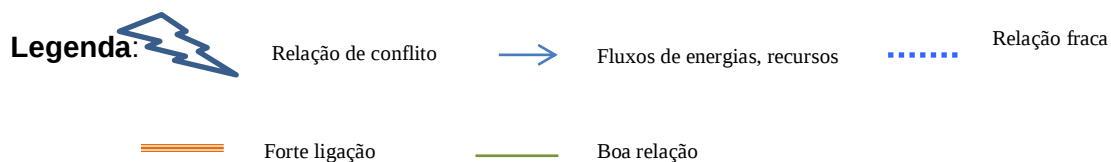
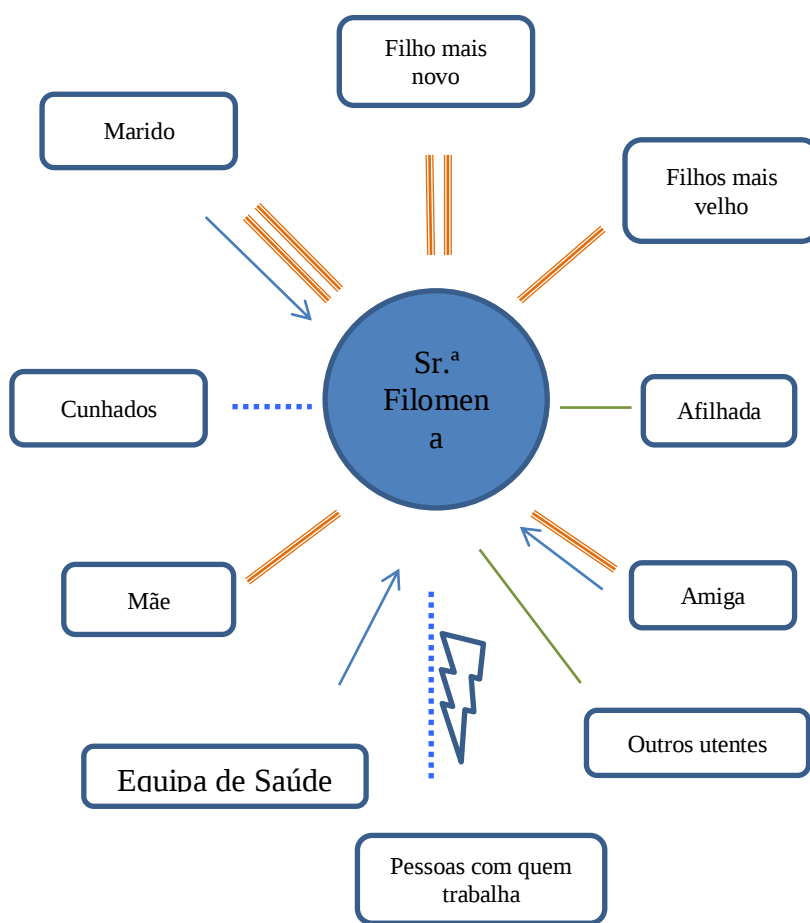
Pai faleceu há 10 anos, a mãe é viva. Família nuclear: mãe, 2 filhos de 14 e 26 anos, e marido com quem tem uma bom relacionamento – é a sua estrutura de apoio. Refere que tem amigos, uma amiga em especial (quem também a apoia na vida social). Tem 3 cunhados, sem relação de proximidade, não tem irmãos. Faz referência a afilhada de 2 anos, verbalizando “é a *minha menina*” sic.

Apresento de seguida o **genograma** da familiar:



Legenda: → Utente Identificada → Homem → Mulher
X Pessoa Falecida * - afilhada

Ecomapa: Podemos visualizar e identificar rapidamente o aumento e a diminuição da energia nas relações entre os membros da família, pessoas significativas e com o mundo exterior.



Apresenta relação de conflito com alguns elementos na sua actividade laboral, forte ligação aos filhos, em especial ao mais novo, e marido – o seu grande apoio e estrutura de suporte. Ligação forte com a mãe e especial com a afilhada, relação ténue com os cunhados. A mãe e o marido vêm visitá-la todos os dias, os filhos com regularidade. Refere ter uma amiga com quem pode contar na sua vida social. Vê na equipa de saúde e neste internamento uma ajuda para o restabelecimento do seu bem-estar. Apresenta bom relacionamento com os outros utentes. Assume papel de líder do grupo, gosta de ajudar os outros.

3.4 - Análise da Interação

Uma vez redigida a interação, é o momento de proceder à sua análise.

Começo por reflectir sobre os objectivos a entrevista, julgo que estes foram *a priori* definidos por mim e devidamente explicitados à utente. No entanto, senti que por alguns momentos a própria entrevista e o seu desenrolar nos podem também levar a entrar noutros caminhos, o que pode ser prejudicial, mas também potenciar novas descobertas. A “imposição” de objectivos ajuda a definir o caminho a seguir, mas pode ser também limitativa porque pode intimidar a exposição das vivências por parte de quem é entrevistado. Senti isso na fase inicial da entrevista, sendo que posteriormente este aspecto parece se ter esbatido. Reconheço a importância de mencionar objectivos e “regras” da entrevista (como a questão temporal) mas talvez tivesse modificado a forma de os expor, menos imposição e numa perspectiva mais informal, por forma a deixar o outro “à vontade”.

O local escolhido pela utente foi a sala de estar, visto ser o seu local de eleição dentro da Unidade. Procurei respeitar este aspecto. Sentei-me a seu lado, o que se traduziu num ambiente acolhedor. Percebo de mim algum nervosismo inicial, mas que rapidamente desapareceu, pelo facto de anteriormente já ter estabelecido diálogos com a Sr.^a Fátima, este facto facilitou o desenvolver da entrevista. A utente, apresenta-se com fáceis tristes, sinto-a apreensiva, talvez pelo facto de eu lhe ter referido o objectivo daquela entrevista e adoptar uma postura mais formal. Procurei ajustar-me à percepção que tive no momento, e descontraír. Senti gradualmente a utente menos tensa. Ao reflectir sobre este aspecto compreendo a importância da comunicação não-verbal. Nem sempre me dou conta da minha postura e de como esta pode estar ou não a afectar a relação. Procurei adoptar uma postura mais relaxada, ainda assim sinto que poderia ter investido mais neste aspecto.

Iniciei o diálogo tendo em mente o que lera sobre depressão (os aspectos teóricos) e os dados relativos à doente encontrados no seu processo. Mas imediatamente passei a focar-me apenas naquilo que a doente me estava a dizer, foi muito mais tentar compreender, perceber, aceitar, sentir, do que procurar encontrar as necessidades e os diagnósticos. Compreendo este aspecto como algo positivo, que acabei por fazer-lo quase de forma inconsciente, mas que me permitiu estar muito mais em relação com o outro. Houve momentos em que estabeleci uma espécie de “diálogo interno”. O meu pensamento por vezes fugia (por curtos momentos) para o reviver de situações que de uma forma ou de outra me marcaram. É como se se tratasse de uma transposição de uma vivência. Procuro explicar esta situação pela semelhança de vivências entre aquilo que era relatado pela doente e aquilo que fora vivido por mim. Senti que estes pensamentos poderiam estar a interferir na minha percepção e atenção ao outro. Procurei estar mais atenta apenas à vivência descrita pela utente. Foi difícil, exige treino. No entanto, percebo hoje que em alguns momentos esses pensamentos (por curtos períodos de tempo) me foram úteis, ajudaram-me a compreender o que o outro estava a sentir e simultaneamente a estar mais atenta ao meu próprio sentir, sendo capaz de lhe devolver isso. O que sentia estava claramente em relação com o meu pensamento, e em linha com aquilo que a utente me comunicava. Estava receptiva ao meu sentir, no entanto percebo que deveria ter explorado mais alguns sentimentos apresentados tal como a tristeza e o sofrimento. Talvez se prenda com alguma dificuldade que tenho em lidar com eles – e agora? Como agir? O que

fazer? Estas foram questões que me dominaram nos momentos iniciais da entrevista, que se foram esbatendo à medida que a interacção ia ganhando forma, no entanto sempre presentes.

Identifiquei como sentimentos e emoções mais marcantes ao longo da interacção: o medo, medo de não saber o que fazer, como agir, o que responder, medo da reacção da utente, talvez da sua rejeição face à minha intervenção, medo que esconde a minha necessidade de quer fazer sempre o melhor e obter os melhores resultados. A motivação, esteve sempre presente, ânsia de descobrir algo de novo, de compreender, de poder efectivamente ajudar o outro. Senti satisfação, quando a utente reconhece a minha intervenção como importante para si, mas também quando ela é capaz de identificar dificuldades face à acção que desenvolvi, interiormente sinto satisfação. Se o outro não reconhecesse o meu papel, a minha intervenção, certamente me sentiria insegura. E ainda assim (apesar da validação) me questiono: *terei agido correctamente? O que posso fazer mais?* Mais uma vez, julgo que estas questões me surgem muito associadas à minha necessidade e desejo de fazer sempre mais e melhor. Senti tristeza, e sofrimento quando o tema se referiu à perda e a morte. Recordei os doentes oncológicos que todos os dias cuido, recordei a dor que os avassala diariamente, como algo íntimo, intransmissível, que de alguma forma me relembra as limitações na minha acção, o não ser possível dar-lhes mais para lhes aliviar o sofrimento – senti impotência, como algo inacessível. Percebo a minha dificuldade em aceitar esses limites e essa inacessibilidade, daí também algum “constrangimento” sentido quando o silêncio se impõe. *Mas o que faço agora? O que digo?* Com o fluir da relação, percebi que estes momentos ajudam a dizer sem palavras, *“compreendo, sei que é difícil, sinto, estou aqui... ainda que não tenha fórmulas mágicas”*. Senti alegria, quando a utente fala em família, também aqui o meu pensamento me fez recordar a minha e reavivar o quanto esta é importante para mim. Este facto ajudou a compreender a preocupação que a utente demonstrava em relação ao filho e à sua doença.

Foi importante dar-me conta de mim, e do que senti. Percepciono dois sentimentos presentes fortemente no discurso da utente - a tristeza (pela perda – pai e doença do filho) e alegria (identifica aspectos positivos, a família é o seu alicerce. Parecem dois sentimentos antagónicos mas que se relacionam nesta vivência.

A minha principal motivação era ajudar a utente a identificar o seu principal problema naquele momento e se possível definir estratégias de acção. Procurei partilhar esta intenção com a utente. Assim, para poder ajudá-la, o percurso da entrevista é altamente específico para responder a duas perguntas básicas: Que tipo de ajuda esta pessoa precisa? Como poderia a enfermagem atender a essa necessidade?

As minhas intervenções focaram-se na capacidade da utente exteriorizar a sua vivência – sentimentos e emoções, para que através dos mesmos os problemas ficassem mais explícitos fossem identificados e fosse possível pensar sobre eles.

Percebi a quão é importante que o enfermeiro aprenda a comunicar-se de um modo tal que a sua conversa torne-se parte do ambiente terapêutico pleno. Requer subjectividade que é dada pela

mensagem do outro, mas cabe ao profissional de saúde transformá-la em objectividade por forma a identificar os problemas pertinentes para uma determinada pessoa, num determinado contexto. Desta forma poder-se-á compreender como é que a pessoa percebe o seu momento de doença, o que é ela precisa, que problemas estão inerentes, que ajuda precisa, o que quer, quem é a pessoa que está à nossa frente. Assim desenvolver-se-á uma melhor compreensão do outro, de forma holista, em que a atenção, a observação deve ser focada na pessoa e não na doença, e de como este percebe e lida com as suas dificuldades.

Procurei explorar a questão das perdas, a morte do pai e a dificuldade em lidar com o filho e aceitar a sua doença. Julgo que os problemas laborais também deverão ser explorados num outro momento.

A postura da utente torna-se menos retraída e menos apreensiva, ao longo da entrevista. A sua validação verbal relativamente à intervenção desenvolvida confirmam de alguma forma que a acção em pelo menos algum momento foi pertinente para a utente.

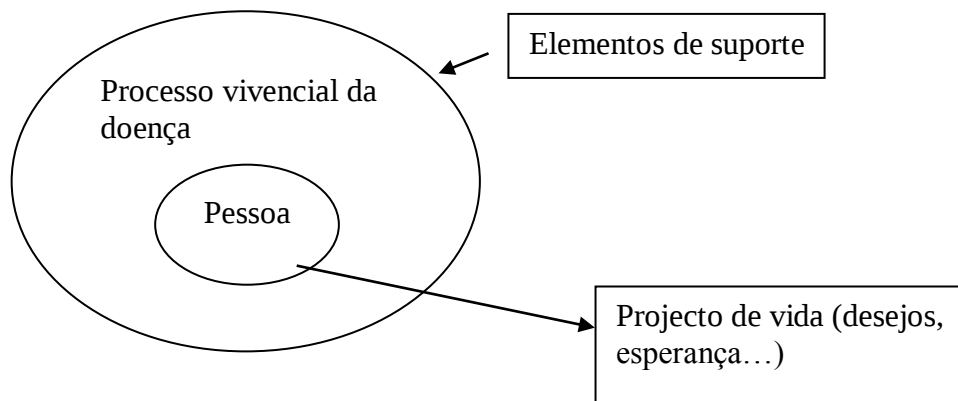
Esta interacção e a análise da mesma permitiram-me não só compreender a vivência desta pessoa, as suas dificuldades e necessidades por forma a traçar um plano individualizado de cuidados, mas foi também e sobretudo um elemento importante que veio fomentar o meu auto-conhecimento através da reflexão e percepção do sentido, do vivido e da acção desenvolvida.

Procurei ter presente os 3 momentos chave que faseiam o processo de entrevista, como guia orientador da mesma – o início, o desenvolvimento, e o fechar da interacção. Numa fase inicial, e como já referido procurei delinear as “regras” da entrevista, objectivos, tempo de duração; no desenvolvimento da mesma procurei focar-me e focar a doente naquele que seria o seu problema principal neste momento e como se poderia intervir. A entrevista não terminou sem antes se estabelecer um diálogo de compromisso, ajuda, responsabilização, partilha, autenticidade, assertividade e empatia no em “equipa” – a doente e eu, definimos um conjunto de objectivos e acções que podemos conjuntamente desenvolver para a melhoria da qualidade de vida da doente. Há portanto ensinamentos e aprendizagens mútuas.

3.5 - Reflectindo sobre a interacção e o planeamento de acções

O planeamento de cuidados que se seguiu implicou a próprio doente neste processo – só assim faz sentido. A entrevista, ajudou a delimitar ou identificar as preocupações centrais do indivíduo para o ajudar e ajudar-se a si próprio – como que uma *entrevista de ajuda*. A recuperação acontecerá muito mais rapidamente se a pessoa desempenhar um papel activo no processo de decisão, que deve ser feito não *para* mas sim *com*. Muitas das intervenções a desenvolver implicam ensino, como por exemplo aumentar o nível da autonomia com as limitações presentes. Procurou-se compreender o que é que se pretende atingir? E realisticamente trabalhar este aspecto com o doente. Extremamente importante, foi o realçar dos aspectos positivos da sua vida – como recuperar

um papel de mãe e filha tão importantes para a doente. Parece igualmente importante trabalhar o conceito de sofrimento, mais do que físico, era social, espiritual e familiar – três dimensões esquecidas. Desmistificar as inseguranças e medos foi igualmente importante (trabalho a continuar).



Transmitir “estou aqui” “para si” “para a ajudar”, parece tão simples, mas com frequência nos esquecemos de o fazer, às vezes basta um pequeno gesto e já é um grande passo para a mudança. Foi importante dizer à doente aquilo que ela me disse na entrevista, para que ela própria tomasse percepção dos seus problemas, e do processo que está a vivenciar.

A pessoa fechada neste círculo, prisioneira num circuito infernal, que ela mesma cria, encontra-se numa situação de vulnerabilidade acrescida face às sensações de impotência originadas, o que lhe compromete a capacidade de liderar a sua própria vida.

Como consequência desta vivência cíclica, que ocupa todo o espaço central da vida da pessoa, os projectos são naturalmente afastados para o plano distante do sonho ou do inalcançável, existindo assim uma espécie de abismo vivencial entre a pessoa com desejos e a possibilidade de concretização dos mesmos.

A necessidade de ajuda advém da vontade essencial de transpor o abismo, o que lhes permite romper com o vazio e com o nada, que resulta do processo destrutivo que é viver em permanente sofrimento.

A *passividade* como característica das pessoas com esta doença, torna-se num monstro, estimulada pela estigmatização que o próprio e os outros desenvolvem face a esta realidade.

O enfermeiro surge então como um elemento de suporte ao seu processo vivencial. Actua aos vários níveis, quer como promotor da capacidade de resolução de problemas, como ponto de referência nas interações sociais, bem como um “amigo” que estimula o desenvolvimento da capacidade de auto protecção, que resulta num aumento da auto-estima e diminuição do sofrimento.

Ao analisar a história de vida da Dona Fátima, constatei que a influência de vários agentes esteve presentes ao longo de todo o seu ciclo de vida. Mas, se por um lado muitos agentes de *stress* são considerados universais, outros só adquirem importância, no contexto e nas vivências da pessoa em questão, e como tal só poderão ser analisados de acordo com o contexto da própria pessoa. A resposta a um agente de *stress* também varia de pessoa para pessoa, de acordo com a eficácia das linhas de defesa e a forma como esta ocorreu no sistema, desta forma o olhar pelo sofrimento da Dona Fátima só faz sentido na sua própria dimensão e na sua singularidade como ser humano único e irreproduzível.

A doente, viveu momentos marcantes na sua vida que lhe trouxeram muito sofrimento e que jamais ela os poderá esquecer. Viveu sem dúvida um ciclo encadeado de emoções com as quais teve dificuldade em lidar. Dois momentos marcantes, compreenderam a morte do pai e o aparecimento da doença (da sua e do seu filho mais novo).

Apoiando-me na Teoria Geral dos Sistemas de Neuman percebo que o Homem é tido em conta nas suas várias dimensões (psicofisiológicas, individuais, sociais e culturais da existência humana) e que deve ser considerado num todo individual. O Homem é assim considerado um sistema aberto, sendo este um conjunto em partes integrantes em interacção, funcionando estas como um todo, havendo troca com outros sistemas e com o meio matéria, energia, informação, mantendo um equilíbrio dinâmico. Estes sistemas influenciam e são influenciados pelo ambiente. Devemos ser capazes de perceber quais são os elementos facilitadores para uma recuperação eficaz. Uma vez estimuladas as suas capacidades e desenvolvidos os factores que promovem o seu desenvolvimento, será mais fácil poder trabalhar com os elementos que dificultam a progressão do seu processo de reabilitação.

A elaboração de uma história de vida permite conhecer melhor a pessoa porque os pedaços da sua vida cruzam-se tecendo uma teia com sentido, o sentido das suas vivências.

4. EXAME DO ESTADO MENTAL

(no momento da interacção descrita)

Percepção:

Não foram apuradas alterações na percepção.

Pensamento:

Não foram observadas alterações da forma ou conteúdo de pensamento. Conteúdo focado nos sentimentos de perda, tristeza e impotência. Por vezes apresenta ruminções de culpa. Nega ideias delirantes ou alucinações.

 Insight:

Demonstra conhecimento em relação à situação actual, no entanto ainda com insight diminuído por sintomas depressivos, vê o mundo negativamente.

 Juízo Crítico:

Apresenta evidência de juízo crítico sobre acontecimentos pessoais.

 Humor e Emoções:

Humor deprimido desesperado, labilidade emocional, chora com facilidade, ansiedade.

 Aspecto e Comportamento:

Aparência física cuidada, idade aparente coincidente com a real.

 Atitude:

Colaborante.

 Atenção:

Facilmente captável.

 Vestuário e Higiene:

Higiene cuidada, vestuário apropriado a estação do ano, gosta de se arranjar “principalmente à hora da visita” (sic). Apresentava algum descuido na imagem no momento do internamento.

 Discurso e Linguagem:

O discurso é fluente e gramatical, coerente e lógico, ocasionalmente apresentou dificuldade em encontrar palavras. Sem perturbação do discurso verbal, da fala ou do contacto.

 Orientação e Cognição:

Orientada no tempo, espaço, auto e alopsíquicamente. Procura responder a questões cognitivas, não desiste.

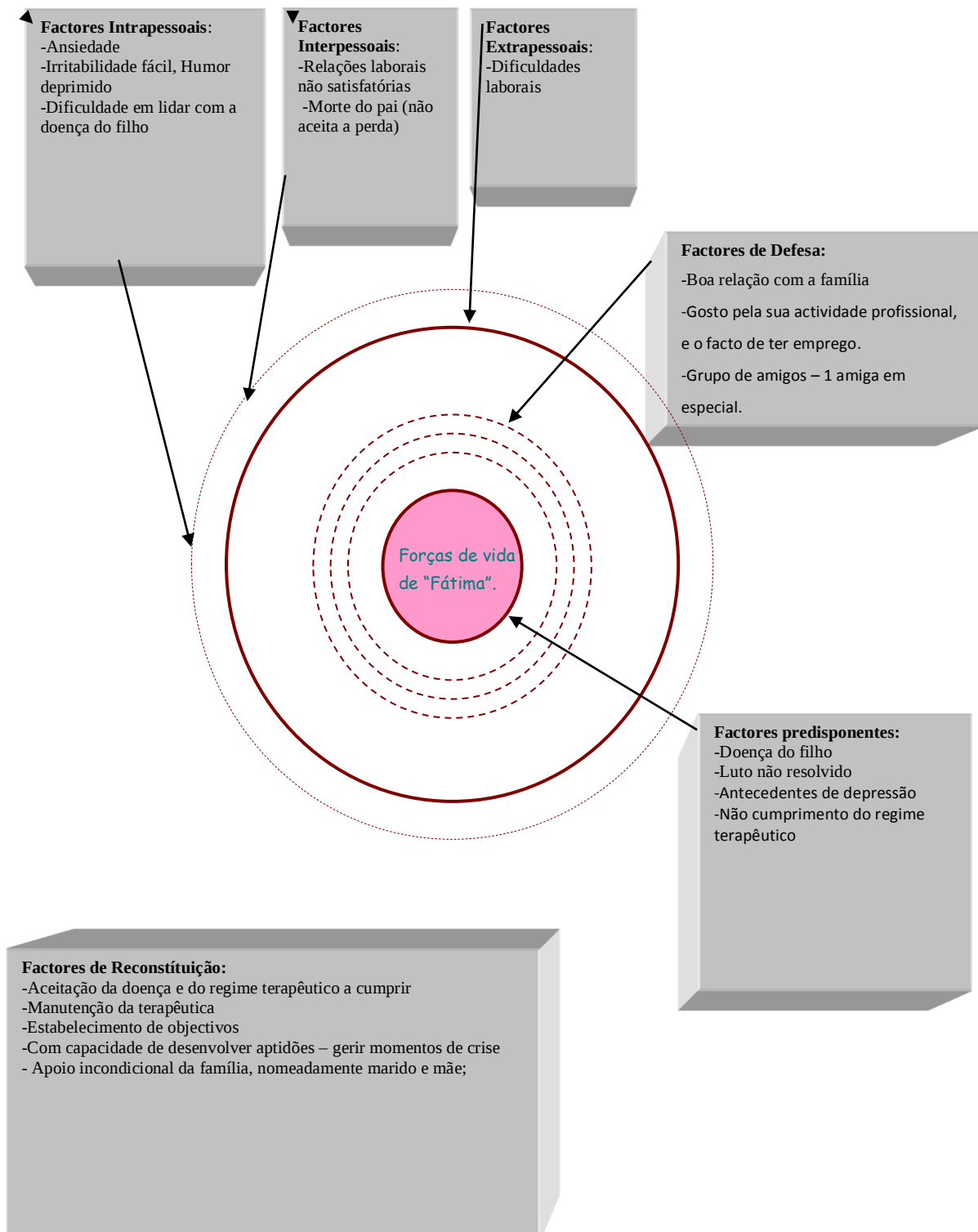
 Consciência:

Sonolenta.

 Memória:

Não foram observadas alterações na memória.

5. SEGUNDO O MODELO DE BETTY NEUMAN



6. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Humor deprimido, relacionado com internamento, doença do filho e patologia base e manifestada por: Fáceis tristes; Verbalização de sentimentos de tristeza; choro fácil, labilidade emocional.	Melhoria do estado de humor	- Avaliar o humor (sinais, sintomas) regularmente; - Determinar a reacção típica do doente ao humor; - Promover ambiente descontraído; - Analisar a necessidade de hospitalização; - Monitorizar estado físico. (exemplo: hidratação, peso...); - Ajudar a monitorizar o seu humor; - Ajudar a identificar pensamentos subjacentes ao humor depressivo; - Ajudar a identificar situações precipitantes de sentimentos de tristeza; - Ajudar a identificar recursos disponíveis; - Estimular a participação em actividades; - Oferecer orientação sobre o desenvolvimento e manutenção de sistemas de apoio.	Refere profunda tristeza associada à sua patologia e à doença do filho. Consegue expressar a sua vivência, relembra a doença do pai – dificuldades. Procura estratégias. Humor eutímico, bom contacto à abordagem, bom relacionamento com os outros.

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Enfrentamento (Cooping) ineficaz, relacionado com a incapacidade de ter uma resposta adequada aos stressores, e manifestado por: fadiga,	- Identificar padrões eficazes de coping - Relato de diminuição dos níveis de stress e emprego de comportamentos para a sua diminuição - Utilizar o apoio	- Avaliação da adaptação do utente a mudanças. - Avaliação do impacto da situação de vida sobre papéis e relacionamentos. - Avaliação da capacidade de decisão do utente.	Identifica padrões ineficazes, é capaz de identificar algumas estratégias que ajudam a desenvolver padrões

incapacidade de resolução de problemas, uso diminuído do suporte emocional, superego punitivo.	social disponível - Procura de ajuda profissional quando adequado - Relato de diminuição de sentimentos negativos	- Utilização de uma abordagem calma e segura. - Propiciação de uma atmosfera de aceitação. - Encorajamento de uma atitude de esperança realista como uma forma de lidar com sentimentos de desamparo. -Encorajamento para avaliação do próprio comportamento. -Encorajamento para a participação em actividades sociais. - Confrontar os sentimentos ambivalentes do cliente (raiva, depressão). - Encorajamento da verbalização de sentimentos e emoções. - Auxílio ao utente na identificação dos seus pontos fortes. -Treino para controle de impulsos. -Redução da ansiedade. - Auxílio na identificação de estratégias positivas para lidar com as limitações e na administração de mudanças necessárias do modo de vida. -Sugestão da utilização de técnicas de relaxamento.	eficazes de coping. Procura ajuda sempre que sente necessidade, expressa sentimentos presentes.
--	---	---	---

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Ansiedade <u>Relacionado com:</u> Mudanças do estado de saúde; Internamento; <u>Manifestado por:</u>	-Que a utente seja capaz de identificar os estímulos que provocam ansiedade; -Que a utente seja	-Usar uma abordagem calma e segura; - Proporcionar espaços de diálogo; - Manter escuta	Identifica situações geradoras de ansiedade, factores precipitantes de

Verbalização do problema, labilidade emocional, inquietação.	capaz de identificar estratégias que reduzam a ansiedade; - Que a doente seja capaz de controlar a sua ansiedade; -Que a utente seja capaz de criar e utilizar eficazmente as suas estratégias de coping.	activa; - Criar um ambiente que facilite a confiança; - Oferecer privacidade no quarto, quando apropriado; - Fornecer informação à utente sobre o seu diagnóstico, tratamento, o motivo e objectivo do seu internamento; - Permitir e encorajar a expressão de sentimentos e medos; - Encorajar a utente a participar em actividades recreativas, conforme apropriado; - Reduzir os estímulos geradores de ansiedade; - Identificar pessoas significativas cuja sua presença possa auxiliar a utente; - Apoiar e incentivar o uso de mecanismos de defesa apropriados; - Administração de terapêutica ansiolítica, se necessário.	uma situação de crise, dificuldade em definir acções para reduzir níveis de ansiedade. Gradualmente compreende e identifica acções que possibilitam o melhoramento mas tem dificuldade em coloca-las em prática. Apresenta sonolência. Interage com o grupo – assume papel de líder.
--	---	--	--

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Pesar (luto) Complicado Relacionado com: Morte do pai Manifestado por: Depressão Diminuição de	- Realizar e finalizar o processo de luto para as suas perdas. - Apresentar diminuição dos sintomas depressivos evidenciando	- Identificação com a utente das perdas. - Identificação da fase do luto em que o utente se encontra e ajuda na ultrapassagem da mesma (Cinco fases do Morrer de Kubler	Doente encontra-se ora num processo de negação como raiva face À morte do pai. Compreende que necessita de apoio e verbaliza

sentimentos de bem-estar Diminuição do desempenho dos papéis na vida Sentimento de culpa	melhoria do humor. -Desempenhar da melhor forma os seus papéis sociais, sem prejuízo para si e para os outros. -Manifestar aumento de sentimentos de bem-estar.	Ross, estadios de Parkes). -Encorajamento da expressão de sentimentos e emoções acerca das perdas. - Auxílio na identificação de estratégias pessoais de coping. -Auxílio na identificação das mudanças necessárias no modo de vida. - Avaliação regular do humor da utente. - Determinação do risco para si e para os outros. - Monitorização do estado físico do utente (peso, estado de nutrição) e auto-cuidado. -Auxílio na manutenção de um ciclo normal de sono/vigília através da administração de medicação indutora do sono. - Estimulação da realização de actividade física. - Monitorização do funcionamento cognitivo. - Encorajamento para o assumir de um papel activo no tratamento e recuperação. -Auxílio na identificação dos recursos disponíveis e de elementos positivos (capacidade pessoal) que possa ser utilizados na modificação dos elementos precipitadores do	necessidade de <i>“procurar especialista que me ajude neste trauma...”</i> Expressa sentimentos e emoções, identifica elementos positivos capazes que possam ajudar. Participa em actividades por forma a exteriorizar a vivência. Cumpre terapêutica, mantém labilidade emocional quando a temática se refere ao pai.
--	---	---	---

		humor disfuncional. - Encorajamento para a envolvimento do utente em actividades sociais. - Administração de medicação estabilizadora do humor. - Monitorização de possíveis efeitos secundários da medicação. - Monitorização e promoção da adesão à terapêutica.	
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Desesperança <u>relacionada com</u> a não aceitação de um luto <u>manifestada por</u> vontade de não viver /dificuldade em manter a vida sem a perda.	-Esperança. -Vontade de viver o presente como ele é.	-Promover esperança. -Promover coping eficaz. -Aumentar a sensação de segurança física e psicológica. -Disponibilizar presença. -Aconselhar. -Escutar activamente. -Facilitar sistema de suporte. -Gerir o humor.	Verbaliza esperança no futuro – acredita na possibilidade de melhorar, “quero recuperar o meu filho, vai ser possível, ele vai ficar bem, e eu tenho que aprender a viver sem o meu pai, embora a dor sei que nunca me vai deixar...”

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Risco de Suicídio <u>relacionado com</u> história pessoal (2 tentativas) <u>manifestado por</u> dificuldade em	-Que a cliente não inflinja dano a si próprio. -Que a cliente procure ajuda dos	-Prevenção contra o suicídio Determinar a presença e o grau de risco de suicídio. Encaminhar o cliente	Revela cumprimento da terapêutica instituída, reconhece que este

“gerir” a vida actual, luto complicado associado à morte do pai, verbalização de medo face à possibilidade de ser afectada novamente por esta ideia.	profissionais de saúde quando sinta necessidade de causar dano a si próprio.	para outro profissional (psiquiatra por exemplo) para avaliação da situação. Administrar medicação prescrita para reduzir a ansiedade, a agitação e estabilizar o humor, se adequado. Monitorizar os efeitos secundários dos medicamentos. Envolver o cliente no planeamento do seu tratamento, quando adequado. Interagir com o cliente para transmitir atenção e permitir-lhe que fale dos seus sentimentos. Encorajar o cliente a procurar profissionais de saúde para falar da necessidade de causar dano a si próprio. Limitar o uso de objectos que se possam tornar armas potenciais (objectos afiados, vidros, cintos, por exemplo). Comunicar questões de risco e segurança a outros prestadores de cuidados. Analisar estratégias para reduzir o isolamento e oportunidade para agir. Observar, registar e comunicar mudanças de humor e comportamento capazes de significar um aumento de risco suicida.	comportamento não é benéfico “fiz coisas que não devia, as vezes é muito difícil sei que o caminho não é por aí” Mostra envolvimento no seu plano terapêutico, revela preocupação com o mesmo. Mantém interacção com o grupo.
---	---	--	--

		-Supervisão: Segurança Supervisionar a cliente em relação a alterações no funcionamento físico ou cognitivo capazes de conduzir a comportamentos arriscados. Supervisionar o ambiente devido a potenciais riscos à segurança. Determinar o grau de supervisão necessário ao cliente, com base no nível funcional e nos perigos presentes no ambiente. Providenciar um nível adequado de supervisão/vigilância para supervisionar o cliente e permitir acções terapêuticas, conforme as necessidades. Comunicar informações sobre riscos do cliente a outros cuidadores.	
--	--	--	--

Diagnósticos posteriores à colheita de dados:

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Processo de Pensamento alterado <u>relacionado com</u> sintomatologia da doença – terapêutica instituída, <u>manifestado por</u> alucinações visuais.	-Autocontrole de Pensamento Distorcido, -Orientação Cognitiva,	- Apoiar emocionalmente; - Atender no alucinação; - Diminuir a ansiedade; - Executar terapia de orientação para a realidade; - Gerir o ambiente físico: segurança; - Vigiar alucinações; -Discutir com equipa	Controla resposta às alucinações apresentadas, é capaz de as descrever, faz diferenciação destas e da realidade, comunica necessidades. Actualmente sem quadro de delírios ou alucinações

		multiprofissional necessidade de reajuste terapêutico ou não.	após re-ajuste terapêutico.
--	--	--	--------------------------------

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Padrão do sono perturbado, relacionado com <u>terapêutica instituída e higiene do sono e</u> <u>manifestado por</u> sonolência intensa durante o dia, cansaço, lentificação psico-motora, risco de queda.	- Promover estratégias de lazer durante o período de sonolência diurna. -Ser capaz de compreender riscos associados à sonolência extrema e controle os mesmos (risco de queda). -Ser capaz de pedir auxílio para se deslocar ou outra actividade se necessário -Ajuste terapêutico.	-Investigar com a utente as rotinas habituais para dormir; -Limitar o tempo de sono durante a tarde; -Manter um horário regular para dormir e acordar -Deitar-se apenas quando sente, de facto, sono; -Proporcionar actividades de lazer de acordo com os gostos da cliente. - Dialogar com a equipa multidisciplinar por forma a providenciar reajuste terapêutico.	Inicialmente com dificuldade em compreender os efeitos da terapêutica e o risco de perigos (queda) face à sonolência que apresentava. Gradualmente procurava ajuda para se deslocar e quando assim sentia necessidade. Após re ajuste terapêutico apresenta alguma sonolência mas menos intensa, sem lentificação psico-motora ou risco de queda.

Nota: a questão da adesão terapêutica não foi referenciada por se verificar que este não era actualmente um problema identificado e pelo facto da doente revelar compreensão relativamente à importância da mesma. No entanto este aspecto foi referido à doente variadas vezes por forma a manter-se a motivação e acção presente. Utente teve alta clínica na 2ª semana de Novembro.

7 - Análise das intervenções e resultados

O processo que culminou na elaboração deste trabalho permitiu adquirir, aprofundar e consolidar conhecimentos no que respeita à vivência da pessoa com depressão, as dificuldades, limitações e consequências da doença para a pessoa mas também família e sociedade. Possibilitou-me ainda compreender a importância das intervenções do enfermeiro junto das pessoas que vivenciam este tipo de problema, já que se encontra em posição de ir construindo uma relação privilegiada com estes.

O acompanhamento da Sr.ª Fátima, ao longo deste ensino clínico, permitiu identificar as suas necessidades ao nível dos cuidados de Enfermagem, planear e implementar um Plano de Cuidados

personalizado, o que me possibilitou apoiar a utente na satisfação das suas necessidades, como também desenvolver conhecimentos referentes a intervenções e estratégias ao meu alcance, focando a individualidade do mesmo e a sua situação actual de doença.

A elaboração deste trabalho evidenciou a importância do estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa de quem cuidamos, uma vez que facilita a nossa intervenção junto da mesma, tendo como meta, essencialmente, a promoção do bem-estar da utente, a partilha de experiências e de sentimentos. Além disso, permitiu-me desenvolver um espírito crítico relativamente às minhas intervenções de modo a perceber quais os aspectos que deveria de aperfeiçoar.

O modelo utilizado para fundamentar e orientar a identificação de problemas, isto é, stressores, e realizar o planeamento de um conjunto de intervenções de Enfermagem, foi o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e utilizou-se também como recurso as definições e classificações da NANDA (JOHNSON, M. *et al* 2009). Através do Modelo de Betty Neuman foi possível a identificação de stressores intrapessoais, quer na perspectiva do doente, quer através da avaliação do profissional. Foi ainda possível o levantamento de recursos internos e externos como meios auxiliares de resolução do problema. Deste modo, a utilização deste modelo possibilitou-me compreender a complexidade do utente enquanto sistema e verificar a importância de o visualizarmos holisticamente.

As intervenções desenvolvidas tiveram em conta as necessidades identificadas tendo em conta o principal problema para a utente – aquele que ela revelou na entrevista como primordial neste momento. Para além das descritas, foram também desenvolvidas outras intervenções, tais como expressão emocional através da expressão plástica (uma vez que a doente revelou que este era um meio através do qual fosse para ela mais fácil a expressão e compreensão da vivência). Foram realizados dois quadros cujo objectivo era a exteriorização dos sentimentos mais dominantes na utente. Uma das telas realizadas a doente intitulou “*as minhas alegrias*” – onde expressou os sentimentos como o “amor” – que dedicou aos filhos, maridos e pais. Foi capaz de identificar os aspectos positivos da sua vida, percepcionando “*um novo caminho a seguir, é nisto que tenho que me focar*”. Foram colocadas fotografias escolhidas pela doente por forma a reencontrar o que de bom já viveu e que ainda tem, bem como as possibilidades futuras. A segunda tela constituiu-se como um meio através do qual a doente expressou os sentimentos mais negativos presentes em si, nomeadamente medos e raivas – desenhou um caixão, verbalizando que este representava a morte do pai, aquela que ainda não tinha aceiteado, e que correspondia à sua grande dificuldade no momento. Foram explorados sentimentos, estratégias futuras. Intitulou “*a minha raiva*”.

Foi possível a exteriorização (de um pedaço) de um mundo interno, foi possível em conjunto pensar no vivido, definir estratégias futuras, aceitar a realidade actual. A utente foi capaz de estabelecer um compromisso de acompanhamento revelando a procura de ajuda sempre que se sentia “*menos bem, com necessidade de falar*”. As várias entrevistas e interações de ajuda que se sucederam foram positivas, gradualmente foi possível identificar com a doente o que mais a

perturbava e o que poderia ela fazer para se ajudar. No entanto, percebo que este foi um caminho percorrido por avanços e recuos, e que este não termina aqui. Procurei demonstrar à doente esta necessidade de acompanhamento, procurou aceitar e assumir o compromisso de se ajudar a si mesma, cumprindo a terapêutica instituída e mantendo o seguimento. Foi com agrado que esta me verbalizou o desejo de *“procurar ajuda especializada para me ajudar com a morte do meu pai”*. Apresenta esperança no futuro, agora vê como possível *“o controle”* da doença do filho mas mantém receios - *“tenho medo ainda assim do futuro, mas quero acreditar”*. A utente manteve sempre contacto com o restante grupo, era considerada *“líder”*, gostava de ajudar os outros, e este talvez fosse o seu refúgio, a sua forma de encontrar forças para também se ajudar a si mesma. A desesperança esteve essencialmente presente, quando se sentiu *“menos bem, do que quando entrei”* – apresentava lentificação psico-motora, sonolência, quedas, e quadro de alucinações visuais. Quadro que a fragilizou e dificultou a sua recuperação. As interações a relação de ajuda foram mantidas. Foi informada equipa e o re-ajuste terapêutico foi feito. O quadro melhorou, foi possível continuar a desenvolver intervenções de ajuda.

Os comportamentos desajustados dos doentes em Saúde Mental são por vezes de longo prazo, pelo que é pouco provável que estes mudem rapidamente com as estratégias de intervenção, devendo-se dar oportunidade e tempo para mudar, é nosso dever contribuirmos para que isto aconteça, através da nossa aceitação, compreensão e escuta. Foram estes aspectos que procurei desenvolver e mantem sempre presentes.

Foi uma experiência cheia de riqueza emocional, que me permitiu a mim mesma me confrontar com os meus sentimentos, com as minhas experiências, com aquilo que fiz porque fiz, o que poderia ter feito.

Em suma, este trabalho enquanto espaço privilegiado de reflexão e crescimento permitiram-me adquirir conhecimentos teóricos mas sobretudo desenvolver competências no âmbito do auto-conhecimento, da identificação da pessoa, do planeamento de cuidados e intervenções de enfermagem adequadas e personalizadas à pessoa que estava a meu cuidado. Assim, finalizo com a certeza de que este trabalho se revelou uma mais-valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica
Unidade Curricular: OPÇÃO II – ESTÁGIO

Processo de Enfermagem: “José”
Clínica Psiquiátrica de São José
Unidade II

Enfermeiro Especialista Orientador: Enfermeira Ana Real

Docente Orientador: Professora Ana Melo

Discente: Andrea Pereira Bidarra

Lisboa, 2011

Índice

1 – IDENTIFICAÇÃO

2 – MOTIVO DE INTERNAMENTO

3 – ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

4 – O INTERNAMENTO

5 – AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

6 – SEGUNDO A TEORIA DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

7 – PLANO DE CUIDADOS

1. IDENTIFICAÇÃO

O nome do doente é “José”, e gosta de ser tratada pelo seu primeiro nome. É um doente do sexo masculino, tem 51 anos de idade, nacionalidade portuguesa e raça caucasiana. É divorciado (embora referencie sempre a ex- esposa como “esposa” que é a sua cuidadora actual), tem filhos. A sua profissão é Segurança industrial, trabalha numa empresa, 9º ano de escolaridade. Reside sozinho.

2. MOTIVO DE INTERNAMENTO

Foi internado em regime de internamento voluntário, em Setembro de 2011, 1º internamento em psiquiatria. Através da consulta externa do Dr. E. Foi internado por quadro de tristeza, e insónia, com o diagnóstico de Síndrome Depressivo. Tem como antecedentes: alcoolismo e depressão. Esteve internado um dia inicialmente, sendo que posteriormente foi internado num hospital geral no serviço de hepatologia e gastro para avaliação do seu quadro clínico – apresentava abdómen ascítico – cirrose hepática. Regressou à Clínica dias depois.

3. ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Antes de realizar a entrevista consultei o processo para colher alguns dados, estabeleci previamente contacto com a doente, apresentando-me, dizendo a minha profissão e o meu estatuto de aluna da especialidade.

Realizei também pesquisa bibliográfica acerca da entrevista, qual o seu objectivo e como deve ser dirigida.

Perspectiva da doente /história de vida

O que a doente sabe, pensa e sente....

A entrevista com o Srº. “José” num gabinete tranquilo da unidade, e não houve qualquer interrupção ou ruído. Pedi à doente autorização para a realização da mesma, e perguntei-lhe se estava de acordo com a mesma e com os seus objectivos.

Após estarmos sentados, neste caso frente a frente, com a devida distância de forma a não invadir o “espaço” do outro, deu-se início à entrevista.

Desde logo, disponível, comunicativo e colaborante. Fáceis sereno. Iniciou o seu discurso referindo-se à doença física que o abala no momento, explicitou todo o período de internamento e exames de diagnóstico realizados. Faz alusão ao internamento em psiquiatria como um período de

repouso “tenho-me sentido muito fraco e em baixo e precisava descansar... aqui estou bem”. “Às vezes a gente desanima um pouco com a vida... e eu andava mesmo cansado lá no trabalho, e agora isto...” (refere à ascite que apresenta). “Sinto-me com mais força desde que aqui estou, mas sei que aqui não fazem tudo e tenho de voltar ao outro hospital também”.

Refere que gosta da sua profissão, mas que se sente “cansado”.

Faz referência à ex- mulher como “a minha esposa vêm me ver todos os dias” – ela é a cuidadora principal. “Os filhos também ajudam... mas têm a vida deles e nem sempre estão perto”.

“A minha vida sempre foi feita de altos e baixos”.

“Alimentava-me mal, mas estou a melhorar”.

Faz referência a um período de cerca de 6 meses “sinto uma angústia”.

4. O INTERNAMENTO

À chegada ao internamento apresentava-se aparentemente com alterações de humor – denota-se humor deprimido, ansioso, emagrecido, astenia marcada, com bom contacto. Actualmente calmo, com fâcies sorridente ao contacto, e humor aparentemente eutímico. Apresentou sempre períodos de isolamento social, pois embora permanecesse durante grandes períodos na sala de convívio, estava sempre a jogar no computador. Actualmente interage mais e quando solicitado é disponível e comunicativo. Este foi o 1º internamento em psiquiatria. Refere sempre “necessidade de descanso”, não faz referência ao consumo de álcool, quando tentativa de abordar o tema, o discurso é encaminhado para outra temática. Apresenta-se a nível físico menos asteniado, refere aumento do apetite. Interage mais com os outros, humor eutímico, ansiedade face à alta clínica e quando do momento das visitas. Apresenta esperança mas receio do futuro: “quero ficar melhor para sair depressa... mas não sei como será, se terei forças para tudo...” Antecedentes familiares: Outros membros da família apresentaram problemas de alcoolismo.

Terapêutica Instituída:

Tiaperidal 2x dia; Centrum 1 cp; furosemida 1 formula dia; lactulose; ácido fólico 1 comprimido dia; sos-fenergan 1 fr.

5. EXAME DO ESTADO MENTAL

Percepção:

Não foram apuradas alterações na percepção.

 Pensamento:

Não foram observadas alterações da forma ou conteúdo de pensamento.

 Insight:

Demonstra conhecimento da relação à situação actual, mas nega consumos – em negação.

 Juízo Crítico:

Apresenta evidência de juízo crítico sobre acontecimentos pessoais.

 Humor e Emoções:

Humor eutímico

 Aspecto e Comportamento:

Aparência física cuidada, idade não coincidente com a real – aparenta um aspecto mais envelhecido.

 Atitude:

Colaborante.

 Atenção:

Facilmente captável.

 Vestuário e Higiene:

Higiene cuidada, vestuário apropriado a estação do ano.

 Discurso e Linguagem:

Sem perturbação do discurso verbal, da fala ou do contacto.

Discurso coerente e lógico.

 Orientação e Cognição:

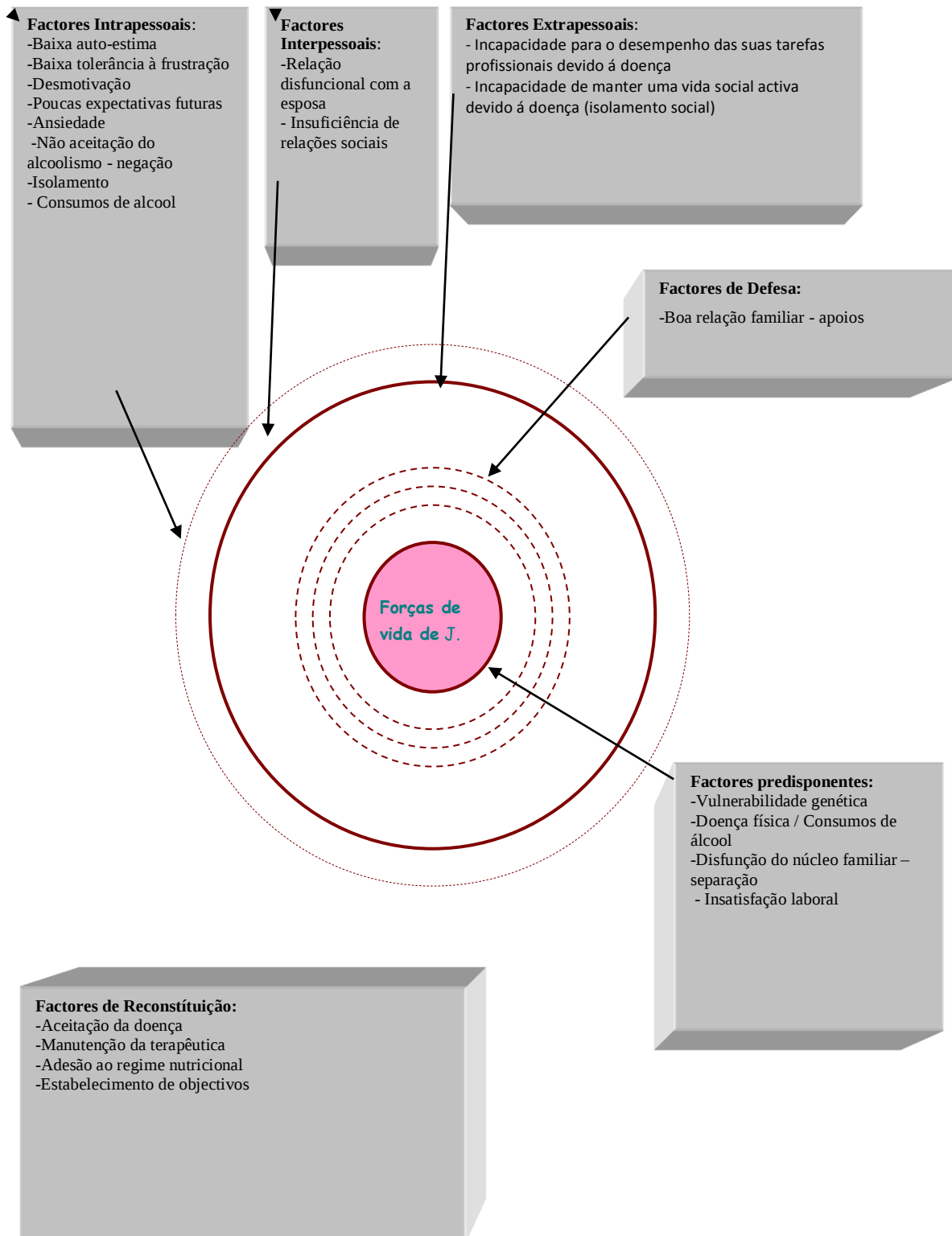
Orientada no tempo, espaço, auto e alopsíquicamente.

 Consciência: Vigíl.

 Memória:

Não foram observadas alterações na memória.

6. SEGUNDO A TEORIA DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN



7. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Desesperança , relacionada com sentimentos de desvalorização e manifestada pelo seu fâcies e humor deprimido	Autocontrolo da depressão (acções pessoais para minimizar a melancolia e manter o interesse pelos eventos da vida)	-Assistência na automodificação -Controle do humor -Promoção da capacidade de resiliência -Promoção de esperança -Suporte emocional -Presença -Terapia recreacional -Aumento da socialização	Humor eutímico. É capaz de expressar esperança num futuro melhor. Valoriza a sua presença junto da família.

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Enfrentamento ineficaz , relacionado com a incapacidade de ter uma resposta adequada aos stressores, e manifestado pelos Consumos de álcool Fadiga Mudança nos padrões habituais de comunicação (isolamento) Resolução de problemas inadequada Uso diminuído do suporte emocional	Controle de riscos: uso de álcool (acções pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir o uso do álcool capaz de causar riscos para a saúde) Desempenho do papel (congruência entre o comportamento de um individuo no desempenho do seu papel e as suas expectativas em relação a este) Enfrentamento (acções pessoais para controlar stressores)	- Avaliação da adaptação do utente a mudanças. - Avaliação do impacto da situação de vida sobre papéis e relacionamentos - Avaliação da capacidade de decisão do utente - Utilização uma abordagem calma e segura. - Propiciação de uma atmosfera de aceitação - Encorajamento de uma atitude de esperança realista como uma forma de lidar com sentimentos de desamparo. - Encorajamento para avaliação do próprio comportamento Encorajamento para a participação em actividades sociais - Confrontar os sentimentos	Dificuldade em expressar o seu problema de alcoolismo e os problemas daí inerentes – relaciona-os com outros aspectos da sua vida. No dia da alta foi capaz de verbalizar “esse problema, quero acreditar que é passado...” – nunca verbalizou o nome da doença. Verbalizou diminuição de níveis de stress e ansiedade, procurou ajuda sempre que sentiu necessidade, é capaz de expressar estratégias de coping futuras "vou dedicar-me

	- Identificar padrões eficazes de coping - Relato de diminuição dos níveis de stress e emprego de comportamentos para a sua diminuição - Utilizar o apoio social disponível - Procura de ajuda profissional quando adequado - Relato de diminuição de sentimentos negativos	ambivalentes do cliente (raiva, depressão) - Encorajamento da verbalização de sentimentos e emoções - Auxílio ao utente na identificação dos seus pontos fortes - Auxílio na identificação de estratégias positivas para lidar com as limitações e na administração de mudanças necessárias do modo de vida. - Sugestão da utilização de técnicas de relaxamento como Yoga ou outras.	mais a família, agora que vou ficar de baixa, vou ler mais, ir ao cinema, e ocupar-me para não pensar no que não devo". Participou nas actividades de relaxamento e passeios ao ar livre. Participou em actividades de grupo.
--	---	---	---

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Integração social prejudicada <u>Relacionado com:</u> Perturbação do humor; <u>Manifestado por:</u> Isolamento social.	- Que a utente seja capaz de encontrar actividades recreativas que a satisfaçam; - Que a utente apresente um fácies mais expressivo; - Que demonstre confiança de modo a expressar os seus sentimentos; - Que a utente manifeste desejo de relacionamento social.	- Estabelecer com a utente uma relação de confiança; - Mostrar interesse pela utente; - Encorajar a expressão de sentimentos; - Solicitar e ter expectativas de comunicação verbal; - Auxiliar a utente a aumentar a percepção dos pontos fortes e as limitações na comunicação com os outros; - Oferecer feedback sobre a melhoria dos cuidados com a aparência pessoal e outras actividades; - Oferecer reforço positivo;	Utente com bom nível de interacção com o restante grupo, participa em actividades várias realizadas. Mostra interesse.

		- Encorajar a um maior envolvimento nas relações já estabelecidas; - Encorajar a utente a frequentar espaços sociais, se apropriado; - Encorajar o envolvimento em interesses totalmente novos, se apropriado.	
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Baixa auto-estima situacional, <u>relacionada com</u> sentimento de fracasso, terminus de uma relação, e <u>manifestada por</u> frustração, humor deprimido, relações interpessoais insatisfatórias.	<u>Adaptação psicossocial:</u> mudança de vida (resposta da adaptação psicossocial de um individuo a uma mudança de vida importante) <u>Melhora da autoestima:</u> - Que a utente seja capaz de: -Verbalizar aspectos positivos sobre si próprio e que seja capaz de aceitar as próprias limitações - Descrever a si próprio - Comunicar de forma assertiva com os outros - Expressar algum optimismo e esperança no futuro - Expressar aumento do nível de confiança em si mesmo	-Suporte emocional -Promoção do aumento da capacidade de resiliência -Ensinos, fornecer informação -Apoio á tomada de decisão -Escutar activamente -Controle do humor -Aumento da socialização	Dificuldade em verbalizar o fim do relacionamento com a sua ex-esposa. Refere-se a ela como sendo “esposa” actualmente. Expressa sentimentos de tristeza face à vivência actual, gradualmente expressa problemas familiares e dificuldades em os enfrentar. É capaz de identificar aspectos positivos em si, e esperança no futuro – expressa a necessidade de mudança.

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Défice de conhecimento sobre a doença. <u>Relacionado com:</u> Ausência de juízo crítico em relação à patologia, negação da doença <u>Manifestado por:</u> Fuga à temática quando abordado	Que o doente tome consciência da sua doença, e seja capaz de gerir a situação de forma eficaz.	-Estabelecer uma relação de confiança com a utente, de modo a que exponha todas as suas dúvidas, receios e preocupações; - Identificar com a utente os mecanismos de adaptação que geralmente utiliza diante de uma dificuldade: reflexão, confiança, fuga, actividade lúdica, etc.; - Explicar ao utente a importância da toma destes medicamentos, assim como as suas vantagens; - Elucidar a utente acerca dos riscos da não toma da medicação; - Validar o grau de compreensão do ensino efectuado; - Vigiar a toma da terapêutica prescrita; - Identificar as pessoas significativas que possam ajudar a utente a aderir à medicação, realizando o respectivo ensino; -Na preparação para a alta, realizar o reforço os ensinios -Providenciar momentos de expressão de sentimentos e emoções, facilitar a exposição de dificuldades e medos, demonstrar compreensão, traçar estratégias com o doente, desenvolver estratégias de coping.	Apenas no dia da alta, se referiu de forma mais directa ao seu problema de saúde. Utente estava em negação, começa gradualmente a aceitar o seu problema de saúde e a possibilidade de o resolver e melhorar o seu futuro. Apresenta confiança nos profissionais de saúde, demonstra compreender a importância da medicação. Ensinos também reforçados à família que demonstraram interesse.



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade Curricular: OPÇÃO II – ESTÁGIO

Processo de Enfermagem: “M. Filomena”

Clinica Psiquiátrica de São José

Unidade II

“O Encontro na relação de ajuda”

ANÁLISE DA INTERACÇÃO E DEFINIÇÃO DE PLANO DE CUIDADOS



Enfermeiro Especialista Orientador: Enfermeira Ana Real

Docente Orientador: Professora Ana Melo
Professor Carlos David

Discente: Andrea Pereira Bidarra

Lisboa, 2011

Índice

1 – IDENTIFICAÇÃO

2 – MOTIVO DE INTERNAMENTO

3 – ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

(transição da interacção, análise da mesma, perspectiva da utente e da enfermeira)

4 – AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

5 – SEGUNDO A TEORIA DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

6 – PLANO DE CUIDADOS

1. IDENTIFICAÇÃO

O nome da doente é “Filomena”. É uma doente do sexo feminino, tem 60 anos de idade, nacionalidade portuguesa, raça caucasiana. É casada, tem filhos e netos. Reformada.

2. MOTIVO DE INTERNAMENTO

A Sra. F., foi internada em regime de internamento voluntário, em Setembro de 2011, através da consulta externa, na sequência de um Síndrome Depressivo Major (diagnóstico médico) recorrente, apresentou actualmente 1º surto – delírio persecutório e místico; ideação suicida não estruturada (atirou-se da janela da cozinha segundo registos do processo). Doente com história de depressão há 13 anos (desde a morte de um filho por acidente) este é o 1º internamento em Psiquiatria.

3. ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Antes de realizar a entrevista consultei o processo para colher alguns dados, estabeleci previamente contacto com a doente, apresentando-me, dizendo a minha profissão e o meu estatuto de aluna da especialidade.

Realizei também pesquisa bibliográfica acerca da entrevista, qual o seu objectivo e como deve ser dirigida.

O Contexto

A preparação da entrevista iniciou-se com a minha preparação pessoal, e também profissional. Procurava alguém para entrevistar e estabelecer um plano cuidados de acordo com os objectivos do projecto de estágio a que me proponho desenvolver, no entanto foi a Sr.^a Filomena que me escolheu... No contexto da actividade que desenvolvo na Clínica de São José – Unidade Santa Isabel - encontrei a Sr.^a Filomena no seu quarto, que partilha com outros dois utentes. Fui até lá para dar o “Bom dia” e ver como se encontravam os utentes neste início de manhã. A Sr.^a Filomena encontrava-se sentada na sua cama, aproximei-me e ela pediu-me que me sentasse para de seguida me pedir que “conversasse” um pouco com ela.

O facto de já ter estabelecido contacto, dias antes com a Sr.^a Filomena antes desta interacção foi benéfico, na empatia estabelecida e na disponibilidade assumida pela doente de partilhar a sua vivência. Watson (2002) fala desta proximidade entre o enfermeiro e o doente como algo essencial, benéfico no sentido de aumentar a humanização, a sensibilidade e a capacidade de entrega.

O posicionamento foi planeado com a doente, dando-lhe a liberdade de escolher o local e a distribuição dos intervenientes. A interacção decorreu junto à sua cama, sem a presença de outros utentes. Foi mantido o respeito, o silêncio e a intimidade da pessoa e do momento, sendo que aquele espaço era simultaneamente familiar para a doente, chegando a partilhar que ali se sentiria

“mais à vontade” do que se fossemos para a sala de estar. A Sr.^a Filomena decidiu ficar sentada na sua cama, eu sentada do seu lado direito.

Durante a interação optei por não registar tudo aquilo que foi partilhado, sendo que o fiz após o término. Fi-lo por considerar que poderia interferir de alguma forma com o processo de comunicação, na eventual quebra do olhar ou na expectativa da doente face ao que estaria ou poderia escrever.

A confidencialidade das informações recolhidas e a garantia de que o seu nome não iria ser referido nesta análise foram aspectos reforçados.

Segue-se a **transcrição da interação** e análise imediata do que foi percebido, sentido, pensado e intervenções segundo o modelo definido por CHALIFOUR (2008).

Enfermeira (Eu) – *Bom dia Sr.^a Filomena. (Procurei apresentar-me)*

Sr.^a Filomena – *Bom dia Sr.^a Enfermeira. (olhar triste, olha para o chão)*

Enfermeira (Eu) – *Sente-se confortável assim?*

Sr.^a Filomena - *Sim, estou bem...* (denota-se alguma apreensão, postura algo retraída, penso que está nervosa no início da sessão, sinto que está apreensiva, procuro iniciar o diálogo marcando o início do mesmo e mostrando que estou disponível para estar ali com ela e escutá-la. Tento potenciar um ambiente acolhedor.)

Enfermeira (Eu) – *A Sr.^a Filomena disse-me que gostaria de falar um pouco comigo. Já sabe que estarei aqui para a ajudar no que puder, sobretudo no que puder fazer para que se ajude a si mesma. Sabe que temos o nosso tempo limitado, mas estarei cá hoje e outros dias, sempre que for necessário.*

Sr.^a Filomena – *Muito obrigada.*

Enfermeira (Eu) – *Então diga-me Sr.^a Filomena o que a levou a pedir-me que falássemos um pouco...?*

Sr.^a Filomena – *Sabe a sua escuta já é muito importante... As vezes precisam de falar, mas não sei bem, as palavras custam a sair, e depois nem sempre entendem...*

Enfermeira (Eu) – *Estou aqui para poder ajudá-la no que for possível.* (pausa – senti necessidade de criar um momento de silêncio, para me ajudar a mim a dar tempo ao outro e possibilitar um momento de reflexão)

Sr.^a Filomena – *Estou aqui, porque sei que preciso de ajuda, mas tem sido muito difícil. Às vezes sinto-me presa aqui dentro, outras vezes sei que é para meu bem, e até é melhor, assim estou longe de tudo... Tenho sofrido muito muito... Agora já nem converso com o meu marido, estamos sempre em conflitos...* (baixa mais o olhar),
...desde a morte do meu filho nunca mais voltei a ser a mesma... e desde aí tudo piorou e parece que nada faz sentido (choro) (mantém postura física, penso que está a identificar as dificuldades que sente no momento, embora note alguma dificuldade em expressá-las, sinto tristeza).

Enfermeira (Eu) – *Sinto que está muito triste.* (procuro encontrar o sentimento predominante, com, o objectivo de ajuda-la na expressão dos seus sentimentos, pensei na morte e na vulnerabilidade que isso representa para o ser humano relembrei alguns doentes com os quais estabeleci ligações e como me foi difícil o momento do falecimento, relembro alguns familiares que ainda hoje nos vão visitar e outros que saíram do hospital marcados por uma imensa tristeza e perda e dos quais não obtive mais conhecimento)

Sr.^a – Filomena – *Sim.* (olha para mim e de seguida baixa novamente o olhar)

Enfermeira (Eu) – *Falou-me no seu filho que faleceu...* (Procurei focar a atenção da utente na situação que segunda a mesma terá despelotado o desenvolvimento da situação actual).

Sr.^a Filomena – *Sim, foi traumático, foi de acidente, ele era tudo para mim... muito querido, dava-me alegria para viver... Tenho outro filho, e os meus netinhos* (sorri), *sem eles já não estava aqui.*

Enfermeira (Eu) – *Esboçou agora um sorriso...* (senti um sentimento de felicidade naquele sorriso tão espontâneo e sincero, procurei devolver-lhe este aspecto com o objectivo de que o outro se focalize em algo benéfico e positivo na sua vida).

Sr.^a Filomena – *Os meus netos são tudo para mim, já tenho saudades. Gostava de estar mais com eles, brincar mais com eles, mas agora não me apetece, sinto-me assim... sem vontade para nada...* (gesticula com as duas mãos juntas – sinto algum nervosismo; Pausa (baixa de novo o olhar e diminui o tom de voz, sinto que a tristeza de novo a invadiu, agora por não manter a relação com os netos que mantinha até pouco tempo, procurei respeitar o silêncio que se impôs).

Enfermeira (Eu) – *Compreendo o que me está a dizer.* (procurei demonstrar que estava aqui, presente e que compreendia os sentimentos que descrevia)

Sr.^a Filomena – *Sim...* (fixou mais o olhar em mim, procurava algum conforto e explicação, sinto-a menos tensa / apreensiva)

Enfermeira (Eu) – *O seu filho que faleceu era muito importante para si, é normal que tenha esse sentimento de tristeza, de uma dor até indescritível... sinto que sente uma dor muito intensa dentro de si...*

Mas também me falou dos seus netos, e do seu outro filho, percebo que são muito importantes para si...

Sr.^a Filomena – *Sim.*

Enfermeira (Eu) – *Então, se calhar pode começar por pegar por aí, nessas coisas que também são importantes para si.* (procurei que o outro encontrasse um novo fio condutor, algo de relevante para si que o ajudasse a superar esta etapa da sua vida, e fosse algo produtor de sentimentos positivos)

Sr.^a Filomena – *Sim, mas não sei...*

(Pausa)

Enfermeira (Eu) – *Eu quero recuperar, mas sinto-me tão triste, com um vazio tão grande, depois vim para cá sem conseguir dormir, só pensava nos problemas... Estas crises com o meu marido, enfim...*

Enfermeira (Eu) – *Compreendo o que me diz. Falou-me no seu filho, falou-me dos problemas que está a viver com o seu marido... Neste momento o que é que a preocupa mais? Qual é o seu principal problema?* (senti que tinha de o ajudar a focalizar-se no problema central para ele neste momento da sua vida)

Sr.^a Filomena – *O que ainda me afecta é a morte do meu filho, sempre que há um obstáculo a falta dele sente-se logo em mim, e neste momento a relação com o marido está mal, penso que também devido a isso, depois sinto que quero dar mais ao meu filho e netos mas não consigo...* (sinto tristeza, impotência face à resolução de problemas, e alguma culpabilidade pelos mesmos).

Enfermeira (Eu) – *Compreendo aquilo que me está a dizer. Mas também precisa de algum tempo para si, para recuperar. O internamento ajudará nesse sentido.* (senti que tinha de voltar a reforçar a

ideia de que “estou aqui”, “entendo-a”, e que esta momento que atravessa implica um turbilhão de sentimentos, que tem “direito” a expressá-los e a vive-los)

Sr.^a Filomena – *Sim, acho que sim.*

Enfermeira (Eu) – *Como se tem sentido com o internamento?*

Sr.^a Filomena – *Melhor, agora já durmo, embora ande demasiado sonolenta durante o dia... isso preocupa-me, já gosto de me arranjar é bom..., costumava arranjar-me muito mas desde que vim... já consigo conversar mais com os meus amigos (principalmente são os amigos que visitam com frequência a utente). Procurei tranquiliza-la quanto aos efeitos dos medicamentos e que iríamos estar atentos a possíveis efeitos secundários.*

Enfermeira (Eu) – *Procurei recuperar o tema central. Então retomando o que estamos anteriormente a falar, Sr.^a Filomena, o que é que acha que poderia fazer para ajudar?*

Sr.^a Filomena – *Não sei bem...*

Enfermeira (Eu) – *Falou-me em estar mais tempo, dedicar-se mais a quem gosta... (percebo que procura uma ajuda face ao problema apresentado – senti que estava confusa, sem saber como actuar – procurei em conjunto ajuda-la a reflectir sobre a possibilidade de encontrar estratégias que facilitem a transição desta etapa).*

Sr.^a Filomena – *Sim, gostava de estar bem, para poder estar mais com os meus netos e o meu filho. (eleva a cabeça, e olha para mim)*

Enfermeira (Eu) - *Hum, hum (acenei com a cabeça – validar) (senti que havia vontade em desenvolver esforços para a mudança)*

Sr.^a Filomena – *Acha que me consegue ajudar?*

Enfermeira (Eu) – *Estarei aqui para a ajudar a ajudar-se. O internamento vai permitir-lhe reflectir sobre as dificuldades que me falou, e encontrar algumas estratégias para as ultrapassar. Já me referiu um dos seus principais objectivos a atingir.*

Sr.^a Filomena – *Sim. Fez-me bem falar consigo, deitar cá para fora, e pensar nestas coisas. Podemos voltar a falar?*

Enfermeira (Eu) – *Sim, sempre que precisar e eu estiver disponível.*

Sr.^a Filomena – *Sabe não é fácil falar da morte do meu filho, foi dramático, ainda por cima ele era o mais chegado a mim... e depois a relação com o meu marido que nunca foi muito muito boa, mas entendíamo-nos agora ele não me entende...e os meus netinhos que não lhes dou a atenção devida...*

Enfermeira (Eu) – *Percebi que a doente sentiu necessidade de voltar a focar os seus principais problemas. (volto a notar algum nervosismo – gesticular mais intenso com as mãos)*
Está a focar vários aspectos que a preocupam... entendo isso, Mas, convém que agora se foque num problema, um passo de cada vez, vamos tentar, vai tentar encontrar estratégias para ir resolvendo cada coisa a seu tempo. Não é? (senti necessidade de dizer que cada problema tem o seu tempo de resolução e que agora há um principal – senti que poderão existir expectativas muito elevadas para o aqui e agora, para o momento em que vive e para o “timing” de que precisa para a reestruturação da sua vida)

Sr.^a Filomena – *Sim. (acena com a cabeça) Sei que preciso deste acompanhamento para me restabelecer...*

Enfermeira (Eu) – *Disse-me que neste momento o principal para si era poder estar mais com a sua família, nomeadamente os seus netos?*

Sr.^a Filomena – *Sim, sim, esse é o meu objectivo. Estar bem para poder estar com eles.*

Enfermeira (Eu) – *Já pensou o que pode fazer para atingir esse objectivo?*

Sr.^a Filomena – *Estar aqui a recuperar, até estar bem... e também estar mais atenta quando me vêm ver... os meus netos não vêm mas posso ligar-lhes e falar com eles, não é? Antes achava que não era bem, mas talvez não fosse má ideia... (tenta desenvolver uma estratégia a curto prazo, procura validação)*

Enfermeira (Eu) – *Aceno com a cabeça.*

Sr.^a Filomena – *Como disse a Sr.^a Enfermeira isto é o mais importante que tenho, é o fundamental para mim.*

Enfermeira (Eu) – *Tem de ser importante para si!* (senti necessidade de reforçar a ideia de que as acções / intervenções devem ser pensadas e estabelecidas pela pessoa e não pelo profissional de saúde – pensei: eu devo apenas ajudar o outro a assumir o cuidado de si)

Sr.^a Filomena – *Sim, sim! Eles são tudo para mim!*

Enfermeira (Eu) – *Então vai iniciar essa estratégia, e eu estarei aqui quando precisar, quando sentir necessidade.* (reforçar o entendimento e compreensão pelo outro, bem como a importância de dizer “estou aqui”)

Sr.^a Filomena – *Obrigada Sr.^a Enfermeira, sinto-me mais aliviada.* (senti satisfação por parte do outro)

Enfermeira (Eu) - *O importante é que se consiga ajudar a si mesma. Se houve algo de positivo na nossa conversa, é isso que deve levar consigo e definir estratégias que possa então desenvolver.* (procurei manter um ambiente de confiança, conforto e empatia (senti que foi criado) terminando o diálogo com o realçar e o balanço dos aspectos que foram positivos na sessão e que poderão ter ajudado o outro a ajudar-se – minha intenção).

Perspectiva da doente

O que a doente sabe, pensa e sente....

Após instaladas, a doente inicia espontaneamente o seu discurso referindo que “a sua escuta já é muito importante”. Questiono-a relativamente ao facto de pedir ajudar - Começa por verbalizar as dificuldades familiares que atravessa e que no seu entender são causadoras da situação actual “tenho sofrido muitos conflitos conjugais... tenho sofrido muito... e estou assim agora...” Choro. Continua verbalizando: “...desde a morte do meu filho nunca mais voltei a ser a mesma... e desde aí tudo piorou e parece que nada faz sentido”, “mas os meus netos são a minha motivação”.

Refere ter amigos, e que há outros que a perseguem (delírio ainda presente no discurso) “tenho-me sentido pior algumas pessoas irritam-me, enervam-me... parece que andam atrás de mim só para me chatear!”

“Dormia muito mal...agora já estou a melhorar”, “as regras aqui não deviam ser assim... há pessoas de pessoas... às vezes sinto-me presa, mas sei que preciso de ser acompanhada.”

Perspectiva da enfermeira

História pessoal

Doente com diagnóstico médico de depressão com 1º surto psicótico em Setembro de 2011. Acompanhada na psiquiatria desde há 13 anos, por sintomatologia depressiva. Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, Hipotireoidismo, síndrome vertiginosa.

Aquando do internamento apresentava-se orientada halo e autopsiquicamente, com humor deprimido, pouco comunicativa, lentificada, olhar vago, sem aparentes alterações da memória com alterações do pensamento (delírio persecutório).

Encontra-se reformada, dedica-se à família, nomeadamente ao filho e netos, refere má relação com o marido “conflitos conjugais”. Refere-se à morte de um dos filhos como o marco que iniciou o quadro depressivo – labilidade emocional sempre que a este se refere. Refere ter tido uma vida feliz mas “sofrida” até esse momento. Visão negativista *“agora sinto que já não valho nada”* (sic)

Actualmente doente com humor eutímio, no entanto fáceis triste, refere insónia, tende a isolar-se, apresenta dificuldade em aceitar horários e aceitar regras (cumpre). Refere ansiedade face às “imposições” do internamento. Actualmente com diminuição de ideias delirantes (nomeadamente de perseguição) com *insight* relativamente à sua situação, mas com visão negativista. Refere ansiedade

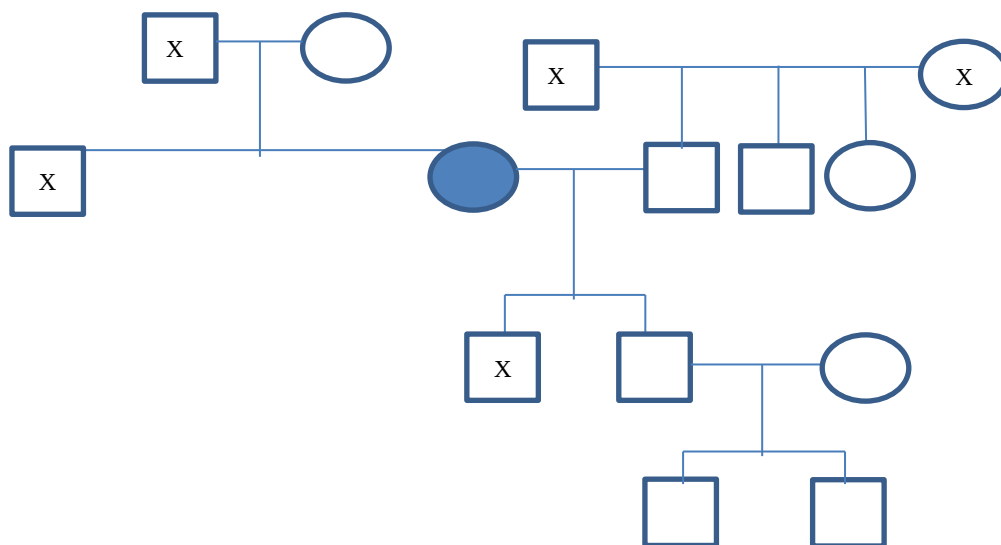
Os netos são a sua motivação *“...é por eles que luto”*. Vive com o marido, que raramente a visita, tem presença assídua de casais amigos, o filho vem visitá-la sozinho (sem os netos). Gosta de actividades de expressão plástica.

Terapêutica instituída:

Quetiapina 50 1 comprimido; Venlafaxina 150 1 comprimido; Lactulose 1 a 2 carteiras em SOS; Diazepam 5mg 1 comprimido; Fluxazepam 30 mg 1 comprimido; Norsac 1 comprimido; Nexium 40mg 1 comprimido em jejum; Olanzapina 10 mg 1 comprimido; Eutirax 1 comprimido em jejum.

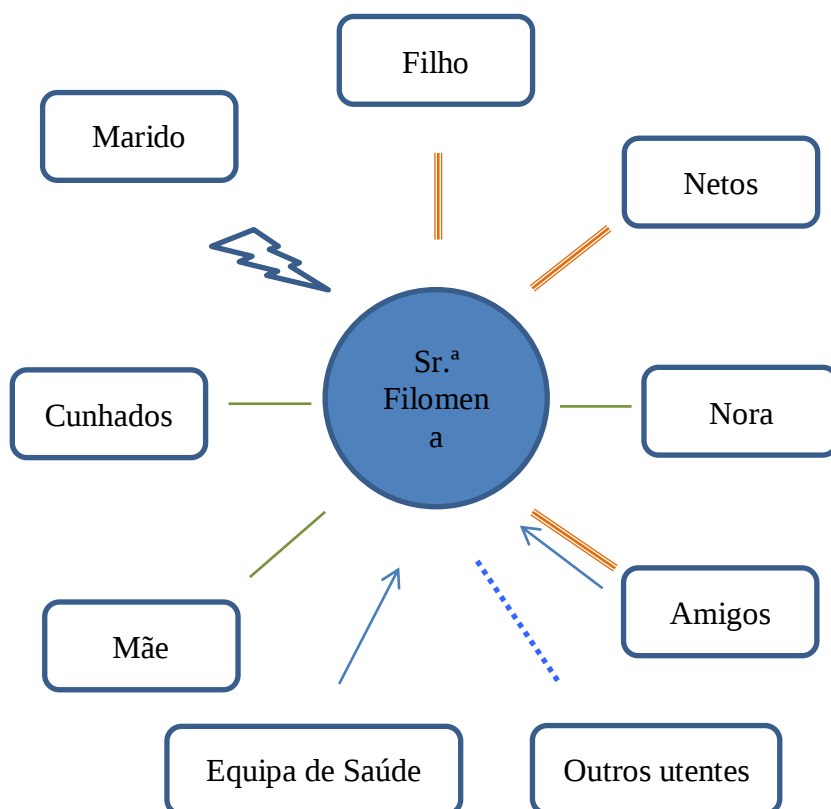
História familiar

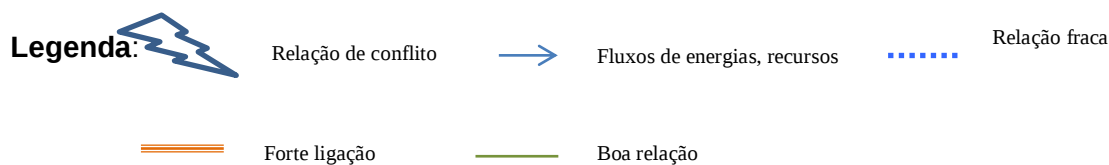
Pai faleceu em 2010, mãe é viva. Relação conflituosa com o marido, teve 2 filhos. Um faleceu de acidente de viação. Tem 2 netos com 6 anos e 9 meses. Refere bom relacionamento com cunhados. Refere não haver história de doença mental na família. Os dados que disponho permitem-me fazer o **genograma** da família nuclear.



Legenda:  → Utente Identificada  → Homem  → Mulher
X → Pessoa Falecida

Ecomapa: Podemos visualizar e identificar rapidamente o aumento e a diminuição da energia nas relações entre os membros da família, pessoas significativas e com o mundo exterior.





Apresenta relação de conflito com o marido, forte ligação aos netos e filho. Os amigos são a sua estrutura de apoio, a ligação entre estes é forte, são eles quem a visitam com maior frequência. Ausência do marido nas vistas. Mãe idosa também não vem à Clínica. O filho vem visitá-la com regularidade, sozinho. Vê na equipa de saúde e neste internamento uma ajuda para o restabelecimento do seu bem-estar. Isola-se no quarto e apresenta pouco relacionamento com os outros utentes.

Análise da Interação

Tendo por base a interacção desenvolvida, a colheita de dados efectuada, os conceitos centrais no estabelecimento de uma relação de ajuda, procurei reflectir e analisar o que houvera ocorrido.

O local escolhido para o desenrolar do diálogo, foi como já referido, da escolha da utente. O espaço, no qual se estabelece a comunicação também afecta uma relação. Por este motivo concordei com a utente que o diálogo fosse estabelecido no seu quarto, local onde se sente segura, e confortável. É um quarto que dispõe de 3 camas, algumas mesas de apoio, com boa luminosidade. Estávamos sós. Senti tranquilidade no local, mas simultaneamente estava apreensiva, com aquele pedido de ajuda. Pensei no que terá levado aquela pessoa a pedir-me ajudar, senti que estava profundamente triste. Percebo também, que está receosa, apesar de me ter chamado até si. As mãos entrelaçam-se, tremem, o olhar é dirigido para baixo. Procurei sentar-me ao seu lado (tal como pedido), por outro lado colocar-me de frente (hipóteses tendo em conta o espaço presente) poderia não ser a postura mais correcta. Procurei não estar numa posição que pudesse ser intimidadora para o outro. Reflectindo agora sobre o vivido, percebo que a proximidade física existiu, inclusive o toque esteve presente. Senti naquele momento que tocar na mão da utente era transmitir-lhe apoio, suporte, confiança.

Estas eram as minhas intenções e expectativas.

Procurei colocar a utente confortável, para que se sentisse à vontade. Neste momento inicial fiquei preocupada com as questões que me podem ser colocadas, serei eu capaz de dar resposta? E se surgir alguma situação complexa? Senti medo face à possibilidade de me sentir impotente perante as necessidades do outro.

À medida que a cliente fala sinto que ela sofre, está triste, parece desencorajada. Há uma questão que me invade ao longo de toda a interacção: *Que poderei fazer, dizer, para o ajudar?* Procurei demonstrar interesse, e entendimento face aquilo que me era dito. Por isso achei relevante os momentos de silêncio e de introspecção (meus e do cliente). Senti necessidade de também eu pensar naquilo que me estava a ser dito, e de que forma a minha intervenção pudesse ser benéfica. Procurei perceber o significado da vivência relatada, e encontrar algo que fosse positivo e que facilitasse a sua transição.

Ao longo da interacção fui invadida por sentimentos de tristeza face à perda que era descrita, mas também alegria quando a doente se refere aos seus netos, o seu olhar enche-se de sorrisos. Percebi da utente esperança mas medo no futuro. Foram vários os momentos em que relembrei os meus doentes e familiares do Instituto Português de Oncologia. Inicialmente senti dificuldade em me focar somente no que me era dito, sem o pensamento me levar até outros momentos, posteriormente a atenção centrada apenas no que me era dito foi crescendo.

Falar de luto é falar de perdas a vários níveis. É sobretudo falar dos nós e laços frágeis e fortes que nos prendem aos outros e a nós próprios e que se quebram num indesejado, ou aí talvez não, momento de crise. Talvez por isso, a emoção que mais me habitou foi a tristeza – e a dificuldade em expressá-la, senti que tive alguma dificuldade em nomear aquilo que estava a viver, por vezes a impotência foi também um sentimento que me invadiu, nomeadamente quando o outro me diz que não sabe o que fazer, que é como se parte de si também tivesse partido. Apesar do filho ter partido há já algum tempo esta doente identifica a sua perda como factor desencadeante da sua doença. Vive uma situação de luto complicado que necessariamente exige acompanhamento. Julgo que a exploração desta temática e desta vivência deveria ter sido mais explorada e será fundamental ser referenciada nas futuras interacções e intervenções.

Senti alegria no outro, e alívio em mim, quando a cliente faz referência à sua família, mais especificamente à relação especial que tem com o filho e muito em particular com os netos – isso é notório no sorriso que transborda de amor quando fala deles. Julgo que o sentimento de alegria e felicidade poderia ter sido neste momento mais explorado. Senti que deveria encoraja-la, motivá-la para encontrar uma saída, e reencontrar aquilo que lhe dá sentido à vida.

Pude compreender no outro a aceitação da perda, no entanto a elaboração da dor da perda e a adaptação a uma nova realidade, parece-me ainda marcada por um turbilhão de sentimentos e dificuldades, não há portanto ainda uma resposta adaptada a essa vivência. Neste sentido, procurei focar-me e focar a cliente naquilo que era para ele o verdadeiro problema vivido no momento, e que exigia intervenção. Procurei direccioná-la para o problema central, e para as acções que ela própria pode desenvolver para o superar. A relação de conflito com o marido deve ser explorada a fim de melhor compreendê-la e ajudar a utente a definir estratégias. Senti na utente alguma dificuldade em explorar mais esta questão, procurei respeitar, senti que era algo doloroso. Talvez também eu tenha sentido medo em invadir algum território que não me fosse concedido entrar.

Senti a Sr.^a Filomena apreensiva no início do seu discurso, mas à medida que a interacção foi sendo estabelecida, a sua postura foi ficando menos tensa, o olhar dirigiu-se, e a necessidade de explicar os diferentes problemas que vivencia ficou notória ao longo do seu discurso.

Percebi a presença de um ambiente seguro e confortável, percebi uma cliente preocupada com a sua situação, com algum *insight*, mas dominada pela tristeza e desmotivação, percebi de mim sentimentos de impotência, e tristeza também, pensei nos significados que atribuo à vivência de um processo de doença, perda / morte, na vulnerabilidade e fragilidade que é o ser humano. Senti necessidade de ajudar o outro a redefinir o seu caminho, a reencontrar equilíbrio, o autocontrolo que viu agora ameaçado. Intervenho, interajo com a finalidade de ajudar o outro a ajudar-se, a encontrar estratégias para ultrapassar este momento de crise. Procurei não emitir juízos de valor, demonstrando preocupação, compreensão. Sinto agora, que tinha essa necessidade, que o outro percebesse que eu estava ali consigo e para a ajudar. Enquanto necessidade percebo insegurança na minha acção. Senti em alguns momentos que queria compreender mais, e explorar profundamente alguns aspectos (perdas várias – filho que faleceu, alteração da relação com o marido). Senti alguma frustração por não o fazer, mas agora percebo que é necessário dar tempo e espaço para a relação, que implica: revelar-se envolver-se, capacitar, possibilitar, compreender-se.

O estabelecimento de uma relação terapêutica pressupõe três etapas: o início, o corpo, e o fim. (CHALIFOUR, 1986)

Na fase inicial da interacção procurei assegurar-me do conforto do outro, procurei ainda definir alguns dos objectivos principais da interacção – escuta, compreensão, o ajudar a ajudar-se. O Enfermeiro e o Cliente acordam em trabalhar juntos com a finalidade de resolver um ou mais problemas do cliente. Esta fase estabelece a base para o trabalho, que irão realizar no futuro. A limitação temporal também foi referida, procurei inicialmente dizer à Sr.^a Filomena “*que o nosso tempo pode ser limitado, mas estou aqui para a ouvir e ajudar*” – este aspecto deveria ter sido melhor clarificado.

O corpo – ou desenvolvimento – da interacção começa quando o cliente começa a descrever aquilo que o perturba. Inicialmente o contacto, sobretudo não-verbal parecia “deficitário” – denotava inquietude no outro (agitação com as mãos, olhar baixo), gradualmente este contacto foi ganhando forma e consegui sentir um clima de conforto e confiança. Procurei cingir-me ao principal problema, ou necessidade apresentada pela utente e centraliza-la na mesma. Apresentei-lhe informação (por ela referida) para o ajudar a clarificar e validar a sua compreensão. Ao invés de a orientar, procurei que ela se orientasse a si própria.

A gestão dos silêncios também me pareceu fundamental. É importante uma escuta eficaz, ou seja, a pessoa que está a ajudar, escuta verdadeiramente o outro. Houve momentos em que senti que era eu que precisava desse momento para pensar sobre o que fora dito, outros momentos houve, que pela expressão não-verbal do outro ou pelo contexto do diálogo percebi no outro a necessidade de um silêncio.

Nesta etapa, a comunicação não-verbal, foi também por mim utilizada. O acenar com a cabeça, como que a validar, no sentido de demonstração de apoio e aceitação do outro.

Nesta fase da interacção procurei fazer a avaliação do cliente e examinar e explorar alguns dos dados colhidos.

O término da interacção pressupõe o significado daquele encontro para o cliente. Este aspecto foi desde logo referido pelo mesmo, sem necessidade de eu o referenciar. Procurei perceber a relevância da interacção, que resultados o outro obteve, e definição de acções futuras.

Disponibilizei tempo e interesse para próximos encontros. Senti dificuldades a vários níveis, como de resto já fui mencionando. A expressão dos sentimentos e pensamentos pareceu-me a etapa mais difícil de desenvolver. No entanto, revelou-se fundamental, pois a interacção estabelecida permitiu ao outro pensar sobre a vivência, explorar sentimentos e emoções e definir estratégias para desenvolver respostas adaptadas a situação que vivencia. Foi fundamental para mim, como também elemento que me possibilitou a exploração do que vivi, senti e pensei. Aprofundei conhecimentos sobre mim mesma (auto-conhecimento), sobre a relação com o utente, sobre competências a desenvolver enquanto enfermeira especialista. Numa situação em que o cliente se encontra em crise, é relevante que o enfermeiro esteja consciente da finalidade da Relação Terapêutica ou da Relação de Ajuda.

Ao longo da interacção estabelecida, julgo que a minha atitude dominante compreendeu a necessidade de ajudar o outro a encontrar uma solução para o seu problema, procurei ser empática, no entanto senti dificuldade em expressão alguns sentimentos, bem como em centralizar-me no cliente, houve momentos de “fuga” para o problema e para o que isso representava em mim (recordar de outras vivências, medos, impotência).

O tom de voz foi sempre o mesmo, talvez houvessem momentos em que a alteração deste pudesse ser benéfico, como no realçar dos aspectos positivos da vida do cliente. O ritmo da interacção foi regular. Em termos de comunicação não-verbal, o recurso ao olhar esteve presente, julgo ter sido adequado e favoreceu posteriormente o olhar do outro, que inicialmente parecia estar em “fuga”. O gesticular com os braços e com as mãos é sem dúvida uma característica minha. Parece que as mãos também falam, e percebo que em alguns momentos também elas transmitiam os meus sentimentos e emoções. Nem sempre este gesticular pode ser benéfico na interacção, o outro pode percebê-lo como uma “afronta”, o que não foi o caso na situação descrita, até porque a utente também ela falava muito através das suas mãos.

A forma como o cliente confirma a pertinência das intervenções, é fundamental para a compreensão da interacção estabelecida. A sua postura de conforto, e confiança, as afirmações verbais que desenvolve relativamente a acções a desenvolver, promovem a compreensão do outro face aquilo que realmente lhe é importante, e a consecução dos objectivos delineados inicialmente.

4. EXAME DO ESTADO MENTAL

(aquando da interacção estabelecida)

Percepção:

Não foram apuradas alterações na percepção.

Pensamento:

Por vezes apresenta fuga de ideias ao longo do seu discurso. Nega alucinações, no entanto apresentava aquando da sua admissão delírio de perseguição, que não apresenta actualmente, embora esporadicamente se encontre ao longo do discurso algumas ideias de perseguição “os outros às vezes parece que não compreendem o que digo e olham de uma maneira para mim...” (sic)

Insight:

Demonstra conhecimento em relação à situação actual, reconhece que é importante estar internada, mas minimiza a perturbação do humor e tem dificuldade em compreender os efeitos da medicação e a necessidade da imposição de algumas regras que facilitem a recuperação. Insight por vezes diminuído pelo facto de “ver” o mundo negativamente.

Juízo Crítico:

Apresenta evidência de juízo crítico sobre acontecimentos pessoais.

Humor e Emoções:

Humor deprimido inicialmente, posteriormente eufímico, labilidade emocional, ansiedade. Afecto não reactivo.

Aspecto e Comportamento:

Aparência física cuidada, usa maquilhagem, tendencialmente mantém olhar baixo, lentificação psico-motora, a idade aparente coincidente com a real.

Atitude:

Colaborante durante as interacções.

Atenção:

Captável.

Vestuário e Higiene:

Higiene cuidada, vestuário apropriado à estação do ano.

Discurso e Linguagem:

Sem perturbação do discurso verbal, da fala ou do contacto. Discurso coerente e lógico, no entanto apresenta alguma lentificação, fala monocórdica com pouca variação prosódica.

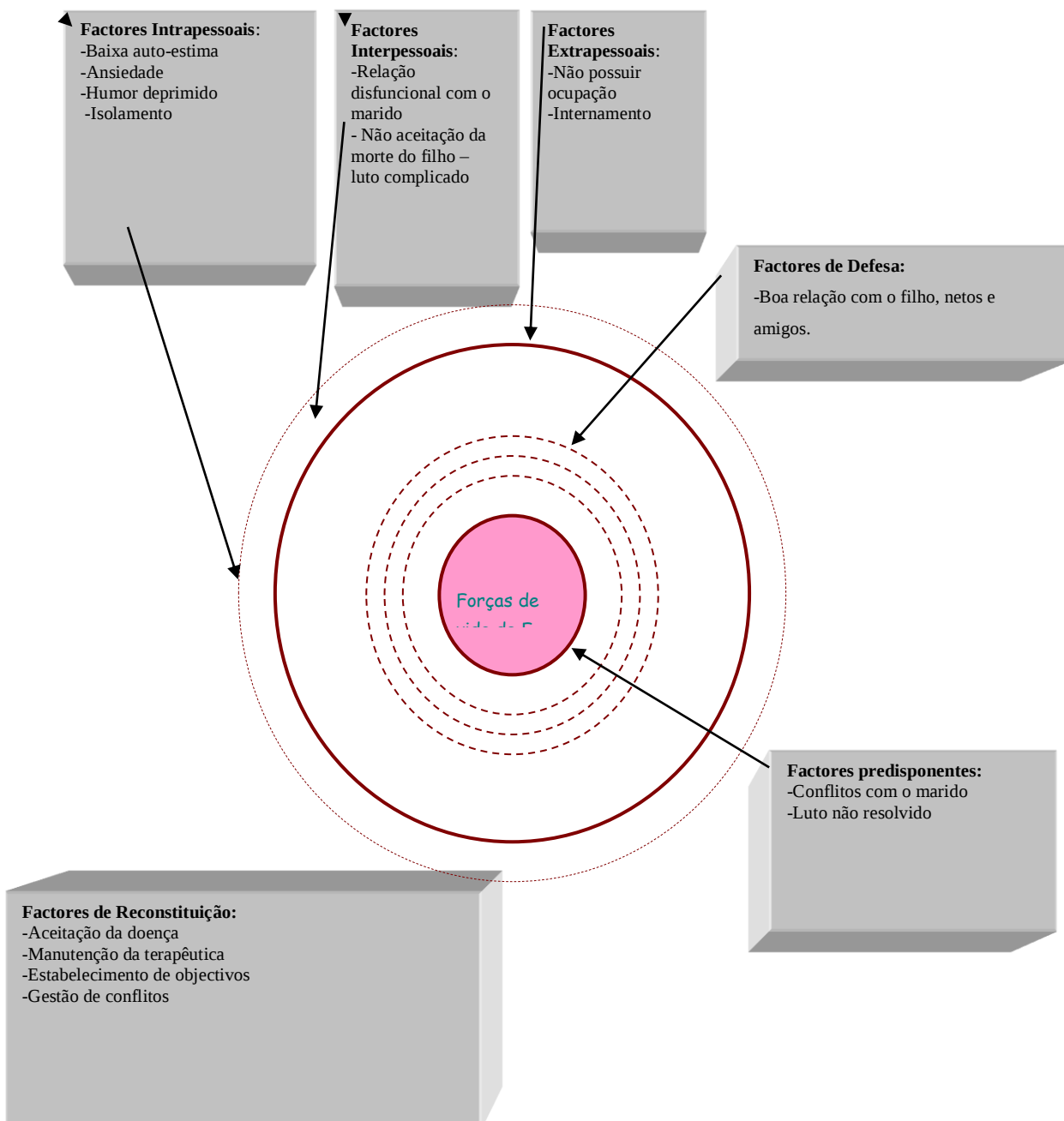
✚ **Orientação e Cognição:** Orientada no tempo, espaço, auto e alopsíquicamente.

✚ **Consciência:** Vigíl.

✚ **Memória:**

Não foram observadas alterações na memória.

5. SEGUNDO O MODELO DE BETTY NEUMAN



6. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Desesperança, relacionada com sentimentos de desvalorização e manifestada pelo seu fâcies e humor deprimido	Autocontrole da depressão (acções pessoais para minimizar a melancolia e manter o interesse pelos eventos da vida).	-Assistência na Auto modificação. -Controle do humor. -Promoção da capacidade de resiliência. -Promoção de esperança. -Suporte emocional. -Presença. -Terapia recreacional. -Aumento da socialização.	Doente refere esperança no futuro, humor eutímio, maior capacidade de relacionamento com os outros, participa em actividades desenvolvidas.

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Humor deprimido, relacionada com internamento e patologia base e manifestada por: Fâcies triste; Verbalização de sentimentos de tristeza.	Melhoria do estado de humor.	- Avaliar o humor (sinais, sintomas) regularmente; - Determinar a reacção típica do doente ao humor; - Promover ambiente descontraído; - Monitorizar estado físico (exemplo: hidratação, peso...); - Ajudar a monitorizar o seu humor; - Ajudar a identificar pensamentos subjacentes ao humor depressivo; - Ajudar a identificar situações precipitantes de sentimentos de tristeza; - Ajudar a identificar recursos disponíveis; - Estimular a participação em actividades; - Oferecer orientação sobre o desenvolvimento e manutenção de sistemas de apoio.	Humor eutímio. Apresenta algum negativismo face ao futuro (medo), mas apresenta esperança e acredita "que é possível".

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Padrão do sono perturbado, relacionado com insónia inicial, e manifestado por sonolência durante o dia.	Descrever os factores que impedem ou inibem o sono. Diminuir a insónia inicial.	-Investigar com o cliente as rotinas habituais para dormir; -Organizar procedimentos, evitando o menor número de perturbações durante o período de sono; -Limitar o tempo de sono durante o dia; -Manter um horário regular para dormir e acordar; -Estabelecer uma rotina relaxante antes de dormir.	É capaz de identificar o que perturba o seu padrão do sono. Actualmente com padrão regularizado, ainda alguma sonolência diurna.

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Coping ineficaz <u>Relacionado com:</u> Distúrbio no padrão de alívio de tensão <u>Manifestado por:</u> Fadiga Mudança nos padrões habituais de comunicação (isolamento) Resolução de problemas inadequada Uso diminuído do suporte emocional	- Identificar padrões eficazes de coping. - Relato de diminuição dos níveis de stress e emprego de comportamentos para a sua diminuição . - Utilizar o apoio social disponível. - Procura de ajuda profissional quando adequado. - Relato de diminuição de sentimentos negativos.	- Avaliação da adaptação do utente a mudanças. - Avaliação do impacto da situação de vida sobre papéis e relacionamentos - Avaliação da capacidade de decisão do utente. - Utilização uma abordagem calma e segura. - Propiciação de uma atmosfera de aceitação. - Encorajamento de uma atitude de esperança realista como uma forma de lidar com sentimentos de desamparo. -Encorajamento para avaliação do próprio comportamento. Encorajamento para a participação em	Valoriza situações de controle, relata situações de controle de tensão, melhorou interacção, padrões de comunicação. Identifica padrões ineficazes mas tem dificuldade em encontrar padrões eficazes de ajuste individual.

		actividades sociais. - Encorajamento da verbalização de sentimentos e emoções - Auxílio ao utente na identificação dos seus pontos fortes. - Auxílio na identificação de estratégias positivas para lidar com as limitações e na administração de mudanças necessárias do modo de vida. - Sugestão da utilização de técnicas de relaxamento como Yoga ou outras.	
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Ansiedade <u>Relacionado com:</u> Mudanças do estado de saúde; Internamento; <u>Manifestado por:</u> Verbalização do problema.	-Que a utente seja capaz de identificar os estímulos que provocam ansiedade; -Que a utente seja capaz de identificar estratégias que reduzam a ansiedade; - Que a doente seja capaz de controlar a sua ansiedade; -Que a utente seja capaz de criar e utilizar eficazmente as suas estratégias de coping.	-Usar uma abordagem calma e segura; - Proporcionar espaços de diálogo; - Manter escuta activa; - Criar um ambiente que facilite a confiança; - Oferecer privacidade no quarto, quando apropriado; - Fornecer informação à utente sobre o seu diagnóstico, tratamento, o motivo e objectivo do seu internamento; - Permitir e encorajar a expressão de sentimentos e medos; - Encorajar a utente a participar em	Identifica situações causadoras de ansiedade, dificuldade em definir estratégias. Colaborante no decurso das actividades de relaxamento – refere que estas a têm ajudado no controle de situação mais tensas. Refere sentir-se menos ansiosa do que no início do internamento. Exprime sentimentos e apresenta padrão do sono adequado.

		actividades recreativas, conforme apropriado; - Reduzir os estímulos geradores de ansiedade; - Identificar pessoas significativas cuja sua presença possa auxiliar a utente; - Apoiar e incentivar o uso de mecanismos de defesa apropriados; - Administração de terapêutica ansiolítica, se necessário.	
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Baixa auto-estima situacional, <u>relacionada com</u> sentimento de fracasso, relação conflituosa com o marido, morte do filho e <u>manifestada por</u> frustração, humor deprimido, relações interpessoais insatisfatórias.	<u>Adaptação psicossocial:</u> mudança de vida (resposta da adaptação psicossocial de um individuo a uma mudança de vida importante) <u>Melhora da autoestima:</u> Que a utente seja capaz de: - Verbalizar aspectos positivos sobre si próprio e que seja capaz de aceitar as próprias limitações. - Descrever a si próprio. - Comunicar de forma assertiva com os outros. - Expressar algum optimismo e esperança no futuro. - Expressar aumento do nível de confiança em si mesmo.	- Suporte emocional. - Promoção do aumento da capacidade de resiliência. - Ensinos, fornecer informação. - Apoio á tomada de decisão. - Escutar activamente. - Controle do humor. - Aumento da socialização.	É capaz de identificar aspectos positivos em si (auto-valorização), no entanto tem dificuldade em aceitar as suas limitações, melhorado o contacto visual, melhor interacção com o grupo – menos isolamento. Ainda presentes sentimentos de culpa.

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Pesar (luto) Complicado <u>Relacionado com:</u> Morte do filho <u>Manifestado por:</u> Depressão Diminuição de sentimentos de bem-estar Diminuição do desempenho dos papéis na vida	- Realizar e finalizar o processo de luto para as suas perdas. - Apresentar diminuição dos sintomas depressivos, evidenciando melhoria do humor. - Desempenhar da melhor forma os seus papéis sociais, sem prejuízo para si e para os outros. - Manifestar aumento de sentimentos de bem-estar.	- Identificação com a utente das perdas. - Identificação da fase do luto em que o utente se encontra e ajuda na ultrapassagem da mesma (Cinco fases do Morrer de Kubler Ross, estadios de Parkes). - Encorajamento da expressão de sentimentos e emoções acerca das perdas. - Auxílio na identificação de estratégias pessoais de coping. - Auxílio na identificação das mudanças necessárias no modo de vida. - Avaliação regular do humor da utente. - Determinação do risco para si e para os outros. - Monitorização da capacidade de autocuidado. - Monitorização do estado físico do utente (peso, estado de nutrição). - Auxílio na manutenção de um ciclo normal de sono/vigília através da administração de medicação indutora do sono. - Estimulação da realização de actividade física. - Monitorização do funcionamento cognitivo. - Encorajamento para o assumir de um papel activo no tratamento e recuperação. - Auxílio na identificação dos recursos disponíveis e de elementos positivos (capacidade pessoal) que possa ser utilizados na modificação dos elementos precipitadores	A utente encontra-se ainda numa fase de revolta face à morte do filho. É capaz de expressar sentimentos presentes, mas apresenta dificuldades em definir estratégias. Humor melhorado – eutímico. Colabora mais nas actividades, mantém alguma limitação na actividade física pela identificação ainda apresentada, no entanto melhorada. Identifica o seu papel familiar como relevante. Compreende a necessidade de acompanhamento, refere que vai procurar ajuda para poder continuar a ser acompanhada relativamente a perda que vivenciou.

		do humor disfuncional. - Encorajamento para a envolvência do utente em actividades sociais. - Administração de medicação estabilizadora do humor. -Monitorização de possíveis efeitos secundários da medicação. - Monitorização e promoção da adesão à terapêutica.	
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados
Integração social prejudicada Relacionado com: Perturbação do humor; Manifestado por: Isolamento social.	- Que a utente seja capaz de encontrar actividades recreativas que a satisfaçam; - Que a utente apresente um fácies mais expressivo; - Que demonstre confiança de modo a expressar os seus sentimentos; - Que a utente manifeste desejo de relacionament o social.	- Estabelecer com a utente uma relação de confiança; - Mostrar interesse pela utente; - Encorajar a expressão de sentimentos; - Solicitar e ter expectativas de comunicação verbal; - Auxiliar a utente a aumentar a percepção dos pontos fortes e as limitações na comunicação com os outros; - Oferecer feedback sobre a melhoria dos cuidados com a aparência pessoal e outras actividades; - Oferecer reforço positivo; - Encorajar a um maior envolvimento nas relações já estabelecidas; - Encorajar a utente a frequentar espaços sociais, se apropriado; -Encorajar o envolvimento em interesses totalmente novos, se apropriado.	Doente apresenta maior cooperação nas actividades em grupo, isola-se menos no seu quarto. Maior envolvimento das actividades sociais, consegue identificar a dificuldade em interagir com os outros – procura ajuda - há receptividade há mudança. Actualmente com maior interacção com os outros utentes, maior capacidade de expressão. Passa mais tempo na sala de estar.

Nota: Não foi descrito como diagnóstico - alteração do pensamento associado a ideias delirantes visto este aspecto ter sido apresentado apenas inicialmente aquando da admissão e entrevista, sendo que foi uma dificuldade superada, a vigilância foi mantida por forma a despistar novo quadro de delírio. Durante o internamento não apresentou quadro de ideação suicida, ou indícios de, a atenção a este aspecto foi mantida.

Utente teve alta no decurso (final) da 3ª semana de Novembro.

Análise das intervenções e resultados

No planeamento dos cuidados de enfermagem a um indivíduo deprimido, as prioridades da equipa de enfermagem devem incluir a redução e a remoção das respostas emocionais desadaptadas do paciente, a restauração do funcionamento ocupacional e psicossocial, a melhora da qualidade de vida e a minimização da probabilidade de recaída e de recorrência. Este foi o meu imperativo inicial na definição de intervenções específicas para a D. Filomena.

O enfermeiro de Saúde Mental tem um papel central na intervenção em situações de crise no indivíduo, na família e na comunidade. O grande objectivo, é fundamentalmente ajudar o cliente a vencer o seu problema, validar com ele sobre os recursos e as estratégias que este possui, com vista a orientá-lo na resolução dos problemas. A sua eficácia depende das estratégias, esforços cognitivos e da atitude que o mesmo toma frente a uma situação de crise com base nas orientações dadas.

A formulação e a ponderação dos diagnósticos levantados, possibilitou-me centrar os cuidados de enfermagem mais evidentes e delinear intervenções individualizadas, ajustadas às carências da cliente. É de realçar que embora a cliente tenha apresentado melhoria, o caminho de restabelecimento nestas situações é sempre longo e terá que ter uma continuidade nas intervenções por mim delineadas e implementadas pelos elementos da equipa multidisciplinar, basicamente pelo enfermeiro de saúde mental. Tive alguma dificuldade em reunir a muita informação adquirida e toda a minha intervenção a nível dos registos de Enfermagem, fazendo um resumo da informação fornecida pela cliente, assim como por mim presenciada estabeleceram os apoios para a elaboração de todos os procedimentos de actuação.

Atrevo-me a dizer que este estudo de caso, cooperou para o meu processo de aprendizagem, indo de encontro aos objectivos delineados para este ensino clínico. Tento evidenciar a minha apreensão em apoiar e ajudar a cliente a obter uma harmonia e estabilidade emocional e essencial para promover capacidade de aceitação e mudança de comportamento para a sua recuperação e promoção da saúde aos diferentes níveis.

A concretização deste trabalho foi importante, fundamental para o meu desenvolvimento humano e profissional, uma vez que me permitiu estabelecer uma relação de ajuda e apoio emocional

com a cliente em estudo. É de valorizar e realçar a abertura, receptividade e confiança que a cliente demonstrou face às orientações proporcionadas.

As intervenções desenvolvidas essencialmente compreenderam o estabelecimento de uma relação de ajuda como elemento não só de diagnóstico mas como meio através do qual a utente percepção os seus problemas e procura reflectir sobre os mesmo e quase sem se dar conta é capaz de compreender o porque e o que poderá melhorar ou solucionar o que foi identificado.

A Relação de Ajuda é uma dimensão fundamental do cuidar em Enfermagem, e implica um grande empenho por parte dos Enfermeiros. É uma Relação na qual se promove o crescimento do outro, de forma a promover a sua maturidade e desenvolvimento, e aumentar a capacidade de experimentar novas emoções e viver a vida.

O papel do Enfermeiro, no estabelecimento de uma Relação de Ajuda, não é o de fornecer soluções para a resolução da situação/problema, mas antes agir, de modo a que o utente compreenda melhor a sua situação e se compreenda melhor a si mesmo. Assim, ao efectuar uma abordagem centrada na pessoa, o Profissional de Enfermagem cria as condições relacionais que permitem ao utente, encontrar, ele próprio, a melhor solução, no sentido de ultrapassar as suas dificuldades ou problemas.

Para nós, enfermeiros, a Relação de Ajuda deve ser entendida como uma troca pessoal entre dois seres humanos, processando-se de forma igualitária, na qual as duas pessoas devem respeitar-se mutuamente na qualidade de pessoa única. Enquanto enfermeira, sou da opinião, que devemos compreender e aceitar incondicionalmente o outro. No estabelecimento de uma relação de ajuda, torna-se indispensável que os enfermeiros desenvolvam competências ao nível da comunicação de forma a compreender melhor o outro e a si próprio, reflectindo sobre tudo aquilo que vivem e sentem como prestadores de cuidados. A relação de ajuda que gradualmente fui desenvolvendo com a D. Filomena ajudou-me nesta compreensão. Mais do que em qualquer momento procurei reflectir sobre o vivido e sobre o sentido, de que forma agi, porque, que sentimento esteve por detrás da acção, o que pode dificultar a minha intervenção. Compreendi também que só aceitando as minhas falhas e limitações posso aceitar o outro, só percebendo os meus sentimentos posso compreender os do outro. Estes foram aspectos fundamentais no meu crescimento enquanto pessoa e profissional. Percebo também que nesta partilha e aprendizagem mútua, a D. Filomena também ela foi capaz de se dar conta das suas principais preocupações e dificuldades. Ainda apresenta limitações na definição de estratégias e no desenvolvimento de planos futuros, mas foi capaz de identificar o que sentia, o que não conseguiu lidar, e compreender a importância do tratamento e da ajuda a si mesma como processo fundamental para a recuperação do seu bem-estar.

No estabelecimento das várias interacções com a D. Filomena senti que o meu papel era de uma enfermeira que permitia a utente expressar o que ela sentia e lhe oferecia a ajuda necessária, possibilitando-lhe o sentir a experiência de doença, como uma experiência que reorienta os

sentimentos e fortalece os elementos positivos da sua personalidade, da sua vida. As dificuldades sentidas foram várias nomeadamente a percepção da dor do outro, que muitas vezes é tanto uma dor por nós já sentido, foi algo que vivenciei. Reflectir sobre mim mesma e sobre as dificuldades, sentimentos escondidos, necessidades que afluíam, foi algo doloroso, implica um caminho de compreensão e aceitação.

Numa situação em que o cliente se encontra em crise, é relevante que o enfermeiro esteja consciente da finalidade da Relação Terapêutica ou da Relação de Ajuda. Gradualmente procurei redefinir os objectivos e intervenções por forma a ajudar a utente, essencialmente procurei ajudá-la a:

- Resolver (ou encontrar estratégias) uma situação actual ou potencialmente problemática;
- Favorecer ao utente o desenvolvimento mais completo da sua liberdade, de forma a conduzi-lo à autonomia;
- Incentivar o utente à comunicação dos seus sentimentos, opiniões, e a satisfazer as suas necessidades de segurança, de pertença e de consideração. A possibilidade de encontrar respostas aos seus verdadeiros problemas evita que a pessoa tenha que recorrer a estratégias inadequadas;
- Clarificar o problema de modo a chegar a uma compreensão mais profunda, mas também mais realista da sua dificuldade e a descrevê-la segundo as suas percepções;
- Identificar as motivações que a ajudem a viver com coragem e a fazer da situação problemática uma experiência positiva;
- Potencializar capacidades na utente, de modo a viver mais plenamente e a superar a situação de crise;
- Proporcionar o crescimento e desenvolvimento das faculdades internas da pessoa;
- Enfrentar com a utente os problemas presentes e encará-lo como interveniente activo na resolução da sua situação;
- Apoiar a utente no conjunto do processo escolhido, para passar da situação actual à situação desejada;

As dificuldades encontradas e descritas no relacionamento com o marido, deveria ter sido mais exploradas, no entanto procurei respeitar algum “silêncio” que a doente impôs relativamente a esta temática, e focar-me naquilo que por ela foi identificado como o principal problema.

Este trabalho acabou por se tornar bastante enriquecedor, na medida que me permitiu conhecer quais as perspectivas e quais os posicionamentos relativamente ao que a doente percepcionava da sua doença, e o seu problema central. Desenvolvi competências no âmbito da relação de ajuda, reflecti individualmente, sobre a prática de cuidados, sobre a minha vivência e o meu sentir. Este trabalho serviu também para me aperceber das minhas fragilidades enquanto prestador de cuidados e enquanto ser humano.

ANEXO VI - GUIÃO DA ENTREVISTA

<u>Objectivos</u>	<u>Tipologia das Questões</u>	<u>Anotações</u>
Legitimar a entrevista	Pedir autorização – consentimento informado	Informar dos objectivos Valorizar o contributo Assegurar confidencialidade
Determinar as características da pessoa	Género, idade, profissão, agregado familiar, apoios, etc.	Recurso ao processo clínico.
Identificar dificuldades – necessidades principais	Abordagem multidimensional (aspectos físicos, psíquicos, espirituais – procurar ajudar o outro a compreender qual o seu problema central) (Percepção da vivência actual, perdas ocorridas, estratégias usadas)	Comunicação não-verbal Conhecimentos que apresenta – insight Sentimentos e emoções presentes – no outro e em mim Perceber recursos Sintomatologia apresentada Avaliação física e exame mental Estar atento a aspectos referenciados e não observados, ou observados e não referenciados Cuidador informal Estar desperto a condições no domicílio (se a avaliação o permitir)

GRELHA DE AVALIAÇÃO DE ENTREVISTA

	A COMUNICAÇÃO		PROCESSOS ASSO- CIADOS À TOMA- DA DE CONSCIÊN- CIA DE SI	AS ATITUDES FA- CILITADORAS	AS FASES DE DES- ENVOLVIMENTO DA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS
	NÃO VERBAL	VERBAL			
ASPECTOS A CONSIDERAR DURANTE A ENTREVISTA	• A voz • Os silêncios • Os gestos, as mímicas • As posturas • Os encorajamentos a prosseguir	• A reiteração • A reformulação • A elucidação • As questões • A síntese • O "feed-back" • A revelação de si • A informação, o conselho • A confrontação	• Percepção da situação (os factos) • Os pensamentos (significação dos factos) • Os sentimentos (emoções) • Motivações (intenções, desejos, necessidades) • Comportamentos (dizer, fazer)	• Empatia • Autenticidade • Respeito • Especificidade • Imediatez • Confrontação	• Colheita de dados • Determinação das necessidades • Escolha e planificação das intervenções • Aplicação das intervenções • Avaliação dos resultados
ETAPAS DA ENTREVISTA					
<u>O INÍCIO</u>					
<u>O CORPO</u>					
<u>O FIM</u>					

GRELHA DE AVALIAÇÃO DE ENTREVISTA

Itens de Avaliação		Usou	Observações/Classificação	
COMUNICAÇÃO	NÃO VERBAL	A voz		
		Os silêncios		
		Os gestos, as mímicas		
		As posturas		
	Os encorajamentos a prosseguir			
	VERBAL	A reiteração		
		A reformulação		
		A elucidação		
		As questões		
		A síntese		
O “feed-back”				
PROCESSOS ASSOCIADOS À TOMADA DE CONSCIÊNCIA DE SI	A revelação de si			
	A informação, o conselho			
	A confrontação			
	Percepção da situação (os factos)			
	Os pensamentos (significação dos factos)			
	Os sentimentos (emoções)			
	Motivações (intenções, desejos, necessidades)			
	Comportamentos (dizer, fazer)			
	ATITUDES FACILITADORAS	Empatia		
		Autenticidade		
Respeito				
Especificidade				
Imediatéz				
FASES DE DESENVOLVIMENTO DA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Confrontação			
	Colheita de dados			
	Determinação das necessidades			
	Escolha e planificação das intervenções			

ANEXO VII – REFLEXÕES (Módulo I - Internamento em Psiquiatria de Agudos)

(serão expostas apenas algumas das reflexões realizadas durante este percurso)

1ª, 2ª e 3ª Semana:

Embora tivesse experienciado inúmeras situações, destaco como ponto principal de reflexão neste documento: “**A comunicação terapêutica no âmbito da enfermagem psiquiátrica**”.

Durante esta semana, aconteceu uma situação que identifiquei como nova, após uma das utentes iniciar um quadro de choro e lamentos que coadunavam com alguma agitação por parte da mesma. Perante a situação, optei por a levar para o exterior e iniciar um diálogo com o objectivo de a confortar, mas principalmente para compreender a fonte de todo aquele estado. Desta forma, comecei por tentar criar um ambiente de empatia, com o intuito de transmitir segurança, confidencialidade e alguma sintonia. Esta atitude é reforçada por KAPLAN, SADOCK e GREBB (1997, p.259) afirmando que se deve “(...) *transmitir envolvimento, empatia, respeito e competências ao paciente, a fim de criar um rapport e confiança que permitam ao paciente falar honesta e intimamente.*”

Os supracitados autores afirmam ainda que “*um dos aspectos mais difíceis de lidar com um paciente deprimido consiste em experienciar sua falta generalizada de esperança.*”, uma vez que estes “(...) *acreditam que este sentimento continuará indefinidamente, e que não há esperança.*” (1997, p.260). Pude constatar a veracidade desta afirmação, pois, nesta ocasião tive alguma dificuldade em conseguir transmitir confiança e expectativas positivas na resolução do problema. Por outro lado senti-me invadida pelo medo... medo de como aquela pessoa iria reagir à minha interacção... e eu que estava ali com ela no jardim, fora da Unidade (que naquele momento sentia como um refugio perdido). Agora penso, terei sentido medo da sua reacção, ou da minha, medo de não saber lidar com a reacção do outro, ou com a dor do outro, medo da rejeição que o outro pudesse ter face à minha intervenção. Penso que todos estes receios me invadiram neste momento.

Neste seguimento, destaco outro obstáculo sentido, o facto de conseguir demonstrar que poderia ser a própria doente, a encontrar respostas dentro si para solucionar toda aquela inquietação. Pois como declara POTTER & PERRY (2006, p.138) “ (...) *na comunicação terapêutica o enfermeiro estabelece uma relação com diversas finalidades*”, o utente é então, “ (...) *ajudado a clarificar necessidades e objectivos, a resolver problemas, a superar crises situacionais ou de maturação, a clarificar e reforçar valores, a reduzir o stress e a ansiedade, e a adquirir compreensão e conhecimento de si mesmo*”.

No entanto, e apesar dos obstáculos primariamente sentidos, penso ter conseguido atingir o propósito inicial e actuar como factor facilitador e de apoio para o emergir das respostas ao problema anteriormente descrito. Durante e após o relacionamento com a doente senti-me bastante

satisfeita, contente e orgulhosa com a minha prestação, reconheci que actuei como elemento tranquilizador naquela situação. A utente agradeceu-me por ter reconhecido que a sua condição não era aprazível e por ter respeitado os seus sentimentos, o que me deixou bastante satisfeita. Segundo POTTER & PERRY “*uma boa comunicação começa com uma atitude sem juízos.*” (2006, p.89). Se uma situação idêntica voltasse acontecer iria tentar adoptar a mesma conduta, tendo a lisura que cada pessoa é única e que por este motivo as circunstâncias iriam ser diferentes.

No entanto, penso ter aspectos a melhorar, para desta forma conseguir atingir uma qualidade de cuidados de enfermagem exímios. Após ter reflectido sobre a referente situação e outras que já havia experienciado, penso que no ramo da saúde psiquiátrica a postura e as técnicas a utilizar devem ser bastante diferentes. A constatação deste facto, fez com que me questionasse sobre o supramencionado sucesso e me sentisse acometida por novos sentimentos de incerteza e dúvida.

Encontrei como ponto de resolução deste conflito interno, uma pesquisa acerca da temática em causa, podendo assim sentir-me esclarecida e mais informado acerca das particularidades desta realidade. O dialogo e a discussão sobre esta temática com os profissionais de saúde da Unidade foram uma mais valia e facilitaram a minha aquisição de novos conhecimentos, novas realidades, assimilação e aperfeiçoamento de novas competências. Não considerando o resultado final como perfeito, esta situação permitiu-me desenvolver algumas das competências necessárias para uma actuação adequada em futuros contextos. Esta tornou-se um excelente momento de aprendizagem, permitindo-me atingir novos conhecimentos e novas formas de lidar diariamente com estes momentos que com o decorrer da vida profissional, se tornará uma base fundamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (tidas em consideração)

- PHANEUF, M. (1995). *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira*. Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Cuidar.
- STUART, G. W. & LARAIA M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. (6ªed). Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN: 85-7307-713-1.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. (1997). ***Compêndio de Psiquiatria – ciências do comportamento e psiquiatria clínica***. 7 ed. Porto Alegre, Artes Médicas.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. (1996). ***Grande Tratado de Enfermagem Prática: clínica e prática hospitalar***. São Paulo, Santos.

Reflexão - “Sobre os cuidados de enfermagem e a minha ajuda à pessoa com doença mental”

Uma doente que se encontra internada na Unidade 2 da Clínica de São José tem historial de depressão, e tem apresentado ideias delirantes. A C. é uma pessoa de bom contacto, sorridente, mas que apresenta alterações do pensamento que lhe causam uma grande ansiedade. Refere já estar farta de estar naquele serviço, que está pior, quer ir para casa, e inicia então um discurso tipo bola de neve, em que por vezes se perde o rasto e em que o delírio culmina numa ansiedade brutal.

A C. tem também apresentado nos últimos dias, alteração do padrão do sono, com muita sonolência, refere ter pesadelos, tendo mesmo apresentado a necessidade de fazer terapêutica em SOS face à ansiedade que refere sentir.

Decidi então planear algumas estratégias simples de relaxamento, para tentar praticar com a C. num momento em que estivéssemos as duas a conversar a cerca do que a preocupa.

Já tinha planeado previamente as minhas intervenções com a utente, como introduzir os exercícios simples de relaxamento, e neste sentido estava confiante. No entanto e chegado o momento, percebi que me sentia ansiosa, e um pouco apreensiva. Penso que sentia algum receio que a utente não se demonstrasse receptiva aos meus ensinamentos.

A utente demonstrou-se receptiva, e os ensinamentos decorreram num espaço privado, enquanto estávamos as duas a falar das suas preocupações, e eu a tentar compreender o que lhe gerara tanta ansiedade. A verdade é que após os mesmos, percebi (e pensei) por um instante, se estes ensinamentos seriam mesmo pertinentes, e seriam mesmo eficazes, se a causa da ansiedade permanecia?

Consegui posteriormente perceber que de alguma forma as minhas intervenções tinham sido úteis, a Sr^a. C. não apresenta apenas estes momentos de ansiedade quando associados a períodos em que apresentava algum delírio (de perseguição geralmente), tem também momentos em que se sente ansiosa “sem saber bem porquê” (sic), e em que dorme mal. Penso que quando me apercebi deste facto consegui reflectir verdadeiramente sobre a minha prática e qual a melhor maneira de lidar com o delírio de uma pessoa. Este foi desde sempre um desafio para mim... agora tenho a percepção de que devemos tentar orientar a pessoa na realidade, sem nunca a confrontar, mas tentando perceber o seu mundo, as suas ideias, e tentar através do mesmo perceber o que se passa com a PESSOA. Este exercício que incuti a mim mesma, permitiu-me posteriormente compreender que a ansiedade da doente também se prendia com o facto de deixar de ter por períodos contacto com o companheiro, o que a deixava angustiada, e ao qual ela associava a outras pessoas que no exterior a “perseguiam” tentando gerar a separação desta e do seu companheiro. Esta situação potenciava na utente uma *“sensação de perseguição dentro da clinica”* (sic) *“porque todos olham, porque não posso falar ao telemóvel... porque só me manda mensagens...”* (sic) Penso que o indicado será sempre orientar a pessoa a reforçar as suas estratégias contra o delírio, mas sempre sem o negar, numa tentativa exaustiva de o compreender.

É importante utilizarmos a parte saudável da pessoa para promover a salubridade de toda a pessoa.

Realizei então uma análise que se prende com a prática de enfermagem, para uma melhor compreensão da minha actuação.

A pessoa é um todo que engloba a sua saúde e a sua doença.

A pessoa que tenho diante e que é alvo dos cuidados de enfermagem constitui-se como um ser global, *“um complexo de variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais) cada uma das quais sendo uma subparte de todas as partes que formam o todo que é o cliente”* (NEUMAN, 1995). Neste sentido, se parte da pessoa está doente ou é afectada pela doença, outra parte permanece saudável e, os cuidados de enfermagem que lhe presto devem mobilizar essas zonas saudáveis de forma a atingir o seu objectivo, isto é, gerar respostas promotoras de saúde, ou seja, de vida (COLLIÈRE, 2003). Por isso faz sentido, nesta situação, mobilizar as partes saudáveis da cliente para ajudá-la a resolver problemas como a ansiedade ou a perturbação do sono, ainda que os mesmos problemas tenham subjacente uma zona doente. Isto é, parece-me que é possível ajudar a pessoa sem eliminar a causa profunda do problema, neste caso a doença mental, mobilizando as suas forças saudáveis *“que podem ser activadas para compensar a doença, ultrapassá-la ou fazer-lhe frente”* (COLLIÈRE, 2003, p.289). Aceitar isto que acabei de concluir é algo valioso para mim e para a minha prática de enfermagem, na medida em que me capacita para prestar cuidados ainda que estes não possam restituir à pessoa toda a sua saúde (toda a sua vida). Percebo agora que lidar com esta frustração é importante para, ainda assim, considerar os cuidados que presto válidos. Com isto não quero dizer que deva ignorar a parte

doente da pessoa, como quase estive a ponto de fazer nesta situação de cuidados, o que se manifestou pelo meu receio de abordar o delírio da cliente. Devo aceitar que essa parte existe e faz parte da pessoa e ajudá-la, como acabei por fazer, a lidar com ela, a torná-la menos doente ou nefasta e, quiçá, a aceitá-la no que não pode ser mudada.

Li um texto muito interessante acerca de um personagem histórico – o autor da obra *‘Alice no país das maravilhas’* que me ajudou a compreender este fenómeno da convivência das partes saudáveis e doentes em pessoas com esquizofrenia. Os autores explicam como a par da personalidade aborrecida e rígida de Charles Dogson (autor de *Alice...*) convive a parte fantasista da mesma que se revela nas páginas de Alice e que, segundo eles, constitui o núcleo psicótico do autor. Sem a existência desta parte da personalidade de Dogson (materializada no seu pseudónimo, Lewis Carroll, que deu vida às páginas de *Alice...*), o mesmo não poderia ter tido uma vivência normal e saudável, pois teria de se confrontar com a sua própria psicose. O que retive daqui foi que existe uma labilidade e imprecisão entre a fronteira que demarca o saudável e o doente de cada pessoa e que é com essa sombra que lidamos quando prestamos cuidados de enfermagem a pessoas com doença mental, mas também com saúde.

O projecto terapêutico. É pelo que acabei de referir que o projecto terapêutico da pessoa alvo de cuidados de saúde mental abarca várias esferas do seu projecto de vida. O curso da doença obedece a factores de ordem multifactorial. Por exemplo, uma maior vulnerabilidade resulta da interacção entre determinados factores biológicos e psicossociais que, aliados a baixos recursos pessoais de coping, aumentam a sensibilidade a factores ambientais, potenciando a disposição para o aparecimento, manutenção e exacerbação dos sintomas psicóticos (STUART, 2001). Assim, ajudar a pessoa a equipar-se de estratégias de coping, como fiz neste actividade, nomeadamente com as técnicas de relaxamento ou com o reforço às estratégias para lidar com o delírio, ou com o medo, constitui uma componente válida do plano terapêutico.

Os meus sentimentos. O processo de cuidados de enfermagem é feito de duas ou mais pessoas, a enfermeira e a pessoa alvo dos cuidados (COLLIÈRE, 2003; PHANEUF, 1995). Cada uma delas contribui para o processo com as suas capacidades e limitações. Com a reflexão desta situação (e de outras) percebi que uma das limitações que tenho na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com doença mental é a frustração que sinto em não poder *salvá-la* da sua doença. É quase como se eu quisesse negar a evidência da doença ou como se quisesse extirpá-la. Isto impede-me de ajudar a pessoa mais profundamente pois, como não posso *salvá-la*, desvalorizo os benefícios de todos os outros cuidados. Percebo agora o quanto isto pode ser injusto para a pessoa e para mim, na medida em que coloca uma fasquia demasiado elevada para aquilo que a pessoa e os meus cuidados podem alcançar.

Percebi que para ajudar a pessoa com doença mental ao meu cuidado, por pouco que seja, devo aceitar a sua doença e as suas (e as minhas) limitações. E com base nas limitações (e

recursos) de ambas, ir trabalhando na construção de um processo de enfermagem real, e não idealizado como por vezes tendo a projectar.

BIBLIOGRAFIA

- COLLIÈRE, Marie Françoise (2003). **Cuidar...A primeira arte da Vida**. (2ª edição). Loures: Lusociência.
- NEUMAN, BETTY. 1995. **The Neuman Systems Model**. Third Edition. Library of Congress. USA. 732pp
- PHANEUF, M. (1995). **Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira**. Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Cuidar.
- STUART, G. W. & LARAIA M. T. (2001). **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**. (6ªed). Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN: 85-7307-713-1.

Pretendo reflectir sobre uma situação vivida no contexto prático do Ensino Clínico, no presente caso, no Serviço de Internamento Unidade 2 da Clínica Psiquiátrica de S. José.

O seguinte processo de reflexão segue o Ciclo Reflexivo de Gibbs, através do qual irei descrever um momento de interacção, explicitando o que aconteceu e o contexto no qual decorreu.

Seguidamente, irei descrever os sentimentos e pensamentos vividos durante esta interacção. De seguida, farei uma avaliação e uma análise na qual irei transcrever o que foi bom ou mau nesta experiência e qual o sentido do que se passou. Como conclusão, o que poderia ter feito melhor e por fim o planeamento de uma acção para futuras situações.

Descrição: O que aconteceu?

A reflexão que se segue refere-se à importância da consciencialização por parte do doente do seu problema de saúde ou seja, o juízo crítico que este faz da sua situação clínica. A situação de interacção que irei descrever, tem como ponto de partida a entrevista realizada à Sra. F., uma utente com diagnóstico de Depressão.

Para a realização da entrevista questioneei a utente acerca da sua disponibilidade bem como, se era ou não da sua vontade este momento de interacção. Assim, solicitei à Sra. F. que me acompanhasse a um sítio calmo e silencioso onde esta se sentisse à vontade e pudessemos conversar. Deslocamo-nos, então, para o seu quarto. Durante este momento de interacção a utente

manteve uma postura calma correcta e descontraída. Manteve, igualmente, uma atitude adequada e colaborante, disponibilizando-se, rapidamente, para me responder às questões que lhe iam sendo colocadas. No decorrer da interacção, sempre que eram abordados assuntos relacionados com temas agradáveis para a utente, tais como a sua família, o seu grande apoio – recurso externo, esta esboçava alguns sorrisos.

Foram assim abordados vários assuntos como os problemas que a preocupavam mais, nomeadamente, a vontade que esta expressou em apreender estratégias que lhe permitissem encontrar formas de lidar melhor com o seu problema, “...as vezes vou-me abaixo, não sei bem porque, acho que é a pressão no trabalho, muito trabalho... e depois o meu filho...” (sic) Apresenta períodos de labilidade emocional. Refere-se ao filho de 14 anos seguido em Psiquiatria (esquizofrenia? Ainda em estudo), “sei que o meu problema contribui para o sofrimento da minha família e me está a tirar tempo que poderia estar a passar com os meus filhos e o meu marido, que tudo suporta, mas estou aqui para me curar...” (sic) Sente-se culpada por deixar o marido a cuidar dos filhos, este é também um apoio fundamental para a Sr.^a F. Foi ainda, abordado como era a sua vida antes de ser internada. Esta espontaneamente fez referência à “ vida feliz que levava” (sic), mas verbalizou de imediato “tudo começou com a morte do meu pai” (sic). Aproveitando o facto de esta o ter feito espontaneamente, tentei explorar mais um pouco esta questão, ao que a doente assentiu descrevendo todos os acontecimentos. “Passei um ano inteiro no IPO, vi coisas que pensei não ver, não existirem, o meu pai sofreu tanto...” “Nunca mais fui a mesma desde aí...” (sic). Referiu que, antes de ter sido internada, se sentia muito triste e se isolava muito e “explodia com facilidade, partia tudo às vezes...” (sic) Chorou compulsivamente. Vê o internamento como uma possibilidade de encontrar solução para a sua recuperação “sei que estou aqui para me curar...” (sic).

Sentimentos: O que estou a pensar e a sentir?

A comunicação é um importante instrumento de intervenção na área da saúde. No contexto de Psiquiatria e Saúde Mental o processo de comunicação é considerado um instrumento de intervenção por excelência, devido ao facto de, nesta área, as intervenções de ordem técnica serem escassas. Esta circunstância faz com que toda a tecnologia existente nesta área seja constituída a partir do processo de interacção/relação intersubjectiva. É esperado que todos os Enfermeiros nesta área sejam capazes de estabelecer uma relação terapêutica com os utentes (SILVA, 2000, STONGMAN, 1998).

Estes momentos de interacção, como o aqui descrito, por exemplo, são, especialmente, importantes para perceber o que os utentes sabem ou sentem acerca das suas situações. É fundamental percebermos o ponto de vista e as representações que cada pessoa faz da sua realidade e o que cada uma pensa ou sabe em relação àquilo que se passa consigo.

Durante a entrevista realizada à senhora F. senti alguma insegurança, impotência e incerteza, nomeadamente, quando abordámos o assunto da morte do pai (percepcionei ser esta a grande temática a ser abordada e trabalha com a doente), que ela ainda não superou (luto complicado, sentimento de culpabilização, como superar? Como intervir?) quando a questioneei acerca do seu motivo de internamento, e quando me referenciou que tivera já 2 tentativas de suicídio, senti-me invadida pelo medo, talvez do desconhecido, das suas reacções durante a entrevista, ou também medo das minhas reacções face ao que a utente me pudesse referenciar. Senti receio que as minhas palavras não fossem as melhores para ajudar, reduzir a sua ansiedade e mostrar que a estava a ouvir de facto.

Neste contexto da psiquiatria, uma das formas de ajudar o utente passa, essencialmente, pela relação de ajuda, uma relação de natureza terapêutica que, segundo Phaneuf (2005) se trata de uma *“troca tanto verbal como não verbal (...) que oferece a criação de um clima de compreensão e o fornecimento de apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma.”* Assim destaco como pontos positivos na informação colhida durante a entrevista, a capacidade de *insight* demonstrada pela utente acerca da sua situação de saúde pois, só o seu reconhecimento, permite que a utente passe a desempenhar um papel activo, sendo um elemento colaborante e fundamental para o seu processo de recuperação. Tem percepção da doença actual e procura ajuda, sente que precisa de se cuidar para ajudar os que dela precisam. No entanto, outros aspectos há, que necessitam de intervenção nomeadamente o luto complicado que vivencia, e que ainda não aceita.

Avaliação e Análise

Este momento foi importante já que, se constituiu como um momento com um objectivo claro: poder intervir ao nível da sua saúde. Foi importante pois, nunca tinha tido contacto com utentes com este género de patologias bem como, com antecedentes pessoais com estas relacionados, não estando preparado para as suas possíveis reacções durante o decorrer da colheita de dados.

Um dos cuidados que tive para a sua realização foi conhecer bem a história clínica da utente, de forma a saber que assuntos é que seriam mais sensíveis de ser abordados. No entanto a morte do pai e a forma como este facto condicionou a sua vida desde então pareci facto ainda desconhecido pelos restantes profissionais de saúde. Senti-me bastante bem ao realizar este processo de comunicação, pois pude adquirir experiência neste tipo de situações e, consequentemente, desenvolver a minha capacidade de comunicação.

Uma das competências essenciais para um enfermeiro é a capacidade de conseguir ver e escutar os seus clientes, e, falando mais especificamente na área da saúde mental, uma das competências/intervenções passa por *“melhorar o insight da pessoa doente, para que, deste modo, se promova uma adesão ao tratamento e se possibilite uma intervenção precoce com vista à*

prevenção de recaídas, através da participação activa das pessoas com doença mental” (CARDOSO, 2008), assim como por perceber as consequências negativas de um fraco *insight* (não adesão, isolamento social, indiferença a pessoas que lhes são queridas e sistema de saúde). Apesar de ser um fenómeno complexo e multidimensional, o *insight* é fundamental pois, “um não reconhecimento persistente e grave da doença pode transtornar não apenas a relação da pessoa afectada com aqueles que ama e com profissionais de saúde mental, como também as suas oportunidades de recuperarem e levarem vidas mais satisfatórias e produtivas” e “deverá representar algo que inclua a perspectiva pessoal que cada indivíduo tem em relação àquilo que se passa consigo, e que vá para além da consciência da doença”. (CARDOSO, 2008).

Assim, sempre que o utente demonstre crítica para a sua situação o profissional de saúde deve aproveitar esta capacidade para a promoção de acções com vista a contribuir para a sua qualidade de vida, através, não só, do desenvolvimento de novas aprendizagens que possibilitem uma cooperação activa, mas também, através da aquisição de novos comportamentos que tenham um impacto positivo nas queixas, sinais, sintomas, incapacidades e disfuncionalidades por estes apresentados. É portanto necessário e, extremamente importante, um trabalho conjunto entre a pessoa e a equipa terapêutica.

Conclusão

Julgo que esta experiência foi bastante enriquecedora já que, permitiu a consolidação de conhecimentos teóricos e uma melhor compreensão da sua aplicabilidade prática.

Julgo no entanto ser importante a realização de outras entrevistas quer nesta quer noutras práticas clínicas de forma a ser possível adquirir experiência nesta área da comunicação facilitando assim, o estabelecimento da relação de ajuda.

Planeamento

No futuro, perante um acontecimento idêntico, julgo que irei agir de igual forma, mas com mais segurança pois, à medida que vamos evoluindo, vamos adquirindo mais autonomia e autoconfiança nas acções que vamos praticando. Neste caso concreto a comunicação será muito mais fluída e natural, chegando a um momento em que a minha confiança me dará mais alguma flexibilidade. Preparar-me-ei da mesma forma, de maneira a conhecer a pessoa com quem vou falar, para saber qual o melhor tipo de abordagem que devo utilizar.

A relação de ajuda que construí com a utente permitiu-me trabalhar com ela as suas principais necessidades - aceitação da morte do pai (foram realizadas várias actividades que fomentassem a expressão de sentimentos e emoções, leitura de cartas, recurso a fotografias – substituição do “pai doente” pelo “pai” “pelas boas recordações”), melhorar a auto-estima, encontrar estratégias de coping face à ansiedade sentida em algumas situações (situações essas discutidas e em conjunto desenhar estratégias para actuar em situações similares).

Assim, podemos concluir que num contexto de internamento de Psiquiatria e Saúde Mental a comunicação é entendida como um processo. Processo esse, que adquire uma atitude profissional mais flexível e tolerante com as diferenças individuais de cada utente.

“O mais importante na comunicação é escutar aquilo que não foi dito” Peter Drucker

Referências Bibliográficas

- CARDOSO (2008). ***Estudo sobre o insight de pessoas com psicose***. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- PHANEUF, Margot (2004). ***Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação***, Loures, Lusociência.
- SILVA, C. A. (2004). ***O Labirinto da Enfermagem – Participação e Profissionalismo***. Lisboa: Edições Colibri.
- STONGMAN, Kenneth T. (1998). ***A psicologia das emoções***. (4ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- STUART, G.W. & LARAIA, M.T. (2002) ***Enfermagem psiquiátrica***. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores.

Reflexão (diário de campo) – 1ª e 2ª semanas – de 3 a 16 de Outubro

As reflexões críticas que vou elaborar vão ser realizadas no âmbito da Prática Clínica do Curso de Mestrado e de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que estou a desenvolver na Unidade 2 – Santa Isabel, da Clínica de São José. Esta primeira reflexão visa incidir sobre a temática da integração no serviço e início do ensino clínico.

Estas reflexões são sobretudo mais um instrumento de ponderação e sobretudo de registo de situações que são vivenciadas no contexto da prática clínica, para que possa (re) avaliar permanentemente as minhas intervenções na prestação de cuidados ao utente/família, tentando compreender o impacto destas acções no outro e em mim (como cuidador).

Estas duas primeiras semanas serviram, essencialmente, para permitir a adaptação a uma nova realidade: um serviço diferente, pessoas diferentes, cuidados necessariamente diferentes, intervenções diferentes e específicas.

Os diários de aprendizagem podem reflectir questões pessoais e/ou profissionais que, segundo Bennett & Kingham (1993), vou classificar em três categorias:

- a) Visão global do ambiente clínico;

- b) Cuidados em acção;
- c) Análise dos cuidados prestados.

Esta reflexão pode classificar-se na primeira categoria da visão global do ambiente clínico pois pretendo reflectir sobre a minha integração no serviço, no sentido de dar continuidade ao projecto traçado para este ensino clínico, sempre com vista ao meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Segundo Stuart e Laraia (2001), o desenvolvimento pessoal não se consegue de forma isolada, ele constrói-se sim em relação com o outro. Penso que estes diários de aprendizagem são de extrema importância para o desenvolvimento do crescimento pessoal e do auto-conhecimento, uma vez que me permite passar um momento tranquilo a reflectir acerca de uma situação, a perceber, sentir e pensar, estudando assim as próprias experiências. As emoções sentidas em relação a uma situação devem ser identificadas, verbalizadas e analisadas, de forma a serem resolvidas de modo construtivo. A relação com utentes e equipa de enfermagem também é muito importante no crescimento pessoal, para o desenvolvimento de aceitação e respeito pelas diferenças interpessoais.

Assim, os primeiros turnos foram de extrema importância para conhecer as dinâmicas de serviço, o método de trabalho utilizado, conhecer a equipa multidisciplinar desde enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, irmãs, auxiliares e a estrutura física do serviço. Estes pequenos passos foram percorridos com pouca dificuldade, com bastante empenho e curiosidade da minha parte, pois ia pela primeira vez enveredar pelos caminhos de um serviço de psiquiatria, diferente do serviço cirúrgico onde exerço funções.

O primeiro desafio foi então a integração num serviço totalmente novo e desconhecido para mim. Senti dúvidas, relativamente ao que iria encontrar, como iria ser recebida, como iria interagir com os profissionais e com as pessoas internadas. Senti medo, “serei eu capaz?”, mas simultaneamente senti uma enorme motivação de ir, de conhecer, de aprender, de descobrir, de entrar numa outra realidade, de poder dar-me aos outros no sentido de estar em relação com, no sentido de o compreender, de o ajudar a ajudar-se, de me compreender e perceber em mim como faço, porque faço, o que poderei mudar, o que senti, o que vivi, de que forma posso ajudar a pessoa com doença e necessariamente em sofrimento, como posso também me ajudar promovendo o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Após o primeiro dia de estágio e os primeiros contactos com as pessoas internadas, deparei-me com um admirável mundo novo, no sentido em que afinal tenho muito de mim “em relação” que não conheço, e que me levou a reflectir, com o fim de chegar a algumas conclusões, que são promotoras de um melhor conhecimento de mim própria.

As dinâmicas de serviço vão sendo observadas e começo por participar nas mesmas aos poucos. Todos os serviços têm a mesma disposição física, na sala de enfermagem é o local onde se

realizam as passagens de turno e todos os profissionais realizam registos e prescrições. O momento da passagem de turno é respeitado pelos outros profissionais. Posteriormente é passada informação pertinente a psicóloga e terapeuta ocupacional.

Neste início da prática clínica, tive a oportunidade de começar a comunicar com os utentes, de forma a estabelecer uma relação terapêutica e proximidade com os mesmos para poder dar resposta aos problemas reais e potenciais. As minhas expectativas eram imensas, mas tinha receio de que os utentes pudessem mostrar algum distanciamento face a alguém que lhes era totalmente estranho. Assim, desde logo a percepção foi positiva pelo facto de demonstrarem interesse em interagirem com alguém “novo” no serviço.

O facto de existir apenas dois enfermeiros por turno – na manhã e tarde, e um apenas à noite – fez-me reflectir e foi uma nova realidade para mim, pois, apesar de já ter trabalhado em equipa noutras realidades, parece-me escasso o número de profissionais por turno. Assim, penso que neste novo contexto, a comunicação entre os colegas que estão a prestar cuidados tem de ser mais funcional, para haver troca de informação eficaz entre todos os profissionais de saúde.

O que vai ao encontro do que nos diz Phaneuf (1995), o estilo de comunicação funcional comporta atitudes, comportamentos, qualidades conforme a natureza das trocas que se desenvolveram nos serviços. Deve adaptar-se a conteúdos práticos e concretos, a uma diversidade de intervenientes, à rapidez dos contactos e a situações críticas e urgentes.

Para mim, toda esta vivência não foi fácil, pois são poucos colegas no turno e tinha dificuldade perceber a qualidade dos cuidados, embora tentasse incidir a prestação dos meus cuidados aos “meus” doentes de referência. Provavelmente por estar habituado, no meu contexto de trabalho, a prestar cuidados de enfermagem a nunca mais de 8 doentes, sentia essa necessidade neste âmbito... Mas claro que acabava por me sentir triste e frustrado pois, no final do turno, via que não tinha sido conseguido individualizar os cuidados. Senti também que os utentes “reclamam” mais atenção e disponibilidade por parte dos profissionais, o que não é fácil face ao rácio apresentado.

Assim, a dificuldade maior que tive nestas duas primeiras semanas de ensino clínico foi conseguir dedicar mais tempo na prestação de cuidados de enfermagem aos doentes que me eram distribuídos, de forma a sentir-me mais segura e realizada como futuro enfermeira especialista. Uma vez que a necessidade por parte dos restantes utentes eram de alguma forma deixados “sozinhos” o que exigia que desse também parte do meu tempo a estes doentes.

Posso assim dizer que foi uma integração adequada na equipa de enfermagem e multidisciplinar, com muito crescimento profissional no trabalho em equipa e na comunicação eficaz com a mesma. E consegui, com alguma reflexão, individual e em conjunto com a Enfermeira Orientadora, individualizar os cuidados de enfermagem aos utentes que me eram distribuídos, tentando ao mesmo tempo estar atenta e desperta para as necessidades do restante grupo de

utentes, de forma a poder também realizar as intervenções terapêuticas em grupo com conhecimento das pessoas e seus respectivos diagnósticos de enfermagem.

Chegou então a altura de avançar, e de escolher um doente para iniciar o processo de enfermagem. Ora aqui está um novo desafio, a escolha de um doente. Quem e porquê?

Aqui sim, há que reflectir... possível diagnóstico médico de perturbação da personalidade, 1º surto psicótico, ir investigar... quais as características comuns destas pessoas? Que tipo de conflito interior terá esta jovem? Percebi então que existe um exercício fundamental para a compreensão da pessoa, não tratar como um rótulo do diagnóstico psiquiátrico que tem (até porque este muitas vezes é demorado, incerto ou inseguro, sempre interrogado...), mas aproveitar um pouco daquilo que alguém já explorou, explorar um pouco mais, e tentar compreender o que se passa com uma pessoa que pouco demonstra.... Foi esse exercício que fiz pela primeira vez que foi importante para compreender como esta jovem se sente consigo própria, quais os seus limites, o que está lactente? Claramente será diferente do que é expresso...

As perturbações da personalidade afectam todas as áreas de influência da personalidade de um indivíduo, o modo como ele vê o mundo, a maneira como expressa as emoções, o comportamento social. Caracteriza um estilo pessoal de vida mal adaptado, inflexível e prejudicial a si próprio e os outros.

Uma pessoa com uma perturbação da personalidade (ainda sem diagnóstico definido), com o caso desta jovem, apresenta um padrão de relacionamento emocional intenso, porém confuso e desorganizado. A instabilidade das emoções é o traço marcante deste transtorno, que se apresenta por flutuações rápidas e variações no estado de humor de um momento para outro sem justificação real.

Esta pessoa não possui claramente uma identidade de si mesma, está confusa, teme a doença, tem medo das dificuldades, percepção as suas limitações e tem medo de agir. A instabilidade é tão intensa que acaba incomodando a própria pessoa que em dados momentos rejeita a si mesmo, por isso a insatisfação pessoal é constante.

Este foi um enorme desafio, entrar num mundo particular de alguém, percepção o que esta sente, como o vive, porque age de determinada maneira. Foi e é desafiante esta compreensão, que se constrói gradualmente e que também esta em constante mutação. Senti medo, medo de não saber agir perante ela, receio de não ser aceite por ela, angústia de não compreender. Esta riqueza de emoções sentidas e percebidas permitem-me questionar hoje mais sobre o que vivo, o porque do que faço, e o que poderei fazer. Ter o privilégio de me ser permitido entrar num território tão profundo, íntimo de alguém faz-me sentir satisfação, permite-me sem dúvida uma maior e melhor compreensão da doença mental em geral, e em particular de cada vivência que me é relativa, cujas particularidades de quem a vive são fundamentais para que possamos de forma eficaz ajudar o outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BENNET, J. & KINGHAM, M. (1993). Learning diaries. In Nursing education: A reflective approach. (Reed, J. & Proctor, S. Eds.) London: Edward Arnold.
- GEORGE, Julia B. - Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: ARTMED Editora, 2000. ISBN 85-7307587-2
- JACOBSON, J. L.; JACOBSON, A. M. (1997). *Segredos em psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- PHANEUF, M. (1995). *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira*. Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Cuidar.
- ROGERS, Carl R. Tornar-se Pessoa. 7ªed. Lisboa: Moraes Editores, 1985.
- SALGUEIRO, Ana J. M. - Expectativas dos estudantes da Licenciatura em Enfermagem relativamente a ser Enfermeiro. Contribuições e Implicações para a Formação, 1ªed., Lisboa, Universitária Editora, 2008, ISBN 978-972-700-587-1
- STUART, G. W. & LARAIA M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. (6ªed). Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN: 85-7307-713-1.

4ª e 5ª Semana:

Reflexão – Assertividade

A Srª M. veio ter comigo e confidencializou-me “algumas queixas” referentes ao comportamento das auxiliares para com ela. A Srª. M é uma doente com quadro de anorexia nervosa e que apresenta um comportamento manipulador. Naquele momento ela abordou-me em pleno refeitório no momento do almoço. Desde logo, eu disponibilizei-me para a ouvir, no entanto deveria ter-lhe dito “aqui não, vai comer e depois falamos em local oportuno”. Senti medo da sua reacção, que ela quebrasse a confiança depositada em mim e não o fiz. Deixei que ela verbalizasse o que sentia “senti-me perseguida, não posso fazer nada, tratam-me mal...” (sic) Entretanto percebi que a conversa exigiria outra atenção e postura pelo que pedi que terminasse a refeição para podermos continuar a conversar. Senti que desde o início devia ter dito “não” “aqui não, depois falamos”. Posteriormente ao almoço fui falar com a Enfermeira orientadora e percebi o meu receio em ser rejeitada pelo outro e o meu desejo de quer agradar sempre. Compreendi a necessidade de mudar alguns aspectos na minha comunicação, e assim enriquecer a relação de ajuda que estabeleço com o outro, nomeadamente a Assertividade. No dia seguinte fui ter com a Srª. M. e não

me basei somente em demonstrar compreensão pelo que me contara, mas também procurei leva-la a reflectir sobre o que fez, porque fez, e que também isso pode ter sido elemento que despoletou as reacções nos outros. Mais uma vez senti medo pela não compreensão da doente, mas senti que era aquilo que deveria ser tido naquele momento e esta era a ajuda que eu lhe deveria dar. A doente demonstrou compreensão, foi capaz de assumir que errou. Senti satisfação, por ter conseguido levar o outro a reflectir sobre a sua acção, mas também pela minha acção mais firme, certamente mais assertiva. Este episódio, ajudou-me em outras situações, como dizer “não” a um pedido de cigarros, a uma ida ao jardim fora do horário estabelecido, a dizer “agora não, porque estou com outra pessoa, tem de respeitar isso”. Compreendi a necessidade da assertividade especialmente nestes doentes.

A habilidade em dizer “não” é recusar o pedido de forma assertiva, em oposição a um estilo agressivo ou não assertivo. A assertividade também nos protege da execução de uma tarefa que não conseguimos confortavelmente realizar, respeitando ao mesmo tempo o direito dos outros através de uma recusa educada e directa. O meu desejo de ajudar os utentes e/ou colegas e de ser olhada como a enfermeira que gosta de ajudar interfere muitas vezes com a capacidade de dizer “não”, de forma clara e simples. É por vezes difícil encontrar as palavras certas para exprimir a recusa. O facto de lidar com o sofrimento do doente oncológico e de diariamente me confrontar com a inevitabilidade da morte desencadeou em mim um sentimento de protecção em relação ao outro, procurei não recusar pedidos no sentido de não lhes negar mais alguma coisa perante tanta perda vivenciada. Julgo ser este um aspecto intrínseco a mim, e que quase inconscientemente desenvolvi. Compreendi que é um direito meu recusar e um dever para com o outro quando a situação assim o exige. É também uma competência que se aprende, que se desenvolve, e que procurarei continuamente desenvolver visto esta representar uma fragilidade na relação que com o outro desenvolvo e ser-me fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Tenho agora procurado anotar como digo “não”, como recuso um pedido, sinto que também estou mais atenta à forma como outros recusam, sendo-me mais fácil perceber o que foi assertivo ou não. Sinto que não é fácil perceber um “não” assertivo ou agressivo, também sinto e noto que por vezes o não agressivo é tido por alguns profissionais, como resposta a raiva que sentem no momento, ou até mesmo face a um sentimento de impotência sentido. Sinto agora que sou respeitada e frequentemente compreendida quando digo um “não assertivo”. Este é um processo de aprendizagem, que julgo pode ser sempre cada vez mais aperfeiçoado. Tem sido importante a percepção do que sinto, como ajo, porque, o que faria diferente ou não. Este é o caminho que agora percorra por forma a melhorar a minha acção enquanto profissional e também enquanto pessoa.

Reflexão – as actividades desenvolvidas - conhecimento e desenvolvimento profissional

Ao longo destas semanas de prática clínica, nomeadamente à medida que são desenvolvidas várias actividades no âmbito do projecto delineado, vivenciei experiências que contribuíram para o meu auto conhecimento e crescimento interpessoal, na medida em que me fizeram, por um lado, olhar para dentro e exprimir o que sentia (no momento se oportuno ou posteriormente com os orientadores, ou simplesmente por meio da reflexão pessoal) e observava de forma mais livre e menos racionalizada e, por outro, relacionar-me com os outros num contexto e dinâmica diferente, permitindo-me dar-me a conhecer e conhecer o outro. Ao vivenciar estas experiências, compreendi as potencialidades e objectivos do recurso a técnicas expressivas/projectivas num contexto individual ou de grupo terapêutico, nomeadamente o auto conhecimento, a expressão de sentimentos, o treino de competências interpessoais. Ficou para mim claro o contributo destas técnicas na dimensão do auto conhecimento. Assim o recurso a métodos projectivos, os quais, segundo MANES (2001), possibilitam a tomada de consciência de recordações, sentimentos, desejos, ideias e esperanças, revelou-se de extrema importância para a consciência de mim e simultaneamente para o meu desenvolvimento. A expressão livre através da pintura, os sentimentos presentes após uma sessão de relaxamento, a expressão de ideias e sentimentos num grupo, possibilitaram-me a entrada no mundo do outro, um conhecimento mais profundo das suas vivências, e consequentemente a definição de diagnósticos mais precisos e específicos, mas simultaneamente um olhar interno para mim mesma, um questionar exaustivo do porque, como, o que mudar ou não?... As acções e actividades já desenvolvidas permitiram-me desenvolver a capacidade de estar atento às necessidades do outro e desenvolver intervenções individuais e de grupo, ouvir e escutar efectivamente o outro, mas também dar-me conta de mim, perceber a minha acção, ouvir o meu pensamento, estar atenta ao meu sentir. Houve momentos que me senti invadida pela raiva, por não estar a ocorrer como planeado, outros houve em que a satisfação prevalecia, com aquilo que fora conseguido, senti alegria pela partilha que é possibilitada, tristeza pelas histórias vividas, pelo meu re-viver de outras histórias, senti paz no silêncio compartilhado, motivação pelo entusiasmo demonstrado pelos outros, frustração quando não atingi o pretendido, senti que me senti. A interacção que é estabelecida permitiram-me e permitem-me, portanto o emergir de pensamentos e sentimentos que, não sendo expressos por palavras, remetem para níveis mais primários de funcionamento. Julgo que este tipo de dinâmicas permitem-nos quebrar as defesas que temos em relação aos nossos pensamentos e sentimentos mais profundos e trazê-los para fora. O auto conhecimento, o *insight*, a reflexão e a introspecção, a maior confiança nas capacidades pessoais, a capacidade de expressão de tensões, emoções e conflitos, a aquisição de maior autonomia e independência são, entre outros, os objectivos individuais destas técnicas utilizadas num contexto profissional (LIEBMANN, 2000).

O recurso a técnicas expressivas/projectivas permite também, segundo LIEBMANN (2000) alcançar objectivos sociais, ou seja na esfera do relacionamento interpessoal. Entre estes objectivos encontram-se a promoção do reconhecimento e apreciação do outro, a cooperação e envolvimento

em actividades de grupo, a comunicação, a partilha de conhecimentos e experiências, o relacionamento com outros num grupo e a compreensão do efeito de si no outro. Muitos destes objectivos estão a ser alcançados ao longo das sessões através das actividades realizadas. A realização das mesmas e a reflexão sobre elas e sobre o agir na minha prática têm-me possibilitado a compreensão mais aprofundada do outro e de mim mesma. As competências profissionais têm sido aprimoradas mas também as pessoais.

O papel do líder ou animador de um grupo, também foi alvo da minha reflexão, em particular do enfermeiro. Segundo STUART & LARAIA (2001), os enfermeiros podem conduzir grupos numa grande variedade de contextos de saúde, entre os quais grupos de tarefa, grupos de ajuda mútua, grupos pedagógicos, grupos de apoio e/ou terapia, grupos de psicoterapia e grupos de apoio entre iguais. O tipo de intervenção e de ajuda oferecida pelo enfermeiro nestes grupos depende das necessidades dos clientes e das metas a atingir. De qualquer forma o enfermeiro que lidera deve ter um bom conhecimento das dinâmicas de grupo e essencialmente um conhecimento profundo de si mesmo.

As principais competências que estou a adquirir neste contexto da prática clínica prendem-se com:

- Consciencialização as diferentes dimensões (ética, profissional, emocional, social, espiritual...) de uma situação concreta;
- Consciencializar a complexidade dessas situações, bem como a sua circunstancialidade e unicidade;
- Treinar o processo de análise, reflexão e tomada de decisão;
- Reconhecer relação- interacção como “*cerne*” dos cuidados de enfermagem;
- Consciencializar os valores e crenças pessoais influenciadoras do pensamento e acção e confrontá-los com os valores propostos pela profissão;
- Providenciar o “*diálogo interior*”;
- Perceber os limites da acção – confrontar-se com - e aceitá-los como parte estruturante de um papel desenvolvido;
- Compreender a importância do conhecimento de si mesmo – fomentar a reflexão;
- Potenciar a harmonia do corpo e a gestão das emoções só assim há crescimento;
- Compreender a interacção de um grupo – importância da partilha – trabalho em equipa;
- Contribuir para a dignificação e explicitação da função do enfermeiro, detentor de uma capacidade profissional insubstituível para a saúde e bem-estar da população.

Num mundo actual cada vez mais interactivo e sedento de pensamento crítico, a compreensão do outro e de nós mesmos urge, na reflexão sobre o significado que damos aos objectos exteriores e interiores a nós próprios (ABREU, 2006). Nesta compreensão levantam-se

várias questões relacionadas com a forma de nos vermos e de vermos o outro, na influência do que somos e fazemos.

O conhecimento do outro (doente), passa em grande parte pelo reconhecimento das suas necessidades, dos seus desenvolvimentos e transições.

A qualidade dos cuidados é indiscutivelmente influenciada pelas atitudes e pelos comportamentos de quem é cuidado e de quem cuida, da qualidade que desejam, ou seja, do seu profundo desejo de cuidar e ser cuidado, para além dos actos que são executados e do profundo conhecimento de si próprio. Será influenciada pela riqueza do olhar, do toque e da motivação para a qualidade. Porque os cuidados de enfermagem são compostos de múltiplas acções que são sobretudo, apesar da tecnicidade, uma imensidão de *pequenas coisas* que dão a possibilidade de manifestar uma *grande atenção* ao doente (HESBEEN, 2000).

No conhecimento de si e do outro, no reconhecimento da importância dos vários processos de mudança, mais ou menos dolorosos, que duram toda uma vida, em prol da unicidade e complexidade inerentes à riqueza humana, a certeza de que só indo até aos limites de nós mesmos, com lucidez e sem disfarces, a compreensão do mundo mais distante se tornará possível.

Tanto a minha participação nas actividades, a análise das mesmas, como a elaboração desta reflexão, foram importantes para a minha compreensão das potencialidades das técnicas psicoterapêuticas como método e recurso a mobilizar na prática de enfermagem, no âmbito de uma relação de ajuda estabelecida entre o enfermeiro e o cliente. Ao longo destas semanas vivenciei experiências de promoção do auto conhecimento e de facilitação de aptidões e relacionamento interpessoal que, além de enriquecerem a minha formação e crescimento pessoal, podem ser transpostas para toda a prática de enfermagem e não apenas neste contexto de ensino clínico no âmbito da Saúde Mental. Estas permitem aos clientes um maior acesso ao seu interior e a compreensão e expressão dos seus sentimentos e dificuldades, bem como uma maior confiança nas suas capacidades pessoais, entre outras. Houve para mim, crescimento, maturação, responsabilização, desenvolvimento pessoal e profissional. A partilha e a reflexão revelaram-se assim poderosos instrumentos para a construção um caminho trilhado pela excelência cuidativa. Houve aprendizagem, e melhoramento como que uma “função restaurativa” foi sendo criada. Nas vivências relatadas parece que escutamos o ecoar constante de diferentes histórias tão distintas e semelhantes, tão ricas, tão duras e tão frágeis. Cuidar é ir ao encontro do outro, ajudá-lo na sua unicidade e complexidade e respeitá-lo na sua independência, na valorização das suas capacidades e vontades (CHALIFOUR, 1989). Qualquer relação humana, principalmente o cuidar humano, pelas atitudes de ajuda que transporta, caracteriza-se pela troca de experiências, interpretações, pensamentos e conhecimento. Para cuidar o outro tem de se aceitar e conhecer-se na sua unidade, reconhecer as suas emoções, os seus sentimentos, a forma como os gere, os mecanismos de defesa que utiliza. O maior desafio, continua ser o próprio doente, este é o verdadeiro instrumento de medida das capacidades humanas. Urge um conhecimento mais profundo destas temáticas, uma

compreensão mais agudizada sobre as necessidades dos doentes e toda a envolvimento do cuidar. A aprendizagem até agora efectuada, ajudou-me na compreensão relativamente à implementação e avaliação da eficácia de um conjunto de intervenções específicas e objectivas, como sendo fundamentais com vista a uma alteridade no cuidado à pessoa, sem esquecer a sua circunstância. Estão em causa valores de altruísmo, de solidariedade, de proporcionalidade, de vida, de qualidade de vida e de alívio do sofrimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ABREU, J.L.P. (2006) - ***Introdução à Psicopatologia Compreensiva*** (4.^a edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- CHALIFOUR, Jacques (1989) - ***La relation d'aide en soins infirmiers***. Québec: Galton Morin Éditeur.
- HESBEEN, Walter (2000) - ***Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar***. Loures: Lusociência.
- LIEBMANN, M. (2000) - ***Exercícios de arte para grupos: um manual de temas, jogos e exercícios***. Lisboa; Summus Editorial, ISBN 8532305776
- MANES, S. (2001) - ***83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos***. Agostinho França Editor, ISBN 972-30-0924-2
- STUART, G. & LARAIA, M. (2001) - ***Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Práticas***. Lisboa; Artmed Editora, ISBN 9788573077131 .

A situação de cuidados acerca da qual pretendo reflectir neste diário de aprendizagem decorreu durante a 4^a semana de prática clínica na Unidade 2 Santa Isabel.

Optei por realizar a descrição da situação a partir do registo de enfermagem por mim realizados após a interacção, acrescido de mais alguns pormenores principalmente no que toca à colheita de dados e às intervenções de enfermagem, e de maior precisão na linguagem, de forma a clarificar e enriquecer a descrição da situação de cuidados relativamente a alguns aspectos pertinentes para esta reflexão.

De forma a complementar e enquadrar a descrição incluo nesta introdução alguns dados da história clínica e de enfermagem da cliente, obtidos no processo clínico da mesma:

Cliente Sra. L.

Solteira.

Tem uma filha de 3 anos.

Empregada.

História Clínica e de enfermagem: A Sra. L. foi internada com sintomas psicóticos há cerca de 3 meses. Muito assustada dizia que *‘na sua casa se passava algo muito estranho, que a casa estava infectada porque queriam envenená-la a ela e à filha’* (sic). Há história de um internamento anterior associado ao evento de abandono por parte do seu companheiro da altura e pai da sua filha. O surto psicótico mais recente está associado ao abandono da terapêutica farmacológica porque, segundo a cliente *‘deixou de tomar os medicamentos, que a faziam engordar’* (sic). No internamento foi instituída terapêutica farmacológica neuroléptica. A doente melhora o seu quadro clínico e prepara-se a possível alta. No decurso da entrevista a cliente manifestou desconhecer a sua situação de doença mental, mostrando-se muito assustada. A enfermeira que está comigo planeia a possibilidade de se realizarem sessões psicoeducativas relativamente aos sintomas e tratamento da doença, bem como a prevenção de recaídas.

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM (segundo o Ciclo reflexivo de Gibbs)

Título: ‘A Entrevista, técnica de enfermagem’.

A Senhora L. apresenta-se com atitude calma, com apresentação cuidada, manifestou pensamento e discurso coerente e sintónico; humor distímico; afecto coerente com humor, amplo e reactivo.

Foi realizada entrevista, para promoção da relação terapêutica, com bom contacto e receptividade por parte da cliente.

Feita entrevista de colheita de dados para identificação de necessidades alteradas e planeamento de intervenções de enfermagem:

A Sra. L. manifestou sentimentos de tristeza e melancolia relacionados com o problema da ausência do pai da sua filha. Sente grande preocupação pelo facto de a filha crescer sem conhecer o pai, agravada agora em que a menina já começa a perguntar por ele. Referiu sentir dificuldades por *‘ser mãe solteira’* (sic). Clarificando essas dificuldades, disse sentir-se triste e vazia por a filha não conhecer o pai e, por causa disso, vive insatisfeita com tudo (nomeadamente não tem vontade de arranjar-se, de sair, de relacionar-se com amigos ou de conhecer outros homens).

A Sra. L. identificou razões para a sua vontade de viver – a relação com a filha que considera *‘muito boa’* (sic), os amigos que a apoiam, um emprego melhor que o anterior, que lhe permite estar mais tempo com a filha. No entanto, estas razões não a fazem sentir-se bem. Pelo contrário, no

discurso persiste no problema da ausência do pai da filha, acrescentando que já tentou contactá-lo, mas sem resultado.

A Sra. L. referiu também ter formas de comunicação com a filha discrepantes, conforme o seu estado de humor no dia, identificando algumas como desadequadas. Manifesta juízo crítico para as escolhas e atitudes relativamente à sua filha e a si própria.

Foram identificados dois diagnósticos de enfermagem: TRISTEZA crónica e Risco de DESESPERANÇA, segundo a NANDA (CARPENITO-MOYET, 2005).

Realizada entrevista de ajuda informal, com objectivo de aumentar o conhecimento da cliente de si própria, reduzir o sofrimento psíquico e promover a esperança.

Na entrevista de ajuda foi explorado o tema principal de preocupação da cliente, dando-se espaço e abertura à expressão de sentimentos e *feedback* dos mesmos. Foram valorizados os aspectos positivos e recursos do projecto de vida e do ambiente da cliente, identificados pela própria. Orientada no sentido de repensar o problema da ausência do pai da filha e daquilo que pode fazer face a esse problema, bem como na energia dispendida face ao mesmo. Foi realizado aconselhamento no sentido utilizar e valorizar os seus recursos internos e externos no seu projecto de vida. Foram identificadas intervenções para despende energia no seu projecto de vida (nomeadamente em cuidar de si própria e da filha, equilibrando o tempo e energia dispendida).

A cliente foi aconselhada a comunicar à médica psiquiatra a tristeza que sente, no sentido de possível ajuste da terapêutica farmacológica.

Realizada entrevista de carácter educativo relativamente a formas adequadas de comunicação com a filha, nomeadamente no que toca ao tema da ausência do pai, as quais foram validadas pela cliente.

No final da entrevista a Sra. L. referiu estar muito preocupada com a possível ameaça de '*ficar sem a filha*' (sic), feita pelo tribunal de menores, caso tivesse alguma recaída da doença. No seguimento deste dado novo a cliente foi tranquilizada relativamente ao risco reduzido de recaída. Neste sentido foi aconselhada a cumprir o plano terapêutico e a minimizar o stress diário como forma de prevenção de recaída, com as intervenções já citadas. A Sra. L. deu sinais de concordância. Foram reforçados os aspectos positivos da pessoa e do seu ambiente. Promoveu-se a esperança na manutenção do seu estado de saúde e na guarda da filha.

No final da entrevista a Sra. L. estava aparentemente mais confiante e motivada para seguir o seu projecto terapêutico e as intervenções identificadas.

Planeia-se discutir a situação de cuidados da Sra. L. na próxima reunião da equipa pluridisciplinar, nomeadamente, ponderar possível inclusão de psicoterapia no plano terapêutico da cliente.

Passo 2: Sentimentos

Eu tinha estado a ler o processo da cliente e tinha discutido alguns aspectos com a enfermeira, pelo que me sentia minimamente segura para avançar, embora ainda com o receio habitual de não ser capaz de estabelecer uma relação segura com a cliente ou de conduzir a entrevista de forma adequada a explorar e compreender os problemas da cliente.

O contacto com a Sra. L. foi muito bom, no sentido em que ela se abriu desde o início, confiando-nos os seus sentimentos e receios íntimos. Isso fez-me sentir confiante para avançar na entrevista e explorar os seus sentimentos. Procurei estar atenta e disponível e penso que consegui entrar no universo da cliente, compreender os seus problemas desde o seu ponto de vista. Julgo que demonstrei empatia. Senti a sua angústia pela ausência do pai da filha e a falta de vontade para investir nos aspectos do dia a dia que antes lhe davam prazer e agora já não. Senti a sua preocupação com o bem-estar da filha. Mas percebo que estes sentimentos não eram meus, mas sim a minha compreensão (e demonstração) dos sentimentos da cliente. À medida que a entrevista decorria e fui sendo capaz de demonstrar a minha compreensão pelos sentimentos e problemas da cliente, a minha consideração positiva por si e pela sua situação e ainda, em conjunto com a enfermeira e com a cliente, explorar os seus problemas, trazendo-lhes mais alguma luz, senti-me competente. Fui capaz de usar algumas técnicas de entrevista (segundo Phaneuf, 2005) que ajudaram a consegui-lo.

Senti também que houve grande entrosamento e colaboração na forma como eu e a enfermeira conduzimos a entrevista. Embora a enfermeira tivesse dado mais contributos relativamente a intervenções psicoeducativas específicas, como as formas da Sra. L. comunicar e relacionar-se com a filha, eu também consegui contribuir. Por exemplo tive a iniciativa de sugerir que a Sra. L. repensasse o problema da ausência do pai da filha e aquilo que ela poderia fazer quanto a isso. Penso que foi bom que a Sra. L. pudesse ver a questão de um novo ângulo, ainda que isto não retirasse a angústia.

No final da entrevista, quando a Sra. L. revelou o seu medo de *'ficar sem a filha'* (sic), senti grande compreensão e empatia por ela e pelo seu receio. Senti aquela ameaça como uma injustiça, para uma mulher dedicada a fazer o seu melhor no seu papel de mãe, em dificuldades por não ter companheiro, acrescidas das dificuldades inerentes à sua doença mental. Julgo que conseguimos, as três, identificar formas de ajudar a pessoa, nomeadamente na prevenção de recaídas da doença e de minimizar o stress sentido pela ausência do companheiro. Julgo que conseguimos promover a sua esperança de viver. Senti-me bem comigo mesma pela forma como decorreu a entrevista e pelos resultados alcançados.

Passo 3: Avaliação

Neste passo da reflexão pretendo referir-me principalmente à avaliação da minha contribuição para a situação.

Tendo em conta os objectivos da consulta de enfermagem nesta situação de cuidados (identificar necessidades alteradas da pessoa e implementar ou planear intervenções de enfermagem adequadas à resolução das mesmas, ajudando a pessoa no quadro do processo de cuidados de enfermagem), penso que o saldo global do que aconteceu neste encontro foi bastante positivo. Destaco principalmente o uso da técnica de entrevista para alcançar os objectivos citados. Neste momento da reflexão acerca do ocorrido dou-me conta de, de forma já algo espontânea, ter conseguido utilizar os diversos tipos de entrevista, de ter seguido etapas importantes durante o encontro e de ter utilizado algumas habilidades de comunicação, para alcançar os objectivos da consulta. Fico satisfeita por perceber que, a pouco e pouco, vou incorporando espontaneamente no meu comportamento de estudante algumas atitudes e habilidades de comunicação que facilitam uma relação de ajuda (PHANEUF, 1995) entre mim e a pessoa cuidada, que seja promotora da saúde e autonomia da pessoa, entre as quais uma atitude aberta e calorosa, a escuta activa, a demonstração de consideração positiva e de respeito, a empatia. Consegui também mobilizar técnicas de entrevista, segundo PHANEUF (2005), adequadas à consecução dos objectivos neste encontro, primeiro de abertura à pessoa e estabelecimento de um contacto positivo, depois de recolha de dados e levantamento de problemas, enfim de suporte psicológico e de identificação, em conjunto com a Sra. L., de estratégias que contribuíssem para a resolução do seu problema.

Isto leva-me aos diagnósticos de enfermagem levantados. Estes diagnósticos foram explicitados após a entrevista. Claro que, durante a entrevista, os diagnósticos foram formulados no nosso pensamento e, a partir deles, desencadeámos intervenções para solucionar os problemas identificados, nomeadamente a entrevista de ajuda para expressão de sentimentos e redução do sofrimento psíquico, para aumentar o conhecimento de si e do seu problema (nomeadamente o olhar para o problema da ausência do marido por outro ângulo), para promoção da esperança na sua alegria de viver, na estabilidade da sua situação de saúde/doença e no bem-estar da sua filha, e para identificação de estratégias para aumento da sua alegria de viver, como voltar a fazer as coisas que antes fazia e lhe davam prazer (arranjar-se, sair com os amigos, etc). Julgo que esta entrevista de ajuda foi bem implementada, no sentido de direccionada a ajudar a pessoa nos problemas identificados. A outra intervenção planeada (discussão da situação na equipa pluridisciplinar e ponderação de inclusão de psicoterapia no plano terapêutico da doente) também me parece pertinente.

Neste momento penso que a identificação de diagnósticos poderia ter sido mais precisa e que outros diagnósticos poderiam ter sido levantados; isto é, não estou certa de se os diagnósticos levantados foram os mais acurados para a situação da pessoa. Por outro lado, caso tivéssemos explicitado outros diagnósticos talvez tivéssemos abordado outros aspectos na entrevista que

ficaram por aferir e que me parecem importantes, por exemplo, ter reforçado a importância do acompanhamento da Sra. L. pela técnica de referência, como factor de prevenção de recaída. Voltarei a este ponto na análise da situação.

Passo 4: Análise

Para a análise da situação vou focar-me nos elementos da mesma que me parecem de maior relevância no que toca à prática de enfermagem nesta situação de cuidados:

1. A(s) Entrevista(s). Referindo-se aos principais objectivos da entrevista, diz-nos PHANEUF (2005, p.255) que *“Em psiquiatria, a entrevista pode também servir para recolher dados (...) ou para levar um suporte à pessoa. Mas é sobretudo o instrumento de trabalho a privilegiar onde quase tudo passa pela palavra. (...) ela é muitas vezes o veículo das intervenções da enfermeira que quer ajudar a pessoa a tomar consciência de certas coisas e a sensibilizá-la para a necessidade de modificar alguns comportamentos. (...) serve também para explorar estratégias de suporte para a pessoa no seu processo de mudança.”* Este trecho chamou-me à atenção pois, na situação descrita, a(s) entrevista(s) foi utilizada com todos os objectivos nomeados por PHANEUF (2005). Penso que a entrevista é uma técnica/intervenção de enfermagem valorosa, daí o meu interesse em desenvolvê-la no meu projecto de aprendizagem. Nesta situação de cuidados tive oportunidade de fazê-lo. Assim, comecei por preparar-me recolhendo informação acerca da cliente. Rapidamente pensei nos objectivos da entrevista e estabeleci um primeiro contacto, procurando, de acordo com PHANEUF (2005, p.257), *“adoptar uma atitude aberta e calorosa”* para que a Sra. L. se sentisse à vontade para se exprimir. Em colaboração, eu e a enfermeira realizámos a entrevista de colheita de dados acerca da situação actual da cliente. Eu fiz uso da observação atenta para captar aspectos da comunicação não verbal da pessoa, completando um breve exame do estado mental (como aprendemos nas aulas). A fase de exploração da entrevista de colheita de dados foi muito profícua, no sentido em que pudemos *“recolher informações pertinentes e planificar cuidados apropriados”* (PHANEUF, 2005, p.258), tendo para isso utilizado as estratégias preconizadas pela autora, nomeadamente, escutar, questionar, aprofundar, interpretar o que é dito e observado e validar com a pessoa e reflectir o que compreendemos através de reformulações. Assim pudemos identificar o principal problema da Sra. L. naquele momento, a sua angústia pela ausência do pai da filha e pela confrontação da menina com o problema, de onde advinham outros problemas como a sua insatisfação no dia-a-dia e a comunicação ambígua com a filha.

Face a estes problemas a principal intervenção de enfermagem foi a entrevista de ajuda. No registo identifiquei dois tipos de entrevista (de ajuda e de carácter educativo), mas agora penso que se tratou de uma única entrevista de ajuda com vertente de suporte psicológico (para ajuda à expressão de sentimentos, a enfrentar as dificuldades, à clarificação do problema e redução de sofrimento psíquico) e de ajuda para a modificação de comportamentos (nomeadamente a comunicação ambígua com a filha, o desinteresse por si própria, o isolamento social). Nesta

entrevista foram também identificados os recursos da cliente, que poderia mobilizar. Nesta fase já havíamos ultrapassado a fase de preparação e de orientação da entrevista, encontrando-nos em fase de exploração. Julgo que foi possível explorar esta fase com resultados positivos nomeadamente, *“interiorização, aprofundamento e tomada de consciência da dificuldade tanto para a própria pessoa ajudada como para a que ajuda”*, neste caso a ausência do pai da filha e angústia/insatisfação gerada, e *“melhor aceitação da dificuldade e melhor adaptação da pessoa à situação, mudança no seu estado afectivo e evolução para uma melhoria e para a autonomia”* (PHANEUF, 2005, p.297); a Sra. L. disse mesmo que não havia nada que pudesse fazer quanto a essa ausência mas, com a nossa ajuda, identificou formas de melhorar o seu dia-a-dia e a sua relação com a filha.

Uma parte importante da entrevista que quero realçar foi a comunicação da esperança. Esta é uma habilidade importante na relação de ajuda e nos cuidados de enfermagem (PHANEUF, 2005). Neste caso penso que foi importante comunicar esperança à Sra. L., principalmente na estabilidade do seu estado de saúde e na guarda da filha. Fizemo-lo através de uma atitude positiva, e transmitindo confiança nos recursos e valores da cliente, nomeadamente a sua energia, o seu amor à filha, a sua bela presença. Concordo com CHALIFOUR (2008, p.210) segundo o qual *“a fé e a esperança são grandes mobilizadores de energia tanto para o interveniente como para o cliente, numa acção concertada no sentido da obtenção de um objectivo comum”*.

2. Os diagnósticos e as intervenções de enfermagem. Como referi os diagnósticos de enfermagem foram formulados após a entrevista, embora identificados durante a mesma. Depois reformulei-os segundo a NANDA (CARPENITO-MOYET, 2005) em TRISTEZA crónica e Risco de DESESPERANÇA. Ao longo desta reflexão fui-me dando conta de outros diagnósticos poderiam ter sido formulados, por exemplo o de ADAPTAÇÃO prejudicada (relacionado com a situação familiar/ausência do marido, manifestado por sentimentos de tristeza, melancolia e insatisfação). Outro diagnóstico relacionado que poderia ser levantado é o de sentimentos de IMPOTÊNCIA. Estes diagnósticos poderiam dar mais ênfase ao factor de stress identificado (sentimentos e atitude da cliente gerados pela ausência do marido) e que pode ser um *stressor* importante para uma eventual recaída, se não for trabalhado e atenuado. Talvez pudéssemos levantar o diagnóstico de Risco de RECAÍDA. De qualquer forma penso que as intervenções implementadas e planeadas foram as mais adequadas para o problema da cliente. Já referi que teria sido importante reforçar o acompanhamento pela Terapeuta de Referência como elemento importante do seu plano terapêutico e factor de prevenção de recaída. Depois da entrevista também tomei consciência de que não abordámos extensivamente a questão da adesão da cliente ao seu plano terapêutico. No entanto penso que o fizemos na justa medida e tendo em conta as prioridades no momento e que se prendiam com o problema da cliente. Parece-me importante o encaminhamento a dar a esta situação de cuidados no seio da equipa pluridisciplinar, no sentido de introduzir/discutir adaptações/ajustes no plano terapêutico da cliente.

3. Os resultados. Julgo que os objectivos das intervenções implementadas, nomeadamente da entrevista de ajuda, foram alcançados. A cliente aprofundou conhecimento sobre si e sobre o seu problema e foi ajudada a identificar recursos (internos e externos) e estratégias para fazer face aos seus problemas. Validou a necessidade de seguimento da sua situação junto da médica psiquiatra. Manifestou esperança na melhoria do seu humor, na estabilidade da sua situação de saúde e na recuperação de um sentimento de satisfação.

Passo 5: Conclusão

Esta situação de cuidados foi importante no meu percurso de aprendizagem, na medida em que desenvolvi algumas atitudes e habilidades de comunicação importantes na condução de uma entrevista de ajuda. Talvez o mais importante foi ter aproveitado a oportunidade de expressá-las e treiná-las, tomando consciência de que já se encontram algo enraizadas em mim. Destaco como muito satisfatória a colaboração e afinidade que existiu entre mim e a enfermeira orientadora na condução desta entrevista, que penso que tem por base uma relação de respeito e de diálogo permanente e que muito me tem ajudado na expressão das minhas capacidades enquanto estudante e também na confrontação das minhas dificuldades e receios.

O registo de enfermagem elaborado foi importante para sistematizar a informação. Ao elaborá-lo pude também passar para o papel os diagnósticos de enfermagem, formulados mentalmente durante a entrevista. A precisão na elaboração de diagnósticos de enfermagem, com base em características definidoras/indicadores, é algo que devo continuar a trabalhar, com base na classificação da NANDA, de forma a poder fazer um registo mais preciso dos problemas identificados e implementar intervenções mais ajustadas. Ainda relativamente ao registo de enfermagem, este afigura-se-me como uma ferramenta muito importante para a continuidade dos cuidados, nomeadamente no Programa Integrar em que é importante a articulação dos vários técnicos da equipa. Daí a necessidade de um registo preciso e rigoroso.

Passo 6: Planear a acção

Nas próximas entrevistas de enfermagem procurarei continuar a desenvolver técnicas e habilidades de comunicação com os clientes, de forma a estabelecer uma relação terapêutica e a atingir melhor as finalidades da entrevista.

Penso que devo melhorar a formulação de diagnósticos de enfermagem para o que procurarei familiarizar-me cada vez mais com a Classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARPENITO- MOYET, L. J. (2005). *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, p.1024.
- CHALIFOUR, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica. Volume 1: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta, p.293.
- PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, p.668.
- PHANEUF, M. (1995). *Relação de Ajuda - Elemento de Competência da Enfermeira*- Texto da Conferência pronunciada no I Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Coimbra, 1995. Coimbra: Cuidar, p. 25.

6ª e 7ª Semana:

Reflexão – conceitos centrais na relação com o outro, dificuldades encontradas

Considerando o carácter evolutivo das interacções que estabeleci e as reflexões desenvolvidas, caracterizarei dois conceitos centrais: a “identificação e gestão dos sentimentos” e a “gestão da informação”. No momento de encontro entre o enfermeiro e o cliente, o profissional de saúde pode não saber nada sobre aquela pessoa, para além dos dados biomédicos, no entanto, há de imediato sentimentos que parecem demasiado evidentes. Percebo do outro medo, revolta, sofrimento... percebo de mim insegurança, medos também, ansiedade... sentimentos que nem sempre consigo identificar, mas que certamente uns ou outros estão presentes e marcam a relação que irá desenvolver-se. A capacidade de identificar o que é sentido é por si só um processo complexo, muitas vezes é doloroso dar-mo-nos conta do que sentido, das necessidades e dificuldades encontradas, às vezes optamos por não fazer-lo talvez com receio do que podemos encontrar. Por outro lado o enfermeiro é de imediato levado a fazer uma gestão desses mesmos sentimentos, ainda que de forma inconsciente. A expressão dos mesmos pode ser deficitária, visto que o cliente pode sentir-se inibido a fazer-lo, ou então “descarrega” uma avalanche de sentimentos sobre o enfermeiro. Este por um lado terá que gerir os sentimentos do outro (sejam eles o medo, a angustia, a ansiedade, que nem sempre são expressos de forma linear, escondendo-se antes atrás de cada olhar, de cada pergunta ou de cada silêncio) e aqueles que também o invadem. Conseguir “separá-los”, “organiza-los”, focar-me no outro, revelou-se uma tarefa difícil de alcançar. Como instrumento de defesa ou de acção perante a vivência do outro procurei nas interacções estabelecidas, sempre a “promoção da confiança”, por meio das palavras que fui proferindo,

procurando também estar atenta à postura que adoptei. Procurei igualmente a “transmissão de segurança”, penso que está subjacente ao que já foi descrito, como que a direccionar-me para a intranquilidade que o outro vive. Procurei ainda “antecipar as soluções” como que a incentivar o outro a procurar em si e nos seus recursos a solução para o problema apresentado. A “oferta de disponibilidade” foi outro aspecto que me pareceu essencial, bem como o “incentivo à esperança” (realista) face à resolução do problema – ao mesmo tempo que se apazigua a insegurança tentando desmontar os diversos sentimentos expressos, é necessário também dar ao cliente algo com que este se possa agarrar (procurei fazer-lo por exemplo no realçar da família e da importância que esta tem para o doente).

A “gestão da informação” – saber o que dizer e como dizer, é algo que se revelou difícil para mim. Perceber o que o outro sabe, ou quer saber, a linguagem mais adequada, as explicitações face ao processo que vive – sem interferir na sua acção, deixando ser o outro a decidir e a actuar, é um procedimento difícil, e subjacente a toda esta informação estão de novo os sentimentos que aqui se cruzam. Existe portanto uma mistura complexa, tanto se pode explicar para gerir sentimentos como se pode gerir sentimentos para que a pessoa perceba. A finalidade última é sempre que o cliente aprenda a viver com a situação e alcance o máximo nível de bem-estar.

Após esta reflexão interpreto a natureza da relação que estabeleço com o meu cliente tendo como base os seguintes objectivos: promoção da expressão de uma vivência, sentimentos e emoções expressas, apaziguar a ansiedade e insegurança, promover confiança e segurança, promover esperança, autonomia, respeito, conforto, preparar para lidar com esta e outras transições ao longo da vida.

O meu interesse pela relação como forma de intervenção terapêutica, em prol da ajuda ao outro, há muito me acompanha. Resulta de experiências humanas e profissionais. Sentir a presença do outro em momentos de grande perturbação foi para mim muito importante. Percebo a presença como autêntica, percebo que o outro me é essencial. Os múltiplos papéis que desenvolvemos ao longo da vida, pressupõem interacção com o outro. No contexto profissional, o outro que está perante mim, é frequentemente doente. Neste contexto tive acesso a sentimentos indefinidos, que procuro compreender, que se agudizam dramaticamente quando me deparei com a inevitabilidade da morte do sofrimento, e tudo aquilo que acarretam. As explicações parecem não atenuar a dor. Foi e é o contacto com estes doentes e os seus familiares que hoje me fazem reflectir sobre a arte da presença, da interacção, da partilha que é estabelecida. O encontro pressupõe a presença de duas pessoas em que uma pede ajuda, mas que simultaneamente tem muito para oferecer. Quem ajuda só se tem a si próprio para oferecer. O saber pode fazer a diferença, mas apenas no contexto de uma presença honesta e solidária. A reflexão sobre a minha experiência, permitiu-me constatar algumas lacunas. Os clientes reclamam muito mais do que uma interacção verbal, procuram uma interacção – intervenção relacional.

Analisando e reflectindo sobre a experiência da relação com o outro, aprendi que para estabelecer uma relação de ajuda eficaz, é necessário compreender o outro na sua totalidade, aceitando-o incondicionalmente sem fazer juízos de valor. No entanto essa compreensão não é possível sem ter atingido primeiro, o conhecimento de mim mesma. Aprender a reconhecer aquilo que dá valor em mim, e no outro, aceitar a singularidade as diferenças e limitações. É um caminho complexo, doloroso também às vezes, mas fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

O enfermeiro deve adaptar-se à singularidade do ser humano, compreendendo-o em toda a sua trajectória de vida e planeando a assistência de acordo com as suas necessidades individuais, para poder dar uma resposta integral às suas inquietações e medos. Este é o percurso que faço e procurarei fazer com o objectivo de melhorar a acção desenvolvida.

Reflexão – experiencia emocional

Consciente que o ‘Cuidar’ é a essência da profissão de enfermagem, é fundamental que o enfermeiro reúna diversos saberes para atingir o ‘Cuidar Profissional’. Saberes que encerram o ‘saber fazer’, o desenvolvimento do ‘saber científico’, aliando a consciencialização e investimento no ‘saber ser’.

Acredito que o carácter específico do ‘Cuidar em Enfermagem’ prestado com cariz humanizante, assenta numa visão holística, dinâmica, sistematizada e reflexiva da pessoa, a fim de promover a qualidade dos cuidados prestados e envolver múltiplas dimensões: relacional, afectiva, bio-psico-espiritual, sócio-cultural, ética, científica e técnica, e que no terceiro milénio a enfermagem desenvolver-se-á no campo da intervenção relacional, como ciência de cuidar.

Neste contexto, ser enfermeiro é para mim assumir o compromisso que o cuidar extrapola-se na prestação de cuidados tecnicistas, expressa-se pelas atitudes, pela relação e pelo aperfeiçoamento de acções reflexivas.

Reconhecer a importância da relação afectivo-emocional, adequada ao contexto da prática de cuidados, no desenvolvimento das competências relacionais, sendo o enfermeiro um agente privilegiado, é um passo vital não só para o seu desenvolvimento pessoal, como para atingir a excelência do ‘Cuidar Profissional’.

Assim, analisar o processo de cuidados como um processo relacional impregnado de emoções e sentimentos, à semelhança de qualquer processo relacional torna-se um horizonte aliciante, pois a experiência emocional está omnipresente em cada acto de cuidar.

A utilização das emoções é inerente ao desempenho profissional e como isso justifica a consciencialização de utilizá-las na relação com o utente, torna-se importante para mim perceber como deverei eu perspectivar e desenvolver a experiência humana do ‘sentir’, como instrumento de

cuidados. As emoções são sentidas e orientadoras do agir do enfermeiro explicitando-se com intencionalidade no cuidar.

A experiência emocional nos cuidados de enfermagem é um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos.

A relação estabelecida com o utente depende da capacidade do enfermeiro compreender e detectar sentimentos e emoções e a condição íntima do outro e, ainda, a forma dos outros 'estarem no mundo'.

Enfermagem é uma profissão de sentimentos, emoções, pelo que as emoções têm repercussões na prestação de cuidados ao (e com o) 'outro'.

O facto de as emoções poderem não ser conscientes para a pessoa enquanto não se tornam sentimentos, permite compreender a dificuldade que tenho, variável, em revelar a 'emoção' percebida, no entanto, quando procuro aprofundar essa experiência colocando-me questões com a finalidade de compreender a sua perspectiva, o sentimento torna-se mais claro, a barreira entre emoção e sentimento assume-se cada vez mais ténue, sendo que sinto dificuldade em distinguir emoção do sentimento. Por outro lado, o facto de as emoções serem por vezes uma miscelânea de fragmentos emotivos e de sentimentos difíceis de explicar para quem vive a sua subjectividade, torna-se, também, difícil de compreender para quem está exterior a ela.

Falando dos enfermeiros - *peessoas que cuidam de pessoas* – aprofundar a dimensão emocional na prestação de cuidados de enfermagem ao longo do ciclo de vida, deveria ser um imperativo.

Compreendo que o desenvolvimento das competências emocionais, aplicado ao aumento do potencial profissional, ajuda a: resolver problemas e conflitos, a gerar ideias originais e a criar orientações, levando a emoções positivas para uma optimização do desempenho.

Definir e caracterizar a dimensão emocional do cuidar é tarefa complexa para os Enfermeiros, é algo que procuro compreender mas que se revela difícil. Nesta perspectiva reflexiva, foi possível identificar duas dimensões significantes para mim: **“Factores que influenciam a percepção e vivência da emoção”**; e **“Que significados reúne a experiência da emoção”**.

Relativamente aos ***factores que condicionam a minha experiência emocional***, facilitam ou dificultam a mesma, o ambiente surge como elemento importante – espaço propício à expressão livre de emoções. Dado destaque ao ambiente físico do contexto cuidativo à organização dos cuidados. Os Colegas - dificuldade em interagir livremente com os 'outros', que resulta não só do medo de me expor perante os colegas, superiores hierárquicos, etc; como a *ténue* disponibilidade demonstrada por todos os intervenientes para abordarem a dimensão emocional do cuidar. Dado destaque à fuga, à vergonha e ao sofrimento inerente. As minhas características pessoais - para além das competências técnicas, as características pessoais (como valores e princípios, que marcam a minha forma de agir), as vivências familiares e sociais condicionam a minha experiência emocional. A vivência da doença mental no meu seio familiar, o facto de cuidar da minha família

muitas vezes vulnerável, a distância física, são aspectos que interagem como a minha expressão emocional.

Experiência em Cuidar do 'Outro' - Reconheço ser importante as competências adquiridas em contexto real (experiência com situações emocionalmente intensas, nomeadamente a experiência da perda e da morte), sendo evidenciada a proporção entre a variedade de situações emocionais e a gestão emocional inerente aos diversos processos de cuidar.

Significado atribuído à dimensão emocional

Satisfação de necessidades e desejos – A experiência emocional ao cuidar do 'outro' com ligação intrínseca face às expectativas profissionais e pessoais, bem como, um elo fundamental do desenvolvimento pessoal, enquanto ser humano.

Sentimentos e emoções – A percepção da impotência perante situações com intensidade emocional originam frequentemente conflito de emoções, manifestado por sentimentos de culpa; frustração; compaixão; serenidade; paz; harmonia, bem como um confronto interior, uma vez que fico atenta às emoções dos doentes/família e a mim mesma.

Proporcionar conforto – a experiência emocional do cuidar humano desafia a necessidade de descobrir o conforto emocional e o caminho para desenvolver a competência emocional do prestador de cuidados.

Acompanhamento – Reconhecimento que acompanhar o 'outro' no processo de saúde-doença é complexo, que não anula o sofrimento do outro e por vezes potencia o sofrimento do prestador, mas que por sua vez, evita ou minimiza a solidão. Compreendo que o acompanhamento tem por base uma relação de afectos, a qual pressupõe uma aproximação entre utente e enfermeiro.

Envolvimento – O envolvimento emocional assume significado mútuo e positivamente influenciador (potenciador do auto-conhecimento dos actores envolvidos), se estiver presente a gestão de emoções positivas. A experiência emocional pode ser perigosamente projectiva e exponenciar o sofrimento de ambos os interlocutores – prestador de cuidados e utente.

Considerando os variados objectivos da *educação emocional*, como por exemplo, melhorar o conhecimento das próprias emoções; identificar as emoções dos 'Outros' e prevenir os efeitos nocivos das emoções negativas, compreendo agora o quão fundamental é este processo de desenvolvimento emocional, por forma a melhorar a prática do cuidar, e a vivência individual de cada prestador de cuidados. No conhecimento de si e do outro, no reconhecimento da importância dos vários processos de transição, mais ou menos dolorosos, que duram toda uma vida, em prol da unicidade e complexidade inerentes à riqueza humana, a certeza de que só indo até aos limites de nós mesmos, com lucidez e sem disfarces, a compreensão do mundo mais distante se tornará possível.

Reflexão 7ª semana de prática clínica – diário de campo

Ao longo desta semana procurei estar desperta para os seguintes aspectos:

- *Repensar o agir – como, porquê;*
- Os meus sentimentos e emoções;
- Ouvir-me e conhecer-me para melhor conhecer e ajudar o outro;
- Planos de cuidados – analisar as interacções;

Comecei por procurar os meus apontamentos e reproduzir os diálogos que desenvolvi em especial com duas das doentes com quem interagi maioritariamente (até pelo tempo de permanência na Clínica) e tracei planos de cuidados. Tinha um grande objectivo em mente – estar atenta a mim, ao meu sentir, à minha intervenção, aos *pormenores* agora analisados.

Foi como reviver aqueles momentos, a ansiedade inicial, o medo do desconhecido, a percepção da tristeza ou da alegria de cada contexto. Foi igualmente importante dar-me conta do que pensei e senti em dada altura e questionar-se relativamente ao que senti, porque senti, o que interferiu ou não com a relação estabelecida. Percepcionar o que percebo de mim, do outro e do ambiente que nos envolve é sem dúvida possibilitar a compreensão de significados, de ideias, de motivações, que conduzem a acção. O que percebo, geralmente me conduz a um determinado pensamento, que também está geralmente de acordo com o que sinto e que se irá reproduzir no que digo e no faço. Este parece ser um exercício fácil, mas não o é. Fazemo-lo mas de forma inconsciente, percebo agora que não me dava conta efectivamente do que estava a sentir num dado momento, porque não me permitia esse sentir. Assim estando mais atenta à interacção que estabeleci, à minha linguagem corporal, ao que foi dito e sobretudo ao que foi sentido ou retido pude aproximar-me mais do meu “eu”.

Analisando as interacções que estabeleci, e as reflexões até aqui desenvolvidas, procurei iniciar uma descoberta de mim mesma – *quem sou eu?* Procurei analisar o que fora escrito, e percepcionar os sentimentos e emoções presentes.

Pude constatar a presença e referencia ao *medo* como algo frequente nas reflexões realizadas. Mas medo de quê? Medo de não ser capaz de agir perante o outro que me pede ajuda, medo de este não me aceitar, não aceitar a minha ajuda. Procurei “trabalhar” este medo, e percepcionar que afinal tenho feito o possível para ajudar o outro, mas nem sempre tudo é factível, ou possível de realizar, tenho que aceitar os meus limites na acção que desenvolvo. Esta é uma dificuldade que agora identifico. Julgo que este meu receio pretende-se com o facto de trabalhar com doentes oncológicos, muitos deles em fase terminal, cujo sofrimento é quase inexplicável, e a vulnerabilidade está presente no todo da pessoa, em todas as suas dimensões. Por tudo isto, sinto sempre que tenho que dar mais (como se fosse uma “obrigação” pelo sofrimento que percepciono no outro), procuro fazer sempre mais, tendo a percepção que é sempre possível fazer mais e melhor, nomeadamente perante uma dor tão intensa que marca o dia-a-dia destes doentes. Também eu vivo um pouco esta dor, que parece permanente mas inacessível, desta forma a minha intervenção prende-se sempre com a necessidade de ajudar o outro, sempre mais e melhor. Por outro lado o

medo da rejeição, relaciona-se igualmente com o facto de querer dar mais, se não há aceitação é porque podia ter feito melhor, este é o sentimento que muitas vezes me invade.

A minha história pessoal também se prende com a vivência da doença mental no seio familiar, e mais uma vez com a necessidade de dar o meu melhor para que todos estejam bem. Há como que uma necessidade interna de querer ver o outro sempre bem, embebido num sentimento de bem-estar, sem sofrimento, sem dor. No entanto, lido com ele todos os dias. Com a inevitabilidade da morte, com o sofrimento que lhe é intrínseco. Talvez porque o percepcione como algo penoso, difícil, indescritível, procuro evitá-lo em mim e nos outros.

Por outro lado, identifico também a minha dificuldade em dizer “*não*”. Esta, relaciona-se com a necessidade anterior, o querer dar sempre ao outro mais e melhor satisfazendo as suas necessidades. Hoje percebo que este aspecto tem de ser trabalho. A assertividade é fundamental para o sucesso de uma relação terapêutica. Hoje já consigo dizer “*não*” quando acho o pedido desadequado, mas sinto que balaço, que hesito, há avanços e retrocessos, ainda há um caminho a percorrer.

Senti *satisfação*, esta esteve sempre presente nas interacções desenvolvidas, não pela validação do outro, mas por eu mesma percepcionar que alguma coisa do que foi dito, do que vivido valeu a pena. No entanto, simultaneamente a *frustração ou impotência* me invadem porque novamente o pensamento que surge diz respeito ao que podia ter sido feito, *um pouco mais...* A dualidade de sentimentos está presente. Hoje sei que o pouco que se vai construindo é tanto, é tão importante, mas percebo em mim que ainda tenho de continuar a explorar os limites da minha acção e aceitá-los como são. Sinto também esta necessidade de fazer mais, para compreender melhor, e assim o desejo permanente de explorar mais o conhecimento adquirido ou por descobrir, de procurar, de perceber, e assim ajudar eficazmente o outro no seu processo de doença.

Senti *tristeza* pela dor sentida dos utentes, pelo sofrimento intrínseco às perdas que vivenciam. O pensamento foge para o reviver de perdas por mim vividas, muitas vezes a identificação de situações esteve presente. Não considero um aspecto negativo, este ajudou-me a compreender e aceitar melhor o sentimento presente no outro.

Senti *alegria*, alegria quando há referência aos aspectos positivos da vida, como a presença da família. Tal como para muitos utentes, esta também compreende para mim uma estrutura de apoio, de segurança, de confiança, de amor.

Remetendo-me agora um pouco para o meu trabalho diário, e não apenas o desenvolvido no ensino clínico, trabalhar com o doente oncológico terminal, segundo João Lobo Antunes, trata-se da «...medicina sombria, de despedida, do não-futuro, do crepúsculo... a medicina da última verdade, do conforto do espírito, do alívio prudente do sofrimento, do encontro com o outro, do esforço comunal, da preservação tenaz da dignidade».

É natural e universal que os profissionais possuam sentimentos relativamente aos seus doentes e as interacções que estabelecem. A aceitação e a consciência deste fenómeno constituem pré-

requisitos para o auto-conhecimento e para o auto--controlo necessários ao estabelecimento da relação de ajuda. No entanto, não é um percurso fácil.

No estabelecimento duma relação os fenómenos de transferência estão presentes (o reviver de situações descritas pelo utente) e de contra-transferência (reações minhas que passam para o doente). Por detrás do processo de contra-transferência salientam-se a necessidade de salvar o doente, o sentimento de impotência, fracasso e frustração face à progressão da doença, a mágoa, a pena, o pesar, o medo de ficar doente, o medo do sofrimento.

Compreendo hoje que a consciencialização do impacto das próprias emoções possibilita uma capacidade mais segura e preparada de lidar com as diferentes situações com que nos deparamos, sejam elas de âmbito profissional ou não.

A identificação das emoções sentidas, a monitorização e reflexão das mesmas permite-me uma melhor compreensão de mim mesma, da minha intervenção e daquilo que percepcionado na relação. Identificar e pensar na emoção sentida leva-me a interrogar-me sobre a acção destas emoções na minha acção de cuidados, que consequências, que benefícios. Expressar a tristeza que sinto perante a dor do outro, chorar com um doente, já o fiz, e percebi que foi benéfico para mim e para o doente, como um verdadeiro sentir da presença efectiva do outro, e uma possibilidade de “libertação” para mim mesma. No entanto, sei que muitas vezes ainda que de forma inconsciente, e muito relacionada com o meu desejo de bem-estar do outro, e consequentemente sentimento de satisfação, nego a presença de alguns sentimentos, nomeadamente o medo, a impotência a dificuldade em aceitar os limites da minha intervenção na promoção do bem-estar do outro.

A estratégia agora definida – identificar, monitorizar, repensar as minhas emoções e sentimentos no meu agir, permite enriquecer a experiência da prática clínica e tornar mais forte o compromisso profissional do cuidado ao doente.

Os sentimentos são naturais e inevitáveis e influenciam o comportamento. Sinto agora como uma espécie de obrigação assumir a responsabilidade da auto-monitorização desses sentimentos para proteger os doentes (e a mim própria). Sinto que é importante a percepção e reflexão destas vivências e destes sentimentos como algo que permite a libertação de um mundo interno, que é preciso compreender, aceitar, reformular se necessário.

Como último aspecto, realça-se ainda (como aspectos positivos) a possibilidade de enfrentar a minha própria mortalidade, as próprias limitações, pessoais e profissionais, a oportunidade de partilha, a potencial aprendizagem de estar com os doentes e não só prestar-lhes serviço, o desafio do confronto com as próprias crenças e a possibilidade de lidar, honestamente, com as próprias emoções (como a cólera, o luto, a mágoa).

É no tocar de um corpo arruinado que se experimenta uma particular emoção física, um sentimento brutal que ultrapassa muito a piedade ou o afecto: como se fosse uma *ternura egoísta*.

Compreendo agora a necessidade e importância de quebrar esta conspiração do silêncio face ao sentido, ao percebido, ao vivido. Compreendo também que este enquanto processo, requiere

tempo, reflexão, interiorização, construção de um novo caminho, redefinido a cada dia, a cada sentir, a cada aprendizagem.

8ª e 9ª Semana

Análise e Reflexão - “A minha experiência Emocional no Cuidar”

Introdução:

Com o desenvolvimento das ciências sociais e com o alargamento correlativo dos conhecimentos tem-se assistido a uma atenção crescente sobre a complexidade humana (Albarelllo, 1997). O interesse cada vez maior sobre a pessoa, sua essência e intenções trazem à ribalta novos estudos, alguns deles na área de enfermagem, sobre a dimensão emocional, no reconhecimento, cada vez mais consensual, da importância das emoções e dos sentimentos, como factores chave na utilização efectiva da pessoa.

De facto aquilo que sentimos, a forma como nos emocionamos e relacionamos com o outro, dota-nos de significados. Nas organizações, principalmente nas de saúde, a *pessoa* é, e deve ser cada vez mais, considerada, como um importante activo, enquanto detentora de um capital emocional rico e único. A capacidade de usar e controlar com destreza as reacções emocionais próprias e dos outros, confere assim a cada actor organizacional poder e um valor inestimável.

A cadeia complexa de um acontecimento começa com a emoção e termina no sentimento. O sentimento é uma experiência mental dirigida para o interior, traduzindo de certa forma o estado da vida numa linguagem do espírito (Damásio, 1998). Já a emoção, segundo Serra (1998), assume-se como o verdadeiro fundamento da personalidade, sendo através dela que nos ligamos aos outros e a nós próprios, na regulação dos nossos actos e pensamentos, nos impulsos e planos de acção.

Os sentimentos e as emoções constituem-se desta forma como processos que facilitam a compreensão e a resolução de determinado problema, dando-nos simultaneamente a oportunidade de mudarmos de direcção, sempre que assim o pretendermos (Oatley e Jenkins, 2002).

As emoções são parte integrante da nossa relação com o mundo, com as coisas, sendo por isso parte integrante de tudo o que nos rodeia. Com um olhar nem sempre se vê e o ouvir nem sempre permite escutar. É na intencionalidade, é na emoção que a maioria dos gestos ganha sentido e côr. A partir deste raciocínio poder-se-á atribuir importância às emoções e aos sentimentos na nossa relação com o mundo.

Gerir as emoções que afloram, gerir a forma de sentir e expressar o que se sente, é considerá-las, valorizando-as e tomando consciência da sua importância no desempenho de um trabalho considerado emocional.

A utilização das emoções e dos sentimentos positivos podem surgir como um meio potenciador de melhorar os cuidados, pelo empenhamento e incremento do sucesso. Permitem

orientar o agir, no desenvolvimento de uma maior sensibilidade e ajudam na compreensão das necessidades do outro, uma vez que facilitam o estabelecimento de relações afectivas e mais próximas. No entanto a utilização de sentimentos e emoções quando negativos pode ser igualmente perigosa, já que estes pelos limites que impõem contribuem para um pessimismo, para uma passividade e desmotivação, aliadas ao insucesso, podendo levar, na falta de uma correcta gestão, a estados de desgaste ou exaustão emocional. Por exemplo uma exagerada *entrega* aos outros ou uma excessiva centração projectiva nos sentimentos dos outros pode vir a manifestar-se de forma patológica.

A verdade é que os sentimentos e as emoções estão em cada relação e por isso influenciam e são influenciados pela própria experiência emocional em si. Reconhecer a forma como experimentamos as emoções, como sentimos as vivências que nos marcam, como vivemos o que sentimos, assume-se como fulcral no reconhecimento de nós mesmos.

O conceito de *vivência* surge segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2006) como uma coisa que se experimentou vivendo, como o conhecimento adquirido no processo de viver; experiência; prática. Desta forma a vivência emocional, surge como o modo como se vive, sendo todo um conjunto de experiências emocionais, de comportamentos, e simultaneamente uma manifestação da nossa existência.

Já a *experiência emocional*, ainda segundo o dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2006), assume-se como o acto de experimentar as emoções, como qualquer conhecimento obtido por meio dos sentidos; forma de conhecimento abrangente, não organizado ou de sabedoria adquirida de maneira espontânea durante a vida.

Apesar do reconhecimento, cada vez mais consensual, da importância da vivência emocional de cada actor organizacional tem-se verificado, ainda nos dias de hoje, uma certa negligência por parte da nossa cultura tradicional, cuja ênfase é muitas vezes colocada em processos cognitivos e intelectuais, num consequente entorpecimento emocional.

A eficácia organizacional está pois indiscutivelmente relacionada com essa mesma vivência emocional, com o conjunto de experiências de cada actor, com a qualidade da vida profissional, com a realização, com a confiança e com o compromisso dos trabalhadores com a organização.

Nas organizações de saúde a renovação e a valorização de cada actor é exigida na necessidade ainda mais imperiosa de reflexão e humanização, na certeza de que a qualidade dos serviços prestados depende não tão-somente de uma organização racionalmente adequada, mas também do envolvimento de cada um.

Isto porque quem cuida também é pessoa e para além disso, a sua intervenção transcende os meros procedimentos técnicos, pois concretiza-se através do encontro efectivo com o outro, na sua fragilidade e força. Deste modo, o cuidar, revela-se transpessoal, num encontro entre mundos íntimos e subjectivos, enquanto arte humana, tal como preconizado por Watson (2002). No mundo subjectivo e interior de cada pessoa, seja o prestador de cuidados ou o doente, a ênfase é colocada

no relacionamento aberto, na participação e na entrega. Collière (2003) assume mesmo que o desafio dos cuidados está precisamente no reconciliar, no ligar, no relacionamento do corpo com espírito e na reflexão sobre todo um conjunto de concepções e símbolos culturais.

De entre os diversos profissionais de saúde, o enfermeiro surge-nos como o prestador de cuidados que mais perto se encontra do doente e que por isso mais frequentemente se confronta com todas as manifestações físicas e psicológicas da doença oncológica, face às quais é imperiosa a utilização de um conjunto de recursos e capacidades para lhe fazer frente. Como qualquer outra pessoa sou influenciada pela imagem mental e social da doença (cancro), não sendo indiferente ao medo do sofrimento e à impotência face à finitude da vida. Na verdade o sofrimento e a morte em oncologia parecem ecoar particularidades que transcendem a doença física e o corpo doente, nos olhos de quem os assiste, nos laços que os prendem e nas palavras de quem os mistifica.

Vários estudos realizados têm procurado entender a relação das emoções na prestação de cuidados. O encontro com as emoções e os sentimentos no cuidar transporta-nos para a história, para um passado recente mecanicista e de repressão, para o perigo que se reconhecia em entender e usar as emoções, para um esquecimento da relação com o outro, na tendência em privilegiar a técnica, de manipular tarefas e pessoas. De referir que a eventual redução do ser humano a um mero valor económico faz sobressair estratégias desenvolvidas pelos prestadores de cuidados de forma a garantirem o controlo emocional e o risco de contaminação simbólica (Collière, 2003).

Na prática de enfermagem é frequente identificar uma série de mecanismos de defesa usados face às ameaças, muitos deles contraditórios, cuja finalidade é sem dúvida alguma, controlar as emoções negativas e por vezes resolver o problema em causa (Mackereth et al, 2005).

Nesta relação, descrita como complexa, estabelecida entre o enfermeiro e o doente torna-se assim imperioso compreender vivências emocionais decorrentes da prestação de cuidados.

Através da partilha de experiências marcantes para quem cuida, o recordar e a certeza de que evocando as emoções e os sentimentos, muitas vezes submersos nas situações de cuidados, darei voz à natureza da minha existência, numa experiência humana de sensibilidade para a vida e para a morte, rumo a uma humanização cada vez maior dos cuidados.

O meu principal interesse, consiste em compreender melhor e aprofundadamente (se possível) a minha vivência emocional (em muito associada aos cenários da prestação de cuidados ao doente oncológico).

A MINHA EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO CUIDAR, NA RELAÇÃO COM O OUTRO

“(...) e se calhar esta é a grande experiência de viver e de trabalhar em oncologia (...) o encontro com o outro...”

No teatro da vida as emoções de quem cuida cruzam-se com as de quem é cuidado, na sua fragilidade e força, no âmago da existência humana. A intensidade das vivências parece depender

da intensidade das relações, dos laços que se cruzam e entrecruzam, dos gestos, das cumplicidades, das dependências e afinidades... Reflectir para melhor compreender a minha experiência emocional decorrente da prestação de cuidados, é (re) assistir e simultaneamente participar numa peça cheia de côm e movimento, na certeza de que em cada palavra partilhada ao longo das interacções estabelecidas, existem histórias que se relembram e sentimentos e emoções que se soltam e ganham forma porque, como partilham alguns dos utentes com quem interagi, intervi, *me encontrei*:

“ (...) o falar faz-nos reflectir sobre o que se sente...”

Ou ainda, como no outro dia, eu referia a um colega de trabalho:

“ (...) o estar aqui a conversar é quase que uma terapia...que poderia ser repetida mais vezes...a verdade é que nem sempre temos consciência destas histórias que afinal são tão importantes para nós”

A experiência emocional por si só não é sinónimo de competência, ela surge como característica da própria vida e pertence à esfera do mundo interior e subjectivo.

Ao longo das interacções que estabeleci, das reflexões que fui desenvolvendo, deparei-me com diversas formas de partilhar a experiência emocional manifestada através de diversos tipos de linguagem, desde o uso de uma linguagem mais emotiva e efusiva sob a forma de confiança, numa partilha para além dos limites de auto-censura, até à linguagem mais metafórica, passando pelo discurso convencional e objectivo.

Assim em relação à experiência emocional considerada mais marcante foram definidas duas categorias, uma referente aos factores que potenciam a sua escolha e outra referente aos sentimentos e emoções decorrentes da mesma:

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA
EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO CUIDAR	FACTORES QUE POTENCIAM A EXPERIÊNCIA EMOCIONAL
	SENTIMENTOS E EMOÇÕES VIVIDOS

Factores que potenciam a experiência emocional

Num contexto situacional e biográfico, a **idade** do doente e o **grau de proximidade** com o doente e família surgem como os factores que percepciono como influenciadores da minha experiencia emocional:

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS	CÓDIGOS DE INTERPRETAÇÃO
Factores que potenciam a experiência emocional	Idade do doente	Cuidar de doentes jovens em fase terminal ou com doença mental
		Morte de doentes jovens
	Grau de proximidade com o doente e família	Identificação com o doente
		Familiarização com o doente e família
		Cumplicidade e dependência do doente e família

Cuidar de doentes jovens, pela identificação pessoal, corresponde às situações que mais me marcaram emocionalmente e que recordo ainda hoje.

Por outro lado o confronto com a morte e a vulnerabilidade do doente oncológico, é sem dúvida o maior desafio que enfrento diariamente. Percepciono ainda a minha dificuldade em aceitar os limites, não face a inevitabilidade da morte, mas em relação ao que posso ainda fazer mais para promover o conforto do outro que sofre. Talvez o medo de experimentar tal sofrimento me faça desenvolver como estratégia a necessidade de dar, dar mais e melhor, acreditar que é possível dar mais tranquilidade, equilíbrio, harmonia, aquele que sofre.

O grau de proximidade é o outro factor que considero como potenciador da experiência emocional, na proximidade da relação entre mim e o doente e família. Surge integrado e influenciado por múltiplos contextos, por depender das histórias de vida de cada interveniente da relação e da experiência de vida em si.

Na verdade a aproximação que fazemos ao outro reflecte o início de uma relação, num misto de elementos de natureza afectiva, com outros de natureza clínica.

A morte de pessoas significativas para mim, como decorrentes de processos oncológicos, é para mim uma realidade. A perda dos meus avós e o sofrimento que os acompanhou será sempre

por mim lembrado e sentido no âmago da relação com o doente oncológico. Por outro lado, a vivência da doença mental em seio familiar, a presença da esquizofrenia no meu contexto familiar próximo, é uma realidade com a qual lido diariamente (ainda que distante fisicamente) e foi algo com que me deparei e confrontei aquando do ensino clínico. Percepcionar as perdas, o sofrimento inerente à doença fez-me identificar com alguns utentes e famílias.

Uma relação terapêutica dependerá pois das características da vivência do doente e simultaneamente da do enfermeiro, dependerá da confiança e da proximidade. Por um lado há como que uma familiarização com o doente e família, sendo que em alguns momentos a cumplicidade parece existir, e quase que uma relação de dependência pode surgir. No meu contexto profissional (oncologia) a relação estabelecida por vezes parece querer transformar-se numa relação de amizade, como se eu me transforma-se muitas vezes no cúmplice do outro, em muito também pelo tempo prolongado de internamento que fomenta este tipo de relação, e indubitavelmente as histórias que marcam, que ainda hoje as relembro (que jamais as esquecerei), que de uma forma ou de outra condicionam a minha forma de ser.

A proximidade torna-se benéfica, no encontro com as necessidades profundas do outro e no aumento da humanização, no entanto pode também ser perigosa, na co dependência, no desgaste emocional aliado ao contágio emocional. Apesar de uma eventual dificuldade no traçar dos limites entre uma relação de natureza profissional e pessoal, o grau de proximidade é indiscutivelmente um factor decisivo, marcante na vivência emocional.

Os sentimentos e as emoções vividos

O terreno das emoções e dos sentimentos pertence pois ao mundo interior e subjectivo de cada um, por isso mesmo a sua partilha nem sempre foi fácil, decorrendo de uma forma mais ou menos formal, mais ou menos expressiva mas indiscutivelmente íntima. A sua transcrição não será nunca espelho integral da descrição da experiência vivida...

Procurei tendo em conta as situações que mais me marcaram emocionalmente ao longo da minha vida profissional e em especial no contexto de ensino clínico, que agora vivencio, fazer uma representação das emoções e sentimentos vividos, e procurar compreender o porque dos mesmos.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS	CÓDIGOS DE INTERPRETAÇÃO
Sentimentos e emoções vividos	Emoções primárias	Tristeza
		Medo
	Emoções secundárias ou	Vergonha
		Pena

	sociais	
	Sentimentos de emoções universais subtis	Desilusão
		Impotência/Revolta
		Injustiça
		Alívio
		Empatia
	Estado de fundo	Auto-conhecimento

O **medo** assume-se como um estado de inquietude, como já referi medo da rejeição do outro perante a minha intervenção, medo de falhar,

O medo de cuidar expresso nas minhas palavras emerge numa antecipação do encontro e da relação, fundamentado no confronto com o desconhecido (nomeadamente face ao doente mental, e melhor forma de lidar com, dependendo da situação singular de cada um) mas previsível desfecho quando me refiro ao doente oncológico. Parece que este medo me surge associado ao ansiedade e necessidade de quer fazer bem, de quer fazer mais e melhor (sobretudo face ao doente terminal que percepciono como aquele para o qual tudo deve ser feito para que o seu sofrimento seja aliviado). Quer o medo quer a ansiedade, deixam-me em alerta para os riscos ou ameaças, tendo mais vezes a “função” de conduzir à fuga, e aqui deixo escapar muitos sentimentos presentes (como a tristeza) e reconheço a dificuldade em transmiti-los ao outro na relação que estabeleço.

A **tristeza** é considerada como algo desconfortável. É como que uma espécie de retirada reflexiva da actividade da vida, deixando a pessoa em estado de suspensão, para chorar e sentir melancolia, meditando sobre o significado da experiência e, finalmente, fazer os *ajustes psicológicos necessários*, para retomar a acção. Chalifour (1989) considera que esta emoção surge apenas quando algo é importante para nós e de facto a tristeza surge relacionada com a proximidade que eu tinha com os doentes e família, aliada à impotência face à evolução da doença e à identificação com o doente, e com a situação vivida. Compreendo que se relaciona com perdas interpessoais vividas por mim. A tristeza parece surgir de forma espontânea, inevitável, como uma resposta adaptativa ao que vivencio num dado momento. Pode ser angustiante, em alguns momentos, mas também é capacitante, na medida em que me motiva a compreender melhor o outro e as suas necessidades mas também as minhas, porque me permite estar naquele momento comigo mesma, numa atenção ao meu *Self* e ao que sinto e percepciono no momento.

A **pena** surge como vivência de experiências incapacitantes, e talvez também pela incapacidade reconhecida e reflectida de enfrentar a verdade e a intensidade do momento.

Relembro-me perfeitamente de um doente com compressão medular, foram tantos os disparates ditos, pensei “tu podes andar...que vergonha...”. Esta **vergonha** como associada a alguma culpabilidade ou remorso face ao comportamento tido. A **desilusão** surge aqui no desengano e na decepção, face à inevitabilidade da morte, na evolução da doença e face a expectativas próprias sob a forma mais correcta e humana de cuidar, uma vez mais a dificuldade em aceitar limites na minha intervenção e querer dar mais... A **impotência** parece estar também relacionada com a tristeza que sinto, na incapacidade de mudar o que está mal ou o que causa sofrimento. A **injustiça e revolta** invadem-me por vezes, julgo que associadas ao sentimento de impotência. O **alívio** surge como sinónimo de serenar, de atenuar e consolar... alívio quando o outro valida a minha intervenção (não por satisfação pessoal, mas porque percepciono que houve alguma redução do sofrimento vivido), alívio também porque o outro faleceu... e o sofrimento também morreu. Talvez perceba de mim algum egoísmo, neste alívio, neste serenar após a morte...transporta-me para a minha vulnerabilidade... para o confronto com a minha finitude, com as minhas limitações... No entanto, considero que o alívio do sofrimento, a que me refiro, e de todas as suas componentes físicas, sociais, emocionais e psicológicas, surge na promoção da dignidade humana, num fortuito instinto de sobrevivência e intrínseco à natureza humana.

A referência à **empatia**, que procuro incessantemente na relação com outro (umas vezes mais conseguida que outras, às vezes percepciono que fui apenas simpática e que por factores intrínsecos a mim e exteriores também a empatia não foi estabelecida) surge associada a um sentimento de utilidade, de mim para o outro.

Neste processo de conhecimento de estados de fundo de mim mesma, percebo e compreendo-os como forma de auto-conhecimento. É por meio de um maior conhecimento de mim mesma e dos meus sentimentos que poderei realmente interagir com os outros.

Reconheço que trabalhar em Oncologia, e agora experienciar e vivenciar o fenómeno da doença metal – é reconhecer a especificidade das patologias e reconhecer a “penosidade” que é cuidar destes doentes. Nomeadamente identifico uma multiplicidade de situações consideradas emotivas (um diagnóstico de esquizofrenia, uma sentença para a vida, um diagnóstico de morte... a percepção da finitude...), a elevada prevalência de morbilidade e mortalidade, a relação que é estabelecida com o doente é por mim considerada com particularidades únicas. A relação que descrevo, é profunda, pela força e importância que lhe atribuo. A dependência que o doente tem dos enfermeiros, parece ser o motivo para a aproximação. O suporte, a necessidade de, parece reflectir a essência da conquista.

Na partilha comum de uma vivência que muitas vezes transcende os limites profissionais, parece existir um conforto mútuo, na amizade e na cumplicidade que se atinge. Com frequência são os utentes que também me confortam, que percebem o sofrimento e tristeza que me invade em determinados momentos. Há um dar e receber mútuo, que torna a relação tão especial, mas sei que

também invadida de perigos, pela envolvimento emocional e pela dificuldade muitas vezes em expressar e “trabalhar” o que é sentido.

No entanto o trabalhar em Oncologia e a prática clínica agora desenvolvida em contexto da doença mental, tem aspectos positivos que considero gratificantes para o **meu desenvolvimento pessoal e profissional**. Sem dúvida, há em mim uma maior valorização da vida, das pequenas coisas, das relações interpessoais que estabeleço. Há também desvalorização de pequenos problemas, ainda que seja um processo complexo, ente avanços e recuos.

Apesar da complexidade inerente ao cuidar em Oncologia, considero um privilégio, na partilha de momentos únicos com o doente e com a família, na sua essência, na consciência da finitude da vida, no confronto com os objectivos pessoais adiados ou não reconhecidos. A partilha de finais de vida, em que frequentemente os doentes falam do que gostariam de ter feito e foram sistematicamente adiando, confere a consciência de que não existe muito mais tempo para todos nós, e leva a que viva com mais intensidade, que queira fazer mais, tirando mais partido do que sou, e de quem os rodeia. Mas percebo também que devo estar mais atenta aos pormenores, neste frenesim de querer fazer mais e melhor, dar-me conta de mim, parece-me um objectivo para hoje e para a vida.

Em paralelo com o desenvolvimento pessoal o **desenvolvimento profissional** surge também enquanto aspecto gratificante.

Há sentimento de realização profissional, valorização da formação e aprendizagem na trajectória profissional. Este aspecto conduz-nos também ele à reflexão de como os indivíduos se apropriam de um determinado tempo e espaço educativo e o integram no seu percurso. Enquanto geradora de competências, a formação, confere o sentido de prioridade e responsabilidade na garantia da qualidade face ao défice detectado. A reflexão, a humanização, o conhecimento do próprio e da pessoa, trazidos pela continuidade da prestação de cuidados, contribuem sim para uma **melhoria da prestação de cuidados ao doente e família**.

Os aspectos mais penosos no cuidar que exerço, compreendem necessariamente os cuidados ligados à morte, e ao sofrimento. O corpo em sofrimento impõe a presença humana, naquilo que há de mais poderoso e frágil...a condição de ser humano, a dependência. Enquanto vivência pessoal e interior é também em si um sentimento, na tomada de consciência do estado, o sentimento de conhecer o que sentimos. A divergência relativamente aos objectivos definidos para os cuidados prestados é outro factor que me marca, e que desencadeia em mim sentimentos de revolta, insatisfação, impotência, desânimo. Refiro-me a aspectos como má palição do doente; na comunicação de más notícias ao doente e família; na impossibilidade da maioria dos familiares acompanhar doente; no défice de comunicação/cooperação entre a equipa de enfermagem e médica; na prescrição médica de intervenções de enfermagem e na realização de técnicas invasivas/encarniçamento terapêutico. Muitos destes aspectos, também os encontrei na prática clínica e não apenas no âmbito profissional.

A fadiga, alguma desmotivação, stress, também percepciono em mim, por vezes como sinais de algum desgaste emocional.

Enquanto estratégias de defesa, procuro a resolução dos problemas, se possível de forma imediata, e o recurso a actividades de lazer como forma de “compensação” (ainda que não muito frequente), e a adopção de estilos de vida saudáveis.

O **isolamento** também surge aqui como uma forma de distanciamento do problema, numa discrepância entre o tipo de relações sociais desejadas e aquelas que são realizadas efectivamente. Surge associado ao distanciamento, entrelaçado com o desejo de não fazer ou querer sofrer. Ou seja, apesar da família ser para mim a minha estrutura de suporte, por vezes sinto que fujo da temática do quotidiano de trabalho, para evitar que eles percepcionem o sofrimento marcante de algumas situações.

Associado ao isolamento surge o **distanciamento do pensamento**, como forma de protecção em situações penosas emocionalmente. Agora percebo a importância de pensar, reflectir, re-pensar as situações, as emoções e os sentimentos percebidos no momento.

A partilha informal de situações emocionalmente penosas é para mim importante e forma de exteriorização a alívio de “tensão”. Esta **partilha de vivências/suporte mútuo entre colegas de equipa e do serviço** permite-me assim buscar auxílio aquando situações consideradas difíceis e complexas.

A partilha com família e amigos também acontece mas como referi, com alguma “contenção” emocional.

Percepcionando e reflectindo sobre o que descrevi de mim, das minhas relações com os utentes, da compreensão mais próxima ou distante do que vivo e do sinto, compreendo momentos de uma complexidade extrema, que eu própria tenho dificuldade em descrever e ainda em compreender.

Compreender a vivência emocional pela qual atravesso, não foi fácil, não é fácil, é um processo a continuar. Passou também por escutar os murmúrios baixinhos, os gestos nervosos e revoltados que muitas vezes teimavam em se calar, as palavras que pareciam esconder-se em metáforas e sinais. A partilha que fizera das emoções senti-a muitas vezes um processo simultaneamente libertador e penoso, pelo expressar de acontecimentos vividos com dificuldade ou saudade, no evocar de emoções e sentimentos negativos e penosos mas também positivos e enriquecedores.

A especificidade da doença oncológica transposta nos cuidados ao doente exigências e características particulares, na relação, no envolvimento ou falta dele, no crescimento e enriquecimento pessoal e profissional, no desgaste, nas formas de lidar com esse desgaste e nas expectativas de ser e cuidar cada vez melhor. O cancro encerra pois um turbilhão de sentimentos e emoções, para quem o possui mas também para quem com ele e por ele assume um papel principal. Percebo hoje também a mesma complexidade na doença mental, que não se vê, só se

sente... O reconhecimento do impacto emocional que determinadas experiências têm mim, significa também a possibilidade de me libertar, na consciencialização do outro e de mim mesma.

Num conflito de papéis, poderes e saberes, num contágio de emoções e de sentimentos, a maioria negativos e perturbadores ligados à perda, às perdas inerentes a um processo de doença, vivencio experiências absolutamente marcantes, enriquecedoras mas também perigosas e desgastantes. protejo-me recorrendo a mim mesma, recorrendo aos outros, desejando outros suportes e outras formas de acompanhamento e reconhecimento...

Desejo contribuir para a melhoria das práticas, desejo ser cuidada e valorizada. Participo numa peça onde a vida e a morte entram de mãos dadas em cada correr das cortinas. O bater teima em ecoar o constante início de diferentes histórias tão diferentes e semelhantes, tão ricas, tão duras e tão frágeis.

Ouçõ a música que toca no rádio, respiro fundo, visto ou despi o meu fato, recorro aos bastidores, usa máscara, troco de lugar, mas permaneço no palco, mais forte e madura, mas mais frágil e distante, como se a peça que hoje termina estivesse apenas a (re) começar...

Aprofundando o conhecimento e Reflectindo sobre as emoções, processo de auto-conhecimento

A APRENDIZAGEM DAS EMOÇÕES

“Ser-se humano é sentir...

*O único caminho para desenvolver a sensibilidade
para consigo e para com os outros é reconhecer
e sentir sentimentos penosos e felizes”*

WATSON, 2002

Apesar de existirem emoções básicas sob a forma de padrões inatos, a sua expressão ou inibição depende do desenvolvimento cognitivo e do contexto cultural onde cada pessoa se insere. A aprendizagem, a reflexão e a cultura alteram a expressão das emoções, revestindo-as de novos significados. À medida que o ensino clínico (estágio) foi avançando, esta necessidade de reflexão foi ficando mais presente em mim.

A capacidade de gerirmos as nossas emoções e as emoções dos outros é âmago da arte de nos relacionarmos e de nos conhecermos efectivamente. A auto-consciência das emoções confere a possibilidade de enaltecermos e reforçarmos sentimentos positivos. No entanto a gestão inadequada das emoções pode constituir uma fonte de perturbação.

Na necessidade de um profundo auto-conhecimento, o controlar das emoções perturbadoras, a educação e o impedimento de que os sentimentos negativos dominem, surgem como elementos chave para o atingir de um bem-estar emocional. Damásio (2003) defende mesmo que uma emoção negativa só pode ser superada por uma emoção positiva superior. Inicialmente percepcionei em mim alguma dificuldade (bastante) em reflectir sobre as minhas emoções e sentimentos expressos na relação que estabeleço com o utente. Compreendo agora que este aspecto se prende com a dificuldade em compreender e aceitar alguns sentimentos presentes. Falar, descrever, reflectir sobre o vivido e sentido pode doer... Dói pensar no sofrimento sentido, no porque deste sofrimento (muitas vezes associado a histórias pessoais vividas), no que me faz recordar, reviver... Dói sentir e recordar o medo vivido, pela dificuldade em assumir limites, pela possibilidade de rejeição do outro, dói pensar como o medo pode ser bloqueador.

Alicerçando-se em Lupton, Amândio (2002) considera que uma pessoa é civilizada em termos de apresentação emocional quando sabe revelar ou coibir a expressão de emoções, consoante o contexto. O caminho entre as emoções e a racionalidade tem-se revelado tortuoso e a gestão pessoal destas mais ou menos treinada, mais ou menos inata, parece surgir de forma inevitável ainda que de carácter complexo e global.

Reflectir sobre um crescimento constante rumo a um equilíbrio homeostático, é como refere Bandura citado por Goleman (2003) incitador de mudanças positivas nas nossas capacidades.

Cada pessoa é diferente nessa mesma capacidade, sendo que cada pessoa é portadora de um temperamento, pano de fundo do sentimento e constituinte da nossa base genética. Podemos ser seres tímidos, alegres, melancólicos ou confiantes, podemos ter medo de nos ligarmos ao outro, de nos envolvermos, de sentirmos e de nos abrirmos ou não, no entanto mesmo as lições emocionais em nós profundamente enraizadas em hábitos antigos, podem ser reformuladas.

Não podemos porém controlar todas as emoções à nossa vontade. Diz-nos Damásio (2000) que travar uma emoção é tão difícil quanto conter um espirro. Podemos conseguir evitar a expressão de uma emoção em parte, na capacidade, mais ou menos trabalhada, de disfarçar algumas das manifestações externas da emoção, mas não somos capazes de bloquear as modificações automáticas que ocorrem a nível cerebral e nas vísceras.

A influência sócio-cultural e o auto-conhecimento

A regulação das emoções adquire um papel social relevante e inicia-se no seio familiar. As interacções nos primeiros anos de vida permitem o estabelecimento de um conjunto de lições emocionais baseadas na harmonia e nos contratempos, resultantes da interacção entre a criança e o seu educador. Quando estas lições emocionais decorrem de forma inadequada, podem constituir uma fonte de perturbação futura.

A capacidade de dominar os sentimentos, de educar as emoções é dada a nível cerebral pelo córtex pré-frontal, uma vez que este pode refinar ou travar os impulsos da amígdala não a impedindo no entanto de reagir. O controlo de determinadas explosões emocionais é um indicador de maturidade emocional (Damásio, 2003).

É na capacidade do ser humano tomar consciência da sua experiência, avaliá-la, verificá-la e corrigi-la, que se verifica a sua tendência para o desenvolvimento, assim como a sua maturidade (Rispaill, 2003).

O auto-conhecimento, a reflexão e a introspecção assumem também lugares de destaque. Percebo agora, que aquilo que as pessoas pensam das suas capacidades tem um efeito profundo nestas mesmas capacidades. Porém a capacidade não é um bem fixo. As pessoas que possuem sentimentos positivos de auto-estima, em caso de crise, recompõem-se mais facilmente, lidando com as situações como passíveis de ser entendidas e resolvidas. O temperamento, mais ou menos melancólico, tímido ou alegre, não é uma futilidade. A amígdala sobre-excitada pode ser controlada através de experiências adequadas, sendo por isso determinante a *educação emocional*. A reaprendizagem emocional sistemática constitui uma boa prova de como a experiência pode simultaneamente modificar os padrões emocionais e modelar o cérebro.

Igualmente importante, na regulação das emoções, a influência social e cultural, uma vez que quando não são conscientes, as emoções, são estruturadas por força do trajecto social do indivíduo. Nas reflexões que agora desenvolvo percebo de mim e das relações que estabeleço que a manutenção de uma relação com o outro, existe interacção e consequente partilha de estados de emocionais. Quanto mais hábeis formos socialmente, maior a eficácia se terá na regulação das emoções.

Nobert Elias referenciado por Amândio (2002) estudou precisamente esta regulação dos afectos, através da psicologia do polimento, do auto-controle das pulsões e do controlo das emoções. Uma estruturação das emoções no decurso do processo civilizacional, na racionalização do comportamento. Formatadas no processo civilizacional, as emoções não podem ser eliminadas por completo. Demasiada contenção pode até indispor e incorrer a pessoa no risco de insensibilidade. Por outro lado, para além dos constrangimentos, a permissividade, os relaxamentos actuais, não são mais do que um jogo com normas de tal forma incorporadas que permitem uma margem de liberdade, que não coloca em causa o nível de sensibilidade colectivamente alcançado.

Os constrangimentos formais e institucionalizados determinam muitas das vezes a nossa forma de expressão, os nossos comportamentos e a nossa forma de ser, mais ou menos racional. De acordo com Lupton, referenciado por Amândio (2002), ser uma pessoa civilizada em termos de apresentação emocional, implica saber usar oportunamente e de forma adequada, a expressão das emoções, sua revelação ou contenção, de acordo com o contexto. Por seu lado a busca constante de uma adequação, na percepção e no sentimento do sucesso ou insucesso é também e por si só, factor de ansiedade. Quando as formas de expressão emocional mudam, muda de igual forma o

sentimento do que é agir perante determinada situação. Significa que as formas de expressão nas práticas sociais mudam consoante as pressões, as expectativas e ambições, mudam de acordo com aquilo que é permitido e com aquilo que não o é.

É reconhecido que qualquer organismo surge e permanece vivo na sua capacidade de homeostasia, que Damásio (2003) referencia de auto-preservação. Nessa necessidade de preservação sobressai também a capacidade do Homem manipular e camuflar as emoções que considera negativas e prejudiciais e por outro lado cultivar e reforçar aquelas que considera benéficas.

Amândio (2002) demonstra isso mesmo, num estudo sobre o *Lugar Social das Emoções na Investigação Científica em Ciências Sociais*. As emoções podem ser enformadas, mas não suprimidas por completo e os sentimentos interiores que vamos tendo são as melhores testemunhas do nosso insucesso (Damásio, 2000). Ainda que nem todo o comportamento seja determinado pelas emoções, aquelas que são modificadas socialmente, como acontece com a percepção e a cognição, estão presentes em quase todos os comportamentos. O que hoje percepciono, diz-me que as rotinas que estabelecemos no dia a dia e nos locais de trabalho não são mais de que mecanismos que usamos para lidar com a realidade, de a dominarmos, no refúgio contra a mudança, o perigo e a ameaça. Formas de enformar as emoções e os comportamentos numa fuga contra a ansiedade, mas simultaneamente cheias de tensão.

Goleman (2003) fala-nos também dessa mesma capacidade de esconder, de aprender, de aperfeiçoar. Fala-nos da já referida Inteligência Emocional, na capacidade, correlativa e voltada para o interior, de nos compreendermos e de compreendermos os outros, numa espécie de aptidão emocional. O conhecimento das próprias emoções, a gestão das emoções, a auto-motivação, o reconhecer das emoções dos outros pela empatia, e a gestão de relacionamentos, constituem os cinco domínios principais dessa mesma aptidão.

Cada pessoa é, diferente na capacidade de ser, de experimentar emoções, de ter consciência dos sentimentos e de agir com o propósito de alterá-los. Na diferença do uso das emoções, Goleman (2003), descreve três tipos de pessoas:

- *Auto-concientes* – Pessoas com facilidade de auto-controlo emocional e clareza na análise das próprias emoções. Geralmente autónomas e seguras das suas capacidades e limites, quando caem num espírito negativo não ficam obcecadas, mostrando capacidades para se libertarem dele rapidamente.
- *Imersas* – Pessoas que se deixam avassalar pelas emoções, sendo incapazes de escapar-lhes, como se os seus estados de espírito assumissem pleno comando. Descritas como maioritariamente instáveis e emocionalmente descontroladas.
- *Aceitantes* – Pessoas que têm consciência daquilo que sentem e com tendência para aceitar os estados de espírito tais como lhe surgem, sem nada fazerem para alterá-los. Podem no entanto assumir dois estados, o da boa disposição e optimismo, não se sentindo necessidade de mudar, ou

o da vulnerabilidade, quando se apercebem do que lhes está a acontecer, mas caem frequentemente em estados de espírito negativos, aceitando-os passivamente e nada fazendo para alterá-los.

A gestão das emoções, nossas e dos outros, requerem indiscutivelmente maturação e habilidades emocionais como o auto-controlo e a empatia. Reforçando o referido anteriormente, as competências sociais surgem como chaves na maneira como são expressos os sentimentos, explicando o êxito no trato com terceiros ou défices conducentes de inépcia no mundo social ou repetidos desastres interpessoais. Quanto melhor for a destreza social, melhor controlamos os sinais que emitimos. A Inteligência Emocional inclui precisamente esta troca, na capacidade que todos temos de nos mudarmos e de mudarmos os sentimentos dos outros.

Goleman (2003) fala-nos de *contágio das emoções*, que geralmente ocorre de forma subtil, num intercâmbio tácito que acontece em todos os encontros. A transmissão e captação de estados de espírito fazem-se por sua vez no sentido da pessoa mais expressiva para a mais passiva. Existem pessoas particularmente sensíveis ao contágio emocional, no uso de uma sensibilidade inata cujo sistema nervoso autónomo é mais facilmente activado, como existe o contrário, na manifestação de um certo embotamento afectivo. Quanto mais empáticas são as pessoas mais facilmente são contagiadas pelos sentimentos dos outros.

No palco da vida as exhibições emocionais revelam artistas e espectadores. O assistir das emoções nunca é indiferente, pode ser até suficiente para evocar um mesmo sentimento naquele que vê, quer a pessoa tenha consciência ou não. Este sincronismo do estado de espírito determina a nossa avaliação da maneira como decorreu a interacção.

Estabelecer o tom emocional de uma interacção é também um sinal de domínio, a um nível íntimo profundo, porque significa influenciar o estado mental do outro.

A gestão das emoções

*“...só indo até aos limites de nós mesmos, com lucidez e sem disfarces,
a compreensão do mundo mais distante se tornará possível”*

LEIRIS

Em oposição à repressão do que se vive, sente e expressa, a gestão das emoções, na regulação das mesmas, é representada por uma série de processos intrínsecos e extrínsecos, pessoais e sociais, intensos e temporais. Esta habilidade de nos gerirmos e de gerirmos os outros decorre durante uma vida, pela experiência e no treino emocional.

A consciência surge como um elemento chave na tentativa de conhecer e compreender as emoções e os sentimentos, numa regulação emocional, alternativa ao recurso de estratégias defensivas para reprimi-las. Apesar da diferença lógica entre a regulação e a repressão emocional, o

reconhecimento de um sentimento negativo conduz quase necessariamente a uma sensação de alterar o incómodo, de o eliminar e desta forma ambas as estratégias complementam-se (Diogo, 2004).

Como constatado a regulação das emoções nem sempre ocorre de forma eficaz e por isso pode constituir uma fonte de perturbação. Goleman (2003) considera que as pessoas pessimistas são mais propensas a *sequestros emocionais* e desta forma têm mais dificuldade em organizar os seus pensamentos e em cair em reacções primitivas. É necessário que as pessoas disponham de mecanismos que acalmem os seus próprios sentimentos, uma vez que a capacidade de ouvir, pensar e falar dissolve-se quando ocorrem picos emocionais.

As próprias emoções apelam à racionalização. Os mecanismos desencadeantes de emoções, indissociáveis dos mecanismos de controlo, funcionam como instrumentos de gestão das emoções que pululam por entre práticas e interacções (Amândio, 2002).

De facto todas as pessoas necessitam de desenvolver determinadas competências para enfrentar os problemas, os quais resultam da experiência de cada um. A esse conjunto de esforços pessoais, cognitivos e comportamentais em permanente mudança, que surgem de modo a gerir as exigências específicas, internas e externas, consideradas como penosas ou que transcendem os recursos pessoais, Lazarus e Folkman (1984) designam de **coping**. O coping imerge assim visando a manutenção da homeostasia.

Assim sendo e porque cada pessoa possui em si a capacidade de se adaptar torna-se relevante considerar e referir à semelhança de Caplan (1980) que nenhuma estratégia de adaptação deve ser considerada intrinsecamente melhor ou pior que outra. O juízo sobre o valor adaptativo das estratégias usadas deve ser feito em função do contexto (i.e. características e recursos do indivíduo em interacção com a realidade do ambiente), não se devendo nunca menosprezar a capacidade e complexidade de cada indivíduo e situação.

Podemos então encontrar dois tipos de mecanismos de adaptação, o coping centrado nas emoções e o coping centrado nos problemas.

O **coping centrado no controlo das emoções** ocorre geralmente quando há percepção de que nada pode ser feito para modificar o perigo, a ameaça ou o desafio. O objectivo fundamental passa por diminuir o desconforto emocional, a angústia e o sofrimento. Assim a energia do indivíduo é focada no controlo da resposta emocional vivida na situação. Compreendo hoje que frequentemente este tipo de adaptação a diversas situações, nomeadamente na relação com o doente oncológico, é por mim utilizado. São exemplo deste tipo de estratégias a negação, o isolamento e a sublimação, sendo que surgem para manter a esperança e o optimismo, para negar os factos e as suas implicações, para não reconhecer o pior, para agir como se nada de muito mal tivesse acontecido. Pode conduzir à desilusão, porque ninguém consegue iludir-se e ao mesmo tempo ter plena consciência do que está a fazer.

O **coping orientado para a resolução de problemas** ocorre sobretudo quando as situações são percebidas como passíveis de serem controladas ou modificadas pelo indivíduo. Os esforços são geralmente dirigidos para a análise e definição do problema, para a criação de alternativas, para a avaliação dos custos e benefícios dessas alternativas, para a selecção da melhor alternativa e finalmente para a acção. Implica estratégias e uma análise da situação e são mais voltadas para a realidade. São disso exemplo a religião e a procura da fé, a compensação e a procura de informação (Lazarus e Folkman, 1984), (também aqui, nomeadamente numa procura (que às vezes considero incessante) de informação e maior conhecimento para melhor agir, encaixo com frequência a minha intervenção).

A eficácia e o estilo dos mecanismos de coping são pois influenciados pela situação em causa, pelo estágio de desenvolvimento da pessoa e pelo seu contexto social e cultural. Enquanto mecanismos de defesa são simultaneamente reacções emocionais que, conscientes ou inconscientes, surgem face a uma ameaça potencial ou real, permitindo aliviar a ansiedade, o medo ou a angústia.

Parece ainda relevante salientar que nenhum dos dois tipos de coping descritos e respectivas estratégias de adaptação são antagónicos respectivamente, surgindo até frequentemente associados. O coping orientado para as emoções geralmente ocorre imediatamente após os acontecimentos, sendo gradualmente substituído por estratégias orientadas para os problemas (Chaves, 2000).

O controlo das emoções nos prestadores de cuidados

*“...o prestador de cuidados vê coisas terríveis,
toca em coisas horríveis e colhe infortúnios pessoais, perante o sofrimento alheio”*

HIPOCRATES

Não há dissociação entre a pessoa em si e a pessoa que cuida, a prática de enfermagem assenta nisso mesmo, num emaranhar de significados, de trocas, numa co-participação. É, como nos fala Collière (2003), na poesia, na música das relações, que se percebem as vibrações da vida, as emoções, a essência do cuidar.

O controlo das emoções por parte do prestador de cuidados tem como intenção não suscitar, ou pelo menos atenuar, as emoções do doente. Fá-lo por ele, de forma a não se deixar invadir por um mar de emoções, fá-lo pelos seus colegas, para transparecer uma imagem íntegra e profissional e fá-lo pela relação, contaminada de emoções altamente contagiosas.

Como nos revela Mercadier (2002) o prestador de cuidados domina as suas reacções para não inquietar o doente, visto que vivendo ele num mundo à parte, essa separação é implícita e assim deve manter-se. Considera de igual forma que o cuidador, tenta controlar muitas das suas

reações para provar algo aos seus colegas. Na descrição de situações de cuidados é usual recorrer a uma terminologia profissional que é afinal uma técnica com a qual é possível neutralizar as percepções.

No controlo das suas reacções, o prestador de cuidados comanda, de certa forma, a situação, impondo limites, procurando segurança, impedindo o atingir de proporções que não só deixariam de passar despercebidas mas que desencadeariam também um eventual envolvimento emocional desproporcionado. Numa tentativa de se proteger, o enfermeiro pode-se distanciar do outro, no esquecimento de si mesmo (Mercadier, 2002).

A oportunidade dada ao enfermeiro, o prestador de cuidados que mais perto se encontra do doente e mais frequentemente se confronta com todas as ramificações físicas e psicológicas da doença, é única. Isto permite-nos perceber o tamanho da importância da sua vivência emocional, no reconhecimento do sentido especial e complexo das suas práticas. Na resposta a uma ainda interiorizada imposição de neutralidade emocional, os prestadores de cuidados desenvolvem muitas vezes estratégias de distanciamento dos doentes.

Amândio (2002) descreve como forma de controlo das emoções, o uso de rotinas adquiridas e formas de domínio a ela associadas. Uma aceitação emocional na manutenção de hábitos e rotinas que permitem, ao prestador de cuidados, ter um aparente controlo sobre a situação.

O trabalho emocional cumpre-se assim simultaneamente no seio da interacção e à distância da mesma, em meio hospitalar mas também no seu exterior. Todas as facetas da vida do prestador de cuidados (i.e. profissional, pessoal, familiar, social) podem sofrer influência do impacto emocional da interacção com a pessoa cuidada.

O controlo das emoções presentes e resultantes da relação enfermeiro/utente é conseguido através das particularidades com que se inicia e termina essa interacção, protegendo-se com isso a percepção emocional para a qual muito contribui a protocolarização dos cuidados. No uso do distanciamento, do humor e de muitas outras estratégias de protecção desenvolvidas pelos prestadores de cuidados, de modo a garantirem o controlo da situação, encontramos a prevenção do risco de contaminação simbólica.

Para além das estratégias desenvolvidas simultaneamente no centro da interacção e fora dela os prestadores de cuidados socorrem-se de diversos meios para manter o equilíbrio, para controlarem os afectos, fora e dentro do hospital. No estudo realizado, Mercadier (2002), revela que os prestadores de cuidados falam repetidamente da sua vida afectiva como de um verdadeiro suporte que lhes permite fazer face às dificuldades inerentes à vida profissional, ao qual associam as actividades de lazer. E a vida afectiva pressupõe diferentes papéis, o de esposa, o de marido, de filha, de mãe, etc. É no desempenhar destes diferentes papéis que encontro a procura de recursos, na gestão de emoções negativas e na mobilização de emoções positivas.

A partilha de vivências, das emoções sentidas durante a prestação de cuidados, é também vivida por mim, como uma estratégia de controlo das emoções. Falar sobre experiências em equipa

ou em meio familiar liberta da memória situações penosas, invasoras que por algum motivo marcaram quem cuida. Rogers (1985) defende a existência de acompanhamento, no uso de processos terapêuticos capazes de permitir a descoberta da pessoa, na partilha de sentimentos e atitudes conscientes e inconscientes. E será nessa partilha, nessa descoberta de *ser-se o que se é*, que poderemos encontrar a essência do cuidar e de todos os processos terapêuticos capazes de suportar esta complexa relação.

O cuidador deve pois melhorar a compreensão que tem de si mesmo, das suas crenças, dos seus hábitos, dos seus medos e receios, tomar consciência dos seus mecanismos de defesa, de protecção, de forma a adquirir uma autenticidade e confiança que lhe permitirão melhorar a qualidade dos cuidados que presta. A sua vida é simultaneamente a vida do Homem, no seio de uma equipa de trabalho, de uma família, de uma sociedade. Conhecer-se melhor para melhor comunicar, posicionar-se melhor, melhorar a sua relação com os outros para se sentir melhor consigo próprio mas sobretudo, enriquecer-se através do prazer de cuidar (Rispaill, 2003).

Reflectindo sobre as emoções, processo de auto-conhecimento

Cuidar do doente oncológico

*“O cancro equivale a desordem. Não a uma mera desordem fisiológica...
mas a uma desordem de outras ordens do viver,
do sentir e do pensar”*

CARAPINHEIRO

Se o cuidar é por si só um processo complexo de partilha de afectos, na multiplicidade de vertentes que engloba, cuidar em oncologia, pela labilidade de fronteiras nas intervenções que encerra, será-o muito mais.

Carapinheiro referenciada por Durá (2002) considera que a oncologia se move em territórios de experiência humana intensos, densos e até dolorosos. O sofrimento que os atravessa ganha forma na subjectividade das vivências, na partilha, na surpresa, na estranheza e na perplexidade da condição humana. Cuidar de pessoas com cancro é desta forma tecer histórias de vida nas mais variadas condições de fragilidade humana, numa fronteira construída pela sociedade entre a vida e a morte.

O aumento da sobrevida e do número de doenças oncológicas coloca não só o desafio de uma intervenção técnica eficaz mas acima de tudo a necessidade de uma intervenção humana completa e global.

Abordar a doença oncológica, exige assim uma verdadeira análise e reflexão, mergulhada no contexto pessoal do indivíduo doente mas também no seu contexto familiar, social e cultural, assim como no mundo dos profissionais de saúde (Esteves, 1995). Implica pois uma verdadeira gestão de

um mar de sentimentos e emoções, e também toda uma mobilização de recursos e capacidades para lhe fazer frente.

O cancro surge como revelador de privilégios concedidos à interpretação maléfica no seio da cultura biomédica, assumindo-se não só como desvio biológico mas também social. O doente oncológico é visto pelos outros e por si próprio como uma pessoa socialmente desvalorizado (Hesbeen, 2000).

Cuidar do doente oncológico, é descrito por vários autores como Kubler Ross (1994), Sá (1996), Loff (2000), Isikhan et al (2004) entre outros, como penoso, sendo simultaneamente enriquecedor em termos de afectos e relações.

A natureza singular desta relação, entre enfermeiro e doente, prende-se talvez aos mitos e medos associados ao cancro mas certamente prende-se também a um défice de conhecimentos sobre nós mesmos. O enfermeiro necessita de se comprometer emocionalmente com o outro, devendo aceitar-se e aceitar mover-se no escorregadio território das emoções. É nesta caminhada que me encontro e que procuro “compreender-me e desenvolver-me” a fim de me *melhorar* a mim mesma, no sentido de uma maior aceitação e percepção do vivo e sinto, e simultaneamente no melhoramento da minha acção – relação com o doente, o que permitirá uma intervenção mais eficaz. Percepciono hoje, que muitos dos meus medos, receios, limitações na acção se prendem com a experiencia da Oncologia.

Sá (1996) descreve toda esta complexidade do processo de cuidar do doente oncológico, aliada à presença de conceitos ainda assustadores como a mudança, o sofrimento e a morte. Constituindo uma das principais causas de morte em Portugal e na Europa, o cancro transcende um problema fisiológico crónico, pelo condicionamento de todos os seus intervenientes, que nele e por ele assumem um lugar de destaque.

Um dos problemas considerados mais graves que os prestadores de cuidados enfrentam na oncologia é a multiplicidade e simultaneidade do sofrimento. O sofrimento de quem se debate com uma doença crónica, o sofrimento de quem vê o seu território familiar, profissional e social invadido, o sofrimento e a aprendizagem de quem cuida do sofrimento.

Estudos antropológicos e a psicologia social têm procurado entender a relação das emoções na prestação de cuidados. Um estudo sobre a *difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica*, realizado por Ferreira (1996), revela que as emoções caracterizadas pelos enfermeiros oncológicos prendem-se a características como a abnegação, vocação e doação. Revela ainda que existe um elevado número de profissionais que somatizam a tensão emocional sentida, em sintomas físicos a nível dos aparelho osteo-articular e digestivo.

Takahasshi referenciado por Ferreira (1996) analisa as emoções na prática de enfermagem identificando uma série de mecanismos, muitos deles contraditórios, na finalidade de controlar as emoções negativas, como são exemplo uso do humor, a hiperactividade, a agressividade e o distanciamento.

Cada vez mais o enfermeiro oncológico é chamado a enfrentar-se, a conhecer-se e a entregar-se, numa preparação continua para lidar com a problemática do doente com doença crónica e com tudo e com todos quanto o que cercam. Rispail (2003) descreve que o melhor caminho a seguir, na exposição à penosidade inerente ao cuidar, é a reflexão, o auto-conhecimento, um desenvolvimento pessoal que permita o uso inteligente de técnicas, para melhor comunicar, negociar e posicionar face ao outro e à sua complexidade.

BIBLIOGRAFIA:

- ALBARELLO, Luc et al (1997). **Práticas e métodos em Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva – Publicações Ltd.
- ALBUQUERQUE, A. (1987). **Stress: causas, prevenção e controlo**. Lisboa: Texto Editora.
- ALMEIDA, J; MADUREIRA, J. (1995). **A investigação nas Ciências Sociais**. Lisboa: Editorial Presença.
- AMÂNDIO, Sofia Lay (2002). **O Lugar Social das Emoções na Investigação Científica em Ciências Sociais**, Dissertação no Vº Congresso Português de Sociologia. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Universidade Nova de Lisboa.
- ANJOS, Lila A. F. (1996). **Cuidar é amar**. Tese do Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas.
- ASHFORTH, B. E; HUMPHREY, R. H. (1995). "Emotion in the work place: A reappraisal", **Human Relations**. England: 2 (48), 97- 125.
- BASTO, Marta Lima (1998). "A imagem externa dos enfermeiros: representação social dos enfermeiros", **Enfermagem**. Lisboa: 12, 24-28.
- BARDIN, Laurence (2005). **Análise de conteúdo**. (3ª edição). Lisboa: Edições 70.
- BELL, Judith (2004). **Como realizar um projecto de investigação – um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação**. (3ª edição). Lisboa: Gradiva.
- BENNER, Patrícia (2001). **De iniciado a perito**. (edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- BOGDAN, R; BIKLEN, S. (1994). **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora.
- BOLTON, Sharon (2000). "Who cares?Offering emotion work as a gift in the nursing labour process", **Journal of Advanced Nursing**. England: 32 (3), 580-586.
- BUCKMAN, R. (1984)- "Breaking bad [news: why](#) is still so difficult?", **BMJ**: 288 1597-1599.
- CAPLAN, Gerald (1980). **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- CARAPINHEIRO, Graça (1998). **Saberes e Poderes no Hospital – uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: Edições Afrontamento – Centro de Estudos Sociais.
- CARMO, H; FERREIRA, M. (1998). **Metodologia de investigação: guia para a auto-aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta.
- CERQUEIRA, Carla (1999). "Uma perspectiva filosófica do cuidar", **Enfermagem Oncológica**. Porto: 9, 41-49.
- CHALIFOUR, Jacques (1989). **La relation d'aide en soins infirmiers**. Québec: Galton Morin Éditeur.
- CHAVES et al (2000). "Coping: significados, interferência no processo saúde – doença e relevância para a enfermagem", **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo**. São Paulo: 34, 370-375.
- CIBANAL, L. (1991). **Interrelacion del profesional de enfermería com el paciente**. Barcelona: Ediciones Doyma.
- COLLIÈRE, Marie Françoise (1989). **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COLLIÈRE, Marie Françoise (2003). **Cuidar...A primeira arte da Vida**. (2ª edição). Loures: Lusociência.

- COSTA, A; JOSEFINO, V. (2005). "Mecanismos de Coping para a gestão do stress na UCI – perspectiva dos enfermeiros", **Pensar em Enfermagem**. Lisboa: 2 (9), 14-22.
- CRESWEL, John (1994). **Qualitative & Quantitative Approaches – Reserach Desing**. United States of America: Sage Publications.
- CROZIER, M; FRIEDGERG, E. (1977). **L'acteur et le système: les contraintes de l'aaction collective**. Paris: Éditions du Seuil.
- DAMÁSIO, António (1998). **O Erro de Descartes – Emoção, razão e cérebro humano**. Lisboa: Circulo de Leitores.
- DAMÁSIO, António (2000). **Sentimento de si – O corpo, a emoção e a neurocirurgia da consciência**. Mem Martins: Publicações Europa – América.
- DAMÁSIO, António (2003). **Ao encontro de Espinosa – As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir**. Mem Martins: Publicações Europa – América.
- DIOGO, Paula Manuela (2004). **A vida emocional do enfermeiro na sua prática cuidadora**. Tese de Mestrado. Porto: Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel-Salazar.
- DUARTE et al (2004). **As condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas.
- DURÃ, Maria do Rosário Dias (2002). **Territórios da Psicologia Oncológica – Manuais Universitários 22**. Lisboa: Climepsi Editores.
- ESTEVES, Raquel (1995). "Os profissionais de saúde para uma intervenção humanizada do sofrimento", **Divulgação**. Lisboa: 34, 27-30.
- EKEDAH, M; WEGSTROM, Y. (2005). "Nurses in cancer care – coping strategies when encountering existential issues", **European Journal of Oncology Nursing**. (Elsevier). UK: 9, 146-158.
- FABIÃO, António et al (2005). "Formação: Contributo para a qualidade", **Servir**. (Associação católica de enfermeiros e profissionais de saúde). Lisboa: 5 (53) 235-247.
- FERREIRA, Noeli Marchioro (1996). "A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica", **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo: 2 (30), 229 – 253.
- FORTIN, Marie Fabienne (1999). **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência.
- FRIEDBERG, Erhard (1995). **O poder e a regra – dinâmicas da acção organizada**. Lisboa: Instituto Piaget.
- FROGGATT, Katherine (1998). "The place of metaphor and language in exploring nurses emotional work", **Journal of Advance Nursing**. England: 2 (28), 332-338.
- GAULTHER, Benoîte (2003). **Investigação Social – da problemática à colheita de dados**. (3ª edição). Loures: Lusociência.
- GOLEMAN, Daniel (1998). **Trabalhar com Inteligência Emocional**. Lisboa: Temas e Debates - Actividades Editoriais.
- GOLEMAN, Daniel (2003). **Inteligência Emocional**. Lisboa: Circulo de Leitores.
- GIL, António C. (1989). **Métodos e técnicas de pesquisa social**. (2ª edição). São Paulo: Atlas.
- HENNEZEL, M; LELOUP, J. (2001). **A arte de morrer**. (3ª edição). Lisboa: Editorial Notícias.
- HESBEEN, Walter (2000). **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência.
- HESBEEN, Walter (2001). **Qualidade em Enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência.
- HESBEEN, Walter (2004). **Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador**. Loures: Lusociência.
- ISIKHAN, Vedat et al (2004). "Job stress na coping strategies in health care professionals working with cancer patients", **European Journal of Oncology**. (Elsevier). UK: 8, 234-244.
- KUBLER-ROSS, Elisabeth (1994). **Sobre a morte e o morrer**. (6ª edição). Lisboa: Martins Fontes.
- LAZARUS, R. S; FOLKMAN, S. (1984). **Stress appraisal and coping**. New York: Springer Company.
- LAZURE, Hélène (1994). **Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta.
- LEAL, M. P. (1998). **Stress e Burnout**. Porto: Medibial.

- LOFF, Ana Maria (1987). "Levantamento sobre situações de risco profissional no pessoal de Enfermagem", **Cadernos de Divulgação**. Lisboa: 1.
- LOFF, Ana Maria (2000). "Risco e Penosidade Oncológica – Implicações na gestão dos recursos humanos", **Enfermagem Oncológica**: Porto, 15:13-26.
- LORETO, Deolinda (2001). "Burnout em Enfermagem Oncológica", **Enfermagem Oncológica**. Porto: 20, 18-25.
- LOPES, Manuel José (2001). **Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral – Alguns dados e Implicações**. (2ª edição) Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- LOPES, Manuel José (2006). **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- LUÍS, Isabel Silva (2000). **Stress Ocupacional em Profissionais de Saúde Hospitalar – Análise exploratória da relação entre percepção das características do trabalho, clima organizacional, satisfação, absentismo - doença, saúde e bem-estar**, Tese de Mestrado em Saúde Pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- MACKERETH, Peter et al (2005). "Improving stressful working lives: complementary therapies, counselling and clinical supervision for staff", **European Journal of Oncology Nursing** (Elsevier). UK: 9, 147-157.
- MARQUES, Maria da Conceição (2004). "Emoção e conhecimento nas organizações", **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**: FGV ebape e Indeg Business School ISCTE, Abr/Jun: 2 (3), 18 -26.
- MARTINS, Catarina (1999). **Vivências dos familiares face ao internamento do doente oncológico - Que necessidades?** Trabalho final de Especialidade Médico-cirúrgica. Beja: Escola Superior de Enfermagem de Beja.
- MARTINS, Edna et al (1999). "Reacções e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte", **Revista Brasileira de Enfermagem**: Brasília, 52, 105-117.
- MARTINS, Maria de Lourdes (1996) "Reflexões sobre as relações interpessoais ao cuidar o doente terminal", **Servir**. Lisboa: 6 (44), 283 – 290.
- MERCADIER, Catherine (2002). **O Trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar**. Loures: Lusociência.
- MENDES, A. (1995). **Síndrome de Burnout em enfermeiros de psiquiatria – Contribuição para o estudo dos factores do ambiente e da pessoa no seu ambiente**. Tese de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Medicina.
- MOREIRA, Isabel Maria (2001). **O doente em fase terminal em contexto familiar**. (1ª edição). Coimbra, formasau formação e saúde.
- NETO, Félix (1992). **Solidão, embaraço e amor**. Porto: Centro de Psicologia Social.
- NETO, Isabel G. et al (2004). **A dignidade e o sentido da vida: Uma reflexão sobre a nossa existência**. Cascais, Editora Pergaminho.
- NEVES, Maria de Céu; PACHECO, Susana (2004). **Para uma ética da enfermagem – desafios**. Coimbra: Gráfica Coimbra.
- OATLEY, Keith; JENKINS, Jenniffer (2002). **Compreender as emoções**. Lisboa: Instituto Piaget.
- PARREIRA, Pedro (1998). **Contacto com a morte e síndrome de burnout**. Tese de Mestrado em Psicologia. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- PEREIRA, Maria Deolinda (1994). **A representação do cancro nos enfermeiros**. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas -Universidade Católica Portuguesa.
- PIRES, A; ARONSON, E. (1989). **Career Burnout: Causes and cure**. New York: The Free Press.
- POLIT, D. e HUNGLER, B. (1995). **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. (3ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.
- QUEIRÓS, Paulo J. (1998). "Burnout em enfermeiros – Comparação de três grupos", **Sinais Vitais**. Coimbra: 16, 17-21.
- QUEIRÓS, Paulo J. (2003). "O que causa mal-estar, stresse, em enfermeiros?", **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra: 8, 3-7.
- QUEIRÓS, Paulo J. (2005). "Burnout no trabalho e conjugal nos enfermeiros e o clima organizacional", **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra: 11, 3-16.
- QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L.V. (2003). **Manual de investigação em ciências sociais**. (3ª edição). Lisboa: Gradiva.

- RAINHO, Conceição (2005). "Síndrome de burnout em enfermeiros: aplicação do questionário breve de burnout", *Nursing*. Lisboa: 205, 7 – 11.
- RISPALI, Dominique (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- RILEY, Júlia Balzer (2004). *Comunicar em enfermagem*. (4ª edição). Lisboa: Lusociência.
- RODRIGUES, Ana (2005). Dificuldades sentidas pelos enfermeiros que lidam com doentes portadores de cancro", *Nursing*. Lisboa: 198, 32-37.
- ROGERS, Carl (1985). *Tornar-se Pessoa – Psicologia e Pedagogia*. Lisboa: Moraes Editores.
- SÁ, Eunice (1996). "A especificidade da enfermagem oncológica", *Enfermagem Oncológica*. Porto: 0, 15 – 17.
- SÁ, Luís (2004) "Burnout em enfermagem oncológica", *Enfermagem Oncológica*. Porto: 30 (31), 14-37.
- SELYE, H. (1979). *Stress and Survival – the Emotional Realities of Life – Threatening Illness*. USA: Mosby Company.
- SERRA, António Vaz (1998). "Emoções e psicopatologia", *Psiquiatria Clínica*, Coimbra: 19, 157-164.
- SERRA, António Vaz (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica Coimbra Lda.
- SHAUFELI, W. et al (1993). *Professional burnout: recent developments in theory research*. Washington: Taylor & Francis.
- SILVA, A. S; PINTO, J.M (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento.
- SILVA, C. A. (2001). *Repensar os Paradoxos da Participação Directa e as suas Implicações na Enfermagem: Hospitais e Centros de Saúde do Alentejo*. Tese de Doutoramento. Évora: Universidade de Évora.
- SILVA, C. A. (2004). *O Labirinto da Enfermagem – Participação e Profissionalismo*. Lisboa: Edições Colibri.
- STONGMAN, Kenneth T. (1998). *A psicologia das emoções*. (4ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- STEDEFORD, Averil (1986). *Encarando a Morte – uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto alegre: Editora Artes Médicas.
- SEHR, Marion M. (1998). *Teste a sua inteligência emocional*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- TEIXEIRA, Sebastião (1998). *Gestão das Organizações*. Lisboa: Mc Graw-Hill.
- UVA, Sousa; FARIA, M. (1992). *Riscos Ocupacionais em Hospitais e Outros Estabelecimentos de Saúde*. Lisboa: Sindicato Independente dos Médicos e Federação Nacional dos Médicos.
- VALA, Jorge (2001). *A análise de conteúdo - Metodologia das Ciências Sociais*. (11ª edição). Porto: Afrontamento.
- WATSON, Jean (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WITT, Aracy (1981). *Pesquisa em enfermagem*. Águeda: Gralifarte.
- ZORRINHO, Carlos et al (2003). *Gerir em Complexidade – Um novo paradigma da gestão*. Lisboa: Edições Sílabo.

LEGISLAÇÃO:

- **Artigo 57 DL nº 437/91 de 8 de Novembro** – Diploma Legal de benefícios para a Enfermagem Oncológica e Psiquiátrica.
- **Decreto-Lei nº26/94 de 1 de Fevereiro** – Objectivos dos Serviços de Saúde Ocupacional.
- **Artigo 4 do Regulamento Interno do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E. 2003** – Missão I.P.O.
- **Decreto-Lei nº 233/2005** – Transformação em Entidades Publicas Empresariais as entidades às quais havia sido atribuído o estatuto de Sociedade Anónima de Capitais exclusivamente públicos.

Reflexões Semanais – 8ª e 9ª semana de prática clínica (diários de campo)

O estágio de Psiquiatria sempre constituiu para mim um desafio e sobre o qual criei grandes expectativas. A área da saúde mental é uma das áreas que me atrai muito e por isso, propus objectivos a mim mesma, os quais procurei atingir.

Contactar com esta realidade que parece tão longe e tão perto de nós está, exige dedicação, aptidões, auto-conhecimento, contenção e capacidade de conseguir conviver com estas pessoas, com as suas famílias e sermos capazes de prosseguir com a nossa vida pessoal, tentando que experiências vividas não influenciem a nossa conduta e relacionamento com os doentes e que, as vivências com eles não perturbem a vida pessoal.

Manter o equilíbrio entre esta dualidade não é fácil e requer um trabalho constante e ponderado. Talvez este tenha sido um dos maiores desafios a que me propus e que tenho conseguido fazer, apesar de difícil (pelo envolvimento que tenho com tudo aquilo que faço) felizmente contrariando alguns dos meus receios.

Foram importantes as conversas que fui estabelecendo com a Orientadora do campo de estágio e sobretudo com a Professora Ana Melo, por forma a despertar-me para o vivido e sentido. Foram essencialmente estes os aspectos que procurei desenvolver ao longo destas semanas.

Foi muito importante perceber se algo me perturbava, ou se algum preconceito, ou medo, precisava de ser trabalhado. É claro que ninguém é totalmente imune e que, existem sempre alguns factos que pelas mais variadas razões mexem connosco, é portanto importante aprender a lidar com as nossas fragilidades, conhecer quais os nossos limites e ter consciência do momento em que não conseguimos ser imparciais e assertivos. Promover esta reflexão interna, doeu, ainda dói, é um processo complexo, e longo, mas necessário e sem dúvida importante para *me melhorar* e para melhorar tudo aquilo que posso *dar* ao utente.

Procuró agora fazer uma retrospectiva e encontrar os aspectos, factos, ou situações que foram mais marcantes para mim, ao longo destas já 9 semanas de ensino clínico.

Uma dos aspectos que deste logo percebi, e foi importante para o meu desenvolvimento profissional prende-se com a equipa de saúde que encontrei. A equipa que cuida destes doentes deve ser coesa e implica, trabalhar com a multidisciplinariedade exigida, o que parece acontecer na Unidade II. Fiquei satisfeita ao verificar que alguém se empenha em tratar e tentar reinserir os doentes psiquiátricos na sociedade, e que não os tratam como “perigosos” ou inúteis” e que se esforçam por estabelecer uma articulação que permita ajudar estes doentes a conviverem com as suas limitações e autonomizarem-se tanto quanto possível.

Um projecto que eu considero muito importante e que, na minha opinião é fundamental para o tratamento destes doentes é a criação de um grupo multifamiliar, para além do grupo terapêutico já existente. As famílias sofrem muito com estas doenças, viver com alguém assim, sofrer a estigmatização da sociedade, não compreender a doença do seu ente querido, não saber como conviver com estas situações é uma angústia aterradora para a família.

Embora me sinta bem, goste do que estou a fazer e esteja a investir muito neste estágio e no projecto, penso sempre como é difícil para eles (utentes) a minha presença, tal como uma das doentes me verbalizou, porque no fundo eu ou outra pessoa em situação de aluno, estamos a estudá-los, a entrar nas suas vidas e depois vamos embora e alguns destes doentes já tiveram muitas perdas o que os perturba saber que um dia vamos “desaparecer”. Este foi um dos primeiros pensamentos que me invadiu ao iniciar este percurso de ensino clínico. Aina hoje, reflecto sobre ele. Agora penso, talvez este meu pensamento se prenda com perdas que também eu vivi, muitas também elas associadas a processos de doença, necessariamente dolorosos, não será também para mim uma perda? Talvez o seja, pela experiencia enriquecedora que é vivida. Por outro lado uma vez mais associada à minha necessidade de tudo sempre fazer para ver o outro bem, e de lhe evitar algum tipo de sofrimento que possa vir a surgir, estaria eu já a prever o que poderia acontecer, o que poderia eu fazer para minimizar perdas futuras...

Contudo a partir do momento em que participei das actividades com eles, fazendo o mesmo que eles fazem, tive a sensação que passaram a interagir comigo de uma forma muito mais próxima colocando-me também mais à vontade.

Nalguns grupos terapêuticos foram abordados assuntos mais dolorosos, penso nas vidas que alguns tiveram, na sua juventude perdida, como às vezes encontramos algumas semelhanças, como choca ver desfechos desta natureza. Estes momentos, estes confrontos com a realidade, connosco mesmos em alguns momentos, constituíram momentos de aprendizagem, o saber ouvir, quando e como intervir, o que dizer, o que expressar.

As actividades desenvolvidas na Clínica estão bem estruturadas permitindo ao doente explorar algumas das suas capacidades. Procurei, também eu desenvolve-las tendo em conta esse grande objectivo e também os que estão implícitos no projecto inicialmente delineado.

Outra questão que eu considero que deve ser sublinhada, é o facto de todas as semanas se realizar uma reunião comunitária para além de reuniões individuais com cada utente (sempre que necessário), o que permite ter uma dimensão da evolução dos doentes e permitir que toda a equipe trabalhe consensualmente e que o doente possa disponibilizar de um seguimento mais completo e uniformizado, que todos em conjunto expressem dificuldades e necessidades vividas no imediato. Penso é que o fato de neste momento só estar presente um enfermeiro na noite, dois na manhã e na tarde (mais a Enfermeira Chefe) pode ser limitativo, faz com que o trabalho se condense e que seja mais difícil um acompanhamento pormenorizado. No entanto tem-me sido disponibilizada a ajuda e fundamentação desejada.

Ao longo destas semanas estas questões, e a interacção estabelecida com os utentes, dominaram a tónica principal das minhas reflexões diárias, as quais pretendo continuar a trabalhar, porque não é só na psiquiatria que elas são aplicadas, o trabalhar com o outro exige primeiramente um trabalho sobre nós próprios, porque só assim é possível CUIDAR do próximo.

Na primeira semana foi a descoberta de um novo mundo, de uma nova realidade a explorar. Eram muitas as expectativas e eram muitos os medos que me invadiam (serei eu capaz? O que me espera?) Na segunda semana, sabia que iria conhecer um utente novo, o que me tocou mais foi o facto de ele ser tão novo, apenas 21 anos. É difícil ver qualquer pessoa que seja numa situação destas, mas tão jovem, tão renitente à sua permanência no internamento, era muito difícil mantê-lo numa actividade, não tinha estímulo para nenhuma tarefa a não ser com muita insistência e vigilância. Penso nestas famílias que têm de viver com tudo isto, sim porque às vezes penso que se culpam demasiado as famílias. É certo que algumas famílias cultivaram e talvez até levaram a que algumas destas situações, mas não é regra. Um dia, numa família perfeitamente “normal” surge uma doença num filho, num pai, numa mãe e todos ficam assustados sem saber o que fazer, questionando-se porquê a mim, não compreendendo a mudança do ente querido. Aquele que outrora tinha um futuro brilhante, vivia agora mergulhado em alucinações, delírios, depressão, uma anedonia profunda; ou alguém agressivo, que sem querer é perigoso para os outros e para si mesmo, obrigando as famílias a conviver com o medo, a angústia e o terror. Revivi aqui a doença do meu tio, que surgiu apenas com 18 anos, a mudança que a esquizofrenia implicara na minha família, e as mudanças, as perdas, mas também os ganhos inerentes a esta realidade.

Estas famílias precisam de ajuda, muitas deixaram de viver, não têm vida própria, morrem por dentro. Se tanto defendemos a não estigmatização do doente psiquiátrico, também não esteriotipizemos as suas famílias.

Participar e envolver-me com os doentes nas actividades tem vindo a ser muito construtivo para mim, ajuda-me a entender um pouco o seu mundo, a forma como se expressam, as suas necessidades, as perdas inerentes à doença. A parte em que se manifestaram mais entusiasmados, foi da parte de alguns utentes que pintaram, que desenharam, que criaram peças e através das mesmas conseguiram expressar muita da vivência actual. Sinto que este tipo de actividades, que permitiram também maior interacção, foi benéfica para eles, como momentos de libertação. Seria um aspecto a desenvolver na Unidade.

Não costumo vir par casa a pensar nos doentes, mas dei comigo em casa a falar com a minha família, a estar nos locais e a pensar num dos doentes. Mexeu comigo, porque este doente não tem família, é sozinho no mundo, e é perturbador sentir que ele está angustiado, sinto que tinha sempre muita necessidade de falar com ele para pelo menos tentar perceber se ele estava bem, o que o afligia e poder conversar com ele no intuito de o ajudar. Lembro-me de o caracterizar na minha mente como “um bebé grande que precisa de colo”. É impossível não nos sensibilizarmos com alguém assim. Este foi um dos utentes (para além dos que estabeleci entrevistas de ajuda e tracei planos de cuidados) com quem mais interagi, e cujo o seu momento de admissão me marcou, uma das minhas primeiras interacções e tentativas de estabelecimento de relação de ajuda.

A minha interacção é sobre o D., utente seguido há cerca de um ano. O D. tem 32 anos e foi internado pela primeira vez, com o diagnóstico médico de psicose esquizofrénica paranóide com sintomas de delírio paranóide e isolamento.

Depois do falecimento do pai, que se suicidou quando o D. tinha vinte anos, da morte da mãe eu era alcoólica, da qual não se sabe ao certo como morreu, segundo o D. a mãe morreu após ter sido violada, e da morte do irmão desconhecendo-se a sua origem, vive só há alguns anos e em condições de extrema degradação, quer em relação aos recursos básicos, quer em relação às condições mínimas de higiene e salubridade. Tem agora uma tia que procura ajudá-lo.

Esta conjuntura terá irrompida com a sanidade física e mental, sendo que esta última já estaria precocemente danificada e levou ao despoletar da sintomatologia que motivou o internamento.

Da infância recorda-se de discussões terríveis entre os pais, e da mãe permanentemente alcoolizada. Refere uma melhoria no ambiente quando veio viver com o pai e mais tarde com o irmão que se juntou posteriormente a eles. Estudou até ao 12º ano tendo reprovado dois anos, no seu entender devido ao facto de ter uma grande dificuldade em relacionar-se com os colegas, isolando-se frequentemente.

Os relatórios dos testes realizados referem produção fantasiosa com a introdução de elementos que são projecionais. Captação da realidade de uma forma aparentemente adequada mas que posteriormente é deturpada pela existência de um dano interno, envolvido por uma vivência dolorosa que invade a realidade alternando-a.

Presença de elementos fragmentados e desvitalizados, que se tornam persecutórios, e alguns movimentos de adaptação onde surge uma temática ligada à maternidade que expressa o desejo de renascer na tentativa de repôr uma ordem e de apagar um caos perturbador.

Concluindo existência de dificuldades acentuadas e mesmo impossibilitadoras de movimentos adaptativos, a nível profissional, de subsistência e autonomia.

Dão a indicação de fornecer apoio e assistência a par de um trabalho de reintegração e de adaptação no sentido de promover capacidades ainda preservadas e a sua autonomização.

Naquele dia de Outubro, estava frio, tinham caído uns chuviscos, estava o dia cinzento, encontrava-se muito triste (sinto em mim uma tristeza imensa, que dói...), angustiado e acabou por descansar na sala de trabalho, deitado na marquesa e coberto com um cobertor, pois não participou nas actividades, estava sempre de cabeça baixa, com os olhos pequenos, ensonado.

Pelas 13h00, eu estava na sala de trabalho quando o D. entrou para se deitar na marquesa. Deitou-se, e ficou a olhar para o tecto, e foi neste momento que fiquei sozinha com o D., percebi que estava em sofrimento, numa angústia extrema, como se precisasse de colo, conforto e segurança (senti-me de imediato invadida por todas estas emoções e sentimentos, recordo um nó na garganta como se as palavras custassem a sair). A sua grande preocupação e que verbalizou várias vezes, era se o seu espólio estava íntegro. Esta acentuada e aflitiva preocupação intrigou-me, percebi que

este “medo” de perda, do desaparecimento dos seus pertences, tinha um significado muito importante e que estava associado a algum acontecimento de vida relevante para ele.

Como ainda não tinha conhecimento de que situação era essa e sentia uma grande necessidade, quase inexplicável, de ajudar de alguma forma o D., não por simpatia, mas sim, por empatia. Era um pouco estranho estar ali a olhar para alguém que tanto precisava eu lhe disséssemos as palavras certas, algo que apazigua-se o seu sofrimento, e não haver um guião, uma receita universal... Recordei o meu tio, a minha família...

Então, tentei estabelecer uma relação de ajuda, conversando com ele e tentando pegar nas “pistas” que o D. me ia dando, para poder, de alguma forma, conceber um diálogo em que ele se pudesse sentir à vontade, expressando os seus sentimentos, medos, receios e angústias.

Sentei-me e após um momento de silêncio perguntei:

Eu □ Então Sr.D. está a sentir-se melhor?

D. □ Sim, estou... (disse com a voz um pouco trémula).

Eu □ a minha presença incomoda-o, prefere estar sozinho ou conversar um pouco comigo vai ajudá-lo?

D. □ Não, não me incomoda. Podemos conversar um pouco.

Eu □ E sobre o eu quer conversar?

D. □ Não sei, sobre qualquer coisa . . .

Eu □ O D. está muito angustiado não é?

D. □ Estou . . .

Eu □ a noite no internamento foi difícil?

D. □ Foi, estava a sentir-me muito mal, aqueles zumbidos na minha cabeça.

Eu □ Mas foi corajoso em ter-se dirigido à urgência, sentiu-se ajudado?

D. □ Sim, já não ouço os zumbidos, mas estava com medo.

Eu □ Com medo?

D. □ Sim, deixei lá as minhas coisas e não sei se ainda lá estão . . .

Eu □ Está com medo que as suas coisas tenham desaparecido? É isso eu tanto o angustia?

D. □ É, tenho medo que tenha perdido tudo outra vez.

(D. ia falando pausadamente, com um voz em tom baixo, trémula, mantinha-se deitado na marquesa olhando para o tecto e durante a conversa ia olhando para mim quando me respondia).

Eu □ Das outras vezes que estive internado as suas coisas desaparecerão?

D. □ Sim, perdi tudo.

Eu □ Os documentos todos?

D. □ Sim, tive eu tirar novos documentos, foi muito chato. Não quero perder tudo outra vez.

Eu □ D., a Sr.^aEnf^a L. e a Dr.^a P. foram buscar o seu espólio, tem de esperar um pouco.

D. □ Está bem.

Eu □ Só fica descansado quando vir que nada aconteceu às suas coisas, não é?

D. □ É que da última vez fiquei sem nada, perdi tudo.

Eu □ Sabe, nem tudo desaparece D., nem tudo se perde.

(a sua expressão triste desconcertava-me. O D. é um doente que me era impossível de desligar totalmente, angustiava-me vê-lo assim, envolto naquele sofrimento, até eu estava ansiosa para eu trouxessem o espólio).

Eu □ Sente-se bem aqui?

D. □ Gosto muito, não me sinto tão sozinho...

Eu □ Sente que pode recorrer aos técnicos se se sentir aflito e precisar de ajuda?

D. □ Sim, aqui conversam muito comigo, principalmente a Sr.Enfª S.

Eu □ Gosta muito da Sr.Enfª a não é?

(Olhou um pouco para mim fixamente e esboçou um sorriso).

D. □ Sim, muito, acalma-me falar com ela. Também gosto dos outros técnicos, mas ela conversa muito comigo, já foi à minha casa, faz-me sentir menos angustiado.

Eu □ O D., sabe eu a SrªEnf. S. Não desapareceu, vai voltar.

D. □ Sim, eu sei mas tenho saudades.

Eu □ O que costuma fazer quando está em casa?

D. □ Vejo televisão e escrevo.

Eu □ Não costuma ter visitas?

D. □ Não, não tenho ninguém, estou sozinho.

Eu □ Sozinho? Tem a Clínica não é?

D. □ É, aqui tenho alguém com quem falar, mas sinto-me sozinho, na solidão quando estou em casa sem ninguém. Tenho medo de fazer mal às pessoas, não sei se digo sempre as coisas certas.

(ao dizer isto faz uma cara quase de choro).

Eu □ Não faz mal às pessoas. Acha que é capaz de fazer mal a alguém? Não é por falar que magoa alguém. Falar do que nos angustia não magoa as pessoas que aqui estão consigo D.

(Percebi que no silêncio que se seguiu o D estava um pouco ausente).

Eu □ Continua a pensar no seu espólio, não é?

D. □ É.

Eu □ O D. gosta das actividades eu faz aqui?

D. □ Gosto muito de escrever e da expressão plástica.

Eu □ E o que gosta mais na expressão plástica?

D. □ Fazer coisas, faz-me sentir relaxado.

Eu □ Hoje está um dia de Inverno, qual a estação do ano que mais gosta?

D. □ Do Inverno e da Primavera.

Eu □ Sim? Porquê?

D. □ Porque nessas estações, estou mais triste.

Eu ☐ E gosta de estar triste?

D. ☐ Sim, gosto.

Eu ☐ E Porque gosta de estar triste?

D. ☐ Porque quando estou triste não ouço zumbidos e não ouço vozes.

(fechou os olhos com força, toguei-lhe na mão, apertou a minha mão).

Eu ☐ Incomodam os zumbidos?

D. ☐ Incomodam, sinto-me mal, atormentam-me, fico muito angustiado.

Eu ☐ E agora está a ouvi-las?

D. ☐ Não e espero não ouvi-las.

Eu ☐ Se sentir eu está a ouvir algo e se sentir aflito sabe que pode dirigir-se a mim ou a outra pessoa da Clínica, não sabe?

D. ☐ Sei, muito obrigado, obrigado.

Entretanto entra na sala a Sr.Enf^a. e a médica com o espólio e mostra-o ao D. Foi impressionante ver a reacção do D. ao recuperar os seus pertences.

D. ☐ Pronto Enf^a já tenho as minhas coisas, afinal não desaparecerão. Afinal desta vez não queimaram o que era meu.

Ao fim de cerca de meia hora a conversar com o D. foi incrível ver a alegria com que ele ficou. Como um pequeno gesto foi tão importante para ele. Perceber que nem tudo na nossa vida desaparece, fazê-lo sentir confiança.

Esta foi uma interacção que aconteceu logo no início do estágio, sem eu estar à espera, mas que foi marcante para mim e me ajudou nas restantes relações e interacções que procurei estabelecer. Foi estranho, de repente estar ali sozinha com um doente, mas não me senti mal ou ameaçada ou insegura, mas pela angústia que o Sr. D. estava a sentir; eu senti-me angustiada de o ver embuído naquele atroz sofrimento. Tive necessidade de falar com ele, podia não conseguir dizer o mais acertado, mas queria tentar ajudar de alguma forma para atenuar aquela dor.

O D. é um doente que desperta muita a atenção, porque parece que precisa sempre de colo, que precisa de alguém, não por simpatia mas por empatia. Não por ter pena, mas sim por saber que este doente precisava de ajuda, apesar de ter tido receio de dizer algo inadequado, tentei fazer o que na altura me pareceu mis assertivo. Esta era a parte que mais interferia com o meu pensamento, com o meu Eu. Ele já estava tão angustiado que eu tinha medo de que apenas uma palavra pudesse fazê-lo sentir-se mal.

O D. pareceu-me confortável com a nossa conversa. Mais tarde quando nos encontrámos na sala de estar eu voltei a perguntar:

Eu ☐ Então D. tem-se mantido bem?

D. ☐ Sim, ajudou-me muito o tempo que estive comigo, agora estou mais descansado, já tenho as minhas coisas.

Pensei como é possível que um pequeno gesto, um pequeno momento, que para nós é pequeno mas para eles é crucial, faz tão bem a alguém?

Interacções como estas, fazem-me perceber que o mundo não gira só no que aparentemente se passa fora das nossas cabeças, o que dentro dela vai, o que sentimos, é muito importante e que devemos estar atentos a pequenos sinais, que nem de só grandes feitos vivem as pessoas. Procurei estar mais atenta aos *pormenores*...

Em psiquiatria, saber escutar e compreender é fundamental. Mas, para isso temos que saber ouvir-nos a nós mesmos para podermos saber captar o que os outros não dizem mas necessitam de dizer. As conversas posteriores com a Professora Ana, fizeram-me despertar para o sentido, percebido, compreendido no momento da relação com o outro, este é um dos aspectos mais preponderantes deste ensino clínico.

Fez-me entender que precisamos de tempo para explorar e definirmos as facetas da nossa personalidade para que realmente possamos perceber, sentir e pensar. O estar com o outro é de extrema importância, é melhor que qualquer terapia, qualquer medicamento, só com disponibilidade é possível estabelecer uma verdadeira relação de ajuda. Conhecer os nossos limites, descobrir o que nos perturba, até onde podemos e conseguimos ir. Não deixar que vivências pessoais interfiram nas nossas relações, trabalhar os nossos preconceitos e conflitos interpessoais. Perceber e respeitar a diferença, afinal não estamos imunes o que acontece aos outros e quem sabe o amanhã?

Tinha passado, a segunda semana, ia a meio da terceira semana de estágio, comecei a desenhar na minha mente o que poderão ser os outros dias. Conheci a Ana, jovem, bonita, com diagnóstico médico de surto psicótico, esquizofrenia (?).

Comecei a perceber um pouco mais do universo de Ana, a 1ª doente que me foi atribuída, e que indubitavelmente marcou o meu percurso. Tudo isto é informação nova para mim (pensei de imediato, num primeiro contacto), alguma sei que vou ter que validar, mas o que vou escrever é a vida dela e esta por ela deve ser contada, a forma como ela vê a sua própria vida, para tudo o que lhe aconteceu. Foi uma exploração fascinante, mas marcada de sofrimento. Ao começar a ouvir os primeiros sintomas realmente penso “como pode ser?”, “como não percebe que isso não é real?”, mas paralelamente a estas indagações surgem as próprias respostas e outras preocupações. Deve ser muito doloroso sentir tudo isto como se fosse real, vivê-las mesmo no seu interior e depois aperceber-se que tudo é irreal, que a sua mente é diferente de todas as outras e que essa diferença a faz pagar um preço tão alto, por vezes somente pela ignorância alheia ou insensibilidade, isto dói muito mais certamente que os próprios sintomas da doença.

Começou a descrever-me as suas crises, percebi que ela tinha à vontade para falar delas e sentia mesmo necessidade de o fazer. Tentei perceber o que poderia ter despoletado a crise, se

algum acontecimento ao longo do dia poderia ter contribuído para esse facto, sempre senti a necessidade de compreender o sentido das coisas, o porquê delas acontecerem.

Os *encontros* sucederam-se, foram várias as interacções estabelecidas. De certa forma, a Ana compreende que o que sente não é real, como ela mesmo diz é fabricado pela sua mente, não posso negar que me impressiona o facto de se saber que o que se sente ou que se vê e ouve não é real, mas mesmo assim é-se apanhado no meio desse mundo que ninguém sabe muito bem explicar porque existe. Acaba por ser aflitivo ver alguém sofrer assim que tem consciência do que tem! Contudo existem também muitas descrições irreais e que não fazem sentido e mesmo assim a Ana continua a nomeá-las, mas no meio de toda a sua angústia penso que lhe deve ser dada liberdade e permitir-lhe expandir o que sente, afinal o que lhe resta?

Apercebo-me que a Ana mantém os afectos e que isso provavelmente terá sido fundamental para a evolução do seu processo reabilitativo. Confesso que me preocupava o facto de me deparar com alguém desprovido de afecto, que pudesse estar mergulhado na anedonia, não que não gostasse de trabalhar com um doente assim, mas sem dúvida que ainda me é difícil ver pessoas que não têm afectos, que não sentem, muitas vezes porque nunca lhes ensinaram o significado dessa palavra, outras porque a vida madrasta lhes fez trancar uma das portas mais importantes para um ser humano viver – o sentir.

Consoante vou avançando nas entrevistas mais me vou apercebendo do universo que rodeia a Ana. Tudo é novo, é natural que me surpreenda com o que ouço, não porque fique propriamente admirada com o que é dito, mas talvez seja a constatação de que realmente as pessoas por vezes vivem mundos fantásticos e que na realidade existem pessoas assim.

Como é que alguém pode pensar que contribuiu para a guerra do Golfo, como é que alguém pode viver com tamanha angústia? Não estou a julgar, apenas questiono-me sobre a capacidade que a nossa mente tem de nos levar a este tipo de pensamento!

Todavia, fiquei quase sem palavras quando me é feito um pedido directo de ajuda, quando pegou na minha mão e fez um apelo que saiu mesmo de dentro. Só pude dizer que aquela era a minha forma de a ajudar, o tentar compreender a sua doença, a relação de ajuda que era estabelecida. É impressionante com um simples toque mexe tanto connosco!

Medos ... quem não os tem? Mas quando eles são o centro da nossa vida, aí sim tornam-se mais do que medos porque nos impedem de viver.

É espantoso como apesar de tudo o que envolve a sua doença, a Ana mantém o humor. Embora por vezes tenha um discurso cheio de fantasias e sofra muito, apercebo-me que é no fundo uma pessoa com muito humor, que me faz rir, que é capaz de rir.

Embora aceite sempre o que eu digo, toca-me que pessoas como a Ana, sentindo necessidade de estabelecer relações como todos nós temos, sabem que nunca o podem fazer como os outros o fazem...

A sua história de vida, as interações que com ela estabeleci, permitiram-me questionar-me, melhorar a relação que a partir daí pudesse estabelecer com outros utentes.

A compreensão e reflexão sobre os processos de comunicação e interação com o outro revelaram-se fundamentais para melhorar a minha percepção sobre o meu agir e procurar confrontar-me com as minhas limitações e receios por forma a desenvolver competências relacionais. Dar-me conta dos silêncios, da importância dos mesmos e como estes podiam ser “perturbadores” para mim, dar-me conta afinal *o que sinto? porque sinto?* Porque me custa dizer “não”? Porquê esta necessidade de dar mais? Porque o medo? De quê? Porquê? Foram questões que me invadiram e que procurei encontrar resposta. Encontrar-me comigo mesma, foi fundamental, para compreender a minha acção, para melhor compreender o outro. Escutar-me e permitir-me escutar o outro. É um percurso longo, uma caminhada, que não termina aqui.

A procura do “doente” para a realização da entrevista da ajuda, o *encontro* com os doentes que me procuraram, o mergulhar na vivência de cada uma das pessoas para as quais tracei planos de cuidados, o pensar na actividade certa que fosse de encontro as suas necessidades e dificuldades, a procura da compreensão face à vivência de cada um, a perspectiva da doença, a realidade da perda, das perdas, o confronto com a vulnerabilidade do outro que está diante de mim, e com a minha própria fragilidade, os sentimentos incutidos, compreenderam momentos fundamentais para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Reflexão - 10ª semana de prática clínica – diário de campo

Iniciei esta semana, com entusiasmo e vontade de continuar a desenvolver-me neste contexto.

Procurei continuar a reflexão sobre o vivido e sentido. Procurei ainda, agora dar atenção “ao trabalho em grupo”, este é uma das áreas em que identifiquei lacunas (já referenciadas anteriormente) e que procuro superá-las. Nas duas semanas anteriores foram realizadas mais 3 sessões de relaxamento. Os resultados foram positivos, havendo verbalização de “*sensação de bem-estar*”, “*de libertação*”, “*de controlo de ansiedade*”, por parte dos utentes, por outro lado senti e validei com a Orientadora, que tivera respeitado todos os critérios definidos para o grupo alvo a trabalhar e que a “imposição” de regras foi muito mais explícita do que em sessões anteriores.

Outras actividades de grupo foram entretanto desenvolvidas nesta 10ª semana em conjunto com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Especialista Filipa (elemento novo que agora integra o serviço). Procurou-se a promoção de exercício físico, o debate em conjunto sobre forma de promoção de estilos de vida saudável (descrito no módulo das actividades desenvolvidas). A expressão vivencial e emocional associada à musicoterapia foi também esta semana recurso para o desenvolvimento de outra actividade de grupo. Esta permitiu a expressão de sentimentos vividos no momento, o estimular de relações interpessoais, a promoção da reflexão, exploração de

significados, auto percepção, e envolvimento. Assim foi possível ao utente perceber o que experiencia neste momento, o que mais o preocupa, que dificuldades, que perdas e ganhos vivência, que sentimentos o invadem, que estratégias utiliza. Algumas das verbalizações foram: *“esta partilha foi importante...”*, *“recordei bons momentos...”* *“percebi que afinal até vivi e vivo coisas boas”*.

Estas actividades revelaram-se fundamentais para os utentes no sentido de uma maior compreensão deles mesmos, e da própria doença, permitiram-me também a reflexão sobre as vivências descritas, as interações estabelecidas, o questionar-me, o melhorar a interação e trabalho em grupo.

Seria útil um programa de actividades semanal (como as sessões de relaxamento que procuro re-implantar na Unidade). Penso que o facto de existirem rotinas diárias e semanais tem como objectivo criar um ambiente estruturante e seguro na Unidade, que serve como um modelo que estas pessoas, com dificuldade em se organizarem nas suas actividades diárias, podem transpor para o seu dia-a-dia. Tudo isto implica o treino de competências interpessoais de comunicação, negociação e gestão de conflitos, num projecto real. Enfim, penso que estas actividades são uma forma saudável de centrar a pessoa no seu problema central, a fim de estar se compreender e ajudar, mas também permitem focar a atenção nas partes saudáveis da pessoa, realçando-as e desenvolvendo-as. Este parece-me um passo importante na recuperação da pessoa, na sua adaptação não só à sua doença, mas à sua globalidade como pessoa. São estes os pressupostos nos quais procurei basear a minha acção e intervenção desenvolvida até agora nesta Unidade.

Por outro lado, ao longo desta semana procurei interligar e cruzar as várias reflexões elaboradas, as vivências relatadas, as experiências vividas e sentidas, as actividades desenvolvidas, os planos de cuidados traçados com os objectivos delineados no projecto de estágio. Neste processo desenvolvido foi relevante evidenciar o processo de perdas inerentes à doença mental (ao surgimento desta), a descrição das vivências pelos utentes alvos da minha interacção e acção, e percepção de uma realidade que muitas vezes passa descurada. A centralização da acção apenas na doença, impede-nos de mais profundamente estarmos atentos aos pormenores das vivências de cada um. Foi por meio desta atenção que o problema central de cada doente foi melhor percebido e compreendido, foi por meio desta intervenção e reflexão que se estabeleceu que situações mais complexas, resultantes de perdas anteriores à doença, puderam ser identificadas. Foi importante para estes utentes darem-se conta de alguns aspectos, sejam sentimentos, acções, estratégias, que desenvolveram ou desenvolvem, foi importante para mim também eu dar-me conta da percepção que tenho de mim mesma e daquilo que é vivido pelo outro. Os ganhos (resultados) obtidos, por poucos que sejam são fundamentais para a promoção da saúde mental do utente, e para o meu crescimento pessoal e profissional.

Reflexão – Pensar no vivido e sentido

*“Os dias prósperos não vêm por acaso.
São granjeados, como as searas, com muita fadiga e
com muitos intervalos de desalento.”
Camilo Castelo Branco*

Quase no final deste percurso, sinto-o como uma longa viagem, onde passei por diferentes cenários e paisagens, alguns trajectos sinuosos, desertos de criatividade, compensados por oásis de produção, mas raramente se tornou uma caminha solitária. Talvez, por que optei por preferir partilhar as vivências com quem me rodeia, para as debater e validar. Além disso, a proximidade das orientadoras (campo de estágio e docente) foi uma constante, aconselharam, e orientaram-me, ajudando na tomada de decisões mais acertadas nas encruzilhadas que surgiram. Nesta altura, impõe-se uma nova reflexão, um exercício auto-reflexivo sobre o trabalho desenvolvido nestas últimas semanas.

A reflexão que estabeleci em torno da minha vivência emocional face ao processo de cuidados e da interacção que estabeleço com o utente, providenciou um diálogo comigo mesma, que indubitavelmente promoveu desenvolvimento pessoal e profissional. Evidenciei dois eixos estruturantes: um com um sentido “*negativo*” de “*pesar*” face à vivência paradigmática do cuidar em oncologia, *em fim de vida* – meu contexto profissional, e de sofrimento pessoal marcado pelas diversas perdas (pessoais e profissionais) e dificuldades vividas. O sentido “*positivo*” prende-se com a possibilidade de me dar mais a mim mesma, e necessariamente ao outro adoptando estratégias de crescimento.

A promoção de desenvolvimento pessoal e profissional compreendeu a reflexão sobre: a minha prática de cuidados – as vivências marcantes relacionadas com o doente, família, cuidados prestados, vivências relacionadas comigo mesma, permitiram-me pensar e analisar a minha prática mas sobretudo o meu sentir perante a mesma. Foi um percurso árduo, ainda o é, é complexo e difícil de aceitar, mas na verdade todas estas vivências compreendem um *Sofrimento Pessoal* que me marcou, que me marca e que determina a minha forma de pensar e sentir. Muitas vezes é a frustração e a não-aceitação da mesma que conduzem à dor e à mágoa. Este frenesim de tudo querer fazer e sempre melhor... O efeito espelho que muitas vezes surge, o reviver, o aceitar ou não, o dar-me conta de perdas, de tantas perdas... mas agradavelmente perceber também que é por meio delas que compreendo alguns percursos, caminhos, estratégias...e ganhos.

Através das interacções estabelecidas, da análise das mesmas, das vivências e reflexões ocorridas neste percurso, permiti dar voz ao meu *Eu*, percepcionar medos, receios, sentimentos escondidos ou negados. Aprendi de alguma forma a duvidar, criticar e determinar.

A vida é o maior espectáculo no palco da existência. Devemos ser realizadores do guião da nossa vida, mas temos de saber que nunca conseguiremos controlar todos os actores e todas as variáveis desse palco complexo. Percebi a necessidade de me “revolucionar” de não ter medo (sentimento que pode ser tão bloqueador, que já o foi tantas vezes...) de me investigar, de compreender o sentido e também assim perceber melhor o vivido. Através desta exploração de mim mesma, pude compreender melhor o outro com quem interagi, aceitar o que me dizia, aceitar os sentimentos que me transmitia, pude efectivamente perceber mais profundamente o momento de crise e de perda, que marcam a realidade do meu utente. Reflectir sobre mim, analisar comportamentos, perceber porquês, compreender consequências, reconhecer os meus limites e aceitá-los, aceitar a frustração, compreende um processo libertador em mim. Compreende, porque ainda o é, não termina aqui, talvez nunca termina... a exploração de mim mesma aceito-a como um processo contínuo e alvo de mudanças. No entanto, foi tão rico pelo simples facto de ir, deixar-me ir e não ter medo do que posso encontrar... foi, e é tão difícil e doloroso... perceber perdas, aceitar o erro, a impotência, a negação... Foi enriquecedor, reviver a autenticidade das interacções que estabeleci, a confiança que nelas depus, a dedicação e entrega, a alegria também vivida. O que pensamos determina o que sentimos, o que sentimos determina o que registamos na nossa memória, e esta determinará a nossa forma de agir. Houve momentos em que me senti no caos, mas foi esse turbilhão vivido, que me fez questionar e compreender alguns porquês, que foram determinantes nas minhas vivências pessoais e profissionais.

Procurei deixar a minha ânsia de tudo fazer, de sempre procurar mais e melhor na minha acção, para estar mais atenta aos *pormenores*, esses pormenores que me rodeiam, que rodeiam aqueles de quem cuido. Procurei resgatar a liderança do *Eu* nos focos de tensão, enfrentar o meu desânimo, permitir compreensão e portanto mudança. Aceitei medos, derrotas vividas, sentimentos negativos sentidos, e procurei perceber-los e desta forma trabalhar-los com dignidade, é um processo que implica dor e tempo, é longo, faço-o agora neste momento em que escrevo e terei de o continuar a fazer.

A vivência e os sentimentos / emoções incutidos em cada uma, expressam um complexo mistério, privilégio da maravilhosa vida que possuímos.

Não é possível viver uma vida social e emocional saudável sem aprendermos a fazer uma introspecção, a conhecer-nos mais intimamente desenvolvendo a capacidade de auto-crítica mas também de auto-valorização de reflexão sobre o que somos e como reagimos. Caminhar nesta trajectória do meu *Eu*, é permitir compreender-me e aceitar-me, e sem dúvida que neste processo, nesta procura, a relação que com o utente estabeleço ficará reforçada, pois há mais aceitação, compreensão, e portanto a acção desenvolvida será mais eficaz.

O diálogo entre os níveis de relações humanas está a morrer. A relação enfermeiro ou médico - doente, aluno – professor, marido e mulher carecem de uma interacção mais profunda. Reflectir sobre mim, sobre o vivido e sentido é cooperar mutuamente. É necessário remover

máscaras, sem medos... Frequentemente fazemos das nossas emoções uma espécie de caixote do lixo. Percebi que tantas vezes me deixei invadir pelas ofensas, rejeições, frustrações, causadas por outros. Mas não sofremos apenas pelo que outros nos fizeram mas também pelo que fazemos a nós mesmos. Auto-punimo-nos, porque não admitir que falhamos? Talvez porque dói... temos medo, esse medo que nos transforma em espectadores passivos, é preciso criticar o medo, não ter medo do medo, viajar por dentro, transformarmo-nos em agentes modificadores de nós mesmos. Já percebi que o resultado pode ser arrebatador... mas a caminhada continua. Continuo a olhar para as pequenas coisas, e é lá entre elas que há tanto por descobrir.

A língua do coração provém das profundas necessidades de amor e calor, que queremos tanto dar e receber. Mas a nossa civilização tornou-nos medrosos e faz-nos sentir vergonha quando nos sentimos vulneráveis. A língua da realidade promete aliviar-nos o fardo das nossas necessidades, o que predispõe para deixarmos de confiar nas nossas próprias percepções. Por isso a língua do coração será a salvação. Temos de ultrapassar a divisão, não aderindo à lógica da realidade, mas insistindo na conservação da própria capacidade de compaixão, de sentir o sofrimento e a alegria.

A qualidade dos cuidados é indiscutivelmente influenciada pelas atitudes e pelos comportamentos de quem é cuidado e de quem cuida, da qualidade que desejam, ou seja, do seu profundo desejo de cuidar e ser cuidado, para além dos actos que são executados e do profundo conhecimento de si próprio. Não é possível melhorar a saúde mental sem conhecimento das doenças psiquiátricas mas sobretudo não é possível melhorar a saúde mental sem conhecer a pessoa, sem nos conhecermos. Urge a necessidade de encontro com o mundo emocional e subjectivo da pessoa, do meu *Eu*, num caminho para o *self* interior, o conhecimento de si e do outro, na percepção da complexidade inerentes à riqueza humana, tendo a certeza de que só indo até aos limites de nós mesmos, com lucidez e sem disfarces, a compreensão do mundo mais distante se tornará possível.

Reflexão – 11ª semana (última semana de ensino clínico)

Esta foi a última semana de estágio na Clínica de São José. Passou muito depressa, o tempo acabou por ser pouco, agora que já me sentia capaz de interagir com os doentes a outros níveis, que já tinha uma maior capacidade de compreender melhor o que eles diziam e sentiam, agora que já fazia parte do meu dia-a-dia ir até eles.

Pensei muito ao longo da semana como iria ser o último dia, o que iria sentir, o que iria dizer, como iriam reagir os utentes.

Cada dia que passava, cada actividade em que participava, sabia que para a semana não iria haver outra vez... Desde o início foi frisado aos doentes que iria embora, mas é sempre complicado para eles verem as pessoas a ir e a vir, apegarem-se e depois verem-nas partir. Uma das questões que mais mexeram comigo nesta semana foi a entrevista a que assisti, que fizeram a uma das

doentes. Estavam presentes quatro gerações, a mãe da doente, a doente, a filha e o neto. A vida tem uma sequência de acontecimentos que poderão influenciar, no futuro, a nossa personalidade, a forma de educarmos os nossos filhos, a vivência de quem nos rodeia. É muito complicado compreender como pode alguém “infernizar” a vida de um filho, não lhe permitir o crescimento natural, obrigá-lo a uma maturidade precoce, privando-o da alegria e despreocupação de simplesmente ser criança.

Quando esta criança cresce, sente-se diferente dos outros, fecha-se numa concha, coloca uma carapaça de defesa para impedir que o magoem, mas às vezes não só evita o sofrimento, mas também as alegrias, porque tem medo de arriscar, tem medo de sofrer mais uma vez.

Porém, esta criança encontra dois caminhos: aprender a viver com a sua dor, conseguir trabalhar o seu sofrimento e lutar pelos seus objectivos de vida e pelo seu bem-estar, ou por outro lado, fechar-se para o mundo, não suportar conviver com as suas recordações, construir o seu próprio mundo, “surtar” para o que o rodeia, sucumbir ao desejo de viver preso à sua realidade.

Esta família sofreu alterações quem sabe incontornáveis, no entanto ainda reside a vontade de perceber como e porque tudo aconteceu, e a forma de se poder pelo menos viver e conviver com isso.

A necessidade de compreender porque todas estas situações acontecem, como a vida de alguém é invadida pela doença e a recusa em aceitar que seja quem for possa odiar e magoar os que ama, levaram-me a procurar algumas respostas, a estudar, a querer continuar a procurar sobre o que leva as pessoas a adoecerem e qual a forma de poder cuidar delas e das suas famílias.

É claro, que em tão pouco tempo são mais as questões levantadas que as respostas encontradas, mas colocamos em causa o que vemos, como, para quê, porquê, questionamos a nossa acção, que emoções vivenciamos, o porquê das mesmas, estamos abertos a outras visões, tudo isto contribuiu e contribuirá para o nosso crescimento, para o nosso saber, e mesmo, para com os doentes com quem lidamos, independentemente da área em que trabalhamos, mas principalmente na área da psiquiatria há enriquecimento diário por meio das interacções, acções, pensamentos e sentimentos explorados.

Dei comigo preocupada com a despedida dos doentes... sentia que não me importava nada que o estágio se prolongasse, entusiasmei-me com o trabalho que vi e com o que poderia ser feito e sobretudo do que poderia aprender sobre este tipo de patologias, sobre como ouvi-los, como compreendê-los, como *estar com* eles.

No último dia, despedi-me de todos os doentes, até alguns que eram menos comunicativos me surpreenderam com as palavras que disseram, mas há doentes que sem dúvida mexeram muito comigo. Seja pela identificação de situações, seja pelos sentimentos e emoções vividas, seja ou não pela história pessoal de cada um deles, que teve algo a dizer-me, a ensinar-me, que num ou noutro momento me despertou e me fez compreender um pouco melhor os aspectos de viver para os quais devemos estar atentos.

“Oh, Enf.^a já vai embora, vou ter muitas saudades suas.” Eu, nem consigo expressar o que senti naquele momento, porque sei que para alguns dos utentes, a minha saída vai ser sentida com uma grande perda, mais uma entre tantas que já sofreram. Expliquei-lhes, o que já vinha a ser reforçado desde o início, que estaria com eles, mas que haveria um dia que tinha de ir embora, e que o que foi vivido se foi importante, se houve alguma mais-valia, alguma aprendizagem, isso é que é importante e deve ser valorizado.

Fiz a despedida com a equipa, agradecendo as aprendizagens, as partilhas.

Fiquei muito comovida por ao me vir embora ver que em pouco tempo alguns se afeiçoaram, que consegui tocá-los de alguma forma, que sentiram a minha presença. Sem dúvida um estágio para lembrar onde aprendi não só com os técnicos, como também, com os doentes.

Relativamente a outros aspectos do ensino clínico, tenho a dizer que gostei muito do campo de estágio. É um local onde existe realmente um projecto que é aplicado e onde os doentes com doença mental são tratados como pessoas.

Senti-me à vontade, também pelo facto de me ter sido dado espaço para desenvolver o meu projecto e para conduzir o tempo durante o estágio. Para mim, é algo importante porque sinto-me com mais liberdade, mais *“à-vontade”* para poder trabalhar e para expor as minhas ideias e opiniões.

Em relação à orientação da Professora é de referir que considero muito importante a presença que teve ao longo do estágio, não só no próprio local, como também pela disponibilidade demonstrada caso precisasse de algo. É muito importante o espaço que se dá a um aluno para ele trabalhar, para que não se sinta pressionado e também possa direccionar os seus interesses, e que este aprenda a gerir esse mesmo espaço, por forma a torná-lo rentável e proveitoso.

Estes momentos de aprendizagem e partilha permitiram que este momento de ensino clínico, se focalizasse também numa área que hoje percebo fundamental – o auto-conhecimento.

Os sentimentos, emoções, fragilidades, preconceitos, medos, fantasias, que emergiram ao longo do estágio, foram algo de atenção e exploração. É muito mais do que o exercício exímio de técnicas, os doentes não são um diagnóstico, não existem receitas nem guiões específicos para nos guiarmos.

Na saúde mental, as pessoas são cuidadas pela sua unicidade, pelo seu valor, por quem são, não pelo que deveriam ser ou por uma determinação padronizada da sociedade. Não que não devesse ser assim em qualquer área da saúde, contudo a psiquiatria exige um trabalho interior contínuo, progressivo, aberto a outros horizontes, disponível para ouvir os outros, mas primeiro temos de aprender a ouvirmo-nos a nós próprios. É um caminho a continuar a percorrer, é um projecto para a vida.

Reconhecer os nossos valores, as nossas qualidades é importante para que a nossa auto-estima e segurança nos faça continuar a trabalhar, mas neste caso, conhecer os nossos limites, as nossas fragilidades torna-se talvez mais importante ainda. Só assim, saberemos respeitar o espaço do outro e não nos magoarmos, sim porque um enfermeiro também tem vivências que podem

interferir com quem cuidamos, por isso, é prudente não ultrapassarmos as nossas fronteiras afectivas e de relação para que a nossa saúde se conserve íntegra e não coloquemos em causa a relação de ajuda.

Mas um estágio destes implica muitos mais desafios. Conseguirmos enfrentar as nossas mágoas, os nossos medos, as vivências de um passado sofrido, é corajoso, mas doloroso. Lidarmos com recordações, sangrar feridas, por vezes é a melhor maneira de as fazermos sarar, jamais esquecê-las, mas aprendemos a conviver com elas de uma forma saudável. Aqui se encontra uma das principais diferenças entre estes doentes e nós ditos “normais”; a capacidade de lidarmos com as nossas frustrações, de criarmos mecanismos de defesa não patológicos, trabalharmos interiormente as nossas vivências, esta é uma das razões que não nos faz “surtar” para o mundo e a continuarmos conectados com uma realidade, que apesar de cruel, decidimos lutar pelo nosso lugar.

Aprender a ESTAR COM os doentes é sem dúvida muito importante, as palavras, às vezes, tornam-se supérfluas, um olhar, um gesto, simplesmente estar com o doente é o suficiente, não é preciso nada mais.

Este estágio foi muito importante para mim e talvez tenha sido determinante para futuras escolhas. Pelo que fez despertar, pela zanga que me fez sentir, pelas emoções que me fez sentir, pelo que aprendi com os técnicos, pelo que aprendi com os doentes, pela visão diferente que dão do mundo, por aprendermos a ser e a cuidarmos de pessoas, por tudo isto foi mais que um simples momentos de ensino clínico.

ANEXO VIII – FORMAÇÕES REALIZADAS (certificados)



Centro de Bioética
Director: Prof. Doutor António Barbosa

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, se declara que Andrea Bidarra participou como formanda, na sessão de formação intitulada “O Luto”, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, realizada no dia 11 de Novembro de 2011.

Prof. Doutor António Barbosa
Coordenador dos Conselhos de Mestrado em Bioética, Ciências da Dor e Cuidados Paliativos

DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que ANDREA PEREIRA BIDARRA, aluna do Curso de *Doutoramento em Enfermagem*, esteve presente no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 18 de Novembro de 2011, das 9h00 às 13h00, para:

- ☐ Exame
- ☐ Teste de Avaliação
- ☐ Discussão de Trabalho
- ☒ Frequência de Aulas
- ☐ Outro

da Unidade Curricular Métodos de Investigação III.

Lisboa, 30 de Novembro de 2011

O Secretário,

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, eu, Telmo Ventura Mourinho Baptista, Professor Auxiliar da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, declaro que Andrea Pereira Bidarra, esteve presente no dia 13 de Dezembro num Workshop intitulado "O Luto e a família".

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Telmo', with a horizontal line drawn above it.



XXIV ENCONTRO DAS TAIPAS

CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE:

António Pereira Biliury

PARTICIPOU NO XXIV ENCONTRO DAS TAIPAS QUE SE REALIZOU NOS
DIAS 19, 20 E 21 DE OUTUBRO DE 2011

LISBOA, 21 DE OUTUBRO DE 2011

PELA COMISSÃO ORGANIZADORA

2.5.2.



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, se declara que a Mestre Andrea Bidarra participou como prelectora/formadora na sessão de abertura dos Cursos de Mestrado em Bioética, Ciências da Dor e Cuidados Paliativos (edições 2011-2013), da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, no dia 27 de Outubro de 2011.

Prof. Doutor António Barbosa
Coordenador dos Conselhos de Mestrado em
Bioética, Ciências da Dor e Cuidados Paliativos

27 de Outubro de 2011

ANEXO IX - A PERDA E A SUA VIVÊNCIA NO CONTEXTO DE DOENÇA MENTAL – ANÁLISE DE CONCEITOS, INTERPRETAÇÃO DOS DADOS E REFLEXÃO DE VIVÊNCIAS

As doenças de curso prolongado e irreversível, (como a doença mental grave e a doença oncológica em estadios avançados) estão associadas a perdas inevitáveis nos doentes, nos familiares e nos profissionais de saúde, conduzindo a sofrimento e a processos de luto algumas vezes complicados cujos principais sinais importa diagnosticar precocemente, para que uma intervenção de ajuda pertinente possa ser desencadeada e realizada em tempo útil.

Numa primeira abordagem procurei compreender a percepção que os utentes têm relativamente à doença que os afecta, que vivências que significados e representações lhes estão associados. Para tal, numa fase inicial de interacção procurei ter como “guião” as questões definidas por Betty Neuman, e utilizá-las ao longo das minhas intervenções e interacções por forma a compreender melhor esta vivência e de que forma a minha acção poderia ser mais eficaz no sentido de ajudar o outro a ajudar-se e a desenvolver respostas adaptadas às vivências.

As questões que serviram de estruturação num primeiro momento de interacção e serviram sempre de guia para uma melhor compreensão dos utentes e das suas vivências, são as seguintes:

O que considera ser o seu problema, dificuldade ou preocupação mais importante?

Como é que isso tem afectado os seus hábitos ou o seu estilo de vida?

Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim, o que é que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado?

Como prevê o futuro em consequência da presente situação?

O que está a fazer ou o que pode fazer para se ajudar a si mesmo?

O que espera que os prestadores de cuidados, família e amigos e outras pessoas façam por si?

As questões foram surgindo ao longo das interacções (essencialmente com os utentes para os quais tracei planos de cuidados), e algumas respostas foram encontradas por meio da observação e consulta de processo do utente. Não foram necessariamente colocadas nesta ordem, ou da forma descrita, foram surgindo e se adaptando às realidades encontradas.

Relativamente às questões referidas as respostas encontradas foram variadas:

“Os meus filhos são a minha preocupação”

“...estar aqui, neste momento é o que me preocupa...”

“...preocupa-me não superar a dor que sinto...”

“O meu problema, a minha maior dificuldade é não conseguir ir em frente...”

“...vou-me sempre a baixo, não sei como fazer, tenho dificuldade...”

Identifica-se como principal problema e dificuldade a vivência e aceitação desta realidade, bem como de todas as perdas que ela incute (como as alterações familiares frequentemente referidas pelos utentes). Há dificuldades em encontrar estratégias para actuar.

“...já não sou mais o mesmo...”

“...em casa tudo tem que mudar, e o trabalho não sei...”

“... sinto que sou a mesma, mas parece que tudo tem que mudar”

As alterações na vida diária são marcadas por mudanças, a nível familiar, social, e sobretudo parece existir uma alteração do significado do próprio eu.

“nunca vivi nada assim... mas o sofrimento porque passo faz-me lembrar a morte do meu pai, desde aí nunca mais fui a mesma”

“nem em casa, nem eu nunca ninguém passou por isto...”

A vivência desta realidade é considerada única, parece ser também vivida como um processo solitário, que é de difícil compreensão há a tentativa de encontrar situações similares face às perdas que agora ocorrem.

“tenho dificuldade em pensar no amanhã...”

“não sei como vai ser daqui para a frente... até posso ficar melhor, quero acreditar, mas tenho medo...”

“tenho que acreditar e pensar nos meus filhos.”

“tenho que lutar pelos meus netos, mas não sei como vai ser”

“quero estudar, recuperar o que perdi”

Os projectos futuros parecem difíceis de se desenhar nesta vivência de perdas tão complexas e diferentes. Surge o medo como sentimento dominante, a incerteza, a impotência, incapacidade de fazer frente ao que virá. A esperança está presente e o desejo de lutar e acreditar (ainda que ténue) num futuro bom é evidenciado em alguns discursos (mas que por vezes também escondem a negação perante algumas limitações agora impostas). A família surge como elemento que incrementa esperança e confiança, representa as estruturas de apoio.

“estar aqui, a recuperar”

“vou aceitar a medicação, e confiar para que me ajudem...”

“sei que preciso de estar aqui”

“(...) Tenho falta de me libertar. Parece que quero fazer qualquer coisa, mas não consigo porque estou neste estado [ansioso].”

“A minha doença não é assim grande coisa (...).”

“No relacionamento com as outras pessoas, isolo-me muito (...).”

“...às vezes não compreendo bem o porque de alguns medicamentos...”

Compreendem o internamento como fundamental para a recuperação (na instituição todos os internamentos são voluntários), expressam confiança nos profissionais, mas questionam a terapêutica (falta de percepção dos efeitos secundários, poucos ensinamentos) e percebem a ajuda como fundamental para o seu processo de tratamento. Têm dificuldade em expressar e definir estratégias específicas para o problema identificado. Nas interações estabelecidas ficou evidenciado a importância da estimulação da procura, da promoção da reflexão conjunta, fundamentais para melhorar a compreensão da vivência e a possibilidade de definir estratégias.

Utilizam a negação e o isolamento como mecanismo de coping. Também têm necessidade de reavivar outros acontecimentos para justificar o actual, ou como mecanismo de compensação *“aquilo com o meu marido, marcou-me...”* *“vivi momentos tão bonitos...”*

Os sentimentos de insegurança e passividade reflectem-se nas relações de dependência que são estabelecidas (com pais, filhos, marido, esposa – evidenciado estes e os dados referidos nos planos de cuidados traçados). Todavia as relações de dependência são sentidas como seguras.

Percepcionar a realidade da perda no contexto da doença mental, foi perceber num momento de crise, marcado por um processo doloroso, de difícil aceitação necessariamente embebido de emoções e sentimentos nem sempre fáceis de lidar ou de identificar.

Define-se Luto como uma reacção característica a uma perda significativa.

Nesta definição importa reportarmo-nos aos seus dois componentes principais:

1) A perda:

- *Real* – perda de uma pessoa, animal ou objecto querido ou
- *Simbólica* – perda de um ideal, de uma expectativa, de uma potencialidade.

2) A reacção característica:

- Processa-se habitualmente por fases características.

Nos utentes com quem tive oportunidade e o privilégio de contactar e interagir, a realidade da perda é notória. A percepção simbólica da mesma, está fortemente presente nas verbalizações destas pessoas: *“já não sou quem era...”*, *“sinto-me perdido”*, *“e agora... como vai ser?”*, *“é como se eu mesma tivesse partido...”* – nesta última afirmação a utente refere-se não apenas às perdas inerentes à sua situação, mas a outras perdas vividas como a morte do pai – a perda real também é referida por alguns utentes que fazem a ligação entre várias perdas – a actual e outras (necessariamente não resolvidas). (BARABOSA, 2010; WORDEN, W. J. 1998)

A perda

A perda é uma mudança que inclui um estado de privação de alguém, de alguma coisa tangível (casa, carro, emprego, ...) ou de qualquer coisa intangível (representações mentais: projecto de vida, esperança de entrar num curso, ...), que põe em marcha reacções afectivas, cognitivas, comportamentais e, em termos gerais, o processo de luto.

Importa avaliar objectivamente as dimensões mais importantes de perda. Sem uma cuidada avaliação prévia é difícil iniciar um projecto de ajuda pertinente, ou seja, uma intervenção que vá de encontro às verdadeiras necessidades do doente e da família, naquele momento.

A *perda* é ao mesmo tempo:

- *Comum* – todos vivem separações e perdas;
- *Única* – cada perda tem um significado específico para cada pessoa em cada fase da vida ou da doença. (BARBOSA, 2010)

Com base nestes critérios procurei ao longo desta prática clínica compreender o processo de crise pelo qual os utentes passam perante o surgimento de um 1º internamento, ou 1º sintoma associado à presença de uma doença (mental) e que perdas estão intrínsecas.

Tendo em conta os 5 doentes com quem mais frequentemente interagi, estabeleci momentos de relação de ajuda, e tracei planos de cuidados, a percepção da perda implica diferentes dimensões (estes compreendem a minha “amostra” para a compreensão do fenómeno):

A perda associada à doença (mental) tem componentes a vários níveis:

- É essencialmente **Emocional e Psicológica** (descrita em 100% dos utentes – implica dificuldade em regulação emocional, alteração da auto-imagem ou auto conceito, esperança, sonhos, projectos futuros, alteração de papéis quotidianos) *“Sinto que já não o mesmo...”*; *“os meus sonhos desmoronaram-se desde que vim para aqui...”* *“o que mais me custa é ele ter ficado lá sozinho a tomar conta dos filhos, e eu para aqui... não sei como vai ser...”*
- A nível **intelectual e físico** (alteração de memória, funcionamento cognitivo, sentimento de controlo sobre as dimensões corporais e pessoais de funcionamento alterado). *“Já não me recordo bem das coisas”* *“ando para aqui a cair de um lado para o outro, não sei se é da medicação... já não controlo nada...”* Presente em 50%.
- A nível **Social** (implicações a nível social, familiar - verbalizada por 70% dos utentes) *“desde que sei disto, isolei-me mais...”* *“já não tenho amigos...”* *“sinto que nem em casa sou mais a mesma...”*.
- A nível **Espiritual** (sentimento de valor pessoal alterado, sentimento de esperança e significado, sentimento de estar no mundo de poder sobre si mesmo alterado, sentimento de confiança ou desesperança numa entidade divida – verbalizada por 80%) *“deixei de acreditar em Deus...”* *“sinto que não sou mais o mesmo...”* *“quero acreditar que isto é por alguma*

coisa, e que vou melhorar, vou ficar mais forte” “já não consigo ser eu, fazer nada do que fazia, ou era...”

Por outro lado, dever-se-á também ter em atenção que uma perda convoca muitas vezes outras perdas que há que sistematicamente contextualizar (por ex., essencialmente em duas utentes com quem interagi mais proximamente a presença da doença reavivou outras perdas anteriores (morte de pessoas significativas – que em muito estão associadas ao desenvolvimento do actual quadro clínico e que importa estar atento a situações não resolvidas), pois têm um efeito de acentuar o risco.

Esta constatação permitiu-me compreender que é importante a percepção da *perda principal* num dado momento, perceber o que realmente é o problema central do utente, e caracterizar as outras perdas como secundárias.

A perda de uma pessoa pode também estender-se a outras dimensões da vida para além da pessoa (perda de intimidade, companhia, segurança, contacto, estilo de vida, papéis sociais, significado perante o futuro) conduzindo também ao incremento dos sentimentos de insegurança, medo e ansiedade – sentimentos evidenciados ao longo das verbalizações destes utentes e expressões nos planos individuais traçados. Este facto foi evidenciado em 100% dos utentes com quem mais proximamente interagi.

A reacção característica

O processo de luto (perdas inerentes) pelo qual estes utentes atravessam é um processo complexo, cuja perda principal envolve graus de intensidade e duração variáveis. Segundo BARBOSA (2010), a elaboração da perda que vivenciam implica 3 mecanismos: *o evitamento, a assimilação e a acomodação*. Poderei compreender a perda vivenciada pelos utentes como um processo que oscila entre o evitamento e a assimilação. Oscilam entre a negação da realidade e a tentativa de procura, a dor emocional está presente, a reexperiência de memórias está presente e com frequência surge o sentimento de desespero (face ao passado comparação com o presente – impacto e tomada de consciência com a perda).

Fases deste processo

Para efeitos de referência descritiva considereirei três fases fundamentais (tendo por base autores como BARBOSA, 2010, KUBLER-ROSS 1985, PARKERS, 1998) no processo de luto: choque/negação, desorganização/desespero e reorganização/ recuperação.

Cada fase procura retratar um processo complexo que envolve, simultaneamente, aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais, sociais e espirituais. Não é um processo linear, com

limites concretos, mas um compósito de fases erráticas, fluidas, sobrepostas, que variam de pessoa para pessoa e ao longo do tempo.

Este período de transição, sobrecarregado pela perda, em que se vai criar uma nova relação com o que se perdeu e reintegrá-lo no seu ser e se vai aprender como viver num mundo sob um conjunto novo de condições, não se poderá reduzir a uma mera listagem de reacções. A formulação em termos de fases, que a seguir desenvolvo, tem, por isso, um mero objectivo heurístico. As fases significam aqui orientações genéricas, na tentativa de compreender o processo complexo pelo qual estes utentes atravessam. (NEEB,1997)

O Choque e a Negação efectivamente compreendem a etapa onde poderei considerar todos os utentes. Há negação, mas simultaneamente procura de algo re -estruturador:

“Não sei porquê a mim... estou aqui porque... eu estava tão bem...”, “sei que preciso de ajuda, mas não entendo...”, “tenho dificuldade em aceitar isto, sinto-me normal... tenho medo... sei que preciso de ajuda...”

A segunda etapa da Desorganização e Desespero é também evidenciada pelo choro, pela tristeza, pela ansiedade demonstrada pelos utentes e notória pelos planos de cuidados desenvolvidos. Por vezes também surgiu algum sentimento de culpa, irritabilidade, raiva perante a vivência actual. Houve utentes que referenciaram problemas existenciais (se assim os quisermos considerar) face à perda que agora vivem - desespero, perda de finalidades.

São etapas marcadas por estados afectivos intensos, acompanhadas por frequente isolamento social. As reacções de irritabilidade e raiva prendem-se em muito com o dar-se conta das perdas que ocorrem e necessariamente do sofrimento que os invade.

“fico aqui prisioneiro...” “o que mais me custa é esta vida agora assim!” “acho que nada está a resultar...”

Muitos destes utentes, marcados por um primeiro internamento vivenciam uma espécie de “luto traumático”, ou seja estão agora a vivenciar uma situação de perda inesperada. As suas vidas decorriam de forma “normal” até ao surgimento do 1º surto, como algo avassalador que os invadiu, que invade agora as suas vidas e que teima em ficar... O doente sente-se desligado, parece existir ausência de resposta emocional/confuso/desamparado/paralisado.

Perante uma vivência tão intensa e marcante como é o surgimento de uma doença importa avaliar o risco de complicações face à nova realidade. Ou seja, é importante identificar precocemente alguns aspectos que indiquem que um processo de luto está a tornar-se complicado. Esta foi uma preocupação inicial.

Importa considerar que perante uma **avaliação de risco de luto complicado** há critérios a considerar (BARBOSA, 2010):

Critérios Afectivos: dificuldade em falar do que se perdeu, sem se emocionar; presença de tristeza em momentos que não se justificam; irritabilidade excessiva; falta de resposta emocional.

Critérios Cognitivos: idealização de aspectos positivos e negação de aspectos negativos face a perda, age como se nada de diferente se passasse, nega a doença.

Critérios Comportamentais: investe despropositadamente em actividades várias, não pensa nas consequências, quer “recuperar” a vivencia anterior e procura-a nas actividades que agora desenvolve.

Critérios Sociais: evita relacionamento com os outros, desconfiança, sentimento de solidão e vazio.

Critérios existenciais / espirituais: sentido de vida vazia, sem objectivos futuros, sentimentos penosos.

(Barbosa, 2010; WORDEN, W. J. 1998)

Efectivamente os aspectos referenciados anteriormente são de extrema importância para a detecção ou despiste de algumas situações mais complexas. De entre os utentes referidos destaca-se a negação da doença em paradoxo com a necessidade de verbalização face ao perdido:

“estou aqui, não sei bem como, e agora senti-me perdido, já não sou o mesmo”

“estou aqui para me recuperar, isto não é nada, vai passar depressa”

As dificuldades de relacionamentos estão presentes em cerca de 80% destes utentes. Essencialmente a dificuldade em retomar objectivos futuros é notória (90%).

Os utentes aqui referenciados, evidenciam risco pela presença de critérios afectivos, sociais, em alguns casos comportamentais (mais esporádicos) e existenciais. É um dado importante a considerar e que fundamentou a minha intervenção (definida pelas actividades realizadas e intervenções definidas em planos de cuidados).

De realçar duas histórias de vida, que pelas características das mesmas, despertaram o meu interesse em aprofundar o conhecimento destas vivências e das perdas inerentes. Após as interacções estabelecidas, a análise das mesmas e o desenvolvimento do plano de cuidados foi possível detectar muito especificamente em dois casos (“D. Fátima e D. Filomena”) a presença de *luto complicado*. Para além da perda(s) inerentes ao processo de doença que agora vivenciam uma outra perda principal está por de trás de todo este processo de doença e importa conhecer e intervir. Constituíram relatos de sofrimento, de mortes que marcaram o percurso de vida destas utentes. Uma das utentes (“D. Filomena”) vivenciou a perda do filho, por morte inesperada, até hoje não aceitou tal perda. A “D. Fátima” viveu de forma intensa e sofrida a morte do pai, perda que ocorreu ao fim de um ano *“marcado por dor e sofrimento”* o seu grande pilar de vida, até hoje não aceita a perda.

A maioria das reacções à perda evolui sob a forma de luto normal mas algumas situações podem ter um desenvolvimento sindrómico depressivo que importa detectar precocemente porque pode exigir intervenção específica precoce. Infelizmente nestes dois casos, precocemente não houve intervenção, são situações que foram descuradas pelas próprias e que se “arrastam” há alguns anos. Mais que humor triste, há humor deprimido que se instalou, há uma disforia instalada

quase que de forma permanente, há dificuldade em apreciar aquilo que a vida tem de bom. Há sentimentos de desespero e desamparo, ambas referenciaram ideação suicida em algum momento, a culpa como algo persistente, ruminativo (nomeadamente na D. Fátima), presença de insónia, percepção negativa do presente e futuro, emoções como raiva, culpa, vazio estão claramente evidenciadas ao longo dos diálogos estabelecidos. Há perda de interesses e até alguma limitação funcional existe.

Factores de Risco

O risco de vir a desenvolver um luto complicado/prolongado depende do grau de susceptibilidade que a pessoa tem, para superar todo o tipo de problemas relacionados com as perdas primárias e secundárias. Para além do diagnóstico precoce de situações de luto complicado com vista ao desenvolvimento de estratégias de ajuda específicas, será muito importante prevenir a sua ocorrência pelo que devemos ter presentes indicadores de factores de vulnerabilidade/risco no processo de luto a serem sistematicamente avaliados pelas equipas de saúde.

Segundo BARBOSA (2010) e NEEB (1997) é importante estarmos atentos a factores de risco que podem condicionar o processo de luto:

Factores pessoais – perdas anteriores, lutos não resolvidos, baixa tolerância ao *stress*, dificuldade em expressar emoções e sentimentos.

Factores Relacionais – relações de dependência, vinculação insegura ou dependente com os pais.

Recordações dolorosas relativamente ao processo de cuidados (situações anteriores) – falta de controlo de sintomas, dificuldades diagnósticas.

Factores Sociais – baixo apoio social, presença de crianças em casa, projectos truncados, isolamento social.

Analisando estes factores, todos eles estão presentes (e relatados nos planos traçados para cada utente) na história de vida da D. Fátima e da D. Filomena. Nos outros utentes sobressai a dificuldade em lidarem com situações difíceis (estratégias ausentes), relações mal resolvidas ou de dependência, isolamento e dificuldade em cumprir projectos.

De uma outra forma podemos identificar os factores de risco tendo em conta:

- As circunstâncias da perda (traumática, sofrimento prolongado);
- A vulnerabilidade pessoal (história pessoal, vinculação, experiências acumuladas, má adaptação inicial à perda);
- Natureza da relação com a perda (relativamente à perda de alguém, como no caso da D. Filomena e da D. Fátima).
- Apoio familiar e social;
- Insatisfação com os cuidados de saúde (com frequência questionam o tratamento).

De acordo com a pesquisa efectuada, podem-se também utilizar-se instrumentos construídos para o efeito de que são exemplo (segundo BARBOSA, 2010):

Para avaliação da sintomatologia no luto:

- Texas Inventory of Grief – TRIG (FASCHINGBAUER, 1977,81,87);
- Grief Experience Inventory- GEI (SANDERS,1991).

Para diferenciar luto normal e complicado:

- Inventory of Complicated Grief – ICG (PRIGERSON, 1995);
- Inventory of Complicated Grief Revised – ICGR (PRIGERSON, 2001);
- Questionário sobre o luto (PRIGERSON, 2004). Validação portuguesa 2010.

Para identificar risco de luto complicado:

- Bereavement Risk Index – BRI (PARKES AND WEISS, 1983).

Pela limitação temporal, estes instrumentos de medida não foram utilizados.

Intervenção

Procurei ter em conta as *tarefas do luto*. Perante uma perda significativa, o processo de luto é necessário e cumpre uma função de adaptação, permitindo que o indivíduo restabeleça o equilíbrio desfeito depois da perda e faz-se por movimentos oscilatórios entre três pólos:

A aceitação e compreensão da perda envolve:

- Aceitação da realidade da perda valorizando-a de forma realista;
- Aceitação do luto como doloroso, sofrendo a dor e o desgosto;
- Reposição emocional do objecto perdido (“esquecendo recordando”) emancipando-se das ligações com o objecto.

A adaptação criativa à vida implica:

- Viver sem o objecto perdido e enfrentar as dificuldades que aparecem por causa da perda adaptando-se às mudanças da situação;
- Recuperar a liberdade de cultivar novos interesses, possibilitando novos vínculos satisfatórios.

A aquisição de significado requer ser capaz de redireccionar uma parte da energia investida no que se perdeu em:

- Desenvolver uma nova identidade;
- Encontrar um novo contexto de significado;
- Adoptar novas formas de estar no mundo.

Procurei seguir o modelo defendido por BARBOSA (2010):

O modelo de tripla integração: interiorização, investimento e identidade.

A interiorização reporta-se fundamentalmente a um trabalho de reposicionamento do objecto com vista à reconfiguração do *self* interior e pode passar pelos seguintes aspectos:

- Reconhecimento, compreensão, aceitação e valorização da realidade da perda;
- Expressão, modelação e contenção do sofrimento;
- Recordações/ruminações/intrusão/vivências/imagens;
- Revivência de vínculos/“reverie” da relação;
- Compreensão, crenças, expectativas e papéis complementares construídos na relação;
- Desvinculação adaptativa do objecto perdido/transposição da relação;
- Renúncia da antiga relação com a perda;
- Perda integrada na memória autobiográfica /”sentimento de presença”;
- **Reconfiguração do “self interior”/Eu capacitado (livre e desinibido).**

O investimento processa-se através de uma redefinição de tarefas (WORDEN, 1998) até à reabilitação do *self* exterior e pode compreender as seguintes modalidades:

- Distracção controlada;
- Minimização/dissociação/supressão/negação de sentimentos de perda;
- Emancipação da ligação aos objectos/rituais de separação;
- Confrontação com mudanças ambientais e sociais;
- Reestruturação cognitiva/resolução de problemas/programação da vida;
- Ressocialização/novos papéis sociais/actividades/disponibilidade para novas relações;
- Reajustamento ao novo mundo sem esperar pelo antigo;
- **Reabilitação do “self exterior”/Eu conectado.**

A identidade cumpre-se através de um processo de descoberta de sentido até à reconstrução de um *self* transcendental e passa por um processo de:

- Crescimento interior;
- Descoberta de benefícios;
- Mudança de visão do mundo;
- Reconstrução de significado;
- Integração do “legado”;
- Nova identidade;
- **Restauração do “self transcendental”/Eu congruente.**

Com vista às necessidades de trabalho do luto (essencialmente dirigidas à D. Fátima e D. Filomena) em direcção às três tarefas e objectivos antes definidos será necessário desenvolver várias abordagens. Compreendeu um caminho complexo, e que apenas se iniciou (definido nos planos de cuidados).

Através do revisitar encoraja-se o reencontro com a história da perda cada vez com maior envolvimento emocional numa narrativa que relembra realisticamente o perdido num reviver emocional da relação. O recordar, reviver, pensar e sentir o que vivido, ajudou as utentes a expressarem as suas emoções e sentimentos, a exteriorizar zangas, sentimentos de culpa, de frustração.

“fez-me bem falar disto tudo, recordar é sempre doloroso, mas depois sinto-me mais leve...”

“deitar cá para fora, é libertar-me”

Através do reconectar verificam-se possibilidades de encontrar objectivos de vida viáveis, e o reajustar-se a funcionamentos adaptativos no novo mundo sem esquecer o antigo, adoptando novas formas de estar no mundo.

Esta é uma etapa que se revelou de difícil actuação. Este processo exige tempo, exige “disponibilidade” para a complexidade de avanços e recuos. Entre este processo e o anterior foram vários os momentos de balanço entre um e outro e retrocessos ocorreram também. Analisando as interações e os processos de trabalho desenvolvidos poderei dizer que o “despertar” para uma nova realidade, para o que de bom a vida tem para estas utentes, ocorreu. Foram capazes de identificar o que de bom a vida lhes trás actualmente, alguns objectivos foram traçados, mas ainda não ocorreu um reajuste à nova realidade, ainda não ocorreu uma aceitação plena da perda ou das perdas que vivenciaram. *“Sei que tenho que lutar por mim, para poder ajudar os meus filhos, eles são tudo para mim, e o meu marido... é tão importante para mim, eles fazem-me feliz”* *“os meus netos, são a minha força de viver”* *“...mas a falta dele é tanta, o sofrimento é tanto, não sei...”*

O reintegrar implica um processo paulatino de acomodação, integração de novos significados integradores e desenvolvimento criativo de uma nova identidade. Etapa ainda longínqua para estas utentes.

Foi importante o compromisso que estabeleceram (antes da alta) para si mesma, num compromisso de tentativa de mudança e de procura de ajuda especializada (tema discutido com clínico para posterior acompanhamento)

A minha intervenção compreendeu sobretudo:

Apoio – numa tentativa de compreensão da vivência do outro, no estabelecimento de uma relação de ajuda eficaz.

Aconselhamento – reflectirem sobre a sua perda, orientação para profissionais especializados e grupos de apoio.

(WORDEN, W. J. 1998; TWYLCROSS, R. 2003)

Procurei identificar o problema central na vida de cada utente com quem interagi. Identificar necessidades, permitir a discussão das mesmas, definir em conjunto estratégias (se possível),

tranquilizar, providenciar suporte emocional, permitir a expressão de sentimentos e emoções, se possível a sua validação, encorajar a pessoa a ajudar-se a si mesma, mobilizar recursos (no caso da D. Fátima o apoio do marido será fundamental na continuidade de um acompanhamento eficaz), facilitar a expressão de rituais que possam ajudar a aceitar a realidade da perda (através da expressão plástica este aspecto foi possível realizar, descrito nos planos e actividades elaborados).

Em relação aos outros utentes e face às perdas incutidas pela realidade da doença, essencialmente promoveu-se a relação de ajuda como forma do outro identificar o seu real problema. De acordo com as necessidades identificadas procurou-se através das interações e de algumas actividades (descritas) a expressão da vivência actual, a exteriorização emocional desta vivência, e a procura de estratégias.

Todo este processo passa naturalmente pelo estabelecimento de uma **relação de ajuda** cujos princípios fundamentais nos quais procurei desenvolver a minha intervenção são:

Centrada no doente (na natureza subjectiva das experiências e vivências da situação).

Consideração positiva (capacidade de superar perdas, ser criativo em desenvolvimento, manifestar estima e interesse).

Aceitação incondicional (dar significados e modos de expressão pessoal - ser em sofrimento – possibilitar emergência de preocupações e a validação de sentimentos).

Intervenção não directiva (não se substituir ao outro, respeito da sua autonomia, informar para melhor compreender, explicar, reflectir, gerar alternativas – capacitar para a selecção e desenvolvimento de estratégias adaptativas).

Respeito caloroso (afectividade compassiva, envolvimento humano, carinho, sorriso e toque caloroso sempre que achei necessário).

Autenticidade (espontaneidade, sinceridade e respeito).

Mutualidade de ressonâncias (transacção de experiências, pensamentos – ressaltar a afinidade entre duas pessoas).

O estabelecimento de uma relação de ajuda compreendeu a essência da minha prática clínica. Foi por meio dela, que pude melhor compreender o outro em sofrimento, identificar necessidades e dificuldades minhas e do outro, perceber vivências e formas de intervenção.

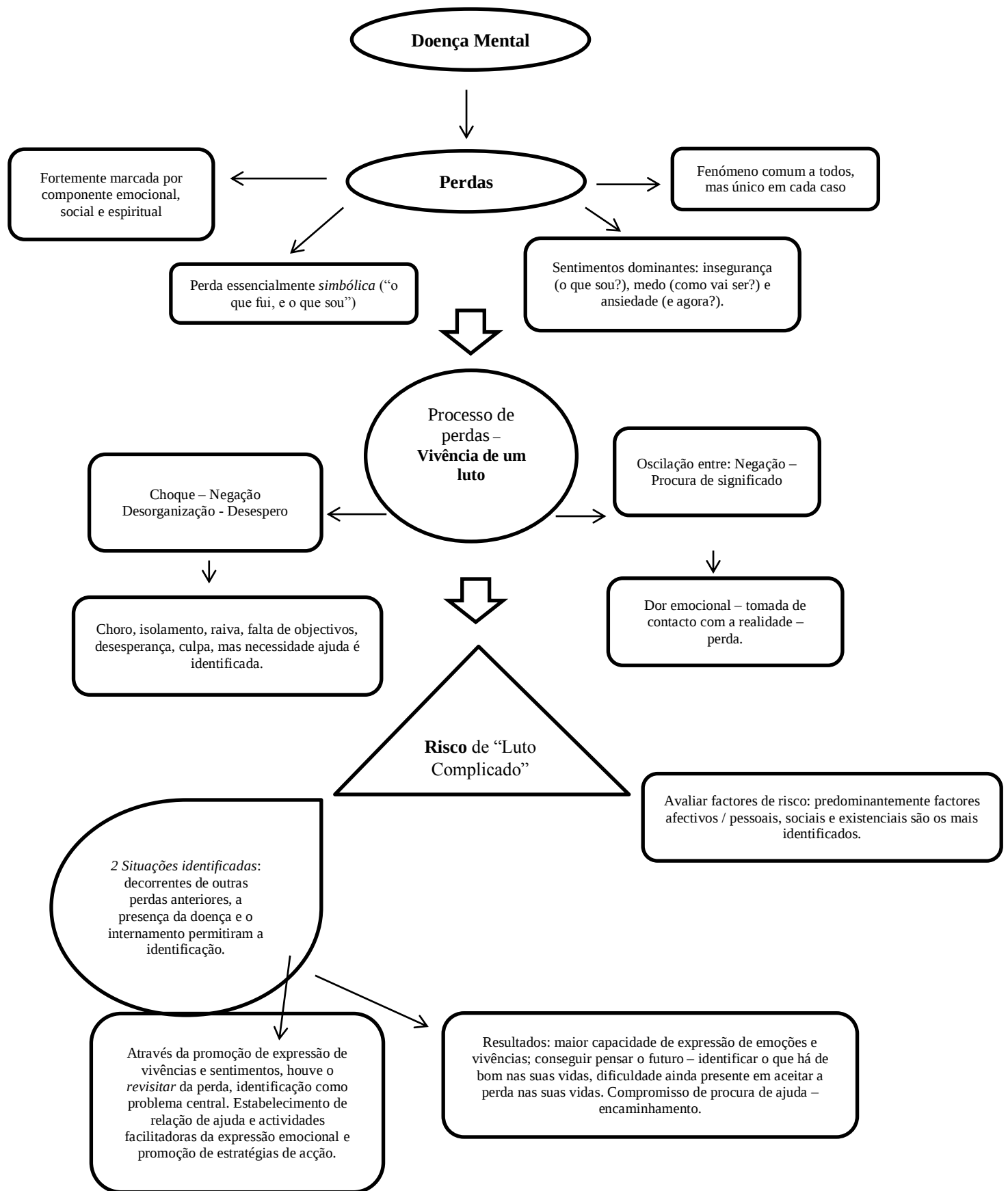
São vários os autores que referenciam diferentes modelos de terapia no luto, essencialmente procurei desenvolver uma acção que pudesse ser desenvolvida por mim (de acordo com as minhas competências) e tivesse em conta as necessidades maioritariamente identificadas. Assim, desenvolvi um trabalho que permitisse suporte expressivo (expressão da vivência e expressão emocional) (individual e em grupo), e consequentemente trabalho de intervenção em crise. Modelo referenciado por Spiegel, 1991 e Fawzy, 1990; e procura de reconstrução de um significado (Neimeyer, 2007, Breibart, 2004). Este tipo de intervenções foi essencialmente dirigido à D. Fátima e D. Filomena pois foram identificadas situações de luto complicado. Nos restantes utentes procurei-

se (através de relações de ajuda estabelecidas e algumas actividades expressivas – descritas nos planos) que estes compreendem-se a perda que vivenciam e fossem capazes de desenvolver estratégias eficazes para dar respostas adaptadas à nova realidade.

O profissional de saúde e o processo de perda

Foi fundamental, para mim este processo de confrontação com a perda e com as vivências emocionais que lhe estão incutidas. Permitiu-me um aprofundar de mim mesma, numa tentativa, jamais terminada, de compreensão das minhas próprias vivências e sentimentos vividos. Dei-me conta de perdas que ocorreram, vivenciei outras ao longo desta etapa, deparei-me com sentimentos escondidos ou negados, percepcionei alguns porquês, aceitei-os em mim. É também um processo que implica dor, mas crescimento. Há crescimento pessoal e profissional, nesta tentativa de compreensão das minhas vivências, da minha prática, do meu sentir, há necessariamente uma maior compreensão do outro, uma aceitação incondicional do que me é dito, uma percepção mais profunda do que é vivido e certamente a acção que desenvolvo é mais frutuosa.

Conclusões:



Parece-me ainda fundamental, não terminar sem fazer uma referência ao Sofrimento incutido nas palavras ou nos comportamentos de cada um destes utentes, importa reconhecê-lo. A sua intensidade é medida nos termos do próprio doente, à luz dos seus valores, e das suas vivências, das suas crenças, dos seus recursos, e enfim de uma multiplicidade de factores que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa e ao mesmo tempo única. O sofrimento aqui evidenciado convoca 4 aspectos fundamentais: a ameaça a uma continuidade, interrompida com a doença, ameaça à sua integridade enquanto pessoa, há “lesões” a vários níveis, sentimento de incapacidade de ir para a frente. O futuro parece ameaçado, há atribuição de significados negativos, há incapacidade ou dificuldade em dar uma resposta. Há um sofrimento que é físico (não controlo de sintomas da doença), é relacional (implicações sociais e familiares), é espiritual (desarmonia consigo e com outros), é psicológico / emocional e mental. O desânimo, a descrença, desagrado, oscilam entre a ameaça e a perda, surgindo com frequência o desespero. É por meio do processo relacional que se escuta a subjectividade experiencial que acompanha a realidade destes utentes. A aceitação incondicional e respeito caloroso pelo ser em sofrimento com consideração positiva nas suas capacidades de crescimento humano, muitas vezes através de transacções recíprocas de experiências, de pensamentos, de emoções e sentimentos, promove o mútuo desenvolvimento pessoal e alívio do sofrimento. Esta foi a grande lição, a grande experiência que tive o privilégio de ter no contacto com estes utentes e no decorrer da prática clínica.

Bibliografia:

- BARBOSA, A. (2010). **Processo de luto**. In A. Barbosa, & I.G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 487-532). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- BREITBART, GIBSON, POPPITO, BERG (2004). **Psychotherapeutic interventions at the end of life**. Can psychiatry, 49(5).
- KUBLER-ROSS, E. (1985). **Sobre a morte e o morrer**. (2ª edição). S. Paulo – Brasil: Martins Fontes.
- NEIMEYER, R. (2007). **Meaning reconstruction & the experience of loss**. Washington DC: APA.
- NEEB, Kathy (1997). **Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental**. Loures: Lusociência.
- PARKES, (1998). **Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo, Summus Editorial.
- TWYLCROSS, R. (2003) - **Cuidados Paliativos**. (2.ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- WORDEN, W. J. (1998) - **Terapia do Luto – Um manual para o profissional de saúde mental**. (2ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

Nota: os apontamentos referentes às aulas decorridas ao longo do Curso de Mestrado e Especialidade em Saúde Mental, bem como a revisão bibliográfica já efectuada para o projecto foi tida em conta na reflexão e conclusões apresentadas.

ANEXO X - AVALIAÇÃO/REFLEXÃO SOBRE OS OBJECTIVOS TRAÇADOS E AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Considero que, de uma forma geral, desenvolvi as competências que me propus, através da realização das actividades delineadas no projecto inicial, sendo que à medida que a experiência da prática clínica foi avançando alguns aspectos foram sendo alterados, pois outras necessidades também surgiram. Ao longo desta reflexão, vou debruçar-me em cada uma das competências, assim como nas actividades desenvolvidas em cada uma delas, por forma a explorar e compreender melhor o percurso desenvolvido e o trabalho que decorreu face ao projecto inicial.

Competência 1

DESENVOLVER O PROCESSO DE AUTO-CONHECIMENTO E DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL ATRAVÉS DE VIVÊNCIAS DECORRENTES DO ACOMPANHAMENTO DE PROCESSOS DE LUTO

Considero que identifiquei ao longo deste período emoções, sentimentos e factores pessoais passíveis de interferir na relação terapêutica com o utente, procurei compreendê-los e trabalhar alguns por forma a aceitá-los em mim, e melhorar a minha intervenção e relação que estabeleço com o utente. Consegui ao longo deste período de estágio manter o contexto e os limites da relação, preservando a integridade do processo terapêutico. Foi difícil para mim, implica um processo complexo mas enriquecedor, perceber e aceitar os meus próprios limites e fragilidades, na acção que desenvolvo, corresponde a uma etapa importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A avaliação deste objectivo, e a compreensão de alguns processos internos desenvolvidos ao longo da prática clínica são evidenciados nas auto-análises, redigidas ao longo deste período, também na disponibilidade, autenticidade e nível de confiança sentida e demonstrada na relação com o utente.

Para tal, procedi primeiro à leitura de bibliografia sobre o tema, realizei alguns exercícios, e por fim permiti-me dar-me conta de mim, escutar-me, o que permitiu aumentar o meu autoconhecimento, conhecer os meus limites e perceber algumas coisas que me incomodam, e que ainda não tinha percebido. É um percurso que se revelou doloroso, mas rico de descobertas, é um caminho a percorrer, considero um projecto para a vida.

A realização de reflexões / diários de campo foram fundamentais neste processo. As reuniões com a Orientadora do campo de estágio e a Professora Ana Melo, revelaram-se fundamentais para o desenvolvimento desta competência.

Realizei ainda:

- Observação como forma de aprendizagem e identificação de necessidades;

- Reflexão sobre cuidados / actividades realizadas.
- Demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas (gradualmente a capacidade de acção e intervenção foi aumentando), no âmbito da área de especialização.
- Mobilizei os conhecimentos adquiridos;
- Consultei a equipa interdisciplinar e pedagógica sempre que pertinente.
- Identifiquei as principais actividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem e multidisciplinar e participei activamente nas mesmas.
- Pesquisei e seleccionei informação pertinente.
- Identifiquei problemas/necessidades.
- Executei uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental.
- Executei uma avaliação das capacidades internas e recursos externos promotoras de desenvolvimento e fomentação da saúde mental.
- Avaliei o impacto que as perdas (decorrentes de várias vivências) têm na saúde mental e na qualidade de vida e bem-estar do cliente e de todos nós.

Competência 2

DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA AVALIAÇÃO / RELAÇÃO DE AJUDA / PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS AO DOENTE / FAMÍLIA CUIDADORA A VIVENCIAREM UM MOMENTO DE CRISE – PERDA

Para desenvolver estas unidades de competência, direccionei a minha prática para alguns utentes. Inicialmente, tendo em conta os critérios definidos no projecto, estruturei um grupo de 5 utentes por forma a ter uma visão mais ampla das vivências e aprofundar os meus conhecimentos. Os planos traçados, as vivências relatadas, as relações de ajuda estabelecidas foram de extrema importância para o desenvolvimento desta competência. No entanto, percebi a importância de estar mais atenta aos *pormenores* (fundamentais e complexos, e para tal exigem atenção) de cada história de vida, e fazer uma análise mais profunda das mesmas. Para tal, foram dois utentes, escolhidos por mim e de acordo o meu interesse profissional, realizei a(s) entrevista(s) e avaliação do estado mental de cada um deles, e planeei os cuidados de acordo com os problemas identificados, realizando dois processos de enfermagem com base na teoria de sistemas de Betty Neuman, e com as taxonomias NANDA, NIC e NOC. Também neste contexto foi fundamental as interações estabelecidas por forma a compreender as necessidades do utentes, e simultaneamente estar desperta para as minhas. Além disso, desenvolvi actividades que visavam dar resposta às necessidades previamente identificadas por mim, tais como o planeamento e realização de um programa semanal de promoção de relaxamento, actividades de expressão plástica que fomentassem a exteriorização das vivências, dos sentimentos, habilidades, estratégias, auto-conhecimento. Foram realizadas actividades várias isoladamente com alguns doentes para os quais

foi traçado um plano de cuidados (descritas ao longo dos planos de cuidados e no módulo actividades). Considero então, que executei uma avaliação inicial e global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental, executei uma avaliação das capacidades internas e recursos externos para manter/ promover a saúde mental das utentes. Avaliei também o impacto que o problema de saúde mental – situação de crise / perda inerente, tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente. Avaliei factores promotores e protectores do bem-estar e saúde mental. Reflecti de forma crítica. Participei em todas as actividades desenvolvidas na Unidade, colaborei com todos os profissionais na avaliação do utente e na implementação de intervenções. Essencialmente, procurei desenvolver competências relacionais, por meio das interacções que estabeleci, das entrevistas que desenvolvi, da análise e reflexão das mesmas, da confrontação com as fragilidades encontradas, na promoção de uma comunicação mais adequada para uma correcta avaliação e intervenção. A familiarização com linguagem mais técnica foi importante, constitui um dado adquirido que melhorou a descrição da avaliação que era feita do utente.

Implementei nesta comunidade específica actividades centrados na população alvo, que promoveram o empoderamento, a saúde mental e previnem / reduzem o risco de perturbações mentais, para tal: avaliei as necessidades dos utentes; participei de forma activa em projectos implementados; acompanhei utentes (dois em particular com vista à elaboração de um processos de enfermagem); aconselhei e apoiei individualmente e com familiares; promovi treino de competências (sociais e individuais por meio das interacções desenvolvidas e actividades realizadas); efectuei pesquisa bibliográfica.

Competência 3

DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA INTERVENÇÃO EM GRUPO

Considero que consegui desenvolver e aperfeiçoar estas competências, inicialmente tive algumas dificuldades no trabalhar em grupo. É necessariamente um trabalho diferente, daquele que é estabelecido com um só utente. As “regras” serão necessariamente outras. Direcionei a minha prática para os utentes, escolhidos por mim e de acordo o meu interesse profissional, de acordo com os critérios definidos em projecto, e planeei os cuidados de acordo com os problemas identificados no grupo. Assegurei a participação dos utentes no planeamento dos cuidados e prestei cuidados globais aos utentes com perturbação mental. As actividades desenvolvidas em grupo, como o relaxamento e o recurso a técnicas expressivas foram fundamentais para a expressão emocional de vivências, para a descoberta de potencialidades e habilidades. O reflexo deste trabalho e deste objectivo cumprido compreendem os processos de enfermagem, e as actividades desenvolvidas e descritas, que demonstram que consegui executar uma avaliação global das respostas humanas às situações de saúde mental do indivíduo e do grupo, e procurei executar uma avaliação das capacidades internas dos utentes e recursos externos para manterem e recuperarem a sua saúde

mental. Considero que identifiquei correctamente os problemas e necessidades específicas da pessoa, e do grupo. Apliquei os sistemas de taxonomia e modelo de enfermagem que me propus. Comprometi-me com o trabalho desenvolvido pela equipa multiprofissional que integrei, respeitando as áreas autónomas e interdependentes da enfermagem. Concebi estratégias de empoderamento que permitiram aos clientes desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção de forma a reduzir/ eliminar o risco de perturbação mental.

Competência 4

DESENVOLVER COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DA PESSOA / FAMÍLIA

Considero então que implementei actividades que visaram a promoção da participação activa através do *empowerment* destas pessoas – por meio da percepção das suas vivências, da capacidade de exteriorização do vivido e sentido, identificação de problemas e estratégias. Implementei intervenções individuais, e grupo, utilizando técnicas adequadas, que visaram o “insight”, por forma a que a pessoa conseguisse elaborar novas soluções para os seus problemas, e de forma a conseguir facilitar as respostas adaptativas, visando a recuperação da saúde mental do utente. Estas técnicas terapêuticas foram também uma forma de permitir à pessoa libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes. Na prática, isto reflectiu-se nas actividades várias que realizei com os utentes, nas interacções e relações de ajuda estabelecidas, todas elas suportadas pela teoria, de forma a serem adequadas à pessoa e necessidades específicas da mesma. Com a elaboração dos processos de enfermagem, considero que consegui com sucesso, identificar os problemas e as necessidades específicas de uma pessoa, no âmbito da saúde mental, avaliar o impacto na saúde mental de múltiplos factores, compreender processos de crise, e perdas inerentes à doença e que muitas vezes também a conduziram.

Realizei sempre pesquisa bibliográfica de suporte para a prática, posteriormente planei e implementei actividades delineadas no projecto inicial. Todas as actividades tinham um objectivo terapêutico, conforme descrito na fundamentação teórica das mesmas. Promovi conversas informais/formais com a Enfermeira Orientadora e Professora Orientadora, sobre as necessidades em termos de intervenção; clarifiquei dúvidas com a enfermeira orientadora; identifiquei problemas/necessidades (do serviço também); identifiquei as principais actividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem; identifiquei as principais actividades desenvolvidas pela equipa multiprofissional, e participar de forma activa nas mesmas; promovi estratégias de estilos de vida saudáveis e treino de competências sociais e relacionais através de técnicas e actividades realizadas; motivei a participação das utentes nas actividades propostas; efectuei pesquisa bibliográfica; forneci antecipadamente orientações, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais; promovi adesão ao tratamento em pessoas com

perturbação ou doença mental; implementei intervenções para promover o conhecimento, compreensão e gestão efectiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais; efectuei ensino aos clientes, e também a pessoas significativas e família, acerca da temática “doença mental” e dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas; participei nas intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições que facilitaram respostas adaptativas permitindo ao cliente recuperar a sua saúde mental, utilizei técnicas/ actividades que permitiram ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

A realização deste trabalho tornou-se para mim de extrema importância. Implicou uma reflexão pessoal sobre o trabalho que realizei, sobre as vivências realizadas sobre o sentido, definição das áreas de maior interesse e identificação de temáticas a aprofundar. Foi estruturante e extremamente organizador e enriquecedor.

Dentro destas limitações, penso que consegui atingir os objectivos a que me propus inicialmente para a realização desta prática clínica e a sua reformulação será um dos muitos desafios que me disponho a enfrentar nesta nova fase da minha formação pessoal, académica e profissional.

Muitos técnicos de saúde “sentem” que a psiquiatria acontece cada vez mais sem um plano definido, à mercê de esperanças demasiado altas nas novas formas terapêuticas que surgem ao dispor dos médicos, da escassez de tempo para trabalhar com os utentes de forma individual, das suas verdadeiras limitações e focos de sofrimentos psíquicos. As ferramentas utilizadas pela enfermagem são cada vez mais, fundamentadas cientificamente, e apontam para a essência da relação a ser estabelecida com o utente e família, a fim de lhe proporcionar um plano terapêutico adequado, que lhe ofereça aptidões e formas de *Coping* eficazes. Agora, mais do que nunca a Enfermagem em Psiquiatria deve incidir na interacção e no cuidar numa perspectiva verdadeiramente holística, onde o ser humano seja entendido, visto e “tratado” em todas as suas vertentes, biológica, psicológica, sócio - familiar e espiritual.

Neste sentido, sinto que este trabalho é mais um passo que dou, de uma longa caminhada, para uma prática avançada de uma enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Apesar de algumas turbulências a minha convicção é a de que os objectivos estabelecidos foram atingidos, e a convicção de que todos os conhecimentos adquiridos ao realizar este trabalho, vão ser certamente imprescindíveis na minha missão enquanto pessoa e enquanto prestador de cuidados de saúde e futuro enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria.

ANEXO XI - CRONOGRAMA SAD

Meses	Janeiro				Fevereiro		
Actividades – Datas	3- 8	9- 15	16- 22	23- 29	30- 05	06- 12	13- 17
Integrar-me no local da prática clínica							
Identificar necessidades do serviço e dos utentes							
Reflexão crítica (realização)							
Realização do 1º Processo de Enfermagem							
Realização de outros Processos de Enfermagem							
Desenvolver competências relacionais							
Promover o meu auto-conhecimento							
Prestar cuidados de Enfermagem de elevada complexidade							
Planear e implementar acções especializadas							

ANEXO XII – 1º ESTUDO DE CASO NO SAD (PLANO DE CUIDADOS E INTERVENÇÕES)



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade Curricular: OPÇÃO II – ESTÁGIO

Serviço de Apoio Domiciliário – Equipa Intra-Hospitalar

Do Instituto Português de Oncologia de Lisboa



ESTUDO E REFLEXÃO SOBRE CASO CLINICO

“Sr.ª Cidália” – acompanhamento no processo de luto

Enfermeiro Especialista Orientador: Enfermeira Dora Franco

Docente Orientador: Professora Ana Melo

Discente: Andrea Pereira Bidarra

Lisboa, 2012

ÍNDICE

Introdução

Caracterização da Situação

Entrevista de Avaliação Diagnóstica (análise da mesma, reflexão do vivido e sentido)

Recurso ao relaxamento e imaginação guiada como intervenção

Reflexão sobre o vivido, percebido e sentido – intervenções desenvolvidas e resultados

Considerações Finais

Bibliografia

INTRODUÇÃO

Integrado na Unidade Curricular - Estágio, o presente trabalho, a análise de uma Entrevista Clínica e intervenções desenvolvidas, surge como um método de reflexão e acção relativamente à vivência de uma pessoa, mulher, mãe, avó, e doente com doença oncológica em fase avançada, a vivenciar um processo de luto inerente ao avançar da sua situação clínica, internada no serviço de Ginecologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, acompanhada pela equipa de apoio domiciliário e agora pela equipa intra-hospitalar (durante o internamento).

O trabalho que se procurou desenvolver foi o acompanhamento desta doente no seu processo de luto, na vivência das suas perdas, a compreensão das suas necessidades e desenvolvimento de intervenções capazes de potenciar respostas adaptadas face à vivência actual, para que este processo ocorra da forma mais serena possível. A entrevista - relação de ajuda estabelecida foi o elemento chave para a compreensão desta realidade e simultaneamente como forma de intervenção terapêutica.

A análise compreensiva de Pio Abreu e a fenomenologia, servem de suporte ao referido trabalho, na procura de significado, na consciência para os objectos de modo a dotá-los de significados. Estes reconhecidos instrumentos compreensivos permitem desta forma apresentar de maneira viva o fenómeno, analisar as relações, delimitar, distinguir as vivências, compreendendo-as (JASPERS, 1987; ABREU, 2006).

Tal como preconizam Polit e Hungler (1995) se quisermos saber o que as pessoas pensam ou sentem, ou aquilo em que acreditam, a forma mais directa de se obter tal informação é perguntar-lhes a respeito. Para que determinada pessoa descreva uma vivência é necessário deixar que esta fale livremente, encaminhando de alguma forma o diálogo de modo a ir de encontro aos objectivos estabelecidos. Desta forma a *Entrevista Clínica* surge como instrumento de colheita de dados, na compreensão rica e matizada das situações que este método proporciona.

A *Entrevista Clínica* surge como uma forma de colher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao entrevistador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como a pessoa interpreta aspectos do seu mundo. Diz Carlat (2007) que as tarefas da entrevista fundem-se umas com as outras à medida que a pessoa vai falando e apesar de não se pretender uma postura rígida, existe sempre um princípio, um meio e um fim. O que deve sempre existir também é uma preparação prévia, do tempo, do espaço e da pessoa. Assim foi considerado.

Considerando que o objectivo da entrevista passou por obter um relato de um processo vivencial, saúde-doença e também relacional, foi adoptado o modo semi-dirigido.

A *Entrevista Clínica*, independentemente da estrutura, ao pretender inferir sobre segmentos de histórias de vida, adquire no decifrar do sentido da acção humana, a sua essência, na medida em que se detecta nos discursos, não apenas opiniões, mas sobretudo interpretações de vivências das quais os detentores não estão necessariamente conscientes (ALBARELLO, 1997). É pois no ouvir do que as pessoas dizem, na flexibilidade e na empatia de quem ouve, que o processo de entrevista ganha forma.

O presente trabalho é constituído por diferentes áreas de acção: o planeamento da entrevista e que é constituída pela preparação prévia da mesma, incluindo a do entrevistador; a primeira fase que passa pela definição de papéis e espaços; a segunda fase que inclui a avaliação diagnóstica; as intervenções e resultados, a análise e reflexão dos mesmos. Para além das interações estabelecidas outras intervenções foram desenvolvidas como o recurso à técnica de relaxamento e imaginação guiada, descritas ao longo das intervenções, como forma de compreensão da vivência e

simultaneamente como instrumentos capazes de dar resposta a algumas necessidades identificadas.

A busca pelo saber deve impulsionar os profissionais de saúde na procura constante de meios e formas que possam melhorar a qualidade de vida dos doentes. Perante as dificuldades e as dúvidas com que me deparei senti a necessidade de encontrar respostas para as minhas angústias, inquietações e práticas profissionais. A especialidade surpreendeu-me pelas novas aprendizagens e pelo novo mundo de saber que encontrei que será um instrumento fundamental para a excelência do cuidar.

O caso escolhido reflecte as minhas maiores dificuldades, a minha evolução enquanto profissional e pessoa, a procura intrínseca de um melhor EU para melhor chegar ao outro, o esforço por amadurecer a forma de lidar com um dos meus maiores medos - a morte. Assim, neste trabalho proceder-se-á à apresentação da doente escolhida para o estudo, a caracterização da situação, a entrevista desenvolvida e análise da mesma, as notas da evolução da situação, o enquadramento da situação que será acompanhada de uma reflexão crítica sobre as problemáticas encontradas e as intervenções desenvolvidas.

CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

Identificação:

A Sr.^a Cidália, doente do sexo feminino, de 54 anos de idade, seguida em Ginecologia no Instituto Português de Oncologia desde Maio de 2005, por diagnóstico base de carcinoma do colo do útero. Tem 5 filhos, dois deles maiores de idade, vivem todos com ela. Tem um neto que também vive na mesma casa, sendo até há pouco tempo a D. Cidália a cuidadora do mesmo. Tem um companheiro – cuidador principal, o pai dos filhos desde há uns anos que se encontra ausente, sem interacção com os filhos. Tem como antecedentes relevantes: Hipertensão arterial medicada, enfarte agudo do miocárdio há 17 anos, mãe faleceu de neoplasia do útero, irmão de neoplasia gástrica/intestinal.

Trabalhava em limpezas em casa particulares. Escolaridade primária.

Cuidador Principal – companheiro: Sr.^o Abel – tem 60 anos, obeso, com patologia cardíaca e respiratória, com dificuldades financeiras, está desempregado. O filho mais velho – Renato – 31 anos – também colabora nos cuidados à mãe, mais recentemente de forma muito presente.

Doente referenciada para apoio domiciliário aproximadamente há dois meses, pela equipa médica de Ginecologia, desde então é seguida pela equipa de apoio domiciliário. Actualmente pela equipa intra-hospitalar visto estar internada por agravamento da dor e difícil controlo no domicílio.

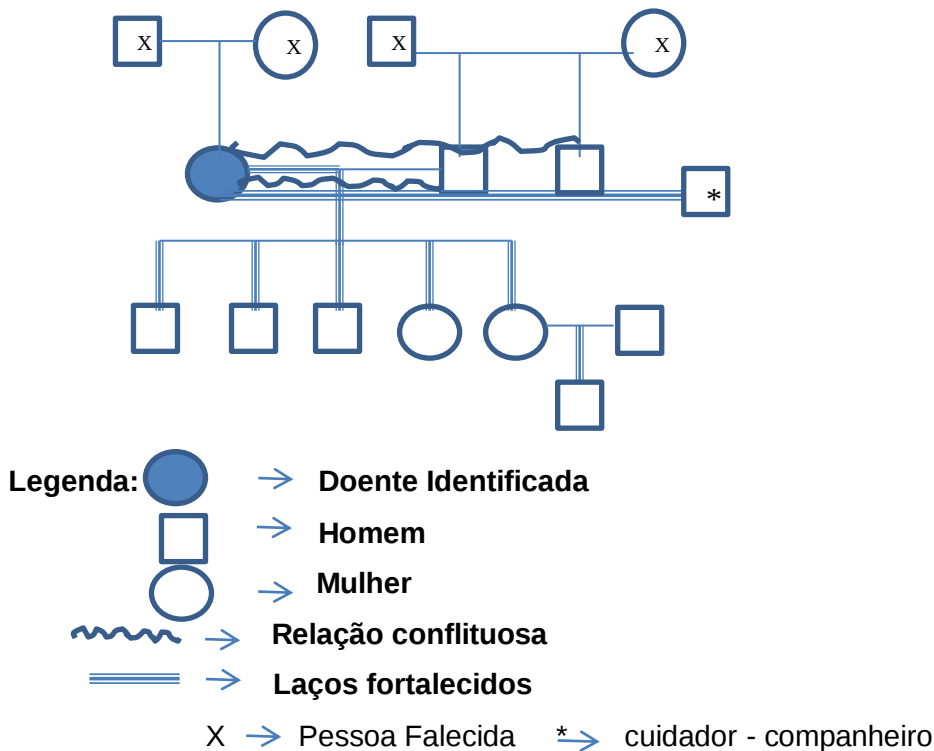
Resumo da situação clínica:

Doente realizou 1ª consulta de Ginecologia no Instituto Português de Oncologia de Lisboa em Maio de 2011, foi-lhe diagnosticado carcinoma do colo do útero estadio IIIB. Realizou Tomografia Axial Computorizada e Ressonância magnética que detectaram invasão renal, sem envolvimento da bexiga ou adenopatias. Em Junho teve a consulta de decisão terapêutica, proposta quimioterapia e radioterapia – tumor invade até à parede pélvica posterior esquerda, sem indicação cirúrgica. Passa a ser seguida pela Consulta da Dor e Julho de 2011. Inicia tratamento. Em Julho passa a ser seguida pela consulta de Oncologia Médica. Doente já muito emagrecida, com cansaço fácil, corrimento vaginal purulento. Em Setembro recorre à Urgência por agravamento do estado geral – anorexia, astenia, vômitos, queixas urinárias, hipócusia após quimioterapia (cisplatina), é observada e medicada, tem alta. Recorre novamente à Urgência em Outubro, por dor pélvica e disúria acompanhada de metrorragias. Fica internada. A 18 de Outubro realiza novos exames complementares de diagnóstico, é detectado envolvimento hepático. Pesa na data 26 Kg. A 25 de Outubro é feito diagnóstico de fístula vesico-vaginal e presença de 2 metástases hepáticas. Suspende quimioterapia. Em Novembro é pedida a colaboração da equipa de apoio domiciliário e tem alta clínica. Doente em cuidados paliativos. Dia 12 de Dezembro iniciaram-se as visitas ao domicílio. Doente ansiosa face à sua situação clínica, aumento de dor abdominal, astenia marcada. Medicada com: Sevredol 20 mg em SOS de hora a hora, Actic (fentanil bucal) 600 mg de 2 em 2 horas em SOS, com toma de paracetamol a horas fixas, de 8 em 8 horas alternado com Tramal 100mg, tem Fentanil de 100 transdermico aplicado. Esta terapêutica foi entretanto revista e ajustada várias vezes. Re-internada a 10 de Janeiro de 2012 para controlo algico. Acompanhamento pela Psicologia.

História da doença actual:

Doente apresenta lesão perineal (devido à fistula vesico-vaginal – não operável), metrorragias em pequena ou moderada quantidade esporadicamente, em caquexia, astenia marcada, pálida, desidratada, anorexia, com cansaço fácil a pequenos esforços, refere tristeza. O companheiro tem ajudado nos cuidados, mas também ele apresenta limitações físicas. Até à data do internamento era a Sr.ª Cidália que prestava os seus cuidados perineais e “tratava” da lesão de acordo com as indicações e ajuda da equipa. História de dor não controlada, por manter esta situação de descontrolo algico Refere EVA – 7-8, (escala visual analógica para avaliação da dor) que nunca baixa dos 3-4.

Enquadramento familiar: Genograma e Eco-mapa



Avaliação Socioeconómica:

Fracos recursos, cuidador principal desempregado, alguns filhos têm emprego, outros não. Uma filha saiu de casa, mas deixou o neto ao cuidado da mãe (Sr.^a Cidália). Actualmente voltou para casa para cuidar do filho, ambos vivem na casa da Dona Cidália. O filho mais velho ajuda com algumas despesas e colabora nos cuidados à mãe.

Apoio Social:

Apoio da Assistente Social da Equipa de Apoio Comunitário.

Família Alargada – apoio do cunhado, para cuidar dos filhos. Doente refere que este os quer colocar numa “instituição para crianças” (sic)

Percepção da doente e família:

Segundo a perspectiva da doente, este internamento veio na sequência de um agravamento do quadro alérgico, e difícil controlo da mesma no domicílio. Tem percepção da doença avançada “sei que não vou cá estar muito tempo...” (sic); “Sei que isto está a avançar, só não quero ter dores e

quero que os meus filhos fiquem bem” (sic) Doente compreende as perdas inerentes ao processo de doença paliativa, demonstra revolta relativamente à falta de controlo com que se depara: “*só queria conseguir ter os medicamentos certos para não ter dores, e assim poder ainda fazer as coisas que gosto e que preciso de fazer... as vezes custa tanto até penso em acabar com isto mais cedo, mas não pelos meus filhos, jamais...*” (sic) A sua grande preocupação são os seus filhos. A família apoia a doente, mas demonstra pouca percepção da situação actual, nomeadamente o cuidador principal “*sei que ela não está bem, mas vai ultrapassar...*” (sic) Fala poucas vezes nas dificuldades da doença (refere a Dona Cidália). Tem poucas visitas, somente o cuidador principal vem visitá-la 3 a 4 vezes por semana, e uma filha de 25, é a mais presente nas visitas, todos os 5 vêem vê-la mas esporadicamente.

Há dificuldades na interacção familiar, as estratégias de comunicação são deficitárias – pouca compreensão da situação, a prestação de cuidados inicialmente revelou-se uma fonte de stress familiar mas que acabou por se resolver com os ensinamentos e apoio da equipa, há inexistência de outros apoios.

Exame do estado mental da doente:

Sem alterações do pensamento ou da percepção, com *insight* relativamente à sua situação clínica, apresenta evidência de juízo crítico sobre acontecimentos pessoais. Fáceis triste, com labilidade emocional. Sem perturbação do discurso verbal, da fala ou do contacto. Aspecto físico cuidado, aparenta mais idade relativamente à real. Orientada no tempo, espaço, auto e alopsíquicamente. Sonolenta, sem alterações de memória.

“Forças de Vida” da Dona Cidália (segundo o modelo de Betty Neuman):

Factores intrapessoais – ansiedade, humor deprimido, dificuldade em lidar com a dor e com as perdas que agora ocorrem.

Factores interpessoais – morte da mãe (aspecto referenciado ao longo das intervenções que se seguem).

Factores extrapessoais - não resolução jurídica da situação futura dos filhos.

Factores de defesa – bom relacionamento com a família nuclear, o seu papel no seio familiar.

Factores predisponentes – perdas que agora ocorrem, dor de difícil controlo.

Factores de reconstituição – apoio familiar, capacidade de desenvolver aptidões e re-estabelecer objectivos, cumprimento terapêutico.

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Antes de realizar a entrevista consultei o processo para colher alguns dados, estabeleci previamente contacto com a doente, apresentando-me, dizendo a minha profissão e o meu estatuto de aluna da especialidade.

Realizei também pesquisa bibliográfica acerca da entrevista, qual o seu objectivo e como deve ser dirigida.

Preparação Prévia

A preparação da entrevista iniciou-se com a minha preparação pessoal, também profissional. Quantas foram as vezes que partilhei da maioria dos profissionais do serviço, a frustração e a impotência face a um sofrimento emocional, mental e a uma vivência não palpável? Tantas quantas as vezes que não olhei efectivamente para a essência da pessoa, certamente. Procurava alguém cuja realidade da perda inerente à doença crónica oncologia, em fase avançada, pudesse colocar em risco a vivência de um processo de luto o mais sereno possível.

Encontrei-me com a Dona Cidália e senti que era ela a pessoa certa... escolhi-a é certo, mas até que ponto não me escolheu também ela... a sua mão estendida, as cortinas corridas, o seu olhar encovado e pintado de negro, o seu corpo esquecido no silêncio... A Sr.^a Cidália é uma doente seguida pela equipa de apoio domiciliário e que agora ficou internada por agravamento do quadro álgico, acompanhada actualmente pela equipa intra-hospitalar.

Só depois de pensar sobre ela e sobre mim, pude realizar um guião. Não um guião estanque, um guião que me permitisse saber o porquê, que me permitisse conhecer...que me permitisse chegar perto dela e perguntar não pela dor, não pelo penso, não pela terapêutica, não pela noite ou pelo dia...mas por ela...pela sua situação, pelos seus sentimentos, pelos seus medos, pelo seu sofrimento, pelas pessoas e coisas importantes da sua vida.

Optei pela entrevista semi-estruturada, na possibilidade de dar liberdade à pessoa para falar abertamente, com as palavras que desejou e pela ordem que mais lhe conveyed, não deixando de considerar os objectivos da entrevista.

O guião elaborado foi constituído por três partes fundamentais. A primeira diz respeito à legitimação da entrevista, caracterizando a pessoa; na segunda parte foi realizada uma questão global onde foi pedida à Dona Cidália que me falasse sobre si, nomeadamente sobre a forma como está a viver esta situação de doença; na terceira fase, de balanço, foram realizadas várias questões de acordo com o descrito, para que a entrevistada compreendesse as razões das suas escolhas e de certa forma para que tomasse consciência do processo que está a viver.

Previamente recolhi dados pessoais e também relacionados com os antecedentes pessoais, que se viriam a mostrar muito úteis na avaliação diagnóstica.

O local escolhido inicialmente para realizar a entrevista era o gabinete de enfermagem do serviço onde estava internada, no entanto por a Dona Cidália referir preferência, a entrevista foi realizada no seu quarto.

Considero ter tido em conta directrizes éticas, tendo pedido, uma semana antes, autorização para a realização da entrevista à doente. Foi descrito o tipo de entrevista, âmbito, duração aproximada e objectivos, assegurando simultaneamente o anonimato, a confidencialidade, intimidade e segurança. Tudo o que foi descrito neste relatório corresponde na íntegra aos dados recolhidos.

De facto a ética surge-nos na arte de dirigir a conduta, como um conjunto de premissas e de interdições que têm um grande valor na vida de cada um. Contém todo um conjunto de direitos humanos a preservar, como: a auto-determinação, a intimidade, o anonimato e confidencialidade, o tratamento justo e equitativo, a protecção contra o desconforto e prejuízo (FORTIN, 1999).

Definição de Papéis e Espaços

O facto de já ter estabelecido uma relação próxima com a Dona Cidália antes de realizar a entrevista foi benéfico, na empatia estabelecida e na disponibilidade assumida pela doente de partilhar a sua vivência. Watson (2002) fala desta proximidade entre o enfermeiro e o doente como algo essencial, benéfico no sentido de aumentar a humanização, a sensibilidade e a capacidade de entrega. No entanto senti a necessidade de clarificar papéis.

Fiz questão de voltar a informar sobre os objectivos da entrevista, tempo médio e aspectos paradigmáticos da mesma e de me (re) apresentar como aluna da especialidade de saúde mental e psiquiatria, a realizar uma entrevista de âmbito académico, mas ainda assim a mesma pessoa, disponível para a ouvir.

A entrevista decorreu junto à sua cama, com as cortinas corridas. Apesar de ser partilhado com outros doentes, foi mantida o respeito, o silêncio e a intimidade da pessoa e do momento, sendo que aquele espaço era simultaneamente familiar para a doente, chegando a partilhar que ali se sentiria “*mais à vontade*”. A Dona Cidália decidiu ficar sentada na sua cama, eu sentada do seu lado direito. Como referido anteriormente a doente foi informada sobre o facto desta entrevista surgir num âmbito académico mas ainda assim, se o desejasse, as informações partilhadas mais relevantes poderiam ser transmitidas aos enfermeiros do serviço, com vista a uma melhor intervenção, a doente concordou.

Durante a entrevista optei por não registar tudo aquilo que foi partilhado, sendo que o fiz após o término. Fi-lo por considerar que poderia interferir de alguma forma com o processo de comunicação, na eventual quebra do olhar ou na expectativa da doente face ao que estaria ou poderia escrever. Assim optei pela não gravação da entrevista, realizando no final da mesma o

registo - descrição (o mais fiel possível) do que foi dito, vivido e sentido (com a colaboração da Enfermeira Orientadora, que presenciou a mesma).

A confidencialidade das informações recolhidas e a garantia de que o seu nome não iria ser referido neste relatório foram aspectos reforçados.

Transcrição da entrevista

Segue-se a transcrição da entrevista / interação e análise imediata do que foi percebido, sentido, pensado e intervenções segundo o modelo definido por CHALIFOUR (2008).

Enfermeira (Eu) – *Bom dia Sr.^a Cidália.* (Procurei apresentar-me e criar um ambiente de confiança e bem-estar)

Sr.^a Cidália – *Bom dia Sr.^a Enfermeira.* (olhar triste e vago; corpo encolhido enrolado no lençol, olhar baixo... senti-a frágil, desprotegida... senti receio de não saber como ajudá-la, de imediato a vivência dolorosa do processo de luto e tudo o que esta implica, me invadiram... Sentir-me-ia impotente? Talvez sim...senti que esta entrevista compreenderia um enorme desafio na compreensão e ajuda que poderia dar à Sr.^a Cidália. De repente o medo e receios iniciais evadiram-se e deram lugar a um sentimento de determinação e confiança, afinal estava ali para a ajudar e ia dar o melhor de mim na relação por forma a ajudá-la.)

Enfermeira (Eu) – *Sente-se confortável assim?*

Sr.^a Cidália - *Sim, estou bem...* (sinto que está apreensiva com aquilo que posso perguntar, mas simultaneamente percebo alguma curiosidade e expectativa... procuro iniciar o dialogo marcando o inicio do mesmo e mostrando que estou disponível para estar ali com ela e escutá-la. Tento potenciar um ambiente acolhedor. Sentia-me motivada e expectante com o decurso da entrevista.)

Enfermeira (Eu) – *A Sr.^a Cidália já me tinha dito que gostaria de falar um pouco comigo, relativamente à sua doença, ao que está a viver e a sentir agora. Já sabe que estarei aqui para a ajudar no que puder, sobretudo no que puder fazer para que se ajude a si mesma. Sabe que temos o nosso tempo limitado, mas estarei cá hoje e outros dias, sempre que for necessário.*

Sr.^a Cidália – *Muito obrigada.*

Sr.^a Cidália – *Às vezes, precisamos de falar, mas os seus colegas nem sempre estão disponíveis, outras vezes nem sei como dizer as coisas, ou se vale a pena... mas faz-me bem falar e toda a ajuda é importante. As conversas que tenho tido consigo e com as Senhoras Enfermeiras daqui e*

sobretudo as que vão lá a casa tem sido muito bom porque me têm ajudado... (senti-me satisfeita por de alguma forma ter chegado até ela, mas seria capaz de identificar as principais necessidades e dificuldades da utente neste momento? Senti-me invadida por alguma insegurança.)

Enfermeira (Eu) – *Estou aqui para poder ajudá-la no que for possível.* (pausa – senti necessidade de criar um momento de silêncio, para me ajudar a mim e também dar tempo ao outro possibilitando um momento de reflexão.)

Sr.^a Cidália – *Tive que ficar internada porque estas dores... são insuportáveis, não consigo mais, não sei... por mais medicamentos... aqui sempre há mais controlo e ajustes... há dias que só me apetece acabar com tudo... mas claro jamais o faria... pelos meus filhos tudo!... Tenho sofrido muito muito... (olha para mim como que a pedir-me compreensão, postura física indicia ansiedade, as mãos tremulas, o olhar baixo que no final se dirige a mim, como a pedir-me alguma coisa... penso que está a identificar as dificuldades e os medos que sente no momento, sinto uma profunda tristeza).*

Enfermeira (Eu) – *Compreendo e imagino que sejam dores difíceis de suportar. Sinto também que está muito triste...* (procuro encontrar o sentimento predominante, com o objectivo de ajuda-la na expressão dos seus sentimentos e emoções, pensei nas perdas que esta vivência implica, na vulnerabilidade que isso representa para o ser humano, no sofrimento inerente.)

Sr.^a Cidália – *Sim.* (olha para mim e de seguida baixa novamente o olhar.)

Enfermeira (Eu) – *Falou-me da dor que sente, como é difícil suportá-la e controlá-la, como classifica essa dor de 0 a 10?*

Sr.^a Cidália – *Oito...*

Enfermeira (Eu) – *É portanto uma dor elevada, e é sempre assim? Não alivia nunca com os medicamentos?*

Sr.^a Cidália – *Alivia um pouco, aí para uns 4... na melhor das hipóteses...é muito difícil...*

Enfermeira (Eu) – *E essa dor é só física? É só no corpo Dona Cidália? Ou acha que algo mais que pode acentuar essa dor que sente?* (procurei perceber afinal que dor é esta, como se caracteriza, o que pode ou não esconder, que necessidades lhe estão associadas, o que pode potenciar o seu alívio?)

Sr.^a Cidália – *Dói o corpo todo, já nem consigo localizar... é tudo... às vezes já nem é dor é um desconforto, uma angustia, uma dor que não sei explicar...* (uma lágrima corre-lhe pelo rosto... todo o seu corpo fica ainda mais frágil, sinto uma tristeza enorme, sinto a angustia que ela descreve, percebo que há algo mais que dor física, algo que a preocupa, que a perturba, que a angustia...)

Enfermeira (Eu) – *Há algo que a preocupa?* (procurei encontrar uma resposta ou um caminho que me levasse a uma melhor compreensão da vivência descrita pela Dona Cidália.)

Sr.^a Cidália – *Já não me preocupo comigo... só queria enquanto cá estiver poder fazer o possível para o bem-estar dos meus filhos.* (olha para mim, fixa o olhar, parece-me havida de respostas... sinto que devo esclarecer o que verdadeiramente a preocupa e causa sofrimento – a sua necessidade principal.)

Enfermeira (Eu) – *Mas afinal o que a preocupa Dona Cidália? Falou-me nos seus filhos...* (tive necessidade de reformular, de clarificar, e simultaneamente devolver o que tivera dito, dando-lhe a possibilidade de se aperceber do que está a identificar.)

Sr.^a Cidália – *Sim são eles a minha preocupação... como vão ficar, com quem, como vai ser!?*

Enfermeira (Eu) – *São normais os seus receios, não é uma situação fácil, compreendo o que me está a dizer...* (procuro dar-lhe algum conforto e segurança, e demonstrar compreensão. Neste momento os seus filhos são menores (exceptuando dois), a assistente social acompanha o caso. A doente gostaria que fosse o actual companheiro a ficar com eles, mas visto este não apresentar condições (por problemas físicos e económicos) a situação está entregue aos tribunais.)

Sr.^a Cidália – *O meu marido bem quer, mas eles não deixam... dizem que não tem condições... e agora o meu cunhado diz que pode ficar com eles... mas... Oh Senhora Enfermeira não quero, ele vai levá-las para uma instituição...* (baixa o olhar, choro)

Enfermeira (Eu) – *Compreendo a sua preocupação.* (senti um sofrimento imenso daquela mãe que apenas deseja partir sabendo que os filhos ficam bem, neste momento fui invadida pela impotência “o que fazer, o que dizer? Como ajudar?”)

Sr.^a Cidália – *Os meus filhos são tudo para mim ...* (chora) (gesticula com as duas mãos juntas – sinto algum nervosismo; Pausa (baixa de novo o olhar procurei respeitar o silêncio que se impôs, para depois retomar o diálogo).

Enfermeira (Eu) – *Compreendo o que me está a dizer. Mas como já disse tem de ficar melhor para poder ajudar, só estando com a dor mais controlada pode estar mais com eles, ir a casa... ver o netinho que me disse no outro dia que agora está a viver com vocês... E nós, os profissionais de saúde que estamos a seguir o seu caso iremos fazer o que estiver ao nosso alcance para ajudar. (procurei demonstrar que estava aqui, presente e que compreendia os sentimentos que descrevia, procurei devolver-lhe alguns aspectos positivos que me foi referindo.)*

Sr.^a Cidália – *Sim eles são tudo para mim. Sim quero voltar logo para casa, enquanto puder quero lá estar... mas tenho medo que a dor se acentue... (fixou mais o olhar em mim, procurava algum conforto sinto-a menos tensa / apreensiva)*

Enfermeira (Eu) – *Está agora aqui para podermos controlar a sua dor, quando for para casa vai com outra medicação que vai ajudar a manter esse controlo, para além disso nós (a equipa de apoio domiciliário) vai continuar a ir a sua casa, todos os dias como temos feito. A Dr.^a Cláudia (assistente social da equipa de apoio domiciliário/ intra-hospitalar – que já conseguiu apoios para os custos da medição, fraldas, alimentação, cuidados de higiene) também vai falar consigo, vou levar-lhe as suas preocupações relativamente aos seus filhos se assim me permitir para que possam resolver a situação o mais rapidamente possível. Faremos o que estiver ao nosso alcance.*

Sr.^a Cidália – *Sim, vocês estão sempre presentes. Mas tenho tanto medo de ir... sem saber como ficam (choro), depois a medicação que parece que se anda sempre em acertos... parece que ando drogada, não me importo do que os outros dizem, mas às vezes fico com tanto sono, e depois estou a dormir com estão em casa... (senti tristeza em mim, impotência, e sofrimento no outro, como gostaria de ajudar mais... percebo da doente uma dor profunda, emocional, mais que física, com algum sentimento de culpabilidade por não poder fazer mais e melhor e estar mais presente em casa.)*

Sr.^a Cidália – *Gostaria de saber lidar melhor com esta dor...*

(Pausa)

Enfermeira (Eu) – *Compreendo o que me diz. Não é fácil... é um caminho a percorrer, sabe que estes ajustes permanentes fazem parte, recorda-se de lhe termos explicado que não há uma “fórmula” para cada dor... compreendo que este processo seja muito doloroso e a dificuldade em obter uma resposta em relação à situação dos seus filhos é geradora de sofrimento e preocupação para si. É bom ser capaz de me falar dessa tristeza, dessa zanga que sente... é também importante que apesar das dificuldades, se foque nas coisas boas que tem, e que não pode esquecer (senti necessidade de lhe reavivar outros aspectos da sua vida considerados por si de “bons e únicos”)*

Sr.^a Cidália – *O que ainda me afecta mais é esta indecisão em relação ao futuro dos meus filhos..., tenho dificuldade em aceitá-la, ainda por cima depois de tanto sofrimento... sim tenho uns filhos lindos, netos, todos juntos, isso faz-me tão bem, e o meu companheiro agora que me tem ajudado, apoia-me é o que eu preciso... brincava imenso com o meu netinho de 4 anos, tinha uma energia fantástica... (senti alegria, satisfação em relação ao que viveu) custou-me muito agora quando me fui mais abaixo, estou sempre na cama, não tenho forças, durmo muito... e depois a dor que quando ataca... é tão difícil... (senti felicidade e amor na descrição da relação com a família, nomeadamente com os filhos, senti de novo tristeza no final do discurso).*

Enfermeira (Eu) – *Compreendo aquilo que me está a dizer. Esses sentimentos e vivências que me falou fazem parte de si, mas tente agora também recuperar na sua memória esse bons momentos, sobretudo quando a dor for mais intensa. (propos a técnica de relaxamento como forma de ajuda e que pode sempre desenvolver mesmo no domicílio – doente acordou) O internamento ajudará nesse sentido. (senti que tinha de voltar a reforçar a ideia de que “estou aqui”, “entendo-a”, e que este momento que atravessa implica um turbilhão de sentimentos, que tem “direito” a expressá-los e a vive-los).*

Sr.^a Cidália – *Sim, tem razão tenho coisas tão boas para recordar. Espero que sim que o internamento ajude...*

Enfermeira (Eu) – *Tem coisas boas para recordar e ainda para viver, sobretudo com aqueles que mais gosta. (senti necessidade de lhe devolver a esperança realista, mas necessariamente presente) Como se tem sentido com o internamento?*

Sr.^a Cidália – *Melhor, agora já durmo melhor à noite, apesar de estar sonolenta durante o dia, sei que é assim, embora isso me preocupe um pouco... a dor está melhor, espero depressa ir a casa... (Procurei tranquilizá-la quanto aos efeitos dos medicamentos e que iríamos estar atentos a possíveis efeitos secundários).*

Enfermeira (Eu) – *Procurei recuperar o tema central. Então retomando o que estamos anteriormente a falar, Sr.^a Cidália, falou-me de vários problemas que a invadem neste momento, qual é para si o seu principal problema?*

Sr.^a Cidália – *É ajudar os meus filhos, e poder agora ... dar-lhes muito carinho...*

Enfermeira (Eu) - *O que é que acha que poderia fazer para ajudar?*

Sr.^a Cidália – *Neste momento é estar aqui para recuperar... usar o relaxamento que temos feito talvez me ajude na dor... e quando me sinto mais nervosa... e dar-lhe o amor que conseguir agora... o resto é pedir-vos a vossa ajuda...*

Enfermeira (Eu) – *O que me diz é importante, são objectivos para tentarmos em conjunto cumprir. Estarei aqui para a ajudar a ajudar-se. O internamento vai permitir-lhe reflectir sobre as dificuldades que me falou, e encontrar algumas estratégias para as ultrapassar. Nós estamos aqui para colaborar no que for benéfico para si. Vamos acompanhar a situação dos seus filhos. (percebo que procura uma ajuda face ao problema apresentado – procurei em conjunto ajuda-la a reflectir sobre a possibilidade de encontrar estratégias que facilitem a transição desta etapa, demonstrando sempre o apoio necessário e fundamental nesta fase).*

Enfermeira (Eu) – *Já me referiu um dos seus principais objectivos a atingir, vamos tentar cumpri-los?*

Sr.^a Cidália – *Sim. Fez-me bem falar consigo, deitar cá para fora, e pensar nestas coisas. Podemos voltar a falar?*

Enfermeira (Eu) – *Sim, sempre que precisar, procurarei estar disponível.*

Enfermeira (Eu) – *Então vai iniciar essa estratégia, e eu estarei aqui quando precisar, quando sentir necessidade. (reforçar o entendimento e compreensão pelo outro, bem como a importância de dizer “estou aqui”)*

Sr.^a Cidália – *Obrigada Sr.^a Enfermeira. (senti satisfação por parte do outro)*

Principal necessidade identificada pela doente:

- Apoio e acompanhamento dos filhos – é referida como sendo a sua fonte principal de sofrimento (dor emocional).
- Alívio da dor física.

Estas necessidades são também identificadas como prioridades no cuidador principal.

Plano / Intervenção:

- Realizar entrevista (s) de ajuda;
- Acompanhar a equipa intra-hospitalar nos procedimentos para alívio da dor física – rever terapêutica instituída; e outra sintomatologia apresentada;
- Dar continuidade ao encaminhamento da situação dos filhos ao nível da Assistência Social;
- Fornecer presença, compreensão, aceitação, facilitar a expressão de sentimentos e emoções, promover a procura de estratégias capazes de desenvolver respostas adaptadas;
- Utilizar a técnica de relaxamento e imaginação guiada como meio de alívio da dor.
- Prevenir luto complicado.

Nota: outras entrevistas de ajuda foram entretanto realizadas.

Face à interação descrita: O vivido, o pensado, o sentido...

	A Comunicação: Verbal e não-verbal	Processos associados à tomada de consciência de si	As atitudes facilitadoras	As fases de desenvolvimento da resolução de problemas
O início	Inicialmente a voz estava sereno, tom baixo por forma a transmitir tranquilidade, o gesticular de mãos (que considero uma característica minha) pode ter induzido no outro algum nervosismo que eu pudesse estar a sentir. No entanto reconheço que este aspecto já	Inicialmente tinha uma preocupação em mente: poder ajudar aquela pessoa, compreender o que ela estava a transmitir para poder ajudar posteriormente, esta era a minha motivação inicial e o que tinha presente em mente.	Procurei ser empática, autentica nos comportamentos, nos sentimentos expressos. Recorri à confrontação quando a questionei sobre a sua dor e o que mais poderia estar a interferir. O respeito foi sempre mantido.	Inicialmente procurei “colher dados”, perceber o que preocupava a doente, qual a sua necessidade imediata.

	foi melhorado relativamente a entrevistas anteriores.			
O corpo	Mantive o tom de voz. Percebo agora que em alguns momentos a alteração deste aspecto poderia ter sido importante por forma a evidenciar aspectos positivos por exemplo. Mantive postura relaxada, sentada do lado direito da doente. Procurei desenvolver um diálogo que ajudasse o outro na sua descoberta, recorri à reformulação, elucidação, e confrontação de ideias expressas. Deixei transparecer em alguns momentos o que estava a pensar e a sentir, procurei devolver alguns sentimentos presentes, no entanto percepciono agora que este	Ao longo da entrevista procurei os factos que pudessem explicar de alguma forma a situação actual. O meu pensamento direccionava-se para a significação dos factos encontrados. Aqui a minha motivação prendia-se com a necessidade (ainda que inconsciente no momento) de perceber como poderia ajudar a doente. Ao longo do diálogo estabelecido identifiquei vários sentimentos em mim que também me ajudaram a perceber a importância da presença para esta doente, da demonstração de compreensão e aceitação do que me era dito. Também por isto os silêncios	Procurei sempre manter a empatia numa atitude de compreensão do outro. Recorri à confrontação quando a questioneei sobre a sua dor e o que mais poderia estar a interferir. O respeito foi sempre mantido.	Procurei determinar as necessidades principais, e ajudar a doente a identificá-las. Em conjunto, procurei desenvolver estratégias de acção, de intervenção.

	aspecto poderia ter sido mais aprofundado (“passar para fora”, transmitir de forma mais concreta o que senti).	utilizados foram importantes para me dar conta de mim, e permitir ao outro a reflexão do que estava a ser dito. As minhas intensões prendiam-se com a demonstração do “estou aqui” e melhor compreensão daquela dor descrita pela doente.		
O fim	Procurei realizar a síntese do que foi expresso. Este aspecto deveria ter sido mais fortificado, bem como o realçar de novos momentos de ajuda.	Muito mais do que os factos procurei a compreensão dos sentimentos expressos das motivações das preocupações centrais.	Essencialmente a empatia e o respeito no fecho da entrevista.	Síntese da principal necessidade do momento, o que fazer.

O que percebo:

Do ambiente – sereno ao longo de toda a interacção, procurei proporcionar um ambiente tranquilo, acolhedor e que transmitisse algum conforto e segurança. Senti um ambiente acolhedor. A minha intensão era essa mesma criar um ambiente onde a doente pudesse sentir-se protegida e confortável. Percebo essa sensação de conforto e bem-estar no outro ao longo da interacção, embora inicialmente sentisse alguma inquietação e até curiosidade por parte da doente.

O que eu penso do que eu percebi – entendi nessa altura e aquilo em que pensava enquanto ela me falava:

Os meus pensamentos iniciais procuravam uma resposta. Perante a vivência de uma doença terminal, as perdas inerentes são inúmeras, os sentimentos e emoções multiplicam-se, as percepção e as certezas são tantas ou nenhuma... Foi neste turbilhão de pensamentos, envoltos em algumas receios face ao que iria encontrar ou não, que iniciei a interacção. Tinha em mente a história clínica e de vida da doente, baseei-me nestes conhecimentos para fundamentar de alguma

forma a compreensão que tivesse face ao que me seria comunicado. Por outro lado a minha experiência pessoal, relativamente ao cuidar em oncologia, esteve sempre presente ainda que inconscientemente, fosse este ajudar ou não. Procurei ajustar-me ao que me era dito, daí que procurei aprofundar aquilo que eu percebi como sendo a questão chave da vivência actual, e que quase explicitamente a doente me transmitia – a situação futura dos filhos, a vivência de uma dor emocional. As minhas intervenções focaram-se na capacidade da utente exteriorizar a sua vivência – sentimentos e emoções, para que através dos mesmos os problemas ficassem mais explícitos fossem identificados e fosse possível pensar sobre eles.

Nesta interacção senti que os meus pensamentos se centraram muito mais no outro, do que em outros momentos. Por vezes o pensamento parece levarmo-nos para outro local, outra vivência, o que acontecera em interacções anteriores. Não foi o caso, sinto que a envolvimento foi total, o meu diálogo interno esteve sempre em consonância com aquilo que ia sendo transmitido. Percebo agora que talvez pudesse ter explorado outros aspectos, como o relacionamento com o companheiro, em relação ao futuro dos filhos que aspecto a preocupava mais... mas também sei que procurei dar o melhor de mim naquele momento e estive inteiramente lá, isso traz-me satisfação e talvez paz. Sei que estes são outros dados a explorar em futuras interacções.

O que sinto, ressinto:

O que senti ao longo da interacção estava em consonância com meus pensamentos, não houve “fugas” para outras realidades. Percebo que estava totalmente receptiva ao que sentia na relação com o outro, no entanto sinto agora que alguns dos sentimentos e emoções vividas poderiam ter sido mais explorados. Não os escondi, mas a expressão dos mesmos por vezes foi um pouco tímida, talvez aqui algum receio em demonstrá-los, ou talvez receio que estes pudessem não ser entendidos, ou interferir na interacção... essa timidez esteve presente mas não de forma consciente.

As minhas motivações, intenções:

Penso que as minhas motivações estiveram de acordo com as motivações da doente – ajudá-la nesta vivência de dor – física e emocional. Procurei partilhar as minhas intenções com a doente, demonstrar compreensão e aceitação.

O que eu digo e faço:

Recorri à empatia, ao respeito, à autenticidade, e ainda que subtilmente à confrontação. O silêncio foi utilizado como forma de momento reflexivo, para mim em relação ao que estava a viver e a sentir, e simultaneamente para dar “tempo” ao outro para se ouvir. Ficar calada, somente estar ali, foi importante. Para mim foi um desafio, tenho sempre esta necessidade de fazer e estar a fazer sempre mais e melhor... compreendi que esta presença serena, de estar sem falar é tão importante

para alguém que se encontra num processo de perdas tão doloroso como o da Dona Cidália. A informação, a elucidação, a síntese, e até o *feedback* que chegava até mim foi importante devolver ao outro, para uma melhor compreensão e intervenção.

O que percebo da doente:

Percebo dela, sentimentos vários, onde predomina um enorme sofrimento. Percebi, que ela própria ainda não se tinha dado conta de como alguns aspectos que a preocupavam constituíam a sua real e principal necessidade – estes exacerbavam a sua dor física. A compreensão deste dado foi importante e constitui a consecução do grande objectivo desta entrevista. Assim, as intervenções poderão ser desenvolvidas neste sentido. Foi importante pensar em estratégias, aceitá-las, como a maior interacção com os filhos, e o recurso ao relaxamento como forma de alívio da dor (seja ela de que ordem for).

O vivido e o sentido:

Sentimentos e emoções presentes:

Em mim:

- Impotência – invadiu-me sobretudo inicialmente, seria eu capaz de desenvolver uma interacção verdadeiramente relevante para a doente? O que dizer, ou fazer? – estas foram questões que naturalmente surgiram, e que se prendem com a minha necessidade de procurar sempre dar resposta. Ao longo da interacção este sentimento foi-se esbatendo, ainda que mais timidamente surgisse em alguns momentos, talvez agora não de forma tão explícita, porque verdadeiramente está em compreensão com o outro, com aquilo que era dito, e essa compreensão e presença já constituíram um “fazer” importante.
- Medo – prende-se com o sentimento anterior, no entanto, este surge como que associado ao medo de viver tamanho sofrimento, com o deparar-me com inúmeras incertezas, dificuldades, com tamanha dor. Eu que sempre procuro fazer algo, e se de repente não puder fazer nada? Este pensamento esteve presente e foi por meio dele, que percebi e senti que a presença, a escuta, o estar simplesmente ali era verdadeiramente importante, era fazer muito.
- Insegurança – Será que me estou a explicar bem? Será que me entende? Será que eu a entendo na sua dor? Este sentimento foi desaparecendo à medida que a doente demonstrou percepção do que estava a ser dito ou feito. E se não demonstrasse sentir-me-ia impotente? Talvez sim, na certeza que esta vivência é de difícil compreensão, e só a entende verdadeiramente quem a vive. Na certeza que outras interacções e intervenções seriam e serão desenvolvidas para que uma outra forma a possa ajudar.
- Tristeza – o sentimento predominante na doente, pude também experimentá-lo. Como pode alguém ficar totalmente imune a tal dor? Tristeza sentida pela realidade que a doente

vivencia, pela certeza que nem todas as suas necessidades poderão ser entendidas ou satisfeitas. Houve lembrar de perdas pessoais.

- Determinação e motivação – deste o primeiro momento da interação estiveram sempre presentes. A possibilidade de ajudar alguém embebido em tamanho sofrimento é sem dúvida desafiante, e muito enriquecedor. É por isto mesmo que *cuidar* de alguém, nomeadamente em fim de vida é das experiencias mais gratificantes e importantes que podemos ter, há crescimento profissional e pessoal. O pouco é tanto, representa uma enormidade na acção que é desenvolvida, nem que seja um simples olhar que diga “estou aqui”.

No outro:

- Medos – percebo da doente medos vários, medo do futuro para os que ficam, medo do processo que agora se desenvolve, das perdas que gradualmente estão a ocorrer.
- Expectativa e curiosidade – no inicio da entrevista de imediato o seu olhar me transmitiu esta percepção, como que a desejar que alguém lhe trouxesse uma formula mágica, apesar de estar perfeitamente consciente da sua doença e da evolução da mesma.
- Tristeza – sofrimento – pela dor que não a abandona, por tudo aquilo que a exacerba, pelos filhos que não quer deixar, pela incerteza, pelo medo de morrer sem saber o que será o futuro dos seus filhos.
- Angústia – pela incerteza, e certeza da partida breve. Pela presença da dor que é difícil de controlar.
- Revolta – zanga – ainda que não muito evidente, pude senti-la na doente, quando sabe que não pode fazer mais nada em relação ao futuro, em relação aos seus filhos, tem que esperar. A revolta também por não sentir que a ouvem ou que respeitam a sua vontade.
- Alegria – pelo recordar de vivências positivas e significativas para a ela. Pela certeza do apoio familiar, pelo carinho presente, pelos sorrisos dados, e pela possibilidade de ainda ir a casa e continuar a estar junto daqueles que para ela são importantes, até que lhe seja permitido – Esperança.

RECURSO AO RELAXAMENTO E IMAGINAÇÃO GUIADA COMO INTERVENÇÃO

O relaxamento prepara o organismo para um estado de calma e repouso, inactividade do comportamento e restauração das modificações fisiológicas que possam existir, sendo definida por Hess como um mecanismo protector contra a sobrecarga de *stress*. A capacidade de relaxamento é facilmente adquirida e produz uma competitiva resposta à ansiedade.

A *imagery* ou *imaginação guiada* é um processo de pensamento que evoca e usa os sentidos: visão, audição, olfacto, paladar e tacto e ainda os sentidos do movimento, posição e toque para produzir mudanças “regeneradoras” no corpo (ACHERBERG, 1985; SEAWARD, 2002). É “*um fluxo de pensamentos que se podem ver, ouvir, sentir, cheirar, ou degustar. (...) é a “moeda corrente” dos sonhos e do sonhar acordado (day-dreams), das memórias e reminiscências, dos planos, projecções e possibilidades. É a linguagem das artes, das emoções e mais importante, do eu interior*” (ROSSMAN, 2000, p.13).

No mundo interior, qualquer imagem é real, não no sentido em que pode ser diferenciada do mundo exterior, mas no sentido duma experiência interna. Assim, as várias teorias reconhecem que a *imagery* tem um papel importante na memória, na motivação, no raciocínio óculo-espacial e no pensamento criativo, bem como em todos os processos de pensamento (THOMAS, 1997). Galeno que teve uma influência dominante na medicina ocidental durante mil anos foi o primeiro a registar o efeito da imaginação na saúde (ACHERBERG, 1985). A partir da década de 1960, a *imagery* teve impacto com os trabalhos de Carl Simonton e seus resultados com doentes oncológicos, como consequência da estimulação imunológica através desta técnica (ROSSMAN, 2000; SAMUELS & SAMUELS, 1975). Por sua vez os psicólogos Jeanne Achterberg e Frank Lawlis, seguidores dos trabalhos de Simonton, desenvolveram escalas de avaliação dos resultados das intervenções com Imaginação Guiada em áreas como a dor crónica, diabetes, lesões da coluna vertebral e oncologia (ROSSMAN, 2000).

Este é um processo de uso intencional de imagens mentais para conseguir um desejado objectivo terapêutico, um tipo de sonho acordado dirigido, uma forma específica e deliberada de usar a imaginação para auxiliar o corpo e a mente (NAPARSTEK, 1994), a encontrar sentido e atenuar a dor emocional (ACHERBERG, 1985) a encontrar força, esperança, sentir coragem, paciência e perseverança para confrontar ou transcender o que parece ser uma situação de desesperança (ROSSMAN, 2000).

A Imaginação Guiada ou Conduzida é um termo utilizado para descrever um conjunto de técnicas desde a visualização simples ou passiva, visualização conduzida até à metáfora e narração. É usado para ajudar o relaxamento psicofisiológico, para aliviar sintomas físicos e psicológicos. Pode ser usado para evocar o diálogo imaginário onde o inconsciente é convidado a contar a sua própria história, fornecendo um modo de utilização dos recursos internos, fazer adaptações apropriadas às mudanças em saúde e encontrar soluções criativas a desafios aparentemente insolúveis (BRESLER & ROSSMAN, 2006b). JACOBSON (1938) depreendeu que, em estado de relaxamento total, não há imagens na mente. Esta torna-se clara, vazia, ficando assim disponível para ser estimulada. O relaxamento tem por objectivo deixar que a mente se abra e se expanda numa variedade de dimensões, constituindo o primeiro passo para melhorar a capacidade para “visualizar”, O relaxamento consciente afasta estímulos estranhos permitindo que a pessoa se concentre de forma mais intensa no seu estado interior.

Desta forma, e perante a situação descrita da Sr.^a Cidália, procurou-se recorrer ao Relaxamento Progressivo de Jacobson e à Imaginação Guiada em simultâneo como forma de melhorar o controlo da dor, alívio da ansiedade, e de certa forma permitir à pessoa e ao profissional de saúde um mais aprofundado conhecimento das necessidades e dificuldades vividas, bem como estratégias de intervenção.

1ª Sessão (45 minutos):

Senti a Dona Cidália hesitante, mas expectante. Eu própria sentia algum nervosismo e dúvida “será que vai ajudar?”. Comecei por escolher uma música clássica, propícia ao relaxamento. Expliquei a intervenção. A intervenção iniciou-se com a relaxamento muscular e posteriormente sugeri à Dona Cidália, que procurasse um local que fosse para ela acolher, que lhe trouxesse boas recordações, que fosse apaziguador e que pudesse ser sempre o seu refúgio, um lugar escolhido por ela, onde pudesse ir sempre que precisasse.

“Estive numa quinta, era a quinta da minha avó, aqui fui tão feliz...” “Era tudo tão bom, aquele verde da relva, o cheiro do café com leite...” “Vi a minha mãe... mas foi triste, recordei-a doente... e eu fiquei desamparada.” “Sabe acho que é pouco, por isto que tenho medo de deixar assim os meus filhos...” Os sentimentos de tristeza, medo, desesperança parecem ter vindo à tona. Associou o seu principal medo actual, com uma experiência vivida anteriormente. Por outro lado, referiu que foi positivo ter recordado um local em que há muito não pensava, sendo que nesse momento *“parece que a dor se foi”*.

2ª Sessão (30 minutos):

Hoje a Dona Cidália não tinha dormido muito bem, a dor parecia contínua, tinha dificuldade em descreve-la. Referiu sentir-se cansada, e que hoje tinha pensado muito na sua morte. Chorou, e expressou a sua “zanga” “ele veio ver-me, mas às vezes parece que não entende a minha situação... sei que não vou ter muito tempo... a assistente social ainda não disse nada, já sei que é demorado, tudo isto hoje tem-me consumido!” Refere-se ao companheiro, que ainda demonstra alguma dificuldade em percepcionar a situação avançada de doença em que se encontra a Dona Cidália. A situação dos filhos e o seu futuro continua a preocupá-la.

No final da sessão a Dona Cidália referiu sentir-se *“melhor”, “aprender a relaxar, a ir para um sítio calmo faz-me bem, assim em casa também posso tentar...” “voltei a estar na quinta, mas agora no presente, imaginei-me lá com os meus filhos agora, como isso seria bom, como eu queria dar-lhes essa tranquilidade...” “foi só no final, mas de novo vi a minha mãe, e parece que tinha o rosto Nossa Senhora ou que ela estava ali ao lado, sabe ela sofreu muito no fim, eu também tenho sofrido, não*

sei se esta angústia tem a ver com isto... de sofrer ainda mais... de não ser capaz de dar um pouco mais aos meus filhos..."

A doente foi tranquilizada relativamente ao acompanhamento da sua situação e alívio dos sintomas que possam surgir. Ficou a dormir.

3ª Sessão (40 minutos):

Hoje a Dona Cidália quis falar das emoções e sentimentos que parece que a sufocam. *"Eu tento ser sempre forte, para eles lá em casa, mas às vezes já não sei bem...acho que ontem liguei pouco à minha filha, e também ao meu marido..."* Foi-lhe dito que é normal também se sentir triste ou zangada e que isso saia para fora, também é um direito seu, não tem que estar sempre a dar o seu melhor, e que os seus familiares decerto compreendiam. A visualização de hoje referiu ser a sua actual casa. A alta está prevista para amanhã. Percebo aqui alguma ansiedade e medo. *"Estou tão feliz por voltar a casa, mas não sei como vai ser... acho que isto ainda não está bem controlado... mas se calhar não vai estar mesmo... e tenho que pensar que se posso ir por enquanto é bom para mim"* Foi explicado que o apoio domiciliário irá continuar, reforçar o "estou aqui", a presença e ajuda disponíveis sempre que precisar, a compreensão dos seus medos. Foi também, reforçado o ensino sobre o uso do relaxamento e visualização no domicílio. *"Sim, quando tento relaxar fico melhor, lá não tenho música, mas respirando devagar como faço aqui, e indo para o meu refúgio... acho que me ajuda..."*

Identificados vários tipos de Dor:

Dor Psíquica / Emocional:

Humor Depressivo: Tristeza, preocupação, culpa por não poder cuidar mais da família e fazer-los sofrer; Angústia por não poder cuidar mais dos filhos e dos familiares; Tristeza pela perda da mãe e sofrimento por que esta passou (trabalhada de forma simbólica associação à Imagem de Nossa Senhora).

Medo do Sofrimento (físico e psíquico – dela e dos que lhe são significativos).

Dor Espiritual:

Medo da Morte e do Pós (associado ao sofrimento, e futuro dos que ficam, indirectamente a visualização de uma entidade superior).

Perda do Sentido da Vida pelas limitações impostas (pela perda de autonomia e controle que tinha sobre o cuidado à sua família).

Orientação Familiar (por meio do diálogo estabelecido):

Identifico como Dor Psíquica na visão da família (cuidadora), o sofrimento, a presença da dor descrita pela doente, e a angústia por não poder continuar a cuidar principalmente dos filhos e dos

familiares – não pode ser ela a decidir sobre o seu futuro. Oriento – os, visando amenizar esta Dor Psíquica, que mostrem À Dona Cidália., que seus filhos, e companheiro são capazes de assumir responsabilidades, e podem se ajudar-se entre si.

Intervenho e oriento os familiares sobre este pacto e os prejuízos emocionais que o silêncio sobre as tristezas, medos, angústias, podem acarretar.

Pontuo sobre a importância deles conversarem em família sobre o que pensam e sentem.

Foi explicitado o benefício que o relaxamento pode ter nomeadamente no controlo da dor e da ansiedade / angústia, e que este pode ser feito no domicílio, pela própria doente e/ou com a colaboração destes (feito ensino breve).

Nota: Os cuidadores principais (filho e companheiro) foram sempre seguidos pela equipa na tentativa de resposta a duvidas, medos, prevenção de luto complicado estabelecendo para isso relação de confiança e ajuda. Colaborei sempre que possível, nas entrevistas de ajuda e contactos telefónicos estabelecidos.

- Para além de outras necessidades identificadas na doente (nomeadamente pela sua condição física), procurei focar a minha intervenção na seguinte, por considera-la primordial no momento:

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
(Risco de) Pesar (luto) Complicado <u>Relacionado com:</u> Situação avançada de doença oncológica, perdas que ocorrem, difícil controlo da dor <u>Manifestado por:</u> Dor intensa Diminuição de sentimentos de bem-estar, tristeza, angustia, medos Diminuição do desempenho dos papéis na vida – associado às perdas que ocorrem	- Assimilar e aceitar as suas perdas. - Apresentar diminuição dos sintomas, como diminuição da intensidade de dor, capacidade de expressar sentimentos positivos. -Desempenhar da melhor forma os seus papéis, valorizando e desenvolvendo outras habilidades.	- Identificação com a utente das perdas. - Identificação da fase do luto em que o utente se encontra e ajuda na ultrapassagem da mesma (Cinco fases do Morrer de Kubler Ross) -Encorajamento da expressão de sentimentos e emoções acerca das perdas. - Auxílio na identificação de estratégias pessoais de coping. -Auxílio na identificação das mudanças necessárias no modo de vida. -Monitorização da capacidade de cuidados / dependência, condição física. - Monitorização do funcionamento cognitivo. - Encorajamento para o assumir de um papel activo. -Auxílio na identificação dos recursos disponíveis e de elementos positivos (capacidade pessoal) que possa ser utilizados. -Administração e ensino sobre

		terapêutica instituída. -Monitorização de possíveis efeitos secundários da medicação. - Monitorização e promoção da adesão à terapêutica.
--	--	---

Notas de evolução da situação:

Aos poucos a doente foi se adaptando à nova terapêutica e foi estabelecido um controle da dor mais eficaz. Ainda assim mantém-se apelativa, e refere uma EVA – 3-4 que parece nunca aliviar. Procurei explorar mais esta situação (através de entrevistas de ajuda e recorrendo ao relaxamento/imaginação guiada), por forma a compreender melhor o processo de dor que aqui surgia. Pude compreender que a dor a que a doente tão frequentemente se refere, compreende muito mais uma dor psíquica e emocional, que uma dor física, embora esta esteja fortemente presente.

Num destes contactos, apercebi-me que o discurso da doente estava mais negativo, com tom de voz triste. Ao tentar compreender o que se passava a doente referiu que se estava a sentir mais cansada, tinha emagrecido, se sentia deprimida. Foi providenciado o apoio da psiquiatria, e iniciou nova terapêutica.

Mais do que nunca percepciono que a doente tem uma noção profunda e muito presente do que irá suceder, do que virá a seguir. Perante este quadro, a doente entrou numa profunda tristeza e mesmo depressão. Encontra-se sonolenta (muito devido à terapêutica instituída – perfusão continua de morfina e também metadona, e ainda SOS), e pouco comunicativa. Embora a doente conhecesse o seu estado, pareceu-me que nalguns momentos detectei alguma negação, mas não num sentido negativo de não aceitar, mas sim no sentido de ser protectora para não se desorganizar. A sua grande preocupação foi sempre os seus filhos e apoio que terão na sua ausência, a falta de controlo desta situação perturbava-a.

No dia 16 de Janeiro, ao chegar junto da doente, encontrei um ser humano desesperado, que agarrou na minha mão repetindo-me apenas a frase: *“sabe o que me disseram? Foram os médicos de Ginecologia... Que não havia mais nada a fazer... eu sei... Eu não quero sofrer. E o meu marido? Não tenho medo, apenas tenho pena de deixar o meu marido sozinho, porque sei que ele vai sofrer...não vai saber cuidar dele nem dos meus filhos... e os meus filhos, eles não querem que fique com ele, o meu cunhado tem mais condições, dizem que é melhor, mas ele vai larga-los numa instituição, não vai dar-lhe carinho...”* ficando seguidamente em silêncio, agarrando apenas as minhas mãos e a chorar!

Fui apanhada de surpresa, não esperava que esta situação me acontecesse naquele momento, apenas ia dizer bom dia aos doentes e fui literalmente engolida por uma onda revolta de desespero e angústia, da qual precisei de alguns momentos para conseguir emergir à superfície e

respirar, para que com a minha mão conseguisse trazer a doente comigo novamente a salvo para um porto seguro.

Respeitei o momento de choro e de silêncio da doente, sentei-me numa cadeira e aos poucos fui-me contando o que tinha acontecido. Como se sentia triste e angustiada pela forma como lhe foi comunicada toda a situação (referia-se mais do que o não “investir” na sua situação, à situação dos filhos, a decisão parecia tomada, sem que respeitassem a sua vontade), que nunca ninguém tinha sido tão frio com ela. Conversei com a doente, expliquei que todos nós temos diferentes formas de comunicar. A sua situação era delicada, mas existia sempre algo a fazer, podíamos sempre zelar pelo seu bem-estar e que não estava a morrer, estava sim a viver os tempos de vida que lhe restavam, não significando isso que teria de ficar acamada à espera que alguém vestido de negro e embrenhando uma foice a viesse buscar. Poderíamos em conjunto com a equipa rever a situação dos filhos, encontrar outra solução. Estávamos ali para lhe proporcionar o que estivesse ao nosso alcance e que a ajudaríamos a contornar as dificuldades, não tinha de morrer em sofrimento. Após esta longa conversa a doente sentiu-se mais aliviada, sorriu, proferiu palavras que são até hoje inesquecíveis, fazendo o nosso esforço, frustrações e lutas por vezes em vão valerem a pena.

Durante o internamento, foi feito um acompanhamento mais dirigido para os cuidados que esta doente deveria ter – cuidados paliativos.

Foi efectuada uma nova tentativa de encaminhamento dos filhos da Sr.^o Cidália, desta vez surgiu a possibilidade de o filho mais velho (31 anos) ficar a “carga” dos irmãos, visto não ser da vontade da Sr.^a Cidália estes ficarem com o cunhado, e o seu companheiro actual não apresentar condições físicas e económicas para tal. Este era, sem dúvida, um aspecto importante que daria alguma paz interior à doente.

Ao longo do internamento o acompanhamento que a doente teve relativamente ao controlo da dor, pareceu-me mais eficaz. Os descontrolos de sintomatologia que a doente foi tendo foram sendo corrigidos. Houve necessidade de realizar alguns ensinamentos referentes ao uso de opióides, a sua eficácia e efeitos secundários. A doente referia *“necessitar de um alívio imediato”* algo que lhe foi explicado como não possível, e que teria de esperar alguns minutos para começar a sentir alívio, e por outro lado *“esta sonolência, às vezes é boa, mas sinto que não me deixa às vezes fazer o que quero”*. Estas afirmações procuraram ser exploradas – *“o que queria fazer mais?”*, *“o que era realmente importante?”*, *“que dor era essa?”*

A doente, procurava incessantemente ter controlo da sua situação, e o estado de sonolência que a envolvia, nem sempre lhe permitia essa atenção a tudo e a todos. Por outro lado, mais que a dor física, foi perceptível um sofrimento interno marcado por esta “indecisão, incerteza” em relação aos seus filhos.

A certa altura, a doente tem necessidade de se questionar, de indagar o que a rodeia, de se apegar à sua fé. Religião e espiritualidade embora comunguem não são a mesma coisa, mas a fé pode promover a busca de sentido na espiritualidade, a uma *“correcta relação com Deus/ Realidade*

Última.” (TWYCROSS, 2003: 57) Promover a sua relação com o padre, penso que a ajudou a encontrar-se a si mesma num momento em que se sentiu perdida, em que procurava um significado, uma finalidade para a sua vida, harmonia consigo mesma e com os que a rodeavam. O seu sentimento de desespero e mesmo de culpa, *“porque isto me está a acontecer? Nunca fui má? Será que Deus não gosta de mim?”* Atormentavam-na e sentir-se acompanhada e ouvida por alguém, que ela pensava estar mais perto de Deus, apaziguou as suas angústias.

Relativamente às sessões de relaxamento/imaginação guiada, foram realizadas 3 sessões como descritas anteriormente cujos benefícios se revelaram na medida em que a doente foi capaz de descrever *“sensação de paz e tranquilidade”*, expressou sentimentos e emoções presentes, e verbalizou a importância de recorrer à técnica utilizada mesmo em domicílio para a promoção do seu bem-estar.

Dia 21 de Janeiro, a doente teve alta clínica. Vai continuar a ser seguida pela equipa de apoio domiciliário. Sempre que possível será dada continuidade ao acompanhamento feito.

REFLEXÃO SOBRE O VIVIDO, PERCEBIDO E SENTIDO – INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS

A minha intervenção foi direccionada para as áreas de intervenção de enfermagem, procurou-se intervir num contexto multidisciplinar, embora nem sempre de forma bem-sucedida dando lugar à frustração, outras muito bem aceite dando lugar à satisfação e realização profissional e pessoal. As situações menos positivas também reflectem a aprendizagem e delas podemos retirar importantes lições. O trabalho com a equipa de apoio domiciliário e equipa intra-hospitalar permitiu essa interacção entre diferentes profissionais de saúde por forma a dar resposta às necessidades identificadas na doente. Os momentos de partilha e reflexão (quer com a equipa quer com a Enfermeira Orientadora) sobre a situação da Dona Cidália foram fundamentais para a promoção de intervenções eficazes e simultaneamente para o meu crescimento enquanto profissional e enquanto pessoa.

Neste caso clínico, senti a minha evolução. Também pude reflectir sobre o que tinha feito anteriormente, o que poderia ter feito de forma diferente, o que deveria continuar a fazer, que outros recursos poderia buscar e integrar no acompanhamento da doente e do seu cuidador.

As principais áreas alvo de intervenções compreenderam: CONTROLE DA DOR, PERDAS INERENTES À DOENÇA, ACOMPANHAMENTO NO LUTO, PREVENÇÃO DE LUTO COMPLICADO.

Outro aspecto do acompanhamento a esta doente foi a própria intervenção que tive de ter para comigo mesma, talvez já o viesse a fazer, mas neste caso foi de uma forma muito mais consciente, necessária e serena – O MEU LUTO.

Do nosso crescimento profissional fazem parte pessoas que por alguma razão nos tocaram, nos deixaram a sua marca, não se vê... mas sabem que está cá...

Esta doente deixou a sua marca indelével, invisível a olho nú, mas totalmente presente na minha mente e guardada nas minhas recordações. Assim, várias foram as razões que me levaram a eleger este caso, talvez pela forma especial como esta doente me tocou, escolhi esta história ... ou ... a história escolheu-me a mim ...

*** A percepção de um momento de Crise – A Perda e o desenvolvimento do processo de luto**

Toda a vivência de um processo de doença avançada e incurável é necessariamente marcada por momentos de Crise e Perdas que lhe são inerentes. O evoluir galopante da situação, a percepção da sua vulnerabilidade, nomeadamente a consciência das suas limitações, a incapacidade de agir ou ter controlo relativamente a aspectos tão íntimos, tão seus, como o futuro dos seus filhos fez despelotar na Dona Cidália uma experiência de dor complexa, necessariamente marcada por um momento de Crise. O impacto da percepção desta realidade perturbou o seu equilíbrio, vê-a como uma ameaça face a uma necessidade que é para si fundamental, e provoca-lhe sentimento de vulnerabilidade. Para Roberts (1990, p.9) a pessoa encontra-se em crise quando: há percepção de um acontecimento significativo e ameaçador; é caracterizado como algo insuportável; provoca desconforto; há desequilíbrio. A compreensão deste aspecto foi fundamental para o acompanhamento da Dona Cidália. Compreender a presença da Dor Emocional que atravessa, é poder delinear o processo de crise que agora atravessa e também perspectivar as melhores intervenções a desenvolver por forma a não comprometer o processo de luto que a doente vivencia, ou seja detectar e intervir na possibilidade de risco de um luto complicado.

A presença deste acontecimento marcante para a Dona Cidália, surgiu inicialmente “mascarado” pela presença da dor física (que necessariamente existe, mas que é muito mais do que apenas uma dor física). A doente vivencia uma experiência subjectiva, que lhe lembra a mudança por que passa, por que os filhos obrigatoriamente passam e passarão futuramente. Surge como uma nova presença na sua vida, que tem dificuldade em integrá-la.

Planear intervenções, providenciar uma ajuda eficaz, implicou estar consciente dos nossos limites e ter uma visão clara dos objectivos visados com determinada intervenção. Essencialmente procurou-se mobilizar recursos por forma a diminuir o impacto do acontecimento. Tratou-se de ajudar a pessoa a:

- fazer mudanças e até ajustamentos no seu comportamento;
- mobilizar os recursos internos e externos existentes;
- reduzir os efeitos mais perturbadores associados;
- procurar integrar este acontecimento (perda) nas suas experiências e processo vivencial que atravessa;

Inicialmente a intervenção passou pela recolha de dados, de informação relativamente à sua doença, percepção da mesma, necessidades e dificuldades vividas no momento. Para tal, a recolha de informação no processo da doente foi importante, bem como a partilha de informações entre diferentes profissionais de saúde. A entrevista foi orientada para a descoberta do problema da doente, dos acontecimentos que potenciaram este momento de crise.

Procurei, tendo em conta a intervenção existencial-humanista:

- Demonstrar acolhimento e compreensão da experiência que vivencia;
- Estabelecer laços;
- Incitar à expressão de emoções e sentimentos;
- Que a doente identifique a experiência que pode estar a afectá-la;
- Que a doente seja capaz de identificar recursos disponíveis – explorar capacidades;
- Oferecer apoio sempre que necessário.

Ao longo das interações estabelecidas procurei compreender que ajuda necessitaria aquela pessoa. Pude então compreender toda a envolvimento de uma dor emocional que acentuava a dor física tão frequentemente referida pela doente. Mas o que aconteceu? Que acontecimento surgiu? Que significa este para a doente? Que efeitos tem sobre si? Foram estas as questões que procurei explorar para melhor compreender a sua vivência e ajudá-la a tomar consciência do significado que esses acontecimentos têm para si e de que forma se pode intervir. Cada pessoa tem uma visão particular da realidade em função da percepção que tem de si-mesma e do significado que atribui às experiências vivenciadas. De facto, o reconhecer de um acontecimento que levou a pessoa a experimentar um momento de crise, não é suficiente para avaliar todo o seu alcance. É importante compreender os significados cognitivos e afectivos que as pessoas lhe atribuem.

A percepção da falta de controlo sobre a sua vida e o futuro dos seus filhos compreendeu o acontecimento marcante que despelotou toda a presença da dor descrita pela doente. Procurou-se aqui, durante as interações decorridas, que a doente compreendesse o que também estaria por detrás da “referida dor”, que sentido este acontecimento tinha para si, que perdas implicava, que conflitos estava a desencadear nas suas expectativas, valores, objectivos ainda a cumprir. A doente tem perfeita percepção da sua situação e do evoluir da mesma, no entanto, este acontecimento representa para ela a sua total impotência perante uma situação que sempre controlou e sente o direito de continuar a intervir e decidir. A sua vulnerabilidade surgia... Aquilo que tanto ela ainda gostaria de fazer, de agir, de decidir era agora lhe retirado sem qualquer pedido ou direito a manter. Incitar a expressão de emoções e sentimentos foi importante neste momento. Permitiu uma “libertação” e talvez melhor compreensão do que estava a suceder.

A ameaça inicial, surgiu como que um ataque àquilo que era considerado uma necessidade fundamental. A ansiedade acompanha-a. Atrás desta surge o medo, o medo do futuro, do incerto, do

inevitável. Por seu lado a perda se evidencia como experiência aguda de privação, acompanhada por um sentimento de tristeza e sofrimento. A frustração e impotência perante uma realidade que deixou de controlar a dado momento parecem controlá-la, e a zanga aparece ainda que timidamente.

A intervenção maior era proporcionar esta experiência como um *desafio*, como uma forma de estimular energias, esperança realista, capacidade de agir perante tanto que ainda pode ser feito.

Foi importante explorar as redes de apoio existentes. Percepcionar a família como o seu alicerce e devolver-lhe esse dado, como algo que deveria “agarrar” e dedicar-se. O recurso a estruturas de suporte exteriores como – recursos sociais – foi fundamental no sentido de poder dar continuidade aos seus desejos e tentar solucionar a questão que tanto a perturbava – *como vão ficar os meus filhos?* Por outro lado a exploração de recursos internos esteve presente.

Num contexto relacional a ajuda inicia-se assim que um está na presença do outro. Isto ganha mais sentido numa experiência de crise, onde a pessoa se sente desprotegida e a interacção com um interveniente acolhedor e a procura de ajuda pode dar origem a um sentimento de esperança, libertar tensões e ansiedades. Inspirando-me em Aguilera (1995) e Rapoport (1974) poderei dizer que os objectivos de toda a intervenção desenvolvida compreendiam: ajudar a doente a adquirir uma percepção realista do vivido, proporcionar suporte situacional apropriado favorecendo a troca de expressões e emoções, se possível também com pessoas significativas (nomeadamente filhos e companheiro). Procurei ter como base os princípios da relação de ajuda e a possibilidade de desenvolver estratégias para a resolução de problemas.

No entanto, não podia esquecer que não se tratara apenas de um momento de crise, mas sim de um momento importante e de relevo no processo de luto que a doente atravessa. Este acontecimento implicava mais uma perda a vivenciar *“toda a perda, toda a separação importante conduz a um trabalho de luto... A morte tem ainda um certo direito de preempção sobre o luto mesmo se o seu sentido tem tendência a evoluir, a ampliar-se até à vivência de toda a perda importante”* (HANUS, 1994, p.25)

Hanus (1994, p.29) refere a este propósito que: *“o luto é sempre penoso e doloroso. A este sofrimento, é impossível consignar uma vertente negativa em todas as inibições e restrições que a pessoa em luto se impõe ou lhe são impostas e uma vertente mais directa, a dor psicológica, o desgosto a aflição.”*

Apesar da vivência dolorosa que a doente atravessa era importante que esta percepcionasse a realidade da perda, mas simultaneamente a possibilidade de recuperar ou re-inventar projectos importantes para si – como estar em casa e continuar a acompanhar os seus filhos. *“Há coisas que ainda não disse minha menina... ela tem o meu neto, sei que tem dificuldades em criá-lo, mas sei que se acreditar ela é capaz... e o meus outros filhos como são importantes para mim... sinto que ainda tenho que lhes dar muito mais amor ajuda antes de ir...”*- foi por meio destas motivações internas que se procurou delinear um novo caminho, recuperar a esperança no amanhã, com

objectivos mais curtos, mas possíveis e essenciais para si. Seria fundamental ela “re-apropriar-se” desse amor, dessa energia, dessa alegria que era estar com os seus e que constitui o seu potencial a sua essência enquanto pessoa. A percepção que ainda há muito que pode ser feito foi determinante para a preparação para a alta.

Este foi um tempo de descoberta para a própria doente, do que estou a sentir, a viver, o que posso fazer. Compreendeu um tempo de maturação e elaboração, onde muitas coisas importantes para ela ocorreram e continuaram a ocorrer. Não tem de ser um tempo marcado pela espera, pela penosidade, a importância das palavras, dos gestos, dos pensamentos ganham agora um valor especial. As entrevistas de ajuda desenvolvidas permitiram-me a percepção deste tipo de intervenções e possibilitaram à Dona Cidália explorar a sua própria experiência.

Tendo em conta as etapas definidas por Kubler-Ross (1994), este acontecimento foi de tal forma importante que permitiu a doente um reviver de raiva e revolta – como a não aceitação de mais uma perda até à aceitação que há muito que ainda pode fazer. Foi importante perceber o que esta perda representava no processo de luto que atravessa, compreender que expressão de sofrimento está subjacente, como se manifesta. A Dona Cidália pode também experimentar um aprender ou re-aprender sobre si- mesma. Os momentos de reflexão permitiram isso mesmo. O uso da imaginação guiada trouxe a tona lembranças que de uma forma ou de outra estavam associadas a esta vivência e aos medos inerentes. O uso do relaxamento também se revelou benéfico como meio de alívio da dor física mas também emocional. Estas intervenções facilitaram a expressão emocional, o trazer de recordações, a busca de um novo sentido.

As reacções da Dona Cidália relativamente ao processo de luto que atravessa dizem respeito a reacções físicas – exacerbação da dor física; reacções cognitivas e comportamentais – maior irritabilidade (até houve momentos em que o cuidador principal foi afastado), dificuldade em ordenar pensamentos (quando se pedia a descrição da dor que sentia), dificuldade em repousar, apelo incessante para o alívio da dor. As reacções emocionais também foram evidenciadas por meio da expressão do medo, tristeza, raiva e até sentimentos de culpabilidade (por não conseguir agir e determinar o futuro dos filhos), a impotência surgiu de forma exagerada como a negligenciar toda a sua acção.

A capacidade de se reorganizar para ir para casa corresponde a uma etapa benéfica deste processo. A aceitação desta realidade, da perda que agora ocorreu, não é uma etapa feliz, mas é aceitar que para além da perda que ocorreu, outras podem ser evitadas se forem aproveitados os acontecimentos e as capacidades de ainda possui para agir e realizar o que ainda for possível e importante para si. Foi fundamental nesta fase manter o apoio e demonstrar a ajuda presente que sempre terá. A possibilidade que surgiu do filho mais velho assumir o cuidado dos irmãos, em vez do cunhado, foi preponderante para o relançar da esperança, apesar da incerteza que existe. Esta compreendeu uma experiência que comporta um grande trabalho psíquico rico em experiências internas, que podemos acompanhar, reconhecer, estimular, mas não forçar.

*** A presença da Dor, as perdas que ocorrem, o Sofrimento**

O conceito de dor total encerra em si diferentes “tipos de dor” que encontramos no doente oncológico como: dor emocional (isolamento, solidão, medo, ansiedade, depressão), dor espiritual (sentimento de vazio, culpabilização, arrependimento, incapacidade de comunicar, de receber ajuda), dor física e dor social (crise de laços familiares, rupturas ou tensões, problemas financeiros e ou profissionais.) (SAPETA, 2000)

Em oncologia a dor é sempre subjectiva, deve ser entendida como uma sensação somatopsíquica que está modulada por uma multiplicidade de elementos distintos de indivíduo para indivíduo. Encontra-se em todas as fases da doença, nomeadamente nas etapas intermédias e avançadas.

É necessária uma avaliação exaustiva da dor do doente. O objectivo final da avaliação é desenvolver uma estratégia de tratamento apropriada. Isto requer a identificação das causas da dor, da sua intensidade, do seu impacto na função, disposição e qualidade de vida em geral. (DAMÁSIO, 2003) A influência de outros factores tais como a ansiedade, o medo, o stress espiritual e psicossocial também devem ser abordados.

A Psicanálise, por sua vez, analisou a dor psicogénica ou seja, de origem apenas psicológica (exemplo: reacções de conversão). Mas, nos últimos trinta anos, o que tem sido constatado é que, independentemente de sua etiologia, psicogénica ou somatogénica, o sofrimento causado pela dor esta sempre relacionado a uma problemática psicológica. Em outras palavras, no sentir a dor há sempre um componente psicológico. Ressentimento, depressão, ansiedade, desesperança, carência de afecto, hipocondria, são, por exemplo, características frequentemente encontradas nos doentes com dor crónica. (CARVALHO, 1994)

O maior desafio da dor, continua ser o próprio doente, este é o verdadeiro instrumento de medida das capacidades humanas. Este aspecto foi evidenciado pela exploração do caso da Dona Cidália, a sua dor é muito mais do que física, é emocional, psíquica e até espiritual. A dor psico-emocional e espiritual identificada na Dona Cidália poderá remeter-nos para um conceito de Dor simbólica associada à morte, ao processo de morrer que atravessa. Para além das entrevistas realizadas, as interacções estabelecidas, as intervenções relativamente ao uso do relaxamento e imaginação guiada foram importantes neste processo de compreensão e re-significação da Dor da Dona Cidália.

A experiência emocional de dor ocorre na sequência de sentimentos, isto é, desperta no indivíduo sentimentos sensoriais intimamente ligados ao corpo, à sensação de que “algo está a acontecer”, sentimentos vitais de mal-estar desagradável. A emoção mais frequentemente associada à dor é o medo. O medo está associado com a ameaça à integridade biológica, ao bem-estar, podendo desencadear um estado de ansiedade e de pânico. A Dona Cidália, entre inúmeras

perdas e receios, tinha um medo que exacerbava qualquer percepção de dor – o medo de partir sem saber como ficaram os seus filhos.

O componente afectivo é específico e intrínseco à própria dor e distinto da reacção afectiva que se pode seguir à experiência da dor e respectivas consequências.

O significado de dor é subjectivo, dependendo do resultado da avaliação cognitiva que o indivíduo em causa faz do acontecimento como um todo, o que constitui mais um factor a determinar. A dor tem um significado simples, objectivo e imediato quando a experimentamos através de uma pancada, mas pode ser complexa e distante da lesão física que provocou a dor, quando se sofre a influência de factores afectivos e motivacionais, sendo por isso diferente o acontecimento em si e a descrição da experiência de dor. A resposta à dor é cruzada, isto é, o trauma físico desencadeia um estado fisiológico e o significado da dor uma resposta psicológica.

O aspecto motivacional intrínseco à dor insere-se nas representações cognitivas ou simbólicas de consequência positiva ou negativa antecipadas ou previstas e afectos conscientes ou inconscientes que juntamente com outros aspectos psicológicos, modela a experiência de dor e os comportamentos. As respostas emocionais podem estar presentes sem estímulo nociceptivo, mas sim a partir da evocação da representação de dor, por vezes distante do estímulo sensorial. A dor pode ser persistente não porque o estímulo nociceptivo se mantém, mas porque o significado e a emoção contidos na experiência de dor mantêm viva e constante a representação da própria dor. Desde modo, é também de referir a importância da avaliação da dor no seu aspecto psicológico como prevenção da cronicidade da dor.

A dor crónica presente na Dona Cidália, prolonga-se no tempo, por vezes as múltiplas intervenções terapêuticas falham, e esta acaba por estar associada a estádios emocionais de frustração, desmoralização, desespero, sofrimento, insónia, irritabilidade, dependência.

Muitas vezes a dor também é usada como mecanismo de defesa, para reprimir uma outra necessidade não satisfeita. É usada para mascarar outros “conflitos” existentes, como ficou notório no caso desta doente.

Outro aspecto, que me parece fundamental e alvo de reflexão, diz respeito à problemática da dor e a sua associação ao sofrimento.

Para Gameiro (1999), o *“sofrimento é uma experiência inevitável do ser humano «consciente de si» e confrontado com a sua condição de vulnerabilidade e finitude.”*

O apoio no sofrimento é tão importante como numa dor física, ou até maior, pois a dor do sofrimento pode ter consequências destrutivas para o doente.

Cassel, 1991; Singer, 1999; Steinhäuser, 2000; Kuhl, 2002; Gameiro, 2003; Powis, 2004 citados por Barbosa (2006) referenciam como principais fontes de sofrimento para doentes terminais:

- Perda de autonomia e dependência de terceiros;
- Sintomas mal controlados;
- Perda de sentido da vida;

- Perda de papéis sociais e estatuto;
- Perda de regalias económicas;
- Alterações nas relações interpessoais;
- Modificação de expectativas e planos futuros;
- Abandono

A Dona Cidália, é o reflexo da perda de autonomia, e agora até na possibilidade de tomada de decisões (em relação aos seus filhos), vê esta vivência como um “abandono” por parte de alguns, interpreta-a como a verdadeira perda do seu papel social e até familiar. Surgem os sintomas mal controlados (a dor, e a persistência desta dor), e expectativa do futuro – a incerteza que consome e a certeza de um fim, que está breve.

Muitas são as fontes de sofrimento que roubam qualidade de vida ao doente oncológico. Ele necessita de um grande suporte psicológico especialmente sob dois aspectos: *“aprender a viver com a doença e depois, no período terminal, a aceitar o seu fim.”* Deste modo, a filosofia que veste as práticas dos cuidados paliativos são fundamentais, uma necessidade emergente para *“melhorar a qualidade de vida dos doentes e sua família (...) prevenindo e aliviando o sofrimento através da detecção precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais.”* Só assim, como é defendido por Frankl citado por Barbosa (2006) será possível evitar o *“sofrimento sem sentido”*.

A maior dificuldade que os doentes encontraram foi a dificuldade dos outros perceberem a doença. A Dona Cidália sente a necessidade de falar sobre a doença, do que sente, de ser ouvida, de deixar os seus assuntos resolvidos e o futuro de quem fica preparado.

A dificuldade em comunicar pode conduzir a um maior isolamento e mesmo ao sentimento de solidão, aumentar o sofrimento, principalmente o *“sofrimento invisível.”* Este facto reforça a importância de englobar a família e as pessoas mais significativas nos cuidados prestados, como é sustentado pelos principais defensores dos cuidados paliativos.

A comunicação assume assim um papel fundamental na vivência da doença junto do doente, da sua família e de quem o rodeia. Como é referido por Twycrooss (2003), espera-se que o doente tenha a iniciativa para abordar determinados temas, dizer o que sente ou o que lhes faz falta, mas nem sempre o doente verbaliza o que realmente o afecta. Há que conhecer o doente demonstrando toda a disponibilidade para que ele possa efectivamente comunicar. (Plano Nacional de luta contra a Dor, 2001)

A intervenção junto do cuidador revelou-se fundamental, pela dificuldade sentida em dialogar sobre a doença e a morte. A equipa procurou estabelecer intervenções capazes de o “preparar” para a realidade que mais cedo ou mais tarde teria de enfrentar. Ver uma pessoa que nos é querida morrer é difícil. O sentimento de impotência que se pode sentir por não saber como lidar com o sofrimento poderá levar a comportamentos de fuga, de aumento do stress emocional, contribuindo

para um mal-estar, aumento da ansiedade e sofrimento também para a família. (SÁ, 2003; BARBOSA, 2006)

A perda de autonomia devido a uma doença incapacitante, progressiva e incurável que tem como desfecho a morte e no intermédio a passagem por um profundo sofrimento, não é certamente um futuro sonhado.

Ao confrontar-se com esta realidade depara-se com inúmeras dificuldades, suas, para com a sua família, para com uma sociedade ainda não totalmente desperta e consciente desta realidade. A rápida progressão de uma doença como o cancro, a perda de papéis, a dependência, assistir à sua própria deterioração física e psicológica acontece duma forma que não permite o tempo necessário para o processamento de toda a informação e a adaptação ao momento vivido, porque como a doente referiu: *“o fim está próximo.”*

A velocidade a que os acontecimentos vão surgindo nem sempre é acompanhada pela mesma rapidez da intervenção necessária para a mobilização de alguns recursos humanos e técnicos porque eles não são suficientes.

*** Acompanhamento no luto**

De acordo com TWYLCROSS (2003), o luto é a maior crise pessoal que muitas pessoas têm para enfrentar nas suas vidas. Quando se faz o luto de alguém, não é somente com a sua ausência física com que temos de nos acostumar, o luto é multidimensional – é uma experiência física, intelectual, social e espiritual.

O acompanhamento da doente neste seu processo de luto foi fundamental, por forma a proporcionar-se um percurso “menos doloroso”, mais acompanhado, mais presente, e portanto mais sereno. Foi de extrema importância perceber as reais necessidades da doente e de que forma as poderíamos satisfazer, só desta forma a intervenção pode ser mais eficaz e houve prevenção de situações que levariam a um processo de luto complicado e ainda mais doloroso.

É igualmente importante acompanhar os familiares no luto (este processo não pode ser dissociado), principalmente se for detectada a probabilidade de luto complicado. Resolver assuntos antes de morrer pode parecer mórbido para algumas pessoas, mas na verdade, muitos doentes têm necessidade de deixar a sua vida organizada antes de morrer, o contrário constitui mesmo motivo de ansiedade e de sofrimento interior – o que ficou notório na vivência da Sr.^a Cidália. A doente quer deixar preparados todos os assuntos que para ela são importantes o que também deixa a família cuidadora mais tranquila por pensar que quando partir não terá preocupações.

O companheiro foi acompanhado de perto e preparado para este momento, uma vez que foi percepcionado inicialmente a sua “ausência” relativamente à complexidade da situação. Foram vários os momentos de ajuda e de esclarecimento que foram proporcionados pela equipa intra-

hospitalar e também pelos enfermeiros do internamento. Mas é difícil estar completamente preparado para ver quem mais ama partir numa viagem sem volta.

Ambos tinham o sentimento de que tentaram tudo, procuraram viver o melhor possível, guardariam as boas recordações. A despedida vem sendo feita aos poucos, por perceberem que eram os últimos momentos juntos, pelo menos... aqui na terra ... para eles será um até já ...

O apoio ao longo do internamento e a preparação para as situações com que se foi deparando demonstrou-se crucial para que este percurso fosse escalado em todos os degraus e de forma saudável.

*** O luto profissional**

Muitas foram as dificuldades, os momentos de frustração, quer por não saber o que fazer, quer por saber e ver que apesar de lutar, as nossas aspirações são mutiladas violentamente.

Foram várias as intervenções que foram conseguidas levar a cabo, o que fez com que sentisse um profundo sentido de dever cumprido e um bem-estar inexplicáveis, por vezes pelos mais ínfimos pormenores. Reconheço a minha dificuldade em lidar com algumas situações, o meu afastamento a certa altura denuncia um comportamento de fuga, necessidade de me reorganizar internamente para lidar com o bombardeamento de emoções por que fui invadida. Esse período de tempo permitiu-me reflectir e encontrar outros mecanismos de defesa, mais adequados, bem como estratégias para lidar com o meu envolvimento e carga emocional.

Foi importante reconhecer que fiz o que estava ao meu alcance por forma a proporcionar um processo de luto o mais saudável possível, sei que procuro sempre fazer mais e melhor, é uma necessidade intrínseca, mas também consegui percepcionar que a exploração de um caso como o da Sr.^a Cidália, a reflexão mais profunda desta vivência, de forma diferente ao que faço no meu quotidiano de trabalho, também me fez promover um sentimento de bem-estar relativamente ao que foi desenvolvido, nomeadamente a promoção de novas técnicas e intervenções capazes de ser aplicadas em internamento e no domicílio e que se verificaram benéficas para a doente. A partir desse momento, houve um *dar* mais completo, sem medos dos silêncios, ou do choro, sem receios de novas frustrações ou dificuldades.

Trabalhar com este tipo de carga emocional exige um profundo equilíbrio interior e desenvolvimento de estratégias que permitam superar estes momentos. A função do cuidar só pode ser vivida e desenvolvida quando em relação com o outro e é esta mesma relação que determina uma reacção de cada um face ao outro. (SFAP, 1999)

A minha relação com esta doente foi dual, uma troca mútua de saberes, sentimentos, medos, emoções e de toque humano. Mesmo perante os momentos mais dolorosos, não quis deixar de viver esta experiência, mas nem sempre foi fácil, confrontar-me com a minha própria mortalidade, questionar-me sobre ela, obrigar-me a enfrentar as minhas limitações pessoais e profissionais,

aprender a estar com os doentes nos momentos mais difíceis, sem fugas, lidar de forma honesta e sincera com as minhas emoções como a mágoa, o medo, com a minha própria espiritualidade, apaziguados muitas vezes com o simples contacto com a natureza, outras recorrendo a outros profissionais que me ajudaram a entender e a encontrar formas de lidar com tão complexas vivências.

Os profissionais de saúde têm de fazer o seu luto, simbólico, com o gesto que escolherem, para os ajudar a seguirem em frente e poderem ajudar outros doentes. As recompensas que daí advêm não se podem descrever na sua totalidade, sentem-se, transcendem qualquer palavra, qualquer folha de papel, qualquer som ... apenas se sabe quando se sente. Quando tocamos verdadeiramente, também somos tocados!

Procurei estar mais atenta a mim mesma. Perguntei-me o que sinto e penso em relação a esta perda? Impotência e incerteza..., mas agora alívio, pela certeza das intervenções que foram feitas, pela ajuda sincera, pela presença efectiva que procurei sempre proporcionar. A impotência sentida também foi importante, na medida em que percebi que não posso alterar o rumo das coisas, mas posso ser testemunha e acompanhar esta experiência. O “somente escutar” e “estar lá” (que tanta dificuldade tinha em aceitar, achando que poderia fazer sempre algo mais) fez-me agora um sentido profundo, pela importância que a presença efectiva que proporciona acompanhamento tem. Este foi um caso semelhante a tantos outros que já vivenciei, mas tão diferente, pela possibilidade de ir mais fundo, de estar mais atenta a mim e ao outro, pela libertação e exploração de significados e emoções, pela riqueza da partilha, pelo questionamento, pela reflexão e interacção que se proporcionou. De certa forma, criei uma disponibilidade interior para acolher as múltiplas manifestações que surgissem, de mim e do outro. O dar tempo ao outro, também me permitiu dar-me tempo a mim mesma. Saborear mais o momento, não ter pressa, estar desperta para o pormenor... Tomar consciência de que não existem respostas definitivas, nem reacções ideias perante a perda, perante a morte... mas reencontrar sempre a coragem de investir, de reinventar, perceber e aceitar limites, enfim clarificar o sentido de acompanhar uma pessoa em fim de vida. A promoção da reflexão revelou-se fundamental ao longo de todo o processo, de todas as intervenções desenvolvidas. O calor do sol na cara, o canto das aves, o reconforto de uma carícia, a recordação de bom momento, a leitura de um livro, o sorriso de uma amiga,... permitiram-me ir carregando baterias, e arranjar mais tempo para as apreciar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qualquer que seja a especificidade da doença, todo o ser humano deveria ter cuidados especializados e direccionados às suas necessidades. Na fase terminal, este conceito torna-se ainda mais premente onde o conforto e a qualidade de vida devem sempre estar presentes.

Esta doente beneficiou no seu todo de cuidados paliativos organizados e estruturados com uma equipa devidamente preparada cuidar dela, no entanto os recursos físicos e humanos são

escassos, e nem sempre a resposta é a desejada. As situações menos positivas não podem ditar a generalidade, mas devem fazer-nos reflectir e motivar a mudança. É importante agirmos correctamente e escolhermos as melhores opções, mas mais importante ainda é reconhecermos as nossas dificuldades, erros e ter a capacidade de reflectir e buscar novas soluções. Realizar este trabalho fez-me reflectir em tudo isto e repensar a minha prática de cuidados.

Estar com esta doente foi especial, ensinou-me que o saber escutar, estar, ser e saber ser se aprende com o tempo, aos poucos e permitindo que os outros nos ensinem o que sabem. Trabalhar com doentes em fase avançada da sua doença e vê-los lidar com a sua perda de autonomia, partilhar das dificuldades dos que os rodeiam obrigam-nos a crescer e reflectir sobre o sentido da vida, dos cuidados e de nós mesmos como profissionais e pessoas. Colocar o nosso espírito no que fazemos enaltece-nos, realiza-nos profissionalmente e transmite ao doente que ele é a razão do nosso trabalho.

“E digo-vos que a vida é de facto obscuridade excepto onde há arrebatamento,

E todo o arrebatamento é cego excepto onde há saber,

E todo o saber é vão excepto onde há trabalho

E todo o trabalho é vazio excepto onde há amor.

E o que é trabalhar com amor?

É pôr em todas as coisas que fazeis

Um sopro do vosso espírito. ”

KHAIL GIBRA

BIBLIOGRAFIA:

- ABREU, J.L.P. (2006). ***Introdução à Psicopatologia Compreensiva*** (4.^a edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ACHTERBERG, J. (1985). ***Imagery in healing: Shamanism and modern medicine***. Boston: Shambhala.
- AGUILERA, D.A. (1995). ***Intervention en situation de crise, théorie et méthodologie***. Montréal, Editions du Renouveau Pédagogique.
- ALBARELLO, Luc et al (1997). ***Práticas e métodos em Investigação em Ciências Sociais***. Lisboa: Gradiva – Publicações Ltd.
- BARBOSA A; NETO, I.G. (2006). ***Manual de Cuidados Paliativos***. 2^a edição, Centro de Bioética – Faculdade de Medicina de Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, ISBN – 9789729349225.
- BRESLER, D. E. & ROSSMAN, M. (2006). ***Understanding the principles of interactive guided imagery*** [On line]. [Consultado: Janeiro de 2012]. Disponível: http://www.healthyroads.com/myhealth/content/mindbody/articles/art_UnderstandingthePrinciplesOfInteractiveGuidedImagery.asp.
- CARLAT, (2007). ***A entrevista psiquiátrica na prática diária***. Artmed, ISBN – 9788536307640.

- CARVALHO, M.M.J. – **O Sofrimento da Dor no Câncer**. In: *Introdução a Psiconcologia*. Campinas, Editorial Psy II, 1994.
- CHALIFOUR, Jacques (2008). **A intervenção Terapêutica – estratégias de intervenção**. Camarate, Lusodidacta.
- DAMÁSIO, António (2003). **Ao encontro de Espinosa – As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir**. Mem Martins: Publicações Europa – América.
- FORTIN, Marie Fabienne (1999). **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência.
- GAMEIRO, M. G. H. (1999). **O sofrimento na doença**. Coimbra: Quarteto.
- HANUS, M. (1994). **Les deuils dans la vie. Deuils et séparations chez l'adulte, chez l'enfant**. Paris, Maloine.
- JACOBSON, E. (1938). **Progressive relaxation. A physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice**. Chicago: The University of Chicago Press.
- JASPERS, K. (1987). **Psicopatologia Geral – Psicopatologia Compreensiva, Explicativa e Fenomenologia**. Volume 1. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu.
- KUBLER-ROSS, Elisabeth (1994). **Sobre a morte e o morrer**. (6ª edição). Lisboa: Martins Fontes.
- NAPARSTEK, B. (1994). **Staying Well with Guided Imagery**. New York: Warner Books.
- **Plano Nacional de Luta contra a Dor** (2001) - Direcção Geral de Saúde, Lisboa.
- POLIT, D. e HUNGLER, B. (1995). **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. (3ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.
- RAPOPORT, L. (1994). **"The state of crises: some theoretical considerations"** – in: H. Roberts: *Crises Intervention*, New York, Family Service Association of América.
- ROBERTS, A.R. (1990). **"An overview of crises theory and crises intervention"** – in: Roberts – *Crisis Intervention Handbook Assessment, Treatment and Research*, Belmont, Wadsworth.
- ROSSMAN, M. (2000). **Guided imagery for self-healing. An essential resource for anyone seeking wellness** (2ª ed.). Tiburon, CA: H.J.Kramer.
- SÁ, Eunice (1996). **A especificidade da enfermagem oncológica - Enfermagem Oncológica**, Ano 0, Porto.
- SAMUELS, M. & SAMUELS, N. (1975). **Seeing with the mind's eye. The history, techniques and uses of visualization**. New York: Random House.
- SAPETA, Ana Paula (2000). **A família face ao doente terminal hospitalizado: o caso particular de HAL**, In: *Investigação em Enfermagem*, nº1, Fevereiro, Coimbra.
- SEAWARD, B. L. (2002). **Managing stress. Principles and strategies for health and wellbeing**. (2ª ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- SFAP (1999). **Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos, «Cuidar ética e práticas»**. Lisboa: Lusociência, Portugal. ISBN: 972-8383-17-7
- THOMAS, N. J. T. (1997). **Mental imagery**. In E. N. Zalta (Eds.), *The Stanford encyclopedia of philosophy* [On line]. [Consultado: Janeiro de 2012]. Disponível: <http://plato.stanford.edu/entries/mental-imagery/>

- TWYXCROSS, Robert (2003). ***Cuidados paliativos***. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN -972-796-093-6.
- WATSON, Jean (2002). ***Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem***. Loures: Lusociência.
- Pesquisa efectuada em Medline e apontamentos das aulas do curso de Mestrado e Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica.

NOTA:

Exemplo de imagens usadas na imaginação guiada



ANEXO XIII

“Dona Cidália” – Notas de evolução II

Desde dia 21 de Janeiro que a Dona Cidália regressou ao seu refúgio, “ao seu cantinho” como gostava de apelidar a sua casa. Passados alguns dias fui acompanhar a equipa de apoio domiciliário e fazer uma visita à doente. Encontra-se na cama, emaranhada nos lençóis e cobertores, como olhar vago, mas desperta por alguns instantes quando a sua atenção era requerida. Facilmente adormecia. Continua a referir “*dor intensa que não passa com nada*”. A dificuldade que apresentava em lidar com a dor parece ter de novo se acentuado, parece existir aumento da ansiedade e a presença de uma frustração face ao que perde agora, ao que não consegue aceitar. Foi revista a terapêutica. Como percebi a dificuldade em realizar sessões de relaxamento, deixei apenas o CD, para que o filho sempre que achasse pertinente colasse a música como forma de alívio da sintomatologia que a Dona Cidália apresenta. O marido da doente, refere “*sentir-se cansado*”, agravaram-se os problemas respiratórios, e é agora o filho mais velho, o Renato, que cuida da mãe.

Regressei passados dois dias. A Dona Cidália alterna períodos de prostração, com períodos de alguma confusão mental. O filho relatou: “*levantou-se e quase caiu, não me chamou não sei como vai ser...*” este encontra-se apreensivo e refere ter dificuldades em cuidar da mãe no domicílio. Refere que às vezes coloca a música e “*sinto-a mais tranquila*”, “*sobretudo quando tenho que sair faço isso, deixo a música....*” Revela preocupação com a sua situação actual, tem de regressar ao trabalho, mas não sabe como há-de deixar a mãe. Foi explorada com a Dona Cidália a possibilidade de regressar ao internamento, esta afirmou que ainda se sente capaz de permanecer em casa “*até poder eu quero ficar... sei que durmo muito, às vezes não durmo, mas faz-me bem-estar com olhos fechados, mas estou aqui ao pé dos meus meninos*”. E de forma espontânea continuou: “*sei que provavelmente não vou saber como eles vão ficar... o tempo é tão pouco...mas enquanto puder quero ficar*”. A sua vontade foi respeitada. Providenciou-se idas diárias (até agora eram diárias ou de 2 em 2 dias) e acordou-se com os profissionais que cuidam dos seus cuidados de higiene e alimentação (Santa Casa da Misericórdia) para estarem presentes pelo menos em 3 momentos do dia, caso o Renato comece a trabalhar.

Regressei ao fim de dois. A dor era insuportável, nas suas palavras, parece existir alguma dificuldade em controlar os SOS. Os períodos de confusão parecem ter aumentado, o filho e marido estão apreensivos e assustados com a evolução destes dias. “*... passa muito tempo sozinha, temos medo, não sei...*” Doente acordou o seu re-internamento. Também foi o momento escolhido pela equipa para se tratarem de questões relacionadas com as dificuldades financeiras e os gastos inerentes ao funeral... Parecia macabro, sombrio, tocar neste momento num assunto tão frio quanto este, mas era necessário. Infelizmente as burocracias são imensas, e a assistente social precisava de começar a desenvolver este processo.

Passaram mais 4 dias, a doente parece estável relativamente à dor mal controlada. Apresenta fáceis sereno. Parecia que dormia, não ia incomodar e voltei-me, quando ouço alguém que me chama com voz trémula *“está aí, não vem até aqui?”*, de imediato me dirigi até ela. E sem mais disse-me: *“está a chegar ao fim”*, senti um frio que me percorreu todo o corpo, olhei para ela e procurei escutar. *“Agora mal me mexo, já não estou ao pé deles, enfim...”* chorou..., demonstrei compreensão por aquilo que me estava a dizer, procurei fornecer-lhe apoio, demonstrar-lhe que o seu valor enquanto pessoa está sempre presente nela e nos seus, o que *dá* é fundamental, *“não precisa de fazer nada, o que você já deu, o que você sempre dá é tudo para os seus meninos, o seu amor, mais ninguém dá, só você o sabe dar, eles gostam de si por si, por aquilo que é, não por se mexer mais ou menos, por estar em casa ou não, para eles aquilo que é continuará sempre a ser, e esse amor que vos une existirá sempre, e é aquilo que pode dar e é aquilo que eles precisam”*. Procurei dar-lhe algum significado (re-significar momentos, o que era o cerne na sua vida) daquilo que realmente sempre foi importante para si, e é para a sua família. A minha relação neste momento, com esta doente foi dual, uma troca mútua de saberes, sentimentos, medos, emoções e de toque humano. O marido estava presente. Este foi acompanhado de perto e preparado para este momento, mas é difícil estar completamente preparado para ver quem mais ama partir numa viagem sem volta. Ambos tinham o sentimento de que viveram tudo o que podiam ter vivido, guardariam as boas recordações, o marido despediu-se da doente e a doente dele. Foi dos momentos mais emocionantes que mais alguma vez assisti, aliás a sua despedida vinha sendo feita aos poucos, por perceberem que eram os seus últimos momentos juntos, pelo menos... aqui na terra ... para eles foi um até já ... O quando clínico agravou-se, passados 3 dias, a prostração invadia-a. Fui ter com ela, pois sentia muita necessidade de despedir-me da doente e fazer o meu próprio processo de luto. Fiquei muito feliz por a vida me ter permitido esse momento. Ao chegar perto da cama, sussurrei ao seu ouvido, a doente abriu os olhos e olhou na direcção da minha voz, como se me reconhecesse ... ou pelo menos eu gosto de pensar que assim foi ... Faleceu a 9 de Fevereiro. O marido e os filhos, parecem atravessar um luto saudável, difícil, mas percorrendo todas as fases de um luto vivido na íntegra. No último contacto, o marido encontra-se bem, mantendo as suas poucas actividades diárias, mas aqueles que sempre o acompanharam, o Renato tem agora trabalho, as crianças estão também a ser acompanhadas. O apoio ao longo do internamento e a preparação para as situações com que se foram deparando demonstrou-se crucial para que este percurso fosse escalado em todos os degraus e de forma o mais saudável possível

ANEXO XIV – OUTROS ESTUDOS DE CASO



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade Curricular: OPÇÃO II – ESTÁGIO

Serviço de Apoio Domiciliário – Equipa Intra-Hospitalar

Do Instituto Português de Oncologia de Lisboa

**Estudo de Casos
(continuação)**

Acompanhamento no luto:

***A entrevista, o relaxamento muscular e imaginação guiada como intervenções
facilitadoras no desenvolvimento deste processo***

Enfermeiro Especialista Orientador: Enfermeira Dora Franco

Docente Orientador: Professora Ana Melo

Discente: Andrea Pereira Bidarra

Lisboa, 2012

ÍNDICE

Introdução

Objectivo

Seleccção

Método

1º Caso

2º Caso

3º Caso

Análise e conclusões

Bibliografia

INTRODUÇÃO

Este estudo teve como base a visão biopsicossocial e espiritual do ser humano, procurou-se compreender qualitativamente a eficácia de intervenções psicoterapêuticas, construídas através da integração das técnicas de Relaxamento e Visualização de Imagens ou Imaginação Guiada em doentes paliativos.

O método desenvolvido foi Estudo de Caso, utilizando também a Entrevista como forma de colheita de dados e simultaneamente como elemento de ajuda ao utente por meio da relação terapêutica estabelecida. Iniciou-se a utilização destas intervenções combinadas com o estudo de caso da Dona Cidália. Concluiu-se que a intervenção psicoterapêutica desenvolvida foi benéfica para o controlo da dor nesta utente, e simultaneamente proporcionou uma melhor compreensão da vivência do processo de luto pelo qual a utente e a família cuidadora passavam, tendo sido possível desenvolver outras intervenções que facilitassem esta transição. Procura-se agora continuar o trabalho desenvolvido, recorrendo a intervenções similares em outros utentes por forma a melhorar a qualidade de vida destes e por conseguinte o tipo de intervenções que possam ser desenvolvidas.

Foi escolhido em conjunto com a Enfermeira Orientadora de estágio, a associação entre o Relaxamento Mental e a Visualização de Imagens Mentais – Imaginação Guiada porque estas técnicas proporcionam um maior contacto com a realidade subjectiva interna e favorecem mudanças frente às experiências actuais de sofrimento. (ACHTERBERG, 1996; CARVALHO, 1994, 1999; CAUDILL, 1998; EPSTEIN, 1990; ROSEN, 1994; SIMONTON O., SIMONTON S., CREIGHTON, 1987).

O recurso à Entrevista permitiu que as pacientes definam, com seus próprios termos, como sentem o seu sofrimento. (KOVÁCS, 2003).

Para KOVÁCS (2003) Cuidados Paliativos é uma área de especialização com abordagem multidimensional, que promove o alívio e controle de sintomas incapacitantes, relacionados com certas doenças e seus tratamentos e tem como objectivo a promoção da qualidade de vida. Não existe uma proposta de prolongar a vida a todo custo e sim, favorecer todo e qualquer tratamento que promova qualidade de vida e alívio do sofrimento até o momento da morte.

Oferecer alívio para o sofrimento psíquico e espiritual do doente terminal, é sem dúvida um dos meus grandes objectivos a nível profissional, assim o estudo destes casos descritos seguidamente constitui mais uns passos nesta caminhada.

OBJECTIVO

Estudar qualitativamente, compreender a eficácia (possibilidade de utilização) de intervenção psicoterapêutica para doentes terminais, construída através da integração das técnicas de

Relaxamento Mental e Imaginação Guiada, durante o processo de luto e permitir a transição desta etapa da forma mais serena possível, evitando a construção de um luto complicado (quer para o doente, mas também para a sua família cuidadora).

SELECÇÃO DA POPULAÇÃO

Pessoas descritas clinicamente como doentes paliativos, com necessidades alteradas nomeadamente presença de dor, ou níveis elevados de ansiedade, que reúnam condições físicas e cognitivas para as intervenções a desenvolver, que aceitem e demonstrem interesse na realização das mesmas.

MÉTODO

Pesquisa Qualitativa com enfoque subjectivista – de abordagem compreensiva, sobre Intervenção Psicoterapêutica em Estudo de Caso, utilizando a entrevista, o processo clínico, reuniões com profissionais de saúde e familiares para colheita de dados. Combinação da técnica de relaxamento com imaginação guiada para promoção de bem-estar e alívio de sintomatologia apresentada. O número de sessões dependerá do utente – da sua disponibilidade, da sua condição clínica e benefícios apresentados. Sempre que possível e necessário serão realizadas sessões de orientação aos familiares cuidadores. Os utentes escolhidos são seguidos ou pela equipa intra-hospitalar ou pela equipa de apoio domiciliário, logo o contexto poderá ser em ambiente hospitalar ou no domicílio do doente.

1º CASO – “Dona Cidália” (explorado anteriormente)

2º CASO – “Sr.ª Maria Isabel”

Identificação:

Idade: 38 anos

Estado Civil: casada há 13 anos com V.F (cuidador principal).

Filhos: E. (12 anos) e J. (09 anos). Também teve uma menina entre os dois meninos, que morreu com uma semana de vida.

Profissão: Administrativa de secretariado.

Doença: Neoplasia maligna - Tumor do Ovário (diagnosticado em Agosto de 2011) com metástase disseminada e colostomizada. Seguida pela Oncologia Médica.

Historial Clínico:

Segundo o médico responsável pela doente, ela está clinicamente bem, mas “*Fora de Possibilidade de Cura*”, visto já ter feito várias sessões de quimioterapia e apresentar metastização vária. Está internada por complicações com a colostomia (associadas a metástases cutâneas que apresenta na região abdominal e em redor do estoma). Utente sente, segundo notas no processo clínico, muita ardor e dor no local. M.I. ainda não sabe que está “*Fora de Possibilidade de Cura*”, mas suspeita, segundo o médico assistente. Os seus familiares também não sabem. Esta informação e a gestão da mesma cabe agora à Equipe Intra-hospitalar (área de Cuidados Paliativos) que irá orientá – los.

Em contexto hospitalar

1ª Sessão:

Apresento – me. Inicio o diálogo procurando explorar o sentimento presente no momento e qual a sua visão relativamente à vivência actual. A doente verbaliza: “*não me tenho sentido bem, a dor tem-me massacrado muito, sinto-me mal, triste, e tenho dificuldade em pensar em outras coisas, em estar mais com os outros quando me vêem ver...*” Demonstro entendimento do que me é dito e explico a minha proposta de trabalho. Afirmo que quando estamos doentes tendemos a ter pensamentos focados no medo, na dor, no sofrimento, nas tristezas e que pretendo ajudar a desfocar a mente destes aspectos e focá - la em estados de paz e tranquilidade, aliviando assim a dor que a Senhora M. Isabel refere ser “*uma constante*”.

Iniciámos o diálogo e de imediato a Sr.ª M.I. começou a descrever a **dor** que a acompanha.

Inicia o seu discurso referindo - se à **Dor Espiritual: “Medo de Morrer”**. Verbaliza que tem pavor que pensem que ela morreu e ela, na verdade, ainda não ter, de fato, morrido e acordar debaixo da terra, dentro de um caixão. Relata que já teve este sonho, (“*ainda hoje me aconteceu...*”) e que outro dia, uma outra utente, que estava ao seu lado no quarto, faleceu... Fez um silêncio profundo. Deixei-a continuar.

Afirma que na sua visão foi tudo muito rápido.

Pergunto - lhe se ouviu alguma história assim, e a doente diz que quando era adolescente ouviu várias histórias de pessoas que foram encontradas reviradas no caixão, “*inclusive artistas*”. Explico que hoje a medicina está bem mais avançada e consegue detectar com maior precisão se a pessoa está morta realmente ou não. Concorde.

Digo - lhe também que pelo aspecto emocional vou procurar ajuda - la a desconstruir mitos e medos, elucidando e esclarecendo com congruência empática.

*Entendo este “medo de morrer e não ter morrido”, como uma **negação** da morte e uma **ideia da espiritualidade como algo sufocante e tenebroso**. Analisando a sua história de vida que descrevo a seguir, este “**medo de morrer e não estar morta**” e ficar sufocada podem, também, estar*

*relacionados com a ideia de punição vinculada à **culpa que sente perante Deus**. (“se calhar não fiz na vida o que devia ter feito, como casar sem amor...”)*

Pergunto sobre sua **Família de Origem**, explicando o que este termo significa. A Sr.^a M.I. responde que até os 14 anos a sua vida foi ótima. Perdeu a mãe com 15 anos. Lembra - se com muita mágoa do dia que sua mãe foi para o hospital: saiu sem dar - lhe o seu habitual copo de leite na cama. Ela, M.I., ficou chorando e pedindo o leite, mas o pai levou a mãe às pressas e uma semana depois ela morreu no hospital, *“do coração”*. O pai é descrito por ela como *“o companheiro de toda a vida, tudo fiz com o meu pai, mas também sofri”*.

É a filha mais nova, tem um irmão e uma irmã mais velhos que trabalhavam fora. Precisou responsabilizar - se por todo o serviço da casa, sem saber de nada. Percebo do seu discurso que *“do dia para a noite”* a criança que tomava o leite na cama precisou tornar - se dona de casa. M.I. parece sentir - se acolhida e prossegue: para piorar o pai adoeceu e ela, além de cuidar da casa, precisava ir para o campo fazer o trabalho do pai.

Pergunto posteriormente, sobre sua **Família Actual**, a Sr.^a M.I. responde que se casou aos 25 anos, há 13 anos atrás. Teve uma vida que considera *“muito má”*. O marido bebia e ela sofria de *“maus tratos”*. Sempre teve medo de se separar e por isso resolveu aguentar. Actualmente *“ele está completamente mudado”* (refere), *“dá-me comida na boca, carrega - me no colo. Bebia e batia por ciúmes”*.

M.I. acrescenta que sente - se **culpada por ter tido uma vida sofrida**. Casou - se *“sem amar o marido de verdade”* e ele, por sua vez, gostava muito dela. Achava que poderia ser feliz. Em seguida ao casamento nasceu o primeiro filho. Ficava ocupada com a casa, com o filho, com o pai, e afastou - se *“um pouco”* do marido. Este ressentiu - se, *“começou a beber”*. *“A minha vida teve alturas que parecia um inferno”*. *“Houve poucos momentos de felicidade”*.

Pergunto - lhe quantos filhos eles têm. M.I. responde que tem dois meninos: E. com 12 anos e J. com 9 anos. Entre os dois meninos teve também uma menina, mas devido aos conflitos conjugais (segundo a utente), a criança nasceu prematura e morreu com uma semana. Sente muita mágoa porque nunca a carregou no colo.

Digo - lhe que me parece, pelo seu discurso, que sente muita culpa pela sua vida ter sido tão triste. A Sr.^a M.I. concorda e acrescenta que a doença a ajudou a crescer, a mudar sua forma de agir. Gostaria que Deus lhe desse saúde para usufruir a vida com o que aprendeu após ficar doente. Afirmo ter mudado sua forma de ser com a doença.

Procurando ajuda - la a amenizar a culpa, digo - lhe que nesse momento uma boa alternativa é o perdão. M.I. refere que ao marido já perdoou, mas a ela mesma, não.

Procurando mostrar - lhe que ela fez o que podia, fez o que conseguiu, o melhor dentro do seu limite, das suas possibilidades. Ela concorda que realmente dentro do que entendia fez o melhor. Com a

doença, a sua forma de ver a vida modificou - se, mas antes não tinha como aprender, ficava envolvida nas tarefas e não dispunha nenhum tempo para dedicar ao marido.

Neste ponto identifico que a utente esta de forma espontânea a referir-se a uma outra dor que vivencia: **Dor Psíquica**, está relacionada aos seguintes aspectos:

- Humor Depressivo / Culpa frente às Perdas: Culpa - se por ter perdido a oportunidade de ter uma vida mais feliz.

- Humor Depressivo / Tristezas, Mágoas: Sente tristeza, guarda mágoas, sente - se abandonada porque a sua mãe não lhe deu o copo de leite antes de ir para o hospital e morreu, abandonando - a.

Proponho que comecemos a intervenção com as técnicas de Relaxamento Mental e a Visualização. Concorda.

Levo um álbum de imagens que procurei recortar e agora utilizar como forma de induzir algum “bem-estar” no outro. (sol, flores, caminhos verdejantes, campo, mar, serra, crianças, sorrisos, imagens coloridas mas abstractas, imagens sugestivas de afectos, etc.) Ofereço o Álbum de Imagens e digo à utente que pode escolher uma imagem, se alguma lhe agradar, como ponto de partida para a intervenção a seguir.

Embora tenha gostado de todas, as que mais gostou foram duas que sugerem uma pescaria e ela verbalizou gostar de pescar (*“ainda o fiz com o meu pai, tantas vezes, era tão bom, e antes de ficar assim ainda o fiz com os meus filhos, tenho pena que tenha sido apenas uma ou duas vezes... o meu marido também gosta.”*). Escolheu outra imagem que sugere uma cascata. Diz que gostava de ter ido ao Brasil. Verbalizou que geralmente só consegue ver cores escuras, *“talvez seja de não sair há muito tempo...”*, *“mas é tudo tão cinzento... às vezes assusta-me”*.

Início com uma música que desperta para os sons da natureza.

Explico - lhe que vou orientar o exercício e peço que feche os olhos.

Tempo aproximado de exercício: 10 minutos

Peço que respire lenta e profundamente, procurando imaginar o ar na cor azul, como se o céu fosse entrando e envolvendo todos os seus órgãos: cabeça, ombros, braços, mãos, tórax, abdómen, costas, pernas, pés. Procedo ao relaxamento muscular e de seguida à imaginação guiada.

Peço que em seguida se imagine a andar numa estrada dourada de sol e chegando a um local muito verde com um lago, onde havia uma pequena cascata, como ela havia escolhido.

Peço que entre na água, que sinta a sinta, e que deite embora todas as tristezas, mágoas, e medos.

Peço - lhe que entre em contacto com sua beleza, com suas qualidades.

Observo que nesta pausa, dos olhos fechados da doente surgem algumas lágrimas.

Digo - lhe que vá agora até o lago muito azul, sob um céu muito azul e fique lá a pescar, sentindo a paz, a tranquilidade, a serenidade desse local imaginário e depois, volte para o quarto quando quiser, trazendo a sensação de paz.

Observo que a expressão da paciente aparenta serenidade e tranquilidade.

Após alguns minutos a utente abre os olhos, estremecendo. Diz que estava a sentir-se muito bem, mas de repente, ela voltou. Acrescenta que o exercício lhe fez bem.

2º Sessão:

Encontro a Sr.^a M.I. com um dreno torácico, triste e abatida. A utente relata, com esforço, que há dois dias atrás perdeu a veia, fizeram um procedimento para criar um acesso venoso central para a veia jugular colocando - lhe o cateter mas, por acidente, este foi parar na pleura e toda a medicação que ela estava a ser administrada, passou a ser drenada para dentro do pulmão – relata.

Desabafa que não queria este procedimento, mas a médica insistiu, mostrou - lhe a necessidade do mesmo, com a possibilidade de ter alta e ir para casa, “*quando quase morro de repente, sem ser do tumor*”. Verbaliza que sentiu muita dor nas costas até descobrirem o que realmente havia acontecido. Levaram - na imediatamente para o Bloco, no procedimento cirúrgico sentiu “*dores muito fortes*”. O marido acompanhou – a. Quando a Sr.^a M.I. voltou para o quarto ele pediu para sair e fumar e quando voltou estava “*com os olhos inchados de tanto chorar*”. O gesto do marido comoveu - a e abrandou a sua dor. “*Senti-me amada*”.

A Sr.^a M.I. faz o relato do acidente no procedimento cirúrgico com muita mágoa.

Demonstra sentir - se desamparada e prejudicada; repete várias vezes que poderia ter morrido e não seria da doença.

Parece - me que esta vivencia, o que ocorreu foi sentido como mais um "mau trato", uma violência, na sua vida.

Por outro lado, diz, com os olhos cheios de lágrimas, que em relação ao marido, aprendeu a gostar dele. Descobriu, com a sua doença, uma dedicação por parte dele que não havia percebido. Descobriu - se repleta de carinho e ternura por ele.

Neste ponto pede para não falar mais, pois esta cansada.

Identifico no exposto acima, de forma espontânea a doente refere -se a doença como um sofrimento que a levou a rever sua atitude, sua postura e conduta perante a vida.

Até este ponto procurou-se escuta – la e oferecer-lhe o acolhimento e a compreensão necessários pela sua dor e sofrimento que transmitia no momento. Nesta altura, em que ela pede para não mais falar, digo - lhe, com uma postura terna, para tranquilizar - se e me escutar. Afirmando que compreendo sua dor. Com tantas dores que teve na vida, tanto sofrimento, este acidente, posso perceber, muito a magoou.

Procuro assim trazer para o nível verbal as sensações que ela transmite.

Procuro também pontuar que não foi propositado e o que aconteceu resultou de um acidente, buscando minimizar sua sensação de “violência”.

Em seguida procuro orientar seus pensamentos para os ganhos que tem tido, principalmente o reencontro terno, amoroso, carinhoso com o marido. Procuro mostrar – lhe que seu corpo está doente, mas, interiormente é capaz de se fortalecer nos ganhos afetivos, no melhor relacionamento com o marido e no próprio crescimento interno dela. A Sr.^a M. Isabel concorda e mostra - se mais calma.

Tempo aproximado de exercício: 10 minutos

Procurou-se retomar as imagens da sessão anterior. A utente reviu-se agora num campo florido, era uma criança que brincava junto ao lago, comia maçãs (referiu que era a sua fruta favorita), brincou no lago, e depois quis entrar numa casa, mas teve medo... acordou. Verbalizou, ser uma casa, semelhante aquela onde viveu com os seus pais.

3º Sessão:

Verbaliza que ainda sente muita tristeza pelo que lhe aconteceu, “o acidente na pleura”. Afirma que o momento em que sentiu mais tristeza foi a hora do procedimento para a drenagem, por causa da intensa dor física que esta intervenção suscita. Sente mágoa.

Entendo esta dor, como física, relacionada às lesões sofridas pelo acidente, mas também com o ocorrido no passado.

Parece - me que dois aspectos se sobrepõem e se entrelaçam neste momento, nesta dor: o físico e o simbólico.

Digo - lhe que entendo a sua dor.

Por outro lado observo que ela parece ser muito querida por todos. Todos os dias recebe visitas e sempre tem alguém a acompanhá-la. Nunca está só.

Digo isto para ela e a Dona M.I. responde, dizendo que é verdade. A sua expressão ilumina - se. Relata que sempre procurou ajudar os outros, nunca teve preconceitos de cor, raça, religião. Realmente tem muitos amigos. Complementa colocando que somente quando adoeceu, conscientizou - se do tanto que é querida. Antes não havia percebido - **“Visão da Doença”**.

Conta que um dia recebeu tantas visitas, tinha tanta gente em sua casa que pareceu - lhe ser o seu funeral. Mas ela estava viva. *(Parece - me que com esta observação ela mostra um **aspecto ambivalente**, uma dúvida, na sua percepção de ser querida)*

Relata sorrindo que encontrou uma ótima tática para enfrentar a dor física: grita. Na hora de tirar o dreno do pulmão sentiu uma dor terrível e gritou bem forte. O grito, afirma, ajudou - a no enfrentamento do procedimento.

Pergunto sobre sua **Visão da Doença**. *“Foi muito difícil. Sentia muito desespero por saber que tinha poucas hipóteses, e seus filhos ainda são pequenos.”*

Pergunto sobre suas crenças em relação à causa da doença. M.I. responde que atribui o aparecimento da doença a uma depressão que teve algum tempo antes. *“Como eu estava mal acho que ajudou ao resto...” “Entre em depressão depois da irmã mais velha morrer de “cancro na cabeça”. O sofrimento, o desespero acarretou muito sofrimento para ela e para toda a família.”*

Relata que o tumor começou a nascer e foi rápido. Na cirurgia os médicos *“conseguiram raspar, mas a quimioterapia, embora muito forte, não surtiu efeito e o tumor disseminou – se”*. Ainda tem esperanças que Cristo a cure.

Neste ponto volta a falar do tumor como ponto de mutação. Coloca que aprendeu muito com a doença.

Parece - me que ela aprendeu a reconhecer o que tinha de bom dentro de si e em torno de si mesma.

A Sr.^a M.I. sorri e diz que aprendeu também a reconhecer o que tinha de mau dentro de si; *“era muito agressiva, muito dura”*.

Refere que agora procura fortalecer o lado amoroso.

Pergunto sobre o exercício da sessão anterior: *“acalmei – me”*, afirma.

Pergunto - lhe se quer repetir o quadro da criança. Utente diz que sim. Neste ponto faz uma referência ao seu filho mais velho, que, segundo parece, *“está revoltado, vai mal na escola”*.

Preocupa - se com a criança. Oriento - a para buscar apoio também para os seus filhos.

Tempo aproximado de exercício: 15 minutos

Consegue entrar na casa que visualizou anteriormente, vê alguém que a abraça, não consegue identificar, mas refere sentir-se bem, protegida, em paz.

1ª Sessão de Orientação Familiar

Procuo conhecer e compreender melhor a interacção familiar, nomeadamente o marido da Sr.^a Isabel e os filhos – como estão eles a vivenciar este processo.

Pergunto - lhes sobre como estão a viver a doença da Dona Isabel.

V. (marido) responde que “*não é fácil*”. “*Se pudessem cura – lá, o fariam. Agora só resta conformarmo-nos com a doença*”. O pai da doente Sr. R., concorda. E. (filho) permanece calado.

Entretendo o marido refere uma preocupação sua, referindo que a Dona Isabel tem medo de escuro. “*Não dorme no escuro*”. **(Identifico este medo do escuro como representação do medo da morte: Dor Espiritual)**. Respondo que este medo pode estar relacionado ao processo da doença, mas é bom atende - la e procurar manter alguma luminosidade quando ela for dormir. Oriento que podem colocar uma luz muito fraca, azul por exemplo, no quarto e assim quebrar o escuro. Durante o internamento este aspecto será atendido.

Procuo pesquisar novamente sobre a Dor Psíquica, mas os familiares não conseguem falar sobre tristezas e angústias da utente.

Acrescenta que ela gostava muito de uma senhora de 76 anos que estava no leito ao lado dela, e chorou muito quando esta senhora faleceu.

Ele acredita, por esta razão, que o sentimento fraterno da Sr.^a M.I. está bem fortalecido.

*Pela minha análise identifico neste aspecto a **Dor Psíquica: Humor Depressivo / Tristezas frente as Perdas**; a tristeza pela morte da companheira de quarto representando a tristeza pela perda da própria vida, que está relacionada com um ponto semelhante identificado anteriormente na sessão com a Dona Isabel: **Humor Depressivo / Culpas frente às Perdas: Culpa - se por ter perdido a oportunidade de ter uma vida mais feliz.***

Observo a dificuldade geral de falarem sobre o sofrimento da doente, sobre o real estado de saúde dela e também a dificuldade em falarem sobre os seus próprios sofrimentos. Observo também o pacto do silêncio; o não falar sobre a doença e a gravidade desta, o sofrimento, os sentimentos. Não conversam e parece que não se apoiam mutuamente. Parece que cada membro da família vive de forma isolada sua dor. Opto por começar a minimizar este silêncio entre eles, através de uma aproximação familiar.

Digo que posso perceber o sofrimento deles e também perceber a grande dificuldade que eles apresentam em falar sobre este sofrimento. Explico que parece que eles fizeram um acordo subtil entre eles de não falarem sobre os sentimentos. Explico o quanto esta atitude é prejudicial e oriento - os a procurarem conversar entre si e falar sobre o que sentem. O marido e o pai da paciente são

receptivos a minha colocação, mas o filho continua fechado e mesmo quando me dirijo a ele permanece nesta atitude. Digo - lhe de forma directa que sei que ele está a sofrer, está muito triste com a doença da sua mãe, com o fato dela não mais poder cuidar dele como antes e que este sofrimento é esperado frente à situação. É natural. Por outro lado, digo - lhe, seria muito bom se ele pudesse aproximar - se mais do pai.

O Sr.º V. neste ponto coloca que tem tentado, mas o filho não tem aceitado.

4ª Sessão:

A doente irá receber alta e está com muito medo de ir embora. Relata que não dormiu à noite, sentiu uma dor generalizada por todo o corpo. Está muito desanimada, sentindo - se fraca. Está com medo de piorar e voltar para o Hospital.

Procuro compreender sua dor, o seu medo. Parece - me que ele está a fazer a ligação directamente à percepção do seu estado, a gravidade do mesmo, e o medo do contacto com esta percepção.

A Sr.ª M.I. relata que foi informada que está clinicamente bem para voltar para casa, mas o tumor “*não respondeu à quimioterapia e está a avançar*”.

Encorajo - a para que continue a falar do que está a sentir, do que teme. Verbaliza que perdeu o apetite e está com receio de perde - lo de vez.

(Parece - me medo da morte). Fala em seguida que o seu problema é o medo. “*Insegurança. Falta força de vontade. No primeiro obstáculo enfraqueço*”. Pergunto - lhe qual obstáculo. Ela responde que o obstáculo pode ser, por exemplo, a “tosse”. Com a tosse começa a fantasiar que esta, pode leva - la a algo muito pior. “*Todos dizem que ela é forte, mas não sou*”.

Hoje pela manhã comecei a chorar e o meu marido ficou nervoso. **Mostra no seu relato muita angústia, desamparo.** Finaliza dizendo que está a ficar sem forças.

Procuro numa atitude de acolhimento e conforto e procuro ajuda - la a entrar em contacto com seu medo, com sua dor. Digo - lhe que parece - me que seu real medo são as perdas que começam a surgir. Que sente que não está a melhorar. A doente concorda. Procurando ajudá - la a entrar em contacto com a verdade do seu estado de forma gradativa, digo - lhe que ninguém sabe o que irá acontecer mas existe uma possibilidade dela não melhorar. Caminho um pouco mais e digo – lhe que parece que a sua angústia está relacionada com a dificuldade de pensar sobre esta possibilidade, mas pensar e exteriorizar isto pode ajudar a minimizar essa angústia.

Acrescento, orientando - a para conversar com o marido sobre isto. Dizer-lhe como gostaria que seus filhos fossem educados mas, também, aproveitar o momento presente, o tempo disponível para dar e receber da sua família, todo o amor que sentir. Aproveitar esta ida para casa e criar um

ambiente afectivo e tranquilo entre eles. Conversar, falar o que sentem. Digo - lhe que acredito que isto poderá fazer - lhe bem.

A Sr.^a M.I. começa a chorar. Ofereço amparo e acolhimento e digo - lhe que ela está exigindo demais de si mesma.

Combino ir vê-la no domicílio.

Tempo aproximado de exercício: 15 minutos

Conseguiu identificar o rosto da pessoa adulta que abraçava a criança- era a sua mãe. Deixei-a durante algum tempo, na possibilidade de sentir esse abraço, esse conforto, esse aconchego que parecia agora tão necessário.

Oriento, em seguida, que “volte” para o quarto quando quiser e traga consigo a sensação de conforto e protecção do colo da mãe; sugiro que ela mantenha a imagem da mãe presente no seu pensamento.

No domicílio:

5ª Sessão:

Encontro a Sr.^a M.I. no leito.

Afirma que está desanimada desde que chegou do hospital, sente que as forças estão a ir-se. Peço que me fale sobre este desânimo.

A Equipa de Apoio Domiciliário conversou com o marido e com o irmão e explicaram que não há mais o que fazer em termos curativos.

Pergunto se ela está com medo. A Sr.^a M.I. responde que este é o problema: tem muito medo do sofrimento do fim, das dores. **(Dor Psíquica: medo do sofrimento)**. Percebo também **medo da hora da morte. (Dor Espiritual)**.

M.I. afirma que quer muito esta paz, mas, por outro lado, está muito preocupada com os filhos, precisa ajuda – los. (Dor Psíquica: tristeza, preocupação por não poder criar seus filhos). Oriento - a novamente para conversar com seu marido e com as crianças sobre esta questão.

Não se culpar pela sua doença.

Tempo aproximado de exercício: 15 minutos

Deixei a doente livremente procurar hoje um “refúgio”, um local que lhe trouxesse conforto. Recordou as suas ida à pesca *“como eu me sentia calma, sem pressa para nada, e num local mágico onde estava só eu e os meus filhos, nada podia correr mal”*

Adormeceu.

2ª Sessão de Orientação Familiar

Procuro oferecer - lhes conforto e acolhimento.

Frente ao exposto, oriento - o (o marido) para evitar pedir para M.I. algo que ela não pode dar: *“lutar para o corpo curar – se”*, porque isto só aumenta o sofrimento dela e de todos os familiares. Oriento - o também para conversar com a esposa sobre seus sentimentos e sobre o futuro dos filhos. Explico - lhe que esta conversa pode minimizar o sofrimento.

Em seguida pergunto sobre as crianças, se alguém lhes explicou o que está a acontecer.

O Sr.º V. diz que não e pergunta como deve proceder. Oriento que converse com seus filhos, mostre que a mãe não melhorou, ajude - os a expressarem os seus sentimentos e principalmente mostrar que a tristeza é normal e que está com eles. *Mostre - lhes que não estão abandonados*; oriento – o para procurar estar próximo dos filhos. Sugiro acompanhamento pela psicologia. Acorda, foi marcada consulta. Sugere-se também a possibilidade de os filhos também serem acompanhados.

6ª Sessão:

Ao entrar no quarto encontro a Sr.ª M.I. muito angustiada por causa da dor física. A doente desabafa e chora muito. Ofereço a minha escuta. Refere que *“conversou com Deus”*, aceitou o seu destino, só não aguenta mais o sofrimento físico. Foi pedida a colaboração da médica da equipa de apoio domiciliário para re-ajuste terapêutico.

Refere que tem procurado visualizar o mundo belo no qual *trabalhamos* pelo Relaxamento e Imaginação, mas a dor física muitas vezes atrapalha. *“São pontadas muito fortes”*.

Observo que a paciente apresenta intenso sofrimento psíquico e espiritual – Dor Simbólica da Morte.

Escuto - a ofereço-lhe a minha compreensão. *Identifico dois aspectos básicos ligados a culpa: Dor Psíquica / Humor depressivo - culpa frente às perdas e Dor Espiritual / Culpas perante Deus. Entendo as suas queixas físicas como “reais”, decorrentes do estadio avançado da doença, mas também com conteúdo simbólico referente ao mal estar psíquico e espiritual principalmente vinculado ao medo do sofrimento, culpa frente às perdas, medo da morte e do pós – morte.*

Refere que sonhou com a cor branca, pode representar pureza, paz, e talvez, este possa ser o significado simbólico do seu sonho, o desejo de alcançar a paz, ou talvez não...

Digo-lhe, para ela ficar tranquila que em relação aos seus filhos, que já falei com o marido, estão a ser acompanhados. Neste momento a Sr.^a M.I. abre os olhos, olha – me, parecendo dizer – me, “*por favor, insista nisto com ele*” e volta a fechar – los.

Procuro conversar com uma tia da utente, que tem estado presente ao longo deste processo. O marido está presente.

Diz-me que já conversaram sobre isto, sobre o estado actual dela, mas é muito difícil aceitar. Respira fundo e diz que vai tentar.

“Quando conseguimos melhorar financeiramente, ela adoeceu e não pode usufruir nada. Agora é cuidar da esposa, limpar a casa, cozinhar, lavar e passar roupa, cuidar dos filhos. Não aguento mais. Sei que pode parecer egoísmo, mas é difícil... No domingo não tinha o que fazer e bebi demais...”

Em seguida oriento-o para a necessidade de encontrar uma forma mais adequada para extravasar sua dor. O Sr.^o V. fala que gosta de natação, ficou sócio de um clube, mas nunca o frequentou. Agora não é possível começar porque está muito frio - refere. Pergunto – lhe que outra alternativa teria. O Sr.^o V. responde que gosta de pescar., tal como a Sr.^a Isabel.

“Pode começar a sair com os filhos; deixar M.I. com o pai um pouco e ir pescar com as crianças, dar umas voltas para se distrair”. Pontuo que esta parece ser uma boa alternativa.

O pai da Sr.^a Isabel está frequentemente calado, comunica pouco quando abordado, sinto um imenso sofrimento. Procuró discutir com a equipa uma estratégia de intervenção junto dele. Os filhos estão mais receptivos ao diálogo, demonstram zanga.

Morte da Paciente:

Doente morre passados 2 dias desta última visita.

Visita aos Familiares pós-morte:

Cuidador está conformado:

“Justamente porque a morte foi um alívio para o sofrimento dela.”

Em seguida ambos (marido e filho mais velho) afirmam que estão tranquilos em relação aos cuidados que dispensaram para M.I. porque fizeram “*tudo o que podiam por ela, atenderam seus mínimos pedidos*”. O pai da Sr.^a Isabel acena com a cabeça, parece-me mais sereno.

Pergunto sobre as crianças.

Ponderando as dificuldades emocionais do Sr.º V. e o impacto emocional que a perda da mãe pode causar nas crianças, faço de novo o encaminhamento para a psicologia, procurando ajuda especializada.

Acordam, são marcadas consultas, para o marido e filho mais velho. O marido terá faltado às duas últimas consultas alegando “terem sido dias muitos maus”. Seguiremos o acompanhamento.

Análise de dados:

Relações familiares:

Sobre a figura paterna – companheiro, amigo.

Sobre a figura materna – mãe sofredora mas que a “abandonou”.

Marido – pessoa lhe causou dor e sofrimento, reconhece agora a presença do afecto que os une.

Filhos – a sua actual preocupação. Não quer que eles sintam o “abandono” que sentiu.

Relações Interpessoais:

Considera ter amigos, refere ter dificuldade em expressar sentimentos, preocupa-se com os outros, necessidade de agradar.

Situações de ausência, ou perdas ao longo da vida:

Carência Afectiva;

Dificuldades financeiras;

Perda da mãe, perda da irmã.

Situação da vivência da doença:

Percepção da gravidade numa fase avançada da doença – negação, culpa, raiva.

Doença como consequência de outras perdas – depressão e morte da irmã.

Vivências de dor e sofrimento,

Desespero face à doença – mas simultaneamente é possível ver ganhos nesta nova percepção, reconhece características boas e más.

Vê em Cristo uma possibilidade de cura (até dias antes de falecer).

Sobre os próprios sentimentos:

Insatisfação pelas mágoas do passado – sentimento de “abandono” e “violência” para consigo.

Frustração / culpa por aquilo que não viveu.

Medo do agora e do que virá.

Capacidade de perspectivar a mudança como algo que pode ser benéfico – ganhos – fortalecimento de laços afectivos – reconhecer como algo essencial na sua vida.

Processos e recursos internos:

Esperança na cura (espiritualidade) apesar do contacto com a realidade.

Fuga e negação inicial.

Gradualmente expressar os sentimentos, dificuldades e desejos presentes.

Enfrentamento da dor física – recorre a técnicas ao seu dispor – gritar para aliviar, aceita as sessões de relaxamento – imaginação guiada.

Atribuição de significados – busca um sentido.

Sobre o relaxamento – imaginação guiada:

Necessidade de expressão verbal.

Dificuldade em entrar em contacto com algumas vivências.

Processo de descoberta, motivação, alívio da dor.

Desenvolvimento da espiritualidade por meio da religião:

Procura de esperança, de cura.

Crença espiritual em relação à morte.

3º CASO – “Sr. Dinis”

Identificação

Idade: 75 anos

Estado Civil: viúvo

Filhos: 1 filho falecido.

Profissão: Era professor primário.

Doença: Neoplasia maligna – tumor de pequenas células do pulmão.

Desenvolveu metástase óssea.

Cuidador principal – irmã e sobrinhas.

História Clínica:

Segundo notas de Enfermagem: *“demonstrava ter consciência de sua doença, da gravidade dela, e dizia estar a sentir-se inválido, com a sensação de ter fracassado na vida”, “o que mais lhe custava era a falta de autonomia”. Diagnóstico recente, com 2 meses de evolução. Fez quimioterapia paliativa.*

Apresenta perdas significativas ao longo da vida – morte do seu único filho.

Tem apresentado alguns períodos confusionais – fez TAC – metastização cerebral. No entanto, apresenta-se orientado auto e alopsiquicamente actualmente. Sob Radioterapia halo-craniana.

Actualmente sente muita dor na região torácica, omoplata directa (metástase) e membros inferiores. Seguido pela equipa intra-hospitalar.

Contexto Hospitalar - internamento

1ª Sessão:

Encontro o doente no leito, acompanhada da irmã C.

*Observo pela maneira do utente falar, que ela está muito assustado e vulnerável; parece querer dizer que não está nada bem e ao mesmo tempo parece ter muito medo de expressar esta realidade, o que indica, **DOR ESPIRITUAL: Medo da Morte e do Pós - Morte**. O Sr.º D. acrescenta que não estava assim ontem e não entende porque está assim hoje. “Sinto um desconforto que não sei explicar... e parece que tudo me assusta...”*

Procuro explicitar-lhe o que poderá ser feito através do relaxamento e também da possibilidade da imaginação guiada, e que benefício poderá ter. Doente aceita de imediato tentar a intervenção como forma de alívio da dor referida.

Tempo de Exercício: 10 minutos

Neste primeiro momento recorri apenas ao relaxamento muscular e deixei o utente livremente procurar o seu “refúgio”.

Refere encontrei-me numa pedreira, costuma ir para lá quando era novo, com os meus colegas de escola. É um lugar tranquilo. Descreve um cenário que fica no alto, onde é possível vislumbrar a vida: observar e reflectir. Também é um lugar onde é possível se recolher, que talvez favoreça o contacto com o próprio *Self*:

“é um sossego, cá no alto só estou eu e um pinheiro... é um lugar privilegiado.”

Denoto aqui uma dupla dimensão da experiência humana – realidade interna e externa, foi capaz de se desligar por momentos da dimensão física para se ligar às imagens e sensações internas.

Como o utente, após o exercício, apresenta-se mais sereno procurou-se compreender um pouco melhor a sua história.

Pergunto – lhe se têm filhos. O Sr.º D. responde que não; o seu filho morreu. Conta que ele tinha 28 anos, era casado e tinha 2 filhos pequenos. “*Se hoje fosse vivo, estaria com 41 anos*”. Pergunto – lhe se quer falar mais sobre isto. O Sr.º D. responde que não, que amanhã talvez consiga falar mais sobre isto. Respeito o seu silêncio.

Identifico a **Dor Psíquica**: Humor Depressivo / **Tristeza pela perda** do filho, mas, frente à gravidade do estado clínico do doente e da sua atitude quando falou sobre o assunto, considereei como secundária a Dor Espiritual, neste momento. A perda do filho parece ser algo que não superado, e que é agora reavivado com as suas perdas actuais.

“...o meu filho sempre gostou de me ver cheio de energia, e com capacidade para tudo, era por isso me mantinha a minha força, e também pelos meus netos, agora nem me mexo... e a dor que até um dedo me impede de mexer.”

A vivência das perdas parece agora exacerbar-se, são mais notórias pelas limitações impostas pela doença.

2ª Sessão:

Ao chegar à Enfermaria sou informada, que o Sr.º Dinis havia piorado clinicamente e que este desde há dois dias que dizia, que estava a morrer.

Encontro o utente no leito, semi - adormecido, com dificuldade respiratória, acompanhada pela sobrinha L., que nesse momento segurava a sua máscara de oxigénio.

Mostra - se assustada. **Parece – me evidente frente à atitude do utente e ao seu grave estado clínico, a DOR ESPIRITUAL: Medo da Morte.**

Tranquilizo a sobrinha e procuro também manter interacção com o Sr.º Dinis. Digo – lhe que não iremos conversar e sim, irei colocar a música (que ele tanto gostou) e procurar ajuda – lo a relaxar, a encontrar alguma serenidade no seu “refúgio”.

*Procurou-se re - significar a **DOR ESPIRITUAL: Sentido da Vida e da Morte**, afirmo que ele viveu a vida que tinha para viver. “Fez tudo o que podia ter feito, foi muito importante para o seu filho, e o amor que deu aos netos é fundamental e isso ficará sempre com ele e com os seus meninos”. Fundamentada nos relatos do processo clínico do doente e no relato dele próprio na sessão anterior sobre a perda do seu filho, procuro ajudá – lo também em relação à **DOR PSÍQUICA: Tristezas, Culpas frente a perdas, visando, neste momento, otimizar a re - significação da DOR ESPIRITUAL: Sentido da Vida e da Morte.***

O Sr.º D. abre os olhos, suspira, parece relaxar mais, torna a fechar – los.

Procurou-se descrever uma imagem serena, que transmita paz, sem medo, nesta parte introduzi três elementos que haviam sido escolhidos por si: flores (como aquelas que tinha junto a si), crianças e arco – íris (a sobrinha referenciou-me que ele gostava de coisas coloridas), visando trazer para a visualização elementos simbólicos de alegria e paz. A figura da criança como que a recordar o filho – uma época descrita por si como “o melhor da minha vida”.

Morte do Utente:

Faleceu dois dias depois.

Segundo a equipa de Enfermagem a morte foi serena, a família estava presente apresentaram-se tranquilos.

A equipa intra-hospitalar irá realizar uma chamada telefónica à família e será agendado um dia de visita se assim for pertinente.

Análise de dados:

Relações familiares:

Esposa – companheira “*que partiu cedo de mais*”.

Filho – aquele por quem viveu.

Netos – simbolizam a sua alegria.

Sobrinhos – representam o seu apoio actualmente.

Relações Interpessoais:

Considera ter amigos, refere ter dificuldade em expressar sentimentos e o que o preocupa.

Situações de ausência, ou perdas ao longo da vida:

Carência Afectiva (pelas perdas que teve).

Perda da esposa, perda do filho.

Falta de ocupação – actividade para fazer frente face à tristeza que sentia.

Perda da condição física – perda de autonomia foi marcante para o doente.

Perda da capacidade de sonhar (após as duas perdas – filho e esposa) – em relação a projectos futuros.

Situação da vivência da doença:

Percepção da gravidade da doença.

Vivências de dor e sofrimento.

Aceitação.

Sobre os próprios sentimentos:

Insatisfação - “fracasso” na vida.

Medo do agora e do que virá.

Processos e recursos internos:

Aceitação.

Gradualmente expressar os sentimentos, dificuldades presentes.

Sobre o relaxamento – imaginação guiada:

Necessidade de expressão verbal.

Processo de descoberta, alívio da dor, promoção de algum conforto.

Análise e Conclusões:

<i>Doentes - Resultados</i>	<i>1º Caso: “Sr.ª Cidália”</i>	<i>2º Caso: “Sr.ª M. Isabel”</i>	<i>3º Caso: “Sr.º Dinis”</i>
<i>Nº de sessões</i>	4	6	2
<i>Fase paliativa em que o doente foi abordado (início, meio, fim)</i>	Meio - Fim	Fim	Fim
<i>Fase segundo Kubler Ross</i>	Depressão.	Negação inicialmente. Posteriormente raiva, depressão.	Raiva e depressão inicial, ainda que por fim referisse “aceitação”.
<i>Prevalência de que dor</i>	Presença de dor física frequentemente como forma de “mascarar” também, a dor psíquica e espiritual – equiparadas.	Equiparada a dor psíquica e espiritual, sendo que no final a espiritual ganhou relevo. Sempre presente dor física.	Sempre dor física. Prevaleceu a dor psíquica nomeadamente na fase final.
<i>Morte serena</i>	Sim.	Sim.	Sim.
<i>Orientação familiar</i>	Sim.	Sim.	Esporadicamente, sem nenhuma sessão realizada.

SAUNDERS (1991), que iniciou nas últimas décadas o movimento de criação dos “Hospices” na Inglaterra, locais onde eram e são oferecidos cuidados paliativos, formulou, em 1967, o conceito de Dor Total que inclui a Dor Física (sensação dolorosa associada a lesões reais), a Dor Psíquica (medos do sofrimento, da morte, do desconhecido, tristezas, raiva, revolta, perdas, inseguranças, incertezas, desespero, depressão), a Dor Social (isolamento, rejeição, abandono, mudanças de papéis, dependência, inutilidade) e a Dor Espiritual (falta de sentido na vida e na morte, medo do pós - morte, do submeter-se, das culpas perante Deus, busca de fé, de conforto espiritual). Posteriormente acrescentou as dimensões da Dor Financeira e Mental do utente, incluindo também a Dor dos Familiares e da Equipa de Saúde nos seus cuidados.

HESTER (1995) reformulou o conceito de dor, já descrito anteriormente, e o dividiu em sete dimensões: cognitiva, fisiológica, sensorial, comportamental, emocional, sócio - cultural e ambiental.

A Psicanálise, por sua vez, analisou a dor psicogénica ou seja, de origem apenas psicológica (exemplo: reações de conversão). Mas, nos últimos trinta anos, o que tem sido constatado é que, independentemente de sua etiologia, psicogénica ou somatogénica, o sofrimento causado pela dor

esta sempre relacionado a uma problemática psicológica. Em outras palavras, no sentir a dor há sempre um componente psicológico.

FIGUEIRÓ (1999) pontua que o conceito actual de Dor considera a mesma como um fenómeno 'Biopsicossocial' e subjectivo. Neste modelo a Dor não é mais vista como uma entidade dicotómica, mas como resultado de uma combinação de factores biológicos (sensoriais), psicológicos (afectivos, cognitivos), comportamentais, sociais e culturais que contribuem de forma integrada para a experiência dolorosa individual.

A interacção com os doentes descritas anteriormente, as intervenções desenvolvidas permitiram-me um aprofundar de conhecimentos relativamente ao processo de luto pelo qual estes doentes passam. A compreensão das perdas inerentes fez realçar a presença de diferentes tipos de dor que merecem ser alvo de atenção.

Essencialmente foram identificados 2 tipos de dor: *Dor Espiritual e Dor Psíquica*.

A **dor espiritual** compreende o: "medo de morrer". Aqui a ideia de espiritualidade pode ser vista como algo tenebroso, sufocante, os sentimentos de culpa ou zanga perante uma entidade divina podem estar presentes. No entanto, a ideia de protecção, de refúgio, de ir para um lugar melhor também pode estar presente e ser reconfortante, transmitindo paz e tranquilidade.

A dor espiritual é também aquela que mais está presente nos familiares cuidadores, o medo da morte e do pós-morte.

A **dor psíquica** parece surgir associada às perdas ocorridas (antes e depois da doença), sentimentos de tristeza, mágoa, e culpa acompanham esta percepção. A percepção destas perdas acompanha a visão que têm da doença, a possibilidade de encontrar aspectos que representem ganhos neste processo é possível pela exploração de vivências e sentimentos presentes. O medo do sofrimento, do que há-de vir (para si e para os seus) também está associado à dor psíquica.

A conjugação de um sofrimento psíquico e espiritual parece resultar numa Dor que simboliza, que representa, que significa todo este processo de luto até à morte – *Dor simbólica da morte ou do morrer.*

A questão da espiritualidade e o relevo que está deve merecer nesta etapa da vida, dependerá de cada doente, mas parece-me que ficou realçado ao longo das interacções estabelecidas a sua importância.

Será fundamental ajudar o doente neste seu processo de *significação e re-significação do sentido da vida e da morte.*

A promessa da morte e a experiência do morrer, mais do que qualquer outra força na vida, é o que leva o ser humano à evolução. A morte é parte da existência humana, do seu crescimento e desenvolvimento, tanto quanto o nascimento. A morte é uma parte da existência. A morte não é um mal a ser extirpado, um inimigo a ser combatido ou uma prisão de onde devemos escapar, mas sim parte integrante de nossa vida e que dá significado à existência humana. (KÜBLER-ROSS, 1996a,

1996b). A citação acima de KÜBLER – ROSS (1996a, 1996b) sugere que a vida é um espaço de tempo delimitado entre o nascer e o morrer. O fato de haver um limite nos impele a fazer algo produtivo, útil e belo. Isto significa encontrar um significado positivo, digno e verdadeiro para o presente. Um significado que traga paz, crescimento, luz, força interior, beleza, sentimentos de amor e ampliação da consciência de si e do mundo. Cindir o processo de morrer da vida é deixar de viver antes da morte.

A utilização de intervenções psicoterapêuticas como a entrevista de ajuda, e a imaginação guiada associada ao relaxamento muscular permitiu:

- Analisar os aspectos mais internos destes doentes, permitindo-me uma aproximação mais profunda de cada um deles e consequentemente uma melhor compreensão do processo de luto que vivenciam.
- Foi facilitador na medida em que as intervenções permitiram ao doente um contacto, uma exploração do vivido, do sentido, dos desejos, dos medos, das angústias das alegrias. Assim foi possível uma exploração dos conteúdos associados às perdas que agora viviam, facilitando a consciencialização e aceitação das mesmas.
- Permitiu a exploração de factos ainda desconhecidos mas relevantes para o doente e para o seu plano de cuidados.
- Facilitou ao doente a compreensão de alguns aspectos da sua vida.
- Constituíram-se como vias de comunicação para os sentimentos mais profundos.
- Possibilitou a descoberta ou re descoberta pessoal – crescimento interno – capacidade de extrair algo de positivo, ganhos face à experiência que passam.
- Alívio da sintomatologia (nomeadamente ansiedade, e dor).
- Fomentou a relação de ajuda estabelecida.

BIBLIOGRAFIA

ACHTERBERG, J. (1985). ***Imagery in healing: Shamanism and modern medicine***. Boston: Shambhala.

CARVALHO, M.M.J. (1999). ***A Hipnoterapia no Tratamento da Dor***. In: *DOR, Um Estudo Multidisciplinar*. São Paulo, Summus Editorial, p.222 - 47.

CARVALHO, M.M.J. (1994). ***O Sofrimento da Dor no Câncer***. In: *Introdução a Psiconcologia*. Campinas, Editorial Psy II, 1994. p. 103 – 18.

CAUDILL, M. (1998). ***Controle a Dor antes que Ela Assuma o Controle: Um Programa Clinicamente Comprovado***. São Paulo, Summus Editorial, p.48 -66.

EPSTEIN, G. (1990). ***Imagens que Curam***. 6º ed. Rio de Janeiro, Xenon Editora, p. 239.

FIGUEIRÓ, J.A.B. (1999). **Aspectos Psicológicos e Psiquiátricos da Experiência Dolorosa**. In: CARVALHO, M.M.J. - *DOR, Um Estudo Multidisciplinar*. São Paulo, Summus Editorial, p.140 – 158.

HESTER, N. (1995). **Avaliação da Dor Aguda**. In: TINDALL, B. – *Estresse e Dor na Lactância e Infância*. Rio de Janeiro, Interlivros, vol. 3, p.557-572. (Clínicas Pediátricas: Actividade e Pesquisa Internacional).

KOVACS, M.J. (2003). **Educação para a morte desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo, Edição Casa do Psicólogo.

KÜBLER - ROSS, E. (1996,b). **Morte: Estágio Final de Evolução**. Rio de Janeiro, Editora Record.

KÜBLER - ROSS, E. (1996,a). **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo, Martin Fontes.

ROSEN, S.(1994). **Minha Voz Irá Contigo**. Campinas, Editora Psyll.

SAUNDERS, C. (1991). **Hospice and palliative care. An interdisciplinary approach**. London, Edward Arnold.

SIMONTON, O.C.; MATTHEWS - SIMONTON, S.; CREIGHTON, J.L.(1987). **Com a Vida de Novo. Uma Abordagem de Auto – Ajuda para Pacientes com Câncer**. 6o ed. São Paulo, Summus Editorial.

Nota: Apontamentos das aulas do Curso de Mestrado e Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica. Toda a pesquisa bibliográfica já efectuada anteriormente com o estudo do 1º caso – “D. Cidália” foi tida em consideração.

ANEXO XV – CRITÉRIOS DE COMPLEXIDADE



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, EPE

Unidade de Assistência Domiciliar

Tel. 21 720 04 77

Genêr da IPO, 21 721 95 14 Ex. 1364

E-mail: apoiodomiliario@ipolisboa.min-saude.pt

Crítérios de Complexidade

Um doente em cuidados paliativos que apresente mais de três sintomas descontrolados é considerado um doente complexo (ANCP, 2006).

Vinheta

Por favor, coloque um X nos sintomas não controlados que o doente apresenta:

SINTOMAS PRESENTES							
Data				Data			
	Dor				Cansaço/Fadiga		
	Dispneia				Delirium		
	Tosse				Confusão		
	Estertor				Sonolência		
	Anorexia				Insónia		
	Vómitos				Ansiedade		
	Náuseas				Depressão		
	Diarreia				Xerostomia		
	Obstipação				Prurido		
	Outro(s)				Qual (ais)?		
SITUAÇÕES CLÍNICAS DE DIFÍCIL CONTROLO							
Data				Data			
	Dor de difícil controlo				Compressão Medular		
	Sub oclusão/oclusão intestinal				Ascite		
	Outro (s)/Qual (ais)?						
ELEMENTOS DE COMPLEXIDADE							
Data							
	Dificuldade em se "adaptar" à doença						
	Isolamento social						
	Doente e/ou cuidador jovem						
	Existência de dependentes crianças e/ou jovens						
	Cuidadores com incapacidade real de assumir o apoio informal						
	Rápida evolução da doença						
	Crises frequentes						
	Presença de conflitos familiares graves						
	Presença de dilemas éticos (sedação/hidratação/solicitação de eutanásia)						
	Outro (s)						
	Qual (ais)?						

ANEXO XVI – HADS



ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)

Nome: _____ Data: ____/____/20__

Os médicos sabem que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se o seu médico souber o que sente, poderá ajudá-lo mais.
Este questionário está concebido de modo a auxiliar o seu médico a saber como você se sente. Leia todas as frases e ponha uma cruz na casa em frente da resposta que corresponder melhor ao que tem sentido na última semana.
Não demore muito tempo a pensar nas respostas: a sua reacção imediata a cada frase será provavelmente mais exacta do que uma resposta muito reflectida.

Preencha só uma casa para cada resposta

1. Sinto-me tenso ou contraído	8. Sinto-me parado
A maioria das vezes	Quase sempre
Muitas vezes	Com muita frequência
De vez em quando, ocasionalmente	Algumas vezes
Nunca	Nunca

2. Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente	9. Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago
Tanto quanto antes	Nunca
Não tanto	De vez em quando
Só um pouco	Muitas vezes
De modo nenhum	Quase sempre

3. Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer	10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto
Nitidamente e muito fortes	Com certeza
Sim, mas não muito forte	Não tenho tanto cuidado como devia
Um pouco, mas não me incomoda	Talvez não tanto como dantes
De modo algum	Tanto como habitualmente

4. Sou capaz de me rir e de me divertir com as coisas engraçadas	11. Sinto-me impaciente e não consigo estar parado
Tanto como habitualmente	Muito
Não tanto como antes	Bastante
Nitidamente menos agora	Um pouco
Nunca	Nada

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações	12. Penso com prazer no que tenho que fazer
A maioria parte do tempo	Tanto como habitualmente
Muitas vezes	Menos que anteriormente
De vez em quando	Bastante menos que anteriormente
Raramente	Quase nunca

6. Sinto-me bem-disposto	13. De repente tenho sensações de pânico
Nunca	Com grande frequência
Poucas vezes	Bastantes vezes
Bastantes vezes	Algumas vezes
Quase sempre	Nunca

7. Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado	14. Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio e TV
Sempre	Frequentemente
Habitualmente	Algumas vezes
Algumas vezes	Poucas vezes
Nunca	Muito raramente

ANEXO XVII - CRITÉRIOS DE COMPLEXIDADE - 3 CASOS

1º Caso:

Dor de difícil controlo; dificuldade em se adaptar, cuidador com dificuldades – incapacidade (marido) vs. Cuidador jovem (filho), pessoas dependentes a seu cargo – filhos, rápida evolução da doença. Apresenta debilidade física, anorexia, cansaço – fadiga, ansiedade, sonolência (numa fase posterior).

2º Caso:

Doente jovem, com pessoas dependentes – filhos, evolução rápida, conflitos familiares, ansiedade, humor depressivo, presença de dor intensa, cansaço, isolamento social, rápida evolução.

3º Caso:

Isolamento, humor deprimido, dispneia, sonolência, cuidadores jovens.

(são referidos os aspectos que maior relevo apresentaram)

ANEXO XVIII - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS) - RESPOSTAS APRESENTADAS

1º Caso

1.Sinto-me tenso ou contraído

Muitas vezes.

2. Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente

De modo nenhum.

3. Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer

Sim.

4. Sou capaz de me rir e de me divertir com as coisas engraçadas

Não tanto como antes.

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações

A maior parte do tempo.

6. Sinto-me bem-disposto

Poucas vezes.

7. Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado

Nunca.

8.Sinto-me parado

Algumas vezes.

9. Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago

Muitas vezes.

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto

Não tenho tanto cuidado como devia.

11. Sinto-me impaciente e não consigo estar parado

Um pouco.

12. Penso com prazer no que tenho que fazer

Bastante menos que anteriormente.

13. De repente tenho sensações de pânico

Algumas vezes.

14. Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio e TV

Muito raramente.

2º Caso

1.Sinto-me tenso ou contraído

De vez em quando.

2. Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente

Não tanto.

3. Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer

Um pouco, mas não me incomoda (para já).

4. Sou capaz de me rir e de me divertir com as coisas engraçadas

Não tanto como antes.

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações

De vez em quando.

6. Sinto-me bem-disposto

“Algumas” vezes.

7. Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado

Algumas vezes.

8.Sinto-me parado

Com muita frequência.

9. Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago

De vez em quando.

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto

Não tenho tanto cuidado como devia.

11. Sinto-me impaciente e não consigo estar parado

Um pouco.

12. Penso com prazer no que tenho que fazer

Menos que anteriormente (“mas valorizo outras coisas”)

13. De repente tenho sensações de pânico

Algumas vezes. (“poucas mesmo”)

14. Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio e TV

Poucas vezes.

3º Caso**1.Sinto-me tenso ou contraído**

Muitas vezes.

2. Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente

De modo nenhum.

3. Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer

Sim “mas já não me preocupa”

4. Sou capaz de me rir e de me divertir com as coisas engraçadas

Nitidamente menos agora (“desde que o meu filho se foi...”)

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações

Muitas vezes.

6. Sinto-me bem-disposto

Poucas vezes.

7. Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado

“Poucas vezes”.

8.Sinto-me parado

Com muita frequência.

9. Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago

De vez em quando.

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto

Com certeza.

11. Sinto-me impaciente e não consigo estar parado

Um pouco.

12. Penso com prazer no que tenho que fazer

Quase nunca.

13. De repente tenho sensações de pânico

Nunca.

14. Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio e TV

Muito raramente (“isso era antes...”)

ANEXO XIX - REFLEXÕES EQUIPA INTR-HOSPITALAR/APOIO DOMICILIÁRIO

Reflexão – A Comunicação

A Sr.^a Maria tem 55 anos, é casada e tem 2 filhos. Foi aoperada a um carcinoma da mama esquerda, tendo sido posteriormente enviada para a consulta de oncologia médica e daí para a consulta da equipa de Cuidados Paliativos (intra-hospitalar). Fez quimioterapia e radioterapia. Quando questionada quanto ao seu diagnóstico respondeu que antes de ser operada o médico lhe tinha dito que tinha um “*quistozinho na mama*”.

“Não percebi o que me disse, e perguntei se era mau, e ele disse-me que ia correr tudo bem... quando acordei, não tinha a minha mama... Como é que isto queria dizer correr tudo bem?? E agora? Fiz tratamentos, não há meio de me curar e enviaram-me aqui a esta consulta...”

Comunicar eficazmente no contexto de cuidados paliativos é simultaneamente importante e difícil, e constitui um desafio, porque implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre o profissional de saúde, a pessoa doente e a família.

Envolve um conjunto de coisas simples que podem ser feitas e ditas, e que asseguram aos doentes a oportunidade de apresentar os seus problemas, as suas preocupações e de explicar como se sentem. Essas perícias incluem ouvir, observar e tomar consciência dos nossos próprios sentimentos. A comunicação adequada é uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento associado à doença avançada e terminal. O modelo de comunicação não se rege por padrões pré-estabelecidos, a não ser o princípio de que cada doente e cuidador são únicos e diferentes, e reflectem o seu contexto cultural, social, espiritual, e vivências pessoais. O valor da comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente e proporcionar um processo de luto (com as várias perdas inerentes) o mais sereno possível, e necessariamente não complicado.

O que se procurou fazer:

Questionou-se a doente sobre os seus sentimentos e emoções face à situação e validaram-se os mesmos: *“Não estamos a viver a sua situação, mas creio que entendo aquilo que me diz”*.

Procurou-se explorar o que é a doente sabia ou não da sua situação, e as suas expectativas (realistas ou irrealistas). A partir de factos confrontou-se com a evolução da doença e a possível progressão da mesma. *“E se não for possível curá-la o que é que mais a preocupa?” “Fale-me dessas preocupações?”* Procurou-se compreender se vê a doença como castigo. Garantir-lhe que agiremos perante o sofrimento (procurou-se perceber o que era para ela mais ameaçador), garantir que nunca será abandonada.

Estabelecer um plano de acompanhamento. Marcou-se nova consulta, explicou-se tratamento daqui para a frente, forneceram-se contactos e ainda um tempo e espaço para novas questões que entretanto surgiram.

Em relação á **transferência da doente dos cuidados ditos curativos para os Cuidados Paliativos** Robert Twycross (2002) diz-nos que: *“a questão não é tratar ou não tratar mas sim determinar qual o tratamento mais importante em função das perspectivas biológicas do doente, das suas circunstâncias pessoais e sociais”* e Porta (2005) diz: *“o tratamento que não proporcionar um benefício no doente pode, ética e legalmente, ser omitido ou interrompido e o objectivo da medicina deve ser a transferência para a palição dos sintomas”*.

A informação fornecida a esta doente, sobre a transferência acabou por ser da responsabilidade do profissional de saúde que ficaria responsável pelo caso, dado que o profissional responsável na altura apenas comunicou que iria ser transferida sem colocar hipótese de esclarecimento de dúvidas. Sobre isto um estudo realizado no IPO do Porto sobre: “Comunicação de más notícias: experiências e preferências dos doentes com cancro avançado” realizado por Ferraz Gonçalves et al. (2005), conclui que *“embora a maioria dos doentes tenha sido informada da sua doença, há muitos problemas, sendo o mais importante,... a diferença entre a informação prestada e as necessidades do doente.”* e ainda que *“muitos doentes sabem que irão ser transferidos mas desconhecem a razão dessa mesma transferência”*. Comunicar más notícias não é fácil, mas a verdade é que como nos diz Gómez Sancho (2000), *“ com muita frequência os médicos recusam o contacto com os doentes que vão morrer, e..., nem sequer se atrevem a falar da morte com os seus doentes”* e *“ muitas vezes o médico estabelece uma distancia emocional com o doente centrando-se... exclusivamente nos aspectos físicos da doença. Esta atitude... bloqueia em grande parte a sua capacidade terapêutica, entre outras coisas por deixar o doente a sós com o seu problema”* neste caso não foi o doente que ficou a sós com o problema mas sim as filhas.

Da forma como se comunica/informa o doente do tratamento a que vai ser sujeito vai depender em grande medida a forma como o doente se adapta a sua situação clínica. O direito à verdade, sendo que a verdade é *“um bem-valor constitutivo e decisivo do ser humano”* é *“um direito fundamental da pessoa e é a expressão do respeito que se lhe deve.”* (GÓMEZ SANCHO, 2000). No entanto, é importante perceber se a doente quer ou não usufruir desse direito o que não está descrito no processo da doente.

A comunicação doente - profissional de saúde - família é extremamente importante em Cuidados Paliativos, para que todos falem a mesma linguagem e para que a autonomia do doente em relação ao seu plano de tratamento seja uma realidade (**Princípio do Respeito pela Autonomia**). A **conspiração do silêncio**, nesta doente resultou em crise de ansiedade e choro.

Parece-me que após este acontecimento a doente irá precisar de ainda mais atenção no processo de comunicação, dado que como revelou perdeu um pouco da confiança que tinha na equipa.

As filhas da doente que pretendiam proteger a doente, afirmam que a doente sempre recusou saber qualquer informação sobre o seu estado de saúde e a verdade é que esta nunca manifestou interesse em saber a evolução da sua situação clínica, apesar de lhe serem dadas oportunidades para o fazer. É um direito que tem e que deve ser respeitado se assim o desejar, mas a verdade é que nenhum elemento da equipa tinha esse conhecimento e as atitudes da doente durante os internamentos e nas consultas externas em nada o faziam perceber; no entanto parece-me ser uma prioridade nos cuidados a ter com esta doente – **Perceber o que pretende saber em relação ao conhecimento da sua doença** e depois de esclarecido, ser efectivamente respeitada a vontade da doente nunca deixando de lhe oferecer apoio incondicional bem como à sua família.

Bibliografia:

GONÇALVES, Ferraz et al. (2005). *Breaking bad news: experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese oncology centre*, Palliative Medicine, Vol 19, pág 526a 531.

PORTA, J; GÓMEZ-BATISTE, X; TUCA, A (2005). *Control de sintomas en pacientes com Cáncer avanzado y Terminal*, Madrid.

TWICROSS, Robert (2003). *Cuidados Paliativos*, 2ª Edição, Cimepsi, Lisboa, 2003

SANCHO, Gómez (2000). *Como dar las malas noticias en medicina (2ª Ed.)*, Edições Aran.

Reflexão – Fase Agónica

Uma mulher de 82 anos de idade está internada, com diagnóstico de tumor do colo do útero em fase avançada da doença. Fez Quimioterapia e Radioterapia paliativas. Viúva, tem 2 filhos adultos. Após a deterioração neurológica progressiva, a doente não deglute, está prostrada e pouco reactiva à estimulação (somente dolorosa, como a mobilização – emite esgar de desconforto). Os filhos procuraram a equipa intra hospitalar para discutir a necessidade de colocar um soro, pois pensavam que a doente iria morrer de fome e sede. A mãe pediu-lhes para falecer em casa e eles temem que isso não seja possível.

A falta de resposta ao tratamento com intuito curativo determina a progressão inexorável da doença e o agravamento gradual do estado de saúde do doente, até um processo de deterioração geral. Este período designa-se por agonia. Esta fase é uma etapa que tem grande impacto no doente, família e equipa. É um período de expressão de sentimentos, de despedidas, de conclusões, que carece intimidade e tranquilidade. O domicílio é certamente o lugar onde é garantido um suporte mais eficaz para a realização destas tarefas. Nesta situação foi possível fazer a referenciação da doente para uma unidade de cuidados paliativos, mas até lá a equipa garantiu o apoio domiciliário (visto que dificilmente a doente iria a tempo de ir para uma unidade). Para a doente é de extrema importância permitir-lhe um sentimento de segurança, de protecção, intimidade, proximidade do seu meio e daqueles que lhe são queridos. Para os cuidadores é o cumprir de mais uma tarefa que fazem essencialmente por amor, ainda que um certo sentimento de dever esteja também embutido.

A proximidade da morte e a inerente perda de laços afectivos gera, normalmente, a procura de maior suporte por parte dos familiares. Aqui as necessidades destes parecem agudizar-se, intensificam-se. A equipa tem que agora assegurar o controlo de sintomas, de forma a proporcionar o máximo de conforto e dignidade, mas ser flexível para se adaptar à diversidade de necessidades que parecem surgir nestes dias ou semanas finais.

Algumas situações poderão colocar aparentes dilemas éticos, que dizem respeito às decisões de parar os tratamentos considerados fúteis, inadequados e desproporcionados, como é o caso de hidratar artificialmente a doente. As decisões são sempre tomadas em equipa. Neste caso em particular a questão da comunicação parece-me fundamental. Considero que os familiares devem tanto quanto possível participar nas decisões adoptadas e nos cuidados prestados. Há que fomentar uma atitude preventiva, isto é informar e comunicar possíveis complicações e o desenvolvimento da doença. Foi necessário explicar a “simplificação” alimentar a que a doente iria ser sujeita para que esta acção não fosse interpretada como um desinvestimento ou abandono do doente.

Este caso fez-me questionar sobre a importância da comunicação num processo de doença crónica avançada, e necessariamente a prevenção de uma situação de luto complicado.

Ao longo de duas semanas acompanhei estes familiares cujo sentimento de perda é mais claro e a ansiedade parece que ia aumentando de dia para dia, acompanhada de incertezas e sensação de impotência. A relação que se foi criando com a família constituiu um vínculo central para o assegurar todo o apoio e indirectamente poder garantir cuidados de qualidade ao doente terminal.

Percepcionei que esta fase é claramente identificada como a fase de maior sofrimento – pela incapacidade de deglutir, de comunicar, de agir. Foi necessário esclarecer que esta é uma fase de transição, e que se os sintomas estiverem controlados esse sofrimento está certamente atenuado. Atenuado sim, visto que este compreende um conjunto de factores muito para além dos físicos. Por

isso mesmo foi importante reforçar a acção dos cuidadores, reforçar o quanto é importante a presença deles, a palavra, o gesto, o toque, ainda que não percepcionem resposta visível ou audível do outro lado. Ou seja a clarificação das necessidades de comunicação do doente foi importante: ainda que não falando, devemos fomentar a expressão de sentimentos, de emoções, de despedidas, o toque afectuoso, o acompanhamento nestes momentos. O doente mantém necessidades espirituais e emocionais. Este foi um aspecto importante para esta família, percepcionar que afinal ainda têm muito para fazer, e certamente foi fundamental para a doente.

O que foi feito:

Foi realizada uma conferência familiar, com a presença do doente, pois este mantém as suas capacidades cognitivas. Foi explorado o processo de morrer e as representações dos cuidadores principais.

Validou-se e respeitou-se as preocupações e medos.

Foi explicado as necessidades da doente naquele momento.

Foi garantido o apoio total ao doente e família.

Evolução:

Mante-se o controlo de sintomas. A doente não foi alimentada ou hidratada, pelas características da situação, não o justificarem – durante algum tempo foi mantida hipodermóclise.

A família apresenta-se serena, e presta cuidados para garantir o conforto da doente.

A doente morre serena, 3 dias após estar no domicílio.

Reflexão semanal (diário de campo) - de 16 a 29 de Janeiro

A prática clínica em contexto domiciliário tem continuado e tem sido importante a interacção com contextos pessoais e familiares tão distintos e complexos. A promoção da reflexão sobre alguns casos com a equipa e com a Enfermeira Orientadora, permitem-me uma melhor percepção das situações encontradas, nomeadamente dos processos de luto, uma melhor definição de estratégias e simultaneamente uma aceitação de limites de emoções e sentimentos presentes, que procuram ser explorados.

Estes dias de prática clínica compreenderam também, a escolha de uma pessoa a vivenciar um processo de luto para poder acompanhá-la. A escolha parecia fácil mas simultaneamente complexa... Não sei se fui eu, ou se foi a doente que me escolheu quando me confidencializou que gostava de “*conversar um pouco...*” O acompanhamento desta situação – D. Cidália - foi um desafio enorme, revestido de experiências únicas e enriquecedoras pela promoção da reflexão que se estabeleceu, pelo desenvolvimento de intervenções, pela exploração do vivido e do sentido.

A exploração da entrevista de ajuda, já desenvolvida em outros momentos da prática clínica, agora embeida de um pouco mais de experiência, a possibilidade de usar novas técnicas como formas de intervenção terapêutica (relaxamento e imaginação guiada), foram essências para a

compreensão da vivência pela qual a doente atravessa, e também fomentou o meu questionamento, a minha interrogação, a minha procura, a descoberta, a intervenção, compreensão e aceitação.

O que existe no sentido verdadeiramente existencial da palavra, não é a doença ou a perturbação. O que existe é um ser humano e a sabedoria exige que nós o vejamos e que nós o referenciemos antes de tudo o mais.

Tentar conhecer e compreender o outro é talvez uma forma de saudar a vida e dar-lhe um sentido...

Reflexão Semanal (diário de campo) – de 3 a 15 de Janeiro

Iniciou-se uma nova etapa da prática clínica. O desafio compreende agora a vivência da perda (das várias perdas inerentes a um processo de doença crónica em fase avançada e o risco de luto complicado) na especificidade que é o contexto do domicílio do utente. A complexidade das vivências que aqui se desenvolvem é enorme. A equipa de apoio domiciliário do Instituto Português de Oncologia de Lisboa é constituída por 4 enfermeiras e uma médica, existindo também uma administrativa e o apoio de uma assistente social. A Enfermeira Chefe, bem como 3 das enfermeiras e a médica que faz parte da equipa, estão em tempo “parcial” - isto é dividem o tempo entre o apoio domiciliário e a equipa intra-hospitalar – equipa esta que dá apoio a doentes paliativos na consulta externa (2 vezes por semana) e acompanha doentes internados.

Estas duas primeiras semanas permitiram-me tomar contacto com estas equipas tão pequenas numericamente, mas enormes nos desafios a que se propõem.

Neste período, ainda que curto, o contacto com a realidade do apoio domiciliário, fez-me compreender a importância desta equipa para os doentes não internados. Conhecer cada doente, tentar compreender as suas necessidades, as primordiais, as possíveis de atender, dado o estado avançado da doença oncológica é um caminho a percorrer que requiere uma introspecção e interacção profunda com aquele doente, com o seu contexto, com a sua família cuidadora. É difícil dissociar, neste ambiente, o doente do seu cuidador principal, é como se se tratasse de uma só pessoa, cada um com as suas particularidades, mas com necessidades similares. A simbiose é evidente, e ainda que possam estar em fases distintas de um processo de luto, com inúmeras perdas pelo caminho, as dificuldades descritas parecem emparelhar-se umas nas outras.

Foi possível perceber a diferença que esta visita corresponde para estes doentes e cuidadores. *“Chegaram as meninas que nos ajudam”, “Chegam as senhoras que vão tratar de ti...”* *“Precisava tanto de falar com vocês”* – frases como estas marcam o dia-a-dia destes profissionais, que cuidam do doente e necessariamente do cuidador. Os cuidados são físicos, são espirituais, são essencialmente do foro emocional. O acompanhamento de processos de luto predispõe a uma abertura emocional, a uma interacção tão profunda e tão única, com cada doente, com cada família, com cada realidade encontrada.

Na segunda semana de prática clínica, foi-me possível acompanhar alguns doentes que houvera visitado na semana anterior. As interacções estabelecidas permitiram-me elaborar algumas reflexões sobre o vivido e sentido, sobre o cuidar em processo de luto.

Um dos primeiros encontros foi com o “Sr. Raúl” doente com melanoma maligno, fez cirurgia e electroquimioterapia, actualmente com metastização vária. Encontra-se paraplégico por compressão medular devido à extensão tumoral. Tem uma lesão cervical (metástase) cujo penso é realizado diariamente pela equipa de apoio domiciliário. A cuidadora principal é a sua esposa que demonstra um apoio e ajuda incondicional. Tem 4 filhos, 2 estão ausentes no Dubai. É Engenheiro Químico. Têm bons recursos financeiros e dispõe do apoio de uma empresa privada para os cuidados de higiene. A serenidade com que o doente compreende e aceita a sua situação de doença e as perdas que vão ocorrendo chega a ser desconcertante. Houve previamente uma preparação por parte da equipa em relação ao desfecho e complicações que poderiam ocorrer com o Sr. Raúl. Esta antecipação nas respostas e questões, esta ajuda precoce certamente determinaram a forma como o doente está a encarar todo este processo. Totalmente consciente da sua situação, fala abertamente das suas perdas: *“as senhoras que vêm dar-me o banho, estão sempre a dizer que vou ficar melhor, que isto passa... tento ser educado, mas custa tanto, eu sei que não vou ficar bom, sei que vou piorar, até lá só quero ter alguma qualidade de vida, elas são umas queridas deixo-as falar...”* O Sr. Raúl e a esposa choram os dois sempre que a tristeza os invade, falam entre eles o que está a acontecer, o que sentem, que medos os invadem. A forma como estão a lidar com as perdas permite-lhes uma abertura de emoções e sentimentos que fomenta a ligação entre ambos, mas que também permite a vivência desta realidade de uma forma serena, sem conspiração do silêncio, sem omissão de coisa nenhuma. Inicialmente fui imediatamente invadida por um turbilhão de sentimentos e emoções ao percepcionar esta realidade. Pensei, como é possível a aceitação tão “pacífica” desta situação, que está a ocorrer de forma galopante, sem a exteriorização de uma raiva, de uma zanga... Eu própria senti essa “zanga” interior à medida que ia percepcionando os contornos desta vivência, nomeadamente quando de um dia para o outro surge a paraplegia, e o Sr. Raúl reagisse como já soubesse que iria ocorrer naquele dia. Talvez tivesse sentido necessidade de lhe dizer “zangue-se, também o pode fazer”. Posteriormente senti uma enorme sensação de paz e tranquilidade, percebi que provavelmente a fase da zanga já houvera passado, havia aceitação das perdas e a vivência desta realidade da melhor forma possível, e a melhor forma era sem dúvida viver o que há de bom, sentir o carinho da esposa que nunca o abandona, continuar a desenhar como ele tanto gosta, ler ou lerem-lhe os seus livros por forma a poder ainda contribuir para os seus projectos de trabalho. Com o passar dos dias a dor começou a acentuar-se, apresenta uma massa inter-costal, houve necessidade de aumentar os SOS. Esta é agora uma necessidade que a equipa quer ver atendida, é uma das prioridades.

Neste momento o Sr. Raúl foi internado por agravamento do estado geral e quadro algico não controlado. É seguido pela equipa intra-hospitalar.

Uma outra vivência do processo de luto que marcou ao longo destas semanas, diz respeito ao acompanhamento pela equipa intra-hospitalar da Sr.^a Emília. Doente seguida em consultas, e apoio domiciliário, agora internada por agravamento da situação. Tem de diagnóstico base adenocarcinoma da vulva com metastização inguinal. Doente em cuidados paliativos, fase terminal. Encontra-se consciente e orientada, com astenia marcada, cansaço fácil, edema generalizado, acamada. Sempre que é feita uma tentativa de diálogo relativamente à sua situação, esta recusa falar sobre o tema ou apresenta discurso relativamente à sua recuperação e regresso a casa. Doente encontra-se em fase de negação e revolta. O risco de luto complicado é explícito. Encontra-se com humor deprimido. Foi pedida a colaboração da psiquiatria, iniciou nova terapêutica. Em conjunto com a equipa intra-hospitalar foi tentada uma nova abordagem, por meio da entrevista de ajuda. A enfermeira recorreu à assertividade, e nesse momento o fáceis da Sr.^a Emília parece ter mudado. Fala pouco, mas é capaz de afirmar a complexidade e dificuldade da sua situação clínica. Reconhece ser difícil regressar a casa. Percebo nela um sofrimento interno. Está constantemente a pedir medicação para a dor, como que a fazer um apelo, nos dois dias a seguir. Passados esses dois dias, pouco comunica, refere que não tem dor, encontra-se prostrada, olhar vago, recusa alimentar-se, parece ter desistido. Procuro estar mais tempo junto dela, ainda que em silêncio, sinto-o como reparador. Talvez para mim, visto que pelo menos estou ali, já que o sentimento de impotência também me invadiu “o que faço eu agora para a poder ajudar?”, talvez seja isso mesmo estar aqui junto dela, estar efectivamente de corpo e alma ali, com uma presença efectiva, sinto que ela a percebe. O sofrimento prevalecia. Senti zanga e angustia por não poder fazer mais nada para a ajudar. O apoio marcado pela presença foi continuado. Faleceu no final da 2ª semana. Foi-me difícil este acompanhamento na fase agónica da doente, essencialmente porque percebi um sofrimento interno que dificilmente se conseguiria atender e compreender. Talvez também eu tenha revisto o meu sofrimento relativamente à impotência que senti nesta situação. No entanto, sinto-me agora tranquila porque sei que estive lá, procurei dar resposta ao que me foi possível, e isso é realmente o que podemos dar.

À priori, sempre pensei que ouvir más notícias fosse muito mais difícil do que transmiti-las, no entanto, com a aprendizagem contínua hoje penso que transmitir más notícias é muito difícil e exige sensibilidade e preparação.

De acordo com alguns autores, como Twycross, as más notícias são informações que vão alterar de forma radical e desagradável o futuro do doente... mas o verdadeiro problema reside na forma como se diz... e ... não somente no que se diz.

Ao comunicarem a esta doente que nada mais havia a fazer castraram a esperança que ela tinha naquele momento, no que ainda poderia viver no futuro, mesmo que não longínquo. Se dar más notícias causa consternamento mútuo, por outro lado, também nos dá a hipótese de nos

aproximarmos do doente e da sua família, procurando juntos uma forma de contornar as dificuldades. Se não se pode oferecer a cura, podemos oferecer conforto, alívio do sofrimento nos últimos momentos de vida. Não devemos mentir, mas devemos ter em atenção à quantidade de informação que damos e como a damos, ao que o doente quer saber e a forma como a transmitimos, não mentir, porém, nunca devemos retirar a esperança toda a um doente. O doente precisa nem que seja de uma esperança residual para poder viver...

Foram já duas semanas ricas de experiencias novas, que permitiram novas percepções, novas compreensões, novas aprendizagens.

Reflexão Semanal – de 13 a 17 de Fevereiro

Chegando ao término de mais uma prática clínica, a apreciação global desta etapa é positiva. Esta foi uma semana que compreendeu uma reflexão final relativamente ao que foi preconizado, desenvolvido e sentido. Foi-me possível desenvolver competências estruturadas no projecto e que assentam em alguns parâmetros nomeadamente: desenvolvimento pessoal e profissional, melhoramento da capacidade de relacionamento terapêutico, fomentação da acção tendo em conta o planeado, o avaliado e a implementação de intervenções promotoras da satisfação de necessidades identificadas e promoção da Saúde Mental.

O objectivo principal centrou-se na compreensão do processo de luto – percepção de momentos de crise, perdas envolvidas, desenvolvimento de acções e interacções capazes de promoverem mudanças positivas face à realidade e vivencias encontradas. Este compreendia um objectivo profissional, melhorar a minha prática de cuidados, mas também lhe estava implícito um objectivo pessoal – perceber o meu *eu*, que dificuldades, que emoções, que gestão, que interacção desenvolvia, o porque das mesmas, e o ganho de competências capazes de promover desenvolvimento nestes domínios. Promover crescimento no plano afectivo, social, fisiológico, espiritual e até material é um processo que norteia toda uma vida, e que está em construção e reconstrução permanente. Foi um desafio que aceitei, e a alegria de o ter vivido substitui qualquer medo que tivesse sentido neste percurso que se construiu por descobertas e melhoramento pessoal e profissional. Foi fundamental o compromisso de diálogo interno que procurei estabelecer, a percepção de valores e convicções, de sentimentos presentes, a construção e percepção de diferentes representações face à doença, face às perdas inerentes, a construção de uma relação a percepção da mesma, de forma sentida, profunda, verdadeira, assente na análise, na reflexão, na descoberta, a construção de intervenções capazes de promover *harmonia* no outro, e em mim mesma, fomentando satisfação de necessidades e promoção de saúde mental, o questionamento, a gestão do vivido, do sentido, da aprendizagem que se operou foram essenciais ao longo de todo

este percurso, e representam a consecução de objectivos delineados e o compromisso de um processo de mudança que se quer atempadamente para a melhoria dos cuidados prestados.

As pessoas com quem interagi, nomeadamente os utentes, com quem tive o privilégio de partilhar as suas vivências, de partilhar este processo de descoberta e conhecimento que se desenvolveu de forma mútua, constuíram o elemento central de todo este processo.

A possibilidade de desenvolver novas intervenções, cujos resultados foram significativos para o melhoramento da prática desenvolvida, permite-me hoje também traçar um plano para que estas sejam incutidas na minha prática clínica (como o relaxamento progressivo). Desenvolver um protocolo de luto (para o serviço onde exerço funções), que ajude o profissional na sua acção, como guia orientador, é também um trabalho que está em curso.

A apresentação / reflexão de cada caso clínico acompanhado, reporta-nos à importância dos cuidados prestados, da sua individualidade, da atenção que lhes dispensamos. Procurar perceber o sofrimento presente, foi também a minha possibilidade de escutar o *meu*, de estar mais atenta às necessidades “escondidas” de dar mais atenção aos aspectos profundos, não revelados, causadores de dor psíquica e emocional, permitiu-me a minha re-descoberta, permitiu-me facilitar no outro o seu conhecimento, permitiu-me desenvolver competências e dar-me conta do crescimento mútuo intrínseco à relação que se estabelece.

A interacção com os doentes é enriquecedora e implica uma grande capacidade de compreensão. Mas para atingirmos este nível de compreensão e aceitação, é muito importante investir na relação com o doente, onde cada pessoa pode ser encarada como uma estrutura biológico-psicológico-espiritual-sociológica única.

As mensagens deixadas, apelam a quem os ajude, a quem os procure compreender e ajudar a que eles se possam compreender a eles mesmos. É deste modo que eu considero a enfermagem como uma ciência humana e o processo de cuidar como actos humanitários e epistémicos significativos que contribuem para preservação da humanidade.

Desta forma, o cuidar em Saúde Mental e Psiquiatria assume uma importância peculiar, embora envolva o Ser Humano no seu todo, lida particularmente com a mente, o grande mistério da humanidade.

A prática desenvolvida no âmbito do internamento em psiquiatria foi fundamental para o ganho de novas competências e novas percepções.

Trabalhar com doentes em fase avançada da sua doença e vê-los lidar com a suas perdas, partilhar as dificuldades que os rodeiam obrigam-nos a crescer e reflectir sobre o sentido da vida, dos cuidados e de nós mesmos como profissionais e pessoas.

A busca pelo conhecimento deve impulsionar os profissionais de saúde na procura constante de meios e formas que possam melhorar a qualidade de vida dos doentes. Perante as dificuldades e as dúvidas com que me deparei ao longo do curso e da minha carreira profissional senti a necessidade de encontrar respostas para as minhas angústias, inquietações e práticas profissionais.

Este percurso surpreendeu-me pelas novas aprendizagens e pelo novo mundo que encontrei que será um instrumento fundamental para a excelência do cuidar. Posso afirmar como finalização que sou feliz por trabalhar, por ter o privilégio de trabalhar com estes doentes (em Cuidados Paliativos) por trabalhar em equipa, por me ser permitido uma descoberta permanente no contínuo processo de crescimento pessoal e profissional.

Reflexões Semanais – de 30 de Janeiro a 12 de Fevereiro

Estas duas semanas permitiram a continuação do trabalho desenvolvido anteriormente com a Dona Cidália. Por um lado dar continuidade ao acompanhamento já desenvolvido, e por outro dar também lugar a outras vivências, acompanhar dois doentes em situação paliativa, indicados pela equipa intra-hospitalar. O desejo de continuar a desenvolver intervenções (visto ter obtido alguns resultados benéficos com a Dona Cidália) por forma a melhor cuidar e ajudar a Pessoa em fim de fim, fez-me aceitar este novo desafio. A questão temporal infelizmente constitui um obstáculo ao desenvolvimento de algumas intervenções, no entanto, foi possível olhar, agir, estar, perceber e conseguir alguma mais-valia para estes doentes. Para mim foi fundamental o “aperfeiçoar” das intervenções psicoterapêuticas até agora desenvolvidas, a predisposição era total, e foi importante poder aplica-las na tentativa destas poderem integrar a minha prática diária de cuidados. Mas constitui muito mais que isto, foi enriquecedor poder desenvolver novas intervenções capazes de promover sentimentos de bem-estar no outro, foi doloroso entregar-me e emaranhar-me emocionalmente, mas foi um desafio que coloquei a mim mesma, que não está terminado, mas que já dá os seus frutos, e sem dúvida já permitiu dar-me conta de mim mesma (pelo menos em alguns importantes momentos), amadurecer emocionalmente e portanto melhorar a minha relação com o doente, numa entrega e presença muito mais verdadeira.

Os ganhos têm sido variados, mas de enorme significado pessoal e profissional. A orientação dada quer pela equipa intra-hospitalar / comunitária, quer pela Enfermeira orientadora de estágio tem constituído um recurso fundamental para a promoção da minha reflexão e questionamento.

Recordo uma situação importante que ocorreu em contexto hospitalar e que me deixou algo consternada e me levou de novo a lidar com a frustração. A Dona Virgília, uma doente em fase terminal da sua doença oncológica, foi internada numa situação de agravamento geral, e entrou em fase agónica passados poucos dias. A relação mãe-filha constituía a base de “sobrevivência” desta doente. A sua filha, encontrava-se emocionalmente frágil, com choro fácil, com uma dificuldade imensa em “deixar” a mãe. Até o facto de ir jantar com os filhos constitui-a para si um problema, porque *“eles não entendem, eles são maus, eu tenho que ficar com a minha mãe, não a posso deixar ir...”*. Estas palavras, suscitaram em mim uma zanga interior, pelo facto desta mãe não querer dar atenção aos seus filhos, como que a negligenciá-los, achando ainda que estes (de 4 e 7 anos) deveriam entender o seu sofrimento. Foi uma situação difícil de gerir. Procurei demonstrar

disponibilidade para dialogarmos, procurando explicar a dificuldade que uma criança tem em perceber o sofrimento do outro, mas demonstrando simultaneamente compreensão pela sua vivência. É uma pessoa que tem alguma dificuldade em se expressar, nomeadamente no que se refere a esta situação. Foi preciso ganhar alguma confiança, e transmitir apoio, ajuda e compreensão pelo seu sofrimento. As palavras que me proferiu resultaram de vários momentos de partilha. Procurei compreender o tipo de relação estabelecida. A mãe tinha sido “*tudo*” para ela, mãe, pai, amiga, companheira ao longo da vida. Existia uma simbiose difícil de explicar. Esta filha sabia o estado clínico da mãe, no entanto já conseguia falar comigo (e com alguns enfermeiros) do que sentia, mas não com a mãe. Achava que isso era algo impensável, e nunca o iria fazer. Esta forma de pensar e agir (conspiração do silêncio) percebi que em muito se devia à relação que manteve com a mãe. A Dona Virgília, também era assim no seu comportamento com a filha. Preocupava-me esta dificuldade em aceitar e “libertar” a mãe, preocupava-me a culpa que incutia nos filhos. A relação com o marido era boa, ele apoiava, estava sempre presente para ela, para a Dona Virgília, para os seus filhos. Preocupava-me a possibilidade de um luto complicado para ela e para as crianças. A zanga que senti inicialmente, transformou-se agora num desejo de compreender o sofrimento porque passa esta filha. Procurei estar mais presente, promover a ventilação emocional que parecia contida. Procurei também expressar a minha preocupação, revelar a minha inquietação, procurei não me encafiar nas limitações da minha compreensão e do meu saber. A exteriorização dos sentimentos revelou-se importante para esta filha que apresentou em alguns momentos maior serenidade. Não falou com a mãe sobre morte, chorou com ela, manteve-se presente até ao último momento. Talvez fosse esta a sua forma de enfrentar a perda, de lidar com ela. Os filhos continuavam a preocupar-me. Falei com o marido, pareceu-me consciente da situação e disposto a procurar ajuda se necessário. A Dona Virgília faleceu. A filha estava tranquila, com o sentimento de dever cumprido “*fiz tudo o que pude, o que sempre fizemos uma à outra, ela continuará comigo*”. Estas palavras revelaram serenidade, mas como seria daqui em diante? Sucederam-se telefonemas e visita da equipa comunitária pós- morte. A filha estava aparentemente tranquila, com capacidade de exteriorizar a sua tristeza, mas capaz de demonstrar aceitação face à perda. A relação com os filhos estava mais próxima. As crianças estavam a brincar na sala. Foi deixado de novo a possibilidade de acompanhamento, ao qual referiu “*para já não, sinto-me bem, triste, com muita dor, mas bem, porque sei que fiz aquilo que ela gostava que eu fizesse.*” Talvez as suas reacções de negação, de culpabilização, fossem a sua forma de expressar o sofrimento vivido, talvez fosse a intrínseca relação que as unia que ditasse a forma de ela agir.

As visitas e acompanhamento no luto (pós morte) dos familiares, foi um aspecto importante desenvolvido ao longo destas semanas. Outras situações de relevo compreenderam a leitura de cartas. A equipa de apoio domiciliário / intra-hospitalar recebeu uma carta de uma familiar de um doente falecido há dois meses. Esta carta continha duas folhas, uma escrita pelo familiar, outra pelo doente antes de falecer, onde eram descritos os sentimentos vividos na altura, feito o agradecimento

da ajuda disponibilizada, e a descrição do familiar relativamente à sua situação actual. Foi importante debater, reflectir em conjunto todos estes aspectos. Foi um momento importante de partilha, de interajuda, de possibilidade de outras discussões (outros casos e situações que marcaram os profissionais foram surgindo), na possibilidade que trouxe de novas aprendizagens e certamente de mais um passo para o crescimento individual de cada um. A reflexão sobre estruturas de apoio aos profissionais surgiu. Esta é uma realidade que seria importante debater e investir. A promoção de reflexões semanais ou quinzenais em conjunto já está lançada.

Os olhares são díspares para uma mesma realidade, a abordagem face à perda, depende da forma como nos relacionamos, como vivemos as experiencias, a possibilidade de ver o bom ou o mau dependerá dos conhecimentos de cada um, e da possibilidade de crescimento. Estas vivências possibilitaram-me isso mesmo, crescer. Estou agora mais atenta a mim, aos pormenores, á relação. Percebo que também vivencio sofrimento, percebo-o de uma forma diferente, aceito a dor e angustia, procuro trabalha-las, mas vive-las como partes de mim. Há maior compreensão do que sinto, e do porque do sentir, do que estou a dar ou não, na certeza que o cuidar, que cuidar assim faz de mim quem sou, e isso faz-me feliz.

Poder partilhar vivências com estes doentes, e com a equipa, foi perceber as luzes cintilantes que se podem acender na escuridão que parece percorrer o fim da vida. Foi “transformar-me” no pirilampo daquele momento, foi e é a contínua experiencia única de “ver” a vida, nesta oportunidade de crescimento.

ANEXO XX (A) – LUTO - FORMAÇÃO

	Luto
O PROCESSO DE LUTO <i>Reflexão e Apoio na Perda</i> Andrea Bidarra Lisboa, 2012	 ✦ Emoção / Sentimentos de pena ✦ Choque; ✦ Negação e isolamento; ✦ Desorganização; ✦ Negociação ✦ Reorganização / Aceitação Fonte: Kubler-Ross (1966); Worden (1996); CPE (2001); Teófilo (2008).

Luto	Luto
<u>Luto não complicado</u>  ✦ Centrado na perda ✦ Adequado / Sinais e sintomas ✦ Capacidade de lidar com sentimentos ✦ Resolução previsível ✦ Reacções – Aceitação e readaptação  <u>Luto complicado</u>  ✦ Disfuncional / Prolongamento ✦ Incapacidade ✦ Sintomatologia depressiva	Factores determinantes no luto  Importância e Natureza da relação Intervenção Suporte História de vida  Contexto Personalidade
Fonte: Freud (1960); Bowlby (1960); Rogers (2009)	

Luto	Luto
<u>Perda vs Apego</u> ✦ Laços emocionais ✦ Ameaça ✦ Reequilíbrio  Fonte: Worden (1996)	Será de facto um processo traumático ao ponto de se desejar evitável? Será o luto fundamental para o nosso desenvolvimento enquanto pessoa?

Luto	
<i>O luto profissional – Reflexão</i> <i>Discussão de Casos</i>	<u>PROCESSO DE LUTO SAUDÁVEL</u> • Aceitação da realidade da perda; • Elaboração da dor da perda; • Adaptação a um ambiente onde falta a pessoa ou objecto perdido; • Reposicionamento em termos emocionais, na continuação da própria vida.  FONTE: Worden (1998), Twycross (2003)

Luto	Luto
Objectivos do apoio no luto: • Ajudar o outro a perceber a perda; • Esclarecer sobre o processo de luto; • Facilitar a identificação e expressão de emoções; • Promover a adaptação à nova situação; • Identificar factores de risco associados; • Encaminhamento para profissionais especializados, se necessário.  FONTE: Perles C., Langan P., 2003	Competências de acompanhamento • Auto-conhecimento e capacidade de reflexão; • Escuta activa, empatia e congruência; • Tolerância e Disponibilidade emocional; • Conhecimentos teóricos e práticos sobre a temática.  <i>O luto, para além de cultural, religioso e social é pessoal, e por isso termina quando a pessoa não tem necessidade de reactivar a representação da pessoa ou objecto perdido</i>

Luto	Luto
• “Intervenções Especializadas face ao Luto” Exemplo de intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas no acompanhamento de pessoas em processo de luto: ❖ A Sr.ª Cidália; ❖ A Sr.ª M. Isabel; ❖ O Sr.º Dinis; ✓ <u>A Relação de Ajuda</u> ✓ <u>O Relaxamento</u> ✓ <u>A Imaginação Guiada</u>	• <i>Protocolo de Luto:</i> <i>proposta / apresentação</i>

“O Sol retira-se e a Noite vem... não tenteis detê-los mas descobri a saída...”
 DANTE

(apresentou-se a bibliografia de referencia)

ANEXO XX (B) - LUTO IPO

PLANEAMENTO DE FORMAÇÃO

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL E.P.E.



O PROCESSO DE LUTO

Reflexão e Apoio na Perda



“O sol retira-se e a noite vem...não tenteis detê-los mas descobri a saída...”

DANT

Módulos:

“Aspectos gerais sobre o Luto

(Perspectiva do Doente Oncológico, Família e Profissionais) ”

“Intervenções Especializadas face ao Luto” – exemplos de intervenções desenvolvidas em âmbito do estágio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental.

Proposta Protocolo de Luto.

FORMADOR: Andrea Bidarra;

RESUMO

A expressão de luto prende-se a uma multiplicidade de factores, comportamentos e sentimentos, dependentes da pessoa, sua cultura e essência. Este processo complexo surge numa associação de manifestações várias, na presença de sentimentos e emoções; sensações físicas; cognições e comportamentos.

Experiência paradigmática, constitui-se como um momento de crise e simultaneamente como uma oportunidade de crescimento. O seu reconhecimento e acompanhamento urgem na necessidade de intervenções cada vez mais efectivas e humanizadas.

PALAVRAS-CHAVE: Luto; Perda; Apego; Sofrimento; Crescimento

ABSTRACT

The expression grief it is arrested a multiplicity of factors, behaviors and feelings, dependents of the person, its culture and essence. This complex process appears in an association of manifestations several, the presence of feelings and emotions; physical sensations; cognitions and behaviors.

Paradigmatic experience, consists as a crisis moment and simultaneously as a growth chance. Its recognition and accompaniment are urgent in the necessity of interventions each more effective and humanizadas time.

KEY WORDS: Grief; Loss; Attachment; Suffering; Growth

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge, sob a forma de artigo académico, como um exercício assaz e complexo de conhecimento, na reflexão sobre o luto enquanto um processo.

De facto ao longo da vida deparamo-nos com situações novas, com ameaças à estabilidade, no confronto com a nossa fragilidade e finitude. Momentos significantes que nos obrigam a fazer lutos, a repensar a vida, a adoptar nossos papéis.

O sentimento de perda é comum a todos e único em cada pessoa, com significados específicos para cada qual, em cada fase da vida. Parece-nos assim importante que todos possamos sentir e viver esses lutos, assumindo-os como desafios, procurando a adaptação.

O luto não patológico é centrado na perda e é aí que se distancia do patológico, na capacidade de lidar com os sentimentos resultantes. A depressão por sua vez, presente no patológico, ganha contornos de perda generalizados. Diz-nos Freud (1923) que o luto é um processo natural e que não deve ser confundido com a melancolia (i.e. depressão), uma vez que no luto normal está ausente a

perturbação da auto-estima, o desânimo profundo penoso, a inibição de qualquer actividade e a cessação do interesse pelo mundo.

De acordo com a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (2005) o luto surge-nos como uma emoção com características específicas: sentimentos de pena, associados a uma perda significativa ou morte, antecipatória ou real; choque e descrença, aperto na garganta e no peito, falta de ar, mau estar abdominal (i.e. Estadio de Choque); Exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia, reacções de perda e trabalho de luto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, negação, raiva (i.e. Estadio de Reacção); Adaptação, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da perda de facto, ausência de stresse somático, expressão de expectativas positivas quanto ao futuro (i.e. Estadio de Aceitação).

Esta característica fásica do processo de luto é também considerada por variados autores, como Parkes e Bowlby citados por Worden (1998); Twycross (2003), entre outros. Também Kubler Ross (1985) se refere ao luto face à morte como decorrente habitualmente em cinco estadios: a negação e isolamento; a raiva; a negociação (i.e. barganha); a depressão; e a aceitação.

Como factores determinantes na vivência, mais ou menos intensa, do luto encontramos a importância conferida ao objecto/pessoa; a natureza da relação; a história de vida; os factores sociais; a personalidade, entre outros.

Reflectir sobre o que fica depois do adeus...depois da separação, do confronto, da mágoa, do sofrimento e principalmente da mudança constitui-se como o objectivo principal deste trabalho, na necessidade reconhecida de aconselhar e facilitar o luto não complicado, de prevenir e sobretudo de olhar com outros olhos para um momento de crise também ele indutor de crescimento pessoal.

DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

O LUTO ENQUANTO PROCESSO

Falar de luto é falar da perda de um objecto significativo, real ou simbólico. É falar de pessoas que idealizam, sofrem e crescem. É sobretudo falar dos nós e laços frágeis e fortes que nos prendem aos outros e a nós próprios e que se quebram num indesejado, ou aí talvez não, momento de crise. Indiscutível é o facto de que todas as pessoas sofrem um desequilíbrio com as perdas que vivenciam, ainda que de forma distinta, em maior ou menor grau.

Marilyn Relf referenciada por Twycross (2003) partilha que chorar não é esquecer. É um desfazer de algo permanente e valioso que pode e deve ser recuperado e assimilado a partir da perda. Considera o fim como uma dádiva, porque quem perde e chora se tornará mais forte. Mas este processo é semelhante ao de todo o nascimento humano, doloroso e longo, eivado de perigos.

A vivência de uma perda, na perda de uma pessoa, de uma relação, de um bem, de um ideal ou crença, de partes do corpo, de capacidades ou mesmo da própria auto-imagem, leva frequentemente a uma reacção depressiva (Fisker; Strandmark, 2007). Swann (1989) descreve esta

reação como perturbadora e complexa. O sentimento de perda pode ser pessoal (i.e. vivido como ameaça à integridade da pessoa); grupal (i.e. vivido por um grupo de pessoas) e múltiplo (i.e. num curto espaço de tempo decorrem várias perdas em simultâneo).

Numa abordagem fenomenológica Pio Abreu (2006) defende que aquilo que se perde é algo significativo que se possuía, ou seja que se tinha à disposição de forma permanente, como que se de uma extensão de si próprio se tratasse. Desta forma a perda surge-nos associada à vulnerabilidade da pessoa, na separação e na consciencialização da finitude mas também nos surge ligada à luta e ao crescimento pessoal.

Diz-nos no entanto Worden (1998) que uma perda só pode ser compreendida na sua plenitude se associada ao comportamento humano e ao significado do apego. Em referência à teoria do apego de Bowlby refere que os seres humanos estabelecem relações, criam laços emocionais com o outro, na necessidade de protecção e segurança. Dirigem-nos a pessoas específicas e tendem a durar a maior parte da vida. Desta forma o comportamento de apego tem um verdadeiro valor de sobrevivência.

Quando este comportamento é sujeito a ameaça é normal surgirem reacções específicas, cuja intensidade e variação depende, como nos parece obvio, do potencial da perda e da intensidade da relação (i.e. apego).

Em referência a Freud, Pio de Abreu (2003), considera uma série de componentes tendencialmente sequenciais na reação ao luto, que podem resultar a seguir a uma perda, como o choque, a negação, a depressão, a culpabilidade, a ansiedade, a agressividade e a reparação. Na verdade se a pessoa se dispuser a continuar e a lutar face à ameaça existirá uma procura simultânea de reequilíbrio, na utilização mais ou menos eficaz, mas sempre importante, dos mecanismos de coping. O referido autor acerca desta “disposição” acrescenta que aumentará as interacções com o meio e a possibilidade de novos ganhos.

Engel, referenciado por Worden (1998) argumenta que o luto é um processo psicologicamente traumático que corrompe com o equilíbrio homeostático e que ocorre até que a restauração da função possa acontecer. Mas será de facto um processo traumático ao ponto de se desejar evitável? Será o luto fundamental para o nosso desenvolvimento enquanto pessoa?

Não representando um estado, já que exige esforço e investimento, o luto é considerado um processo sendo simultaneamente uma emoção social. E como emoção surge-nos associado a outras emoções muitas vezes num emaranhar difícil de identificar. Um emaranhar de emoções negativas é certo, como por exemplo a tristeza, a ansiedade ou desespero mas também positivas como a esperança realista e a empatia, sendo também passível de se relacionar com estados de fundo, como o auto-conhecimento.

Relf referenciada por Twycross (2003) considera que o luto não é apenas emocional, sendo também uma experiência física, intelectual, social e espiritual, afectando os sentimentos mas também os comportamentos, inerentes à separação e à dor. Por outro lado enquanto crise pessoal proporciona

um novo discernimento, modifica a forma de compreender o mundo e possui um importante impacto formativo. Será certamente a maior crise a enfrentar e enquanto processo de transição, termina quando a realidade de um evento externo é interiorizada.

Segundo Worden (1998) e Twycross (2003) para que o processo de luto decorra de forma saudável, deve ser composto por quatro tarefas básicas: a aceitação da realidade da perda; a elaboração da dor da perda; a adaptação a um ambiente onde falta a pessoa ou objecto perdido e o reposicionamento em termos emocionais, na continuação da própria vida.

O trabalho de luto exige pois um investimento dos técnicos de saúde mas sobretudo da pessoa e família. Exige energia, no sofrimento da perda, na sua assimilação mas também na sua reconstrução, num verdadeiro “pôr à prova” das competências pessoais e familiares (Subtil; Gomes, 1997).

Uma das primeiras coisas a fazer no processo de luto passa por enfrentar a realidade, no entanto será de prever a existência de negação, que pode ter vários níveis e formas, desde uma leve distorção até à desilusão completa. Costumes sociais, rituais como o funeral ou a confrontação com a perda são encarados por diversos autores como promotores da aceitação, na validação da mesma. O reajuste e o reforço do reajuste a um novo ambiente, físico e emocional, é fundamental, na adopção, sempre que necessária, de novos papéis.

CONCLUSÃO

Num mundo onde a religião e as crenças imperam, muitos dos significados sobre a vida e a morte, ficam dependentes da importância pessoal dada por cada profissional, a cargo da sua consciência moral e tal facto deveria constituir para todos nós motivo de reflexão. Vivemos a vida mas tal facto não deve diminuir a importância a dar à morte, à vulnerabilidade, à ameaça.

Os profissionais de saúde devem ter uma orientação antecipatória, conhecer cada doente, despende de tempo, reconhecer a unicidade de cada um. Não devem jamais comparar tragédias e uniformizar comportamentos, porque cada um vive e expressa o luto de forma diferente...sua. O luto, para além de cultural, religioso e social é pessoal, e por isso termina quando a pessoa não tem necessidade de reactivar a representação da pessoa ou objecto perdido de forma exagerada e limitante para si própria. Ou seja termina quando a pessoa reinveste as suas emoções na sua vida, adaptando-se a novos papéis. A sua vivência e respostas surgem sob a forma de etapas e processos dinâmicos, humanos e jamais estandardizados ou redutores da experiência humana. Parkes (1998) considera mesmo que as pessoas em luto retrocedem e avançam, entre a fixação e o desespero, antes de chegarem à reorganização.

Como diria Durmont de Andrade “*de tudo fica um pouco...*”, que nos fique a certeza de que depois do adeus fica a dor mas também a força, fica a saudade mas também a verdade do ser, fica a fragilidade mas também a essência do que é parecer e ser pessoa.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Pio J.L. (2006). **Introdução à Psicopatologia Compreensiva**. (4ª edição). Coimbra: Fundação Caloust Gulbekian – Serviço de Educação e Bolsas.
- FREUD, S. (1923). **Luto e Melancolia**. Obras Completas.
- FISKER, T.; STRANDMARK, M. (2007). "Experience of Surviving Spouse of terminally ill spouse: a phenomenological study of an altruistic perspective", **Scandinavian Journal of Caring Sciences**. Sweden: 21 (2), 274-281. «
<http://ejournals.ebsco.com/direct.asp?articleID=42D998B63713014FE96F>»
- JARDIM, T.M. (2006). "Lidar com a perda: a vida após a morte", **Servir**. Lisboa: 54 (4), 199-202.
- KUBLER-ROSS, E. (1985). **Sobre a morte e o morrer**. (2ª edição). S.Paulo – Brasil: Martins Fontes.
- PARKES, C.M.; LANGANI, P.J (2003). **Morte e Luto através das culturas**. Lisboa: Climpesi.
- PARKES, C.M. (1998). "Lidar com a perda – o Luto na idade adulta", **Psiquiatria na Prática Médica**. Lisboa: 11 (3), 41- 47.
- SUBTIL, C.; Gomes, C. (1997). "Do que morre aos que ficam – formação e práticas de enfermagem", **Sinais Vitais**. Coimbra: 14, 1-21.
- SWANN, A. (1989). "O homem e o luto", **Nursing**. Lisboa: 13.
- TWYLCROSS, R. (2003). **Cuidados Paliativos**. (2.ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- WORDEN, W. J. (1998). **Terapia do Luto – Um manual para o profissional de saúde mental**. (2ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXO XXI - ESCALA LUTO PROLONGADO

Instrumento de Avaliação de Luto Prolongado (PG-13) elaborado por Prigerson et al. (Prigerson, 2007)

Escala que resulta de um consenso entre a evidência empírica e um painel de peritos em luto, representando o culminar de vários anos de estudo para documentação clínica da Perturbação de Luto Prolongado como uma entidade nosológica distinta. A avaliação da severidade das manifestações de luto permite então evitar que se rotule como patológica uma reacção normal e, por outro lado, favorece o reconhecimento do sofrimento e da necessidade de garantir suporte para um melhor ajustamento à situação de perda. Escala validada para Portugal em 2010 (Delalibera, 2010), para cuidadores enlutados.

INSTRUÇÕES DA PARTE I: Assinale a sua resposta em relação a cada item:

1. No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa que perdeu?

- _____ 1= Quase nunca
- _____ 2= Pelo menos uma vez
- _____ 3= Pelo menos uma vez por semana
- _____ 4= Pelo menos uma vez por dia
- _____ 5= Várias vezes por dia

2. No último mês, quantas vezes sentiu intensa dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de angústia relacionados com a relação perdida?

- _____ 1= Quase nunca
- _____ 2= Pelo menos uma vez
- _____ 3= Pelo menos uma vez por semana
- _____ 4= Pelo menos uma vez por dia
- _____ 5= Várias vezes por dia

3. Relativamente às questões 1 e 2, teve essa experiência pelo menos diariamente, por um período de, pelo menos, 6 meses?

- _____ Não
- _____ Sim

4. No último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe recorda que a pessoa faleceu?

- _____ 1= Quase nunca
 _____ 2= Pelo menos uma vez
 _____ 3= Pelo menos uma vez por semana
 _____ 4= Pelo menos uma vez por dia
 _____ 5= Várias vezes por dia

5. No último mês, quantas vezes se sentiu atordoado/a, chocado/a ou emocionalmente confundo/a pela sua perda?

- _____ 1= Quase nunca
 _____ 2= Pelo menos uma vez
 _____ 3= Pelo menos uma vez por semana
 _____ 4= Pelo menos uma vez por dia
 _____ 5= Várias vezes por dia

INSTRUÇÕES

DA PARTE II: Ligeiramente Razoavelmente Bastante Extremamente

Em relação a
 cada item,
 indique como
 se sente
 habitualmente.

Envolva com
 um círculo, o
 número

adequado à sua
 situação. Não,
 de todo

6. Sente-se	1	2	3	4	5
confuso/a					
quanto ao					
seu papel na					
vida ou					
sente que					
não sabe					
quem é (i.e.,					
sente que					

uma parte
de si
morreu)?

7. Tem tido	1	2	3	4	5
dificuldade em aceitar a perda?					

8. Tem tido	1	2	3	4	5
dificuldade em confiar nos outros desde a perda?					

9. Sente	1	2	3	4	5
amargura pela sua perda?					

10. Sente	1	2	3	4	5
agora dificuldade em continuar com a sua vida (por exemplo, fazer novos amigos, ter novos interesses)?					

11. Sente-se	1	2	3	4	5
emocionalm ente entorpecido desde a sua perda?					

12. Sente	1	2	3	4	5
que a sua					
vida é					
insatisfatória					
, vazia ou					
sem					
significado					
desde a sua					
perda?					

INSTRUÇÃO
ES DA
PARTE III:
Assinale a
sua resposta
em relação a
cada item.

13. Sentiu
uma redução
significativa
na sua vida
social,
profissional
ou em outras
áreas
importantes
(por
exemplo,
responsabili-
dades
domésticas)
?

_____ Não

_____ Sim

Critérios de Diagnóstico da Perturbação de luto prolongado

1. Morte de um ente significativo há, pelo menos 6 meses;
2. Experiencia intensa e diária de ansiedade de separação;
Itens 1 e 2: grau de severidade 4 ou 5.
3. Experiencia intensa e diária de ansiedade de separação por um período de 6 meses consecutivos;
Item 3: resposta afirmativa.
4. Sintomatologia cognitiva, comportamental e emocional intensa;
Itens 4 a 12: 5 sintomas com grau de severidade de 4 ou 5.
5. Significativa disrupção do funcionamento social e ocupacional;
Item 12: Resposta afirmativa.

ANEXO XXII - AVALIAR O CUIDADOR E DO DOENTE - RISCO DE LUTO COMPLICADO

Avaliar o Cuidador:

<u>Domínios Potenciais</u>	<u>Exemplos do que avaliar</u>
<i>Contexto prestação cuidados</i>	Características demográficas básicas acerca do cuidador e daquele que recebe os cuidados – e.g., idade, género, etnia, relação entre ambos, “ <i>living arrangement</i> ” do que recebe os cuidados, emprego do cuidador.
<i>Conhecimento</i>	Compreensão, diagnóstico, curso da doença/perturbação, opções de cuidados, informação necessária para ajudar em algumas tarefas específicas de prestação de cuidados (e.g., informação acerca da gerência da medicação).
<i>Nível funcional do que recebe os cuidados</i>	Capacidade daquele que recebe os cuidados para desempenhar as actividades diárias (e.g., tomar banho, vestir), ou actividades instrumentais (e.g., usar o telefone); frequência da ajuda do cuidador em ambas as actividades; limitações funcionais e impacto no cuidador (e.g., o quanto difícil, cansativo ou aborrecido é dar banho ao doente). Frequência da ocorrência de problemas comportamentais e de memória e a reacção do cuidador a problemas específicos do comportamento.
<i>Tarefas de cuidados e competências</i>	Quantidade total de horas dispendidas pelo cuidador nas tarefas de prestação de cuidados e supervisão. Assistência das tarefas efectuadas pelo cuidador podem incluir encontrar informação, fazer cuidados pessoais, supervisionar, administração de medicação, usar equipamento médico, dar injeções, providenciar suporte emocional, etc. Competências específicas de prestação de cuidados podem incluir estratégias de comunicação, gerência de comportamentos, capacidade de tomar decisões e de coordenar os cuidados e a supervisão.
<i>Saúde</i>	Avaliação da saúde física geral; identificação de problemas de saúde específicos do cuidador; questões sobre o uso de drogas ou álcool. Avaliação da depressão; ansiedade; raiva; ideias de suicídio; problemas de bem-estar.

<i>Suporte social</i>	Suporte informal - família e amigos, e suporte formal - casa e comunidade recebido pelo prestador de cuidados. Percepção subjectiva do prestador de cuidados sobre se o suporte é adequado e a satisfação do mesmo.
<i>Informação financeira, legal e laboral</i>	Se o cuidador teve que se desempregar, qual a condição financeira, se o cuidado era um trabalhador activo.
<i>Estratégias de coping</i>	Problema-questões emocionais-estratégias utilizadas; religião; passatempos
<i>Confiança e competência no papel do cuidador</i>	Percepção da sua competência e do grau de auto-confiança como prestador de cuidados
<i>Valores e preferências</i>	Perspectiva do cuidador bem como do cuidado sobre a vida do dia-a-dia bem como do fim da vida.
<i>Aspectos positivos da prestação de cuidados</i>	O prestador de cuidados sentir-se mais útil, sentir que é necessário, aprender estratégias, encontrar mais sentido na vida.
<i>Forças</i>	Forças existentes ou estruturadas, recursos ou capacidades do prestador de cuidados.

Fonte: a própria

Tipologia das Famílias – aspectos a avaliar

Funcionamento					
Bom	Intermédia		Disfuncional		
Adaptada 33%	Resolução de Conflitos 20%	20 – 33%	Depressiva 9-18%	Hostil 6- 12%	
Coesão	Alta	Alta	Moderada	Moderada	Baixa
Conflito	Baixo	Moderado	Baixo	Moderado	Alto
Expressividade	Alta	Alta	Moderada	Moderada	Baixa
Características	-Ausência de conflito	-Tolerância das diferentes opiniões -Diagnóstico construtivo	- Risco de deterioração quando confrontada com acontecimentos relevantes	-Conflito contido -Raiva silenciada -Controlo da vida familiar -Procura de ajuda	-Comunicação Ineficaz, caótica -Relação fracturada -Resistência a pedir ajuda
Morbilidade Psicológica	-Dor mental partilhada e com suporte mútuo	-Dor mental menos intensa	-Razoável Ajustamento social -Dificuldades de lidar com a mudança	-Depressão (dificuldades em lidar com sentimentos ambivalentes e negativos)	-Depressão -Stress pós-traumático

Tipos de Luto	-Adaptativo	- Adaptativo	- Inflexível	-Distorcido -Excesso de culpa, raiva, idealização	-Amplificado -Mal-estar, caos
----------------------	-------------	--------------	--------------	--	----------------------------------

Fonte: Barbosa, 2010

Avaliar o doente e o risco de desenvolver luto complicado:

<u>Domínios Potenciais</u>	<u>Exemplos do que avaliar</u>
<i>Circunstâncias da Doença</i>	Como ocorreu, como foi comunicado o diagnóstico, intervenções feitas.
<i>A nível afectivo</i>	Expressa a vivência da perda, comunica emoções e sentimentos, ou falta de resposta emocional, irritabilidade excessiva.
<i>A nível cognitivo</i>	Compreensão, diagnóstico, curso da doença/perturbação, opções de cuidados. Age como se nada estivesse a acontecer, diferencia ou não aspectos positivos ou negativos.
<i>A nível físico</i>	Perda gradual da autonomia – como gere este aspecto.
<i>A nível social</i>	Capacidade ou não de manter relações, isolamento, sentimentos de solidão e vazio.
<i>Vulnerabilidade</i>	História pessoal – experiência acumulada de perdas anteriores, estilos de vinculação, perturbação mental existente.
<i>A nível existencial - espiritual</i>	Sentimento de vazio, sem significado o seu presente. Sentimentos de culpa, frustração, visão atormentada de si e do mundo.
<i>Redes de Apoio</i>	Suporte informal - família e amigos, e suporte formal – casa e comunidade. Apoios funcionais ou disfuncionais, projectos truncados. Bom ou mau contacto com os serviços de saúde.
<i>Estratégias de coping</i>	Problema-questões emocionais-estratégias utilizadas; religião; passatempos
<i>Confiança e competência no papel do cuidador</i>	Percepção da competência do cuidador e do grau de confiança no seu prestador de cuidados.
<i>Valores e preferências</i>	Perspectiva do doente de como quer ser cuidado. Perspectiva sobre a vida do dia-a-dia bem como do fim da vida.
<i>Forças</i>	Forças existentes ou estruturadas, recursos ou capacidades.
<i>Intervenções realizadas</i>	Avaliação das mesmas.

Fonte: a própria

ANEXO XXIII - PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO LUTO

Protocolo de actuação

APOIO NO LUTO

**4º PISO - Serviço Cirúrgico de Ginecologia, Cirurgia Plástica, Urologia e Internamento de
Pneumologia**

INTRODUÇÃO

LUTO:

Resposta emocional, comportamental, social e funcional a uma perda de um objecto significativo. É um processo, não um caminho linear (Barbosa, 2006).

OBJECTIVOS DO APOIO NO LUTO:

- ☐ Ajudar o outro a perceber a perda
- ☐ Esclarecer sobre o processo de luto
- ☐ Facilitar a identificação e expressão de sentimentos
- ☐ Estimular a identificação e mobilização das estratégias de coping
- ☐ Promover a adaptação à nova situação
- ☐ Identificar factores de risco, procedendo, sempre que necessário, a encaminhamento para profissionais especializados

APOIO NO LUTO:

PROCESSO

ANTES DO FALECIMENTO:

Inicia-se aquando da admissão da pessoa cuja a sua situação de doença é descrita como paliativa:

- ☐ Caracterizar a família
- ☐ Identificar factores preditores de risco (Adulto)
- ☐ Identificar factores preditores de risco (Criança/Adolescente)
- ☐ Envolver doente e família/cuidadores nos cuidados
- ☐ Informar gradualmente o doente e família/cuidadores sobre a situação de doença
- ☐ Avaliar as necessidades e dificuldades do doente e família/cuidadores
- ☐ Potenciar os recursos de que dispõe
- ☐ Informar sobre os recursos da comunidade
- ☐ Elaborar um plano de cuidados adequado às necessidades reais do doente e família / cuidadores
- ☐ Promover momentos de descanso aos cuidadores
- ☐ Favorecer a expressão e ventilação de sentimentos

- ☐ Facilitar a partilha e promover o fortalecimento dos laços afectivos
- ☐ Alertar para aspectos burocráticos
- ☐ Promover e garantir o controlo adequado de sintomas

AGONIA:

- ☐ Promover e garantir o adequado controlo de sintomas
- ☐ Informar paulatinamente sobre a progressão da situação (esclarecer sinais e sintomas)
- ☐ Reforçar objectivos terapêuticos
- ☐ Valorizar o trabalho desenvolvido
- ☐ Facilitar a partilha de dúvidas e angústias
- ☐ Informar sobre a normalidade dos sentimentos experienciados
- ☐ Facilitar a vivência espiritual
- ☐ Orientar e promover a despedida
- ☐ Esclarecer aspectos burocráticos
- ☐ Garantir disponibilidade da equipa

APÓS O FALECIMENTO:

- ☐ Facilitar a percepção da perda na família cuidadora
- ☐ Promover a adaptação à perda

Primeiras 24 horas

- ☐ Confirmação do óbito
- ☐ Prestação de cuidados ao corpo
- ☐ Transmissão da solidariedade da equipa

Primeira/Segunda semana

- ☐ Contacto telefónico e programação de visita de luto com a equipa de apoio domiciliário (caso a pessoa fosse seguida por esta – articulação com o serviço)

Visita de luto ou acompanhamento por contacto telefónico(se não for possível outra via)

- ☐ Favorecer a expressão de pensamentos, sentimentos e emoções
- ☐ Reforçar a normalidade do processo de luto
- ☐ Promover a implementação de estratégias de coping
- ☐ Facilitar a análise da experiência vivida
- ☐ Favorecer a estruturação de objectivos futuros
- ☐ Reavaliar apoios socio-familiares

- ☐ Garantir disponibilidade
- ☐ Programar nova visita
- ☐ Encaminhar para profissionais especializados, se necessário

Três meses

- ☐ Reavaliar evolução do processo de luto (contacto telefónico)
- ☐ Encaminhar para profissionais especializados, se necessário

Seis meses

- ☐ Reavaliar evolução do processo de luto (contacto telefónico)
- ☐ Encaminhar para profissionais especializados, se necessário

Um ano

- ☐ Reavaliar evolução do processo de luto (contacto telefónico)
- ☐ Encaminhar para profissionais especializados, se necessário
- ☐ Se processo de luto decorrer dentro da normalidade, concluir relação terapêutica

NOTA:

Este acompanhamento de um ano poderia ter a colaboração da Psicóloga do Serviço – Dr.^a Susana; Seria oportuno eleger um elemento (Enfermeiro coordenador ou outro) que se responsabilizasse pela criação de um dossier onde ficassem os dados do utente e família para acompanhamento.

COMPETÊNCIAS PARA ACOMPANHAR NO PROCESSO DE LUTO

- ☐ Capacidade de empatia
- ☐ Capacidade de contenção
- ☐ Atitude e ideologia tolerantes
- ☐ Capacidade de introspecção
- ☐ Estabilidade emocional
- ☐ Possuir conhecimento dos processos de luto e das respostas e rituais sociais perante a perda
- ☐ Suficiente experiência de vida para poder relativizar as suas próprias experiências e crenças e as do enlutado
- ☐ Fazer, se possível, supervisões das situações mais complexas
- ☐ Conhecer os seus limites

ANEXO XXIV- CONCEITO DE ACOMPANHAMENTO

Acompanhamento

A definição de acompanhamento tem sido alvo de muitas “interpretações” e com frequência ela surge no contexto da literatura paliativa. Segundo os autores, o acompanhamento é definido como uma abordagem que alie os cuidados técnicos e uma dimensão relacional. “Acompanhar (...) é percorrer uma parte de um caminho ao lado de alguém até um destino cuja natureza desconhecemos. Não se trata de lhe propor percorremos o caminho...” (RAVEZ, 1998) No seu comentário o autor especifica que acompanhar não é colocar-se no lugar do outro, é isso sim, estabelecer uma distância entre si e o outro, distância essa indispensável à relação. O acompanhamento é dialéctico quer dizer que “o acompanhado e o acompanhante recebem um do outro”. Esta abordagem permite aos prestadores de cuidados situarem o acompanhamento no campo das suas competências e evita, desta forma, uma concepção puramente espiritualista que faria do acompanhamento um caminho iniciático para a morte. É neste contexto e segundo esta perspectiva que me situo e que desenvolvi a minha intervenção. O acompanhamento define-se em função do que engloba da relação entre os que prestam cuidados e os que os recebem: uma competência profissional, uma escuta respeitadora e uma comunicação verdadeira com o doente e com os que lhe são próximos. (LMAU, 1996) Esta definição apresenta a relação de cuidados que se estabelece entre a equipa e o doente, sob a forma de um contracto terapêutico em que a avaliação, e o tratamento dos sintomas são colocados como pressupostos a qualquer forma de apoio relacional do próprio doente e dos que o rodeiam.

RAVEZ, L. (1998) ***Valeurs et fondements de l'accompagnement***. Conferencia realizada perante os membros do conselho de administração da SFAP (não publicada).

LMAU, M-L. (1996). ***“Les grands axes de l'accompagnement”***. In: Manuel de soins palliatifs, Dunod, 2ª edição, Paris, p. 80-85.

Falar de acompanhamento “na vida” mais do que “para a morte”, não é um simples artifício retórico, denotado de uma atitude ética radicalmente diferente. Estar na vida, é dar uma grande importância a tudo o que altera ou perturba esta qualidade de vida. É assegurar a continuidade de cuidados de manutenção da vida e colocar a questão da sua utilidade relativamente à tolerância da pessoa e não à data previsível da sua morte. Trata-se de organizar actos de vida, de emitir desejos. Escolher acompanhar na vida é permitir ao doente suportar esta etapa, se possível superá-la. Não compete a quem cuida dar o sentido ao outro, compete-lhe clarificar o que faz sentido nos cuidados e na relação, apesar das perdas, das alterações a que está sujeito, dos fracassos terapêuticos, e da

impotência para aliviar completamente o sofrimento vivenciado. É isto que guia as acções: escuta activa, percepção de necessidades, alívio de sintomas, apoio na realização de projectos de cada dia... Acompanhar é permanecer em relação com o outro que percorre um caminho difícil.

Caminhar no pré-luto é um tempo primordial que amortece o choque do momento da morte e facilita o processo do trabalho de luto propriamente dito. Acompanhar o que vive, é as vezes tão simplesmente, respirar ao pé dele. Ligar-se ao biológico é permitir enfrentar o vazio, o aborrecimento, a já ausência... Neste processo de acompanhamento restituímos um tempo, que não nos pertence, ao doente e família. Impomo-nos a viver o dia-a-dia ajudando o doente e família a procura-lo e dar-lhe sentido. (SCHAERER, 1996)

SCHAERER, R., 1996. ***“Docteur, vous lui donnez combien?”***. In: JALMALV, *Le temps qui dure, le temps qui reste*, nº47, Dezembro.

ANEXO XXV - REFLEXÃO E ANÁLISE - ACOMPANHAMENTO NO LUTO - INTERVENÇÃO E INTERACÇÃO

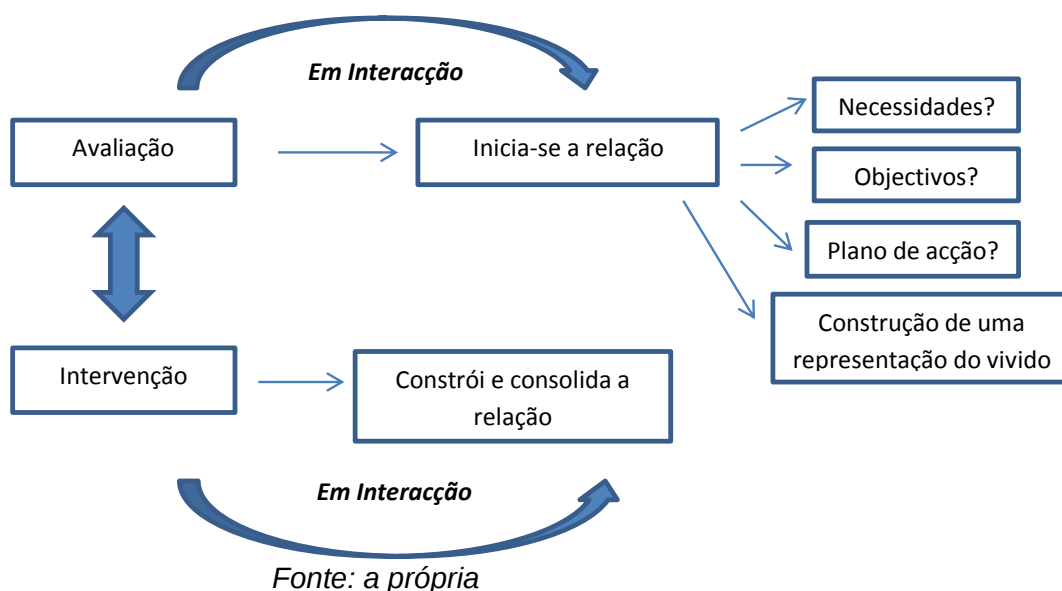
Na fase final de vida, a dor e o sofrimento são uma constante. O enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que mais de perto e durante mais tempo lida com o sofrimento que este processo impõe. Por trabalhar há alguns anos em oncologia e lidar directamente com o processo de luto, quer do doente, quer da família, sempre foi meu desejo aprofundar conhecimentos nesta área e poder de algum modo desenvolver estratégias, intervenções capazes de ajudar o outro nesta transição. Detectar e intervir em situações de risco ou presença de lutos complicados é fundamental para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Procurei num primeiro momento de prática clínica, após um período de estágio em psiquiatria, afunilar conhecimentos e melhorar a compreensão sobre os processos de crise, as perdas inerentes à doença, e exercitar, fomentar a relação de ajuda como elemento central na acção de Enfermagem. Procurei agora, num segundo momento, estar mais atenta aos *pormenores* da relação enfermeiro – doente, dar-me em pleno na relação de ajuda que estabeleço, (que infelizmente na “azafama” do dia-a-dia nem sempre é possível, ou nem nos damos conta de que não estamos em pleno) acompanhar processos de luto e percepcionar outras formas de intervir por forma a facilitar este processo.

O domicílio é por excelência o local onde afloram todos os domínios e dimensões do doente, por isso me pareceu pertinente a escolha, como o local privilegiado para fomentar a minha relação com o utente – família (mais do que nunca neste contexto esta unicidade é uma realidade, que jamais pode ser compartimentada). A equipa de apoio domiciliário / intra-hospitalar tem a seu cargo a avaliação do doente, a compreensão e promoção de alívio. A literatura, no entanto, não propicia uma clara evidência sobre a forma como o fazem. Por outro lado, desenvolver algumas intervenções apreendidas anteriormente pareceu-me importante na medida em que estas poderiam de alguma forma ajudar o doente neste processo e se assim fosse trazer algo de novo e relevante para a minha prática diária. Compreender a forma como se desenvolve o processo de intervenção de enfermagem no alívio da sintomatologia que o doente em final de vida apresenta, que intervenções podem ser feitas, como facilitar esta transição para que ocorra da melhor forma possível, foi o meu objectivo central. Também esteve presente a minha motivação pessoal, só uma melhor compreensão de mim mesma, por meio da interacção que estabeleço, do que sinto, ressinto, do que questiono, do que procuro, me permitiram *cuidar* melhor, na possibilidade de me *dar* em completo ao outro na relação que com ele estabeleço.

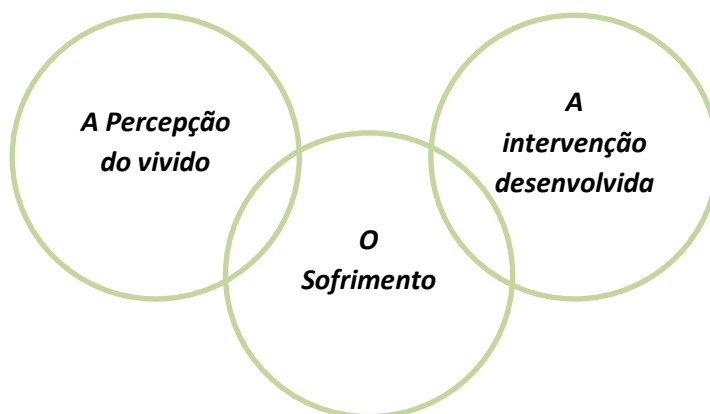
Iniciei o meu novo percurso, procurando ter como base as interacções e consequentemente a relação de ajuda que ia estabelecendo com os doentes, as análises e reflexões sobre as mesmas, bem como as discussões entre profissionais de saúde, a observação que realizei do doente, dos cuidadores, das acções e vivências que ocorriam, permitiram-me realizar um estudo de caso, que serviu de base para dois outros. O recurso à entrevista (semi-estruturada em alguns momentos)

revelou-se fundamental para a promoção da compreensão do outro e como elemento impulsionador para a prática efectiva da relação de ajuda. Assim foi possível perceber as necessidades, e o que era primordial na intervenção. O recurso a intervenções psicoterapêuticas como o relaxamento muscular e a imaginação guiada trouxe benefícios nesta compreensão e resultou numa intervenção com resultados positivos.

Toda a acção desenvolvida pressupõe interacção – relação. A avaliação inicial é o começo do estabelecimento de uma relação entre o profissional de saúde e o doente, aqui procuram-se os problemas, esboçam-se objectivos, inicia-se o construir de uma representação do vivido. (MARRINER, 1989; LOPES, 2006) Toda a intervenção que daqui parte pressupõe interacção – construir e desenvolver uma relação de ajuda, até à consolidação da mesma – criação de confiança, aliança terapêutica. (LUGTON, J & McINTYRE, 2005) A *relação* enfermeiro-doente, a *interacção* que ocorre, é portanto o elemento chave na acção do Enfermeiro, esta promove o início da intervenção e o seu desenvolvimento.



O trabalho desenvolvido resultou num *acompanhamento* do doente no processo de luto. As acções desenvolvidas, decorreram de cada caso, de cada realidade, da minha percepção e da equipa. Foi possível identificar 3 esferas importantes:



Fonte: a própria

O *acompanhamento* efectuado desenvolveu-se como resultado de um processo de *interacção constante* que é feito entre doente / família cuidadora e equipa. Inicialmente há ao explorar da vivência actual (avaliação), como foi, como está, como sente, quem acompanha, que perdas ocorreram, em que fase do processo se encontra o doente/família. Aqui as entrevistas de ajuda realizadas, a documentação em processo clínico, a procura de sinais junto da família cuidadora, as discussões em equipa foram essenciais para o levantamento de necessidades. É uma etapa complexa, que parece estar em constante reformulação. É uma etapa que não pode descurar a individualidade do outro, a unicidade da pessoa que está diante nós, mas indubitavelmente a nossa experiência, as vivências de cada um, necessariamente irão influenciar a visão sobre o que está a acontecer (construção de uma representação). Por isso a exploração por meio da relação estabelecida, da comunicação que aflora, da observação realizada, é tão importante, tal como a interacção entre uma equipa. Estes são elementos que ajudam na percepção, mas também são eles que estruturam a intervenção que virá a seguir. A noção da subjectividade e complexidade deste processo está sempre presente, mas procuram-se levantar necessidades, escolhendo as primordiais para o doente naquele momento. (MARTINS, 2007) Aqui ele é sempre considerado membro activo desta equipa, a intervenção é feita de acordo com os seus desejos e vontades. Por outro lado, a equipa, compreende a infinidade de necessidades que afloram, mas tem presente a ideia que algumas são possíveis de atender e que são essas que poderão marcar a diferença neste percurso.

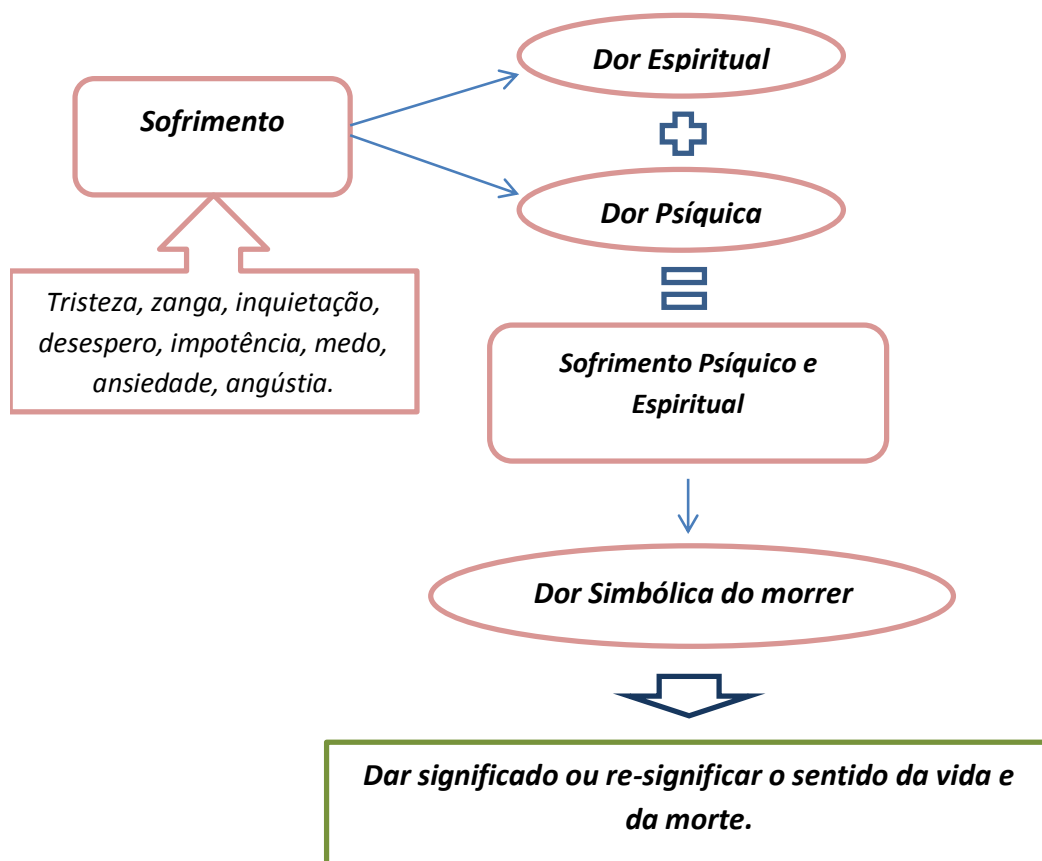
Acompanhar estes percursos de vida e de morte, é acompanhar o sofrimento que necessariamente está presente. Aquilo que se procurou fazer foi identificar o que causa mais sofrimento, como se caracteriza, e de que forma a intervenção pode ajudar no alívio do mesmo. (LUGTON, J & McINTYRE, 2005) Frequentemente foi notório a identificação entre *dor* e *sofrimento*. Parecem ser dois conceitos que se entrecruzam, como se se tratassem de sinónimos. São assim interpretados pelos doentes e cuidadores, ficou notório ao longo dos discursos apresentados. O

sofrimento surge como cerne nesta vivência, está presente em cada estadio, em cada etapa deste percurso. A presença da negação, seguida da raiva, barganha e depressão são as etapas mais frequentemente encontradas nestes doentes.

A negação caracteriza-se por uma recusa temporária da realidade, sendo que em alguns casos é substituída por uma aceitação *parcial*, a literatura refere que esta fase é característica do início da doença, no entanto, esta surge com frequência nos doentes terminais – negação psicológica. (CANTISTA, 2005) Maioritariamente parecem demonstrar que começam a aceitar a informação, mas ainda não se sentem preparados para falar acerca dela. Não se trata de uma negação da doença, mas sim uma negação face às implicações que esta está a trazer. Aqui a ansiedade, a exacerbação da dor, a insegurança, inquietação, impotência são sentimentos dominantes. A fase da raiva – revolta, é a etapa que implica a confrontação com a realidade, aqui as questões de espiritualidade (a culpa e Deus) são mais evidentes. Permitir a expressão emocional é fundamental. A fase da negociação, não é muito notória, há um aceitar, mas existe sempre aqui um “*mas*”, o cumprimento de desejos e vontades pareceu-me relevante nesta fase. A fase da depressão implica a percepção da real *perda*, sentimentos de tristeza e impotência estão presentes, é importante começar aqui a dar sentido ao vivido, facilitar a expressar emocional. A questão da espiritualidade volta a ganhar relevo. A fase da aceitação, é difícil de atingir, e de se perceber, esta é sempre parcial, as reacções podem ser várias, desde uma desesperança e recusa, até um processo de aceitação da vida, do vivido, da sua importância, e há promoção de maturidade interior do doente o que promove alguma satisfação. Foi difícil perceber as etapas e sobretudo classificá-las, parece existir uma flutuação constante entre uma e outra, avanços e recuos. (MARTINS, 2007)

Sendo que partindo, de uma análise das interacções estabelecidas, a família cuidadora parece também ela frequentemente se encontrar nestas fases (predominantemente negação e depressão) – ainda que não generalizando, parece existir uma semelhança entre a vivência do doente e dos cuidadores. As perdas serão distintas, mas o tipo de dor presente é similar.

Algumas das intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas, como o relaxamento e a imaginação guiada permitiram-me compreender melhor o tipo de respostas emocionais que os doentes apresentam face à vivência actual, foi possível identificar algumas respostas com características semelhantes.



Fonte: a própria

A *dor psíquica* surge associada às perdas que ocorrem ou ocorreram, sentimentos de medo, angústia, tristeza estão presentes.

As perdas podem ser de ordem emocional, social/familiar (perda de papéis), físicas (directamente relacionadas com a autonomia), estilo de vida (mudança imposta), espiritualidade (questionamento), perda de identidade (auto-conceito, e auto-estima).

A *dor espiritual* está frequentemente associada ao medo da morte e do pós-morte. Esta parece prevalecer em detrimento da dor psíquica nos últimos dias. É importante enquanto intervenção manter a essência da relação de ajuda – apoiar, confortar, ajudar a enfrentar. O sofrimento aqui presente também ele pode ser interpretado como um processo, em que a serenidade pode ser alcançada, se a intervenção for efectivamente dirigida para a necessidade possível de atender e fundamental para o doente. É importante voltar a dar sentido e significado ao que foi vivido, sentido, se possível dissipar a culpa, mas promover o valor do doente enquanto ser fundamental para os seus e cujo valor esteve e está sempre presente. *Dar sentido ao vivido* é facilitar a satisfação de necessidades, é proporcionar a construção de um processo de luto o mais sereno e tranquilizador possível. Encontrar significados que tragam paz, crescimento, ampliação da consciência de si e do mundo. (NULAND, 1995) A expressão de emoções e sentimentos foi sem dúvida fundamental para a concretização destes objectivos.

Procurei ter em conta as *tarefas do luto*. Toda a intervenção oscilou entre três pólos:

A aceitação e compreensão da realidade:

- Aceitação da realidade da perda valorizando-a de forma realista;
- Aceitação do luto como doloroso, sofrendo a dor e o desgosto;
- Expressão emocional do vivido;

A adaptação:

- Enfrentar as mudanças a cada situação;
- Recuperar a *liberdade interior*, possibilitando novos vínculos satisfatórios.

A aquisição de significado requer ser capaz de redireccionar uma parte da energia em:

- “Recuperar” a identidade;
- Encontrar significado, valor para si, de si, da vida, do momento;

(BARBOSA, 2010)

A intervenção desenvolvida procurou um processo de interiorização que se reporta fundamentalmente à *reconfiguração do self interior* e pode passar pelos seguintes aspectos:

- Reconhecimento, compreensão, aceitação, valorização do eu, renúncia;
- Expressão, modelação e contenção do sofrimento;
- Recordações/ruminações/intrusão/vivências/imagens;
- Revivência de vínculos/de relação;
- Compreensão, crenças, expectativas e papéis construídos;

A identidade, o re-significar cumpre-se através de um processo de descoberta de sentido até à *reconstrução de um self transcendental* e passa por um processo de:

- Crescimento interior;
- Descoberta;
- Mudança;
- Reconstrução de significado;
- Integração;

Avaliar o risco de um processo de luto complicado implica que na interacção que se estabelece a procura de elementos chave tais como: a percepção da situação, o que entende, o que procura saber e aceitar, que apoios, que acontecimentos, que relações, que perdas, que características individuais e situacionais.

O acompanhamento desenvolvido é multidimensional, exige a certeza da unicidade do outro, e uma predisposição total para o conhecimento do mesmo, para uma entrega completa face ao livro em branco que agora tentamos compreender. As acções desenvolvidas como as interacções estabelecidas, o relaxamento e a imaginação guiada facilitaram o alívio de alguma sintomatologia, permitiram uma melhor percepção das necessidades, maior exploração (pelo profissional e pelo

próprio doente de si mesmo) e consequentemente melhor intervenção. O papel deste tipo de intervenções psicoterapêuticas revelou-se de valor significativo, não só no alívio de sintomatologia, em grande parte, mas permitiu (algum) ajustamento emocional – possibilidade de tomada de consciência dos seus medos, e sentimentos dominantes, diminuir níveis de dor elevada, ansiedade, desenvolver estratégias, desenvolver sentimentos positivos – como espírito de luta (realista), recuperar ou fortalecer relações, tomar decisões, comunicar-se, lidar com questões espirituais, com o próprio auto-conceito.

No entanto, o sofrimento descrito, não é apenas do doente ou família, é também do profissional de saúde que se *liga* a esta realidade. Só em interacção, em entrega, se pode entrar no mundo do outro, no novo desconhecido, e assim desenvolver ajuda com base no conhecimento, no vivido, na relação estabelecida, na vontade do outro, na promoção do seu bem-estar.

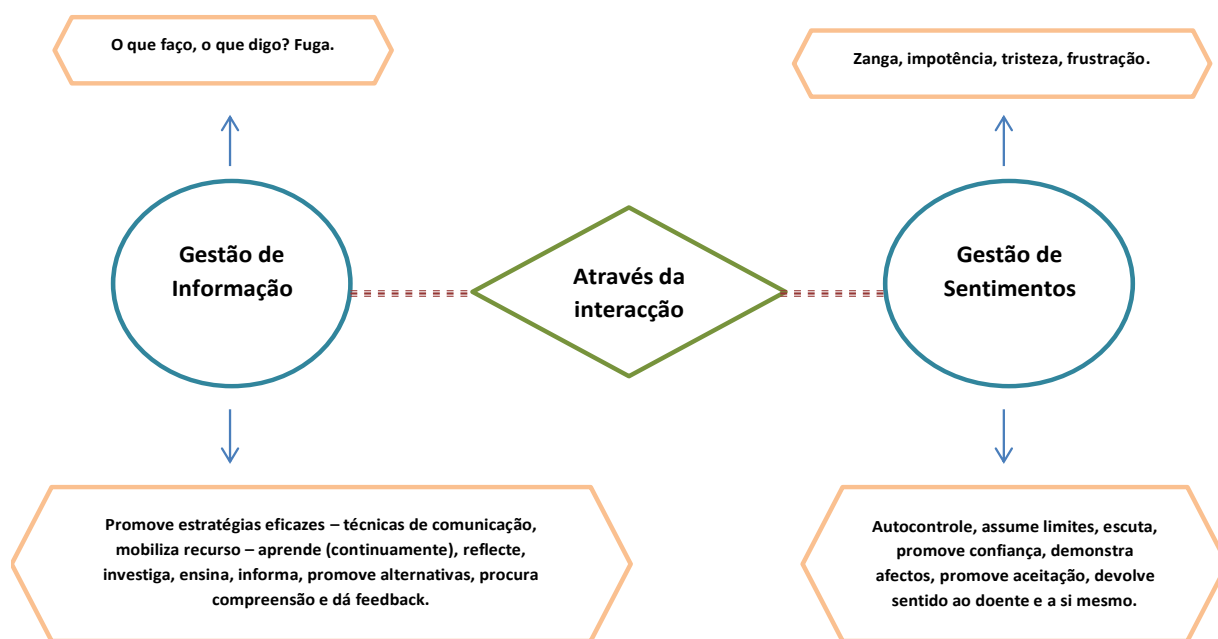
Contudo, se há envolvimento nestas vivências, há também *sofrimento pessoal* que resulta do envolvimento pessoal de cada um. Sê-lo-á muito mais, uma vez que falamos de cuidar no domicílio, num contexto tão único, tão pessoal, tão íntimo e complexo.



Fonte: a própria

Necessariamente se há relação, há aspectos que nos tocam, pessoas que de uma forma ou de outra nos marcam, uns mais outros menos. Acompanhar este processo que implica sofrimento e dor de várias ordens, implica um turbilhão de emoções e sentimentos que aqui surgem, crescem e desenvolvem-se. O percurso desenvolvido por mim até aqui, foi fundamental para me dar conta de mim mesma. Para poder percepcionar o que realmente sinto, e questionar-me o porquê. Conhecer-me melhor, fez-me também melhorar a minha relação com o doente. Passei a estar *mais eu*, mais completa, sem pensar noutras situações, a procurar sentir o que me era dito, a facilitar a expressão emocional do outro e de mim mesma. É um caminho que continuarei a percorrer, já que a mudança é permanente e que cada vivencia assim o exige. No entanto, este percurso, por vezes (com frequência) doloroso, confrontar-me com os meus medos, com hesitações, com fracassos, assumi-los, perceber limites, trabalhar estratégias, foi fundamental para que nesta etapa tivesse ao meu dispor mais alguns instrumentos capazes de promover respostas adaptativas face às necessidades

encontradas. As principais dificuldades por mim encontradas prenderam-se com a dificuldade em *gerir a esperança, promover confiança*. Esta é fundamental, mas tem de ser realista. Não foi fácil confrontar o outro com a realidade, confrontar-me eu mesma com ela. Nas interações que estabeleci, que estabeleço, há duas dimensões que estarão sempre presentes. A gestão da informação e a gestão dos sentimentos presentes. Afinal a dificuldade em gerir a esperança, prende-se com estas duas dimensões. Mobilizar a informação, perceber o que já foi dito ou não, reorientar o discurso, aceitar e dar feedback, informar, ensinar, são aspectos que caracterizam esta dimensão, que foi trabalhada, desenvolvida, melhorada, com todos os instrumentos que fui adquirindo, mas que continuará a ser alvo de reflexão e melhoramento. A gestão dos sentimentos prende-se com a presença do sofrimento pessoal referido anteriormente, com a proximidade física que se cria, cumplicidade e confiança tão peculiares na relação que neste contexto existe. (SAUZET, 2004) No fundo, a gestão da informação está em interligação com a gestão emocional, o meu comunicar será influenciado pelo meu sentir. Quer uma quer outra dimensão estão necessariamente presentes porque há uma intencionalidade terapêutica, fazem parte da construção de uma relação. (SAPETA, 2010)



Fonte: a própria

O evitamento ou afastamento é por vezes uma estratégia usada. Procurei evitá-la (tendo consciência, que muitas vezes a usei, e provavelmente haverá situações que estará presente), e dentro do que foi possível em cada momento enfrentar-me a mim mesma. Hoje sei que expressar as

emoções é talvez a tarefa mais difícil que cabe ao profissional de saúde, nomeadamente a esta equipa domiciliária / intra-hospitalar que lida com o *sofrimento* quase que como uma constante. Talvez por ser difícil a promoção do apoio emocional se torna uma tarefa tão complexa para a maioria dos profissionais. Chorar, é algo que fiz (e certamente continuarei a fazer), em casa, ou mesmo junto ao doente, sentia alívio, mas também alguma culpa pelo ter feito, e/ou sentimento de fracasso e impotência me envolviam. Hoje estes sentimentos também estão presentes, mas sou capaz de os aceitar, de os “acolher”, afinal fazem parte de mim. Aprendo também eu a fazer os meus lutos. Muitos dos sentimentos presentes (raiva, tristeza, impotência, medo) prende-se com a dificuldade na acção a tomar. Perante a difícil vivência e face ao envolvimento maior ou menor, dependerá em muito se há algo com que nos identificamos ou não, por vezes há dificuldade em perceber que a presença, que o silêncio, que um toque, é fazer muito! É estar verdadeiramente lá, é ajudar o outro. Assim, fui aprendendo a *valorizar* a intervenção, a estar atenta ao *pormenor*, (tentando-me esquecer ainda que por momentos, da minha necessidade de sempre fazer mais e mais, porque afinal já o estava a fazer). Esta percepção, exige ser continuada, exige mais atenção de mim para mim. Como diz Benner, “*De iniciado a perito*”, há um longo caminho a percorrer, talvez nunca acabado, mas é nesta procura, que me *reinvento* a cada caso, a cada vivência, que aumento a minha capacidade de acção, que me torno mais apta, que amadureço, que promovo o meu *crescimento* pessoal e profissional.

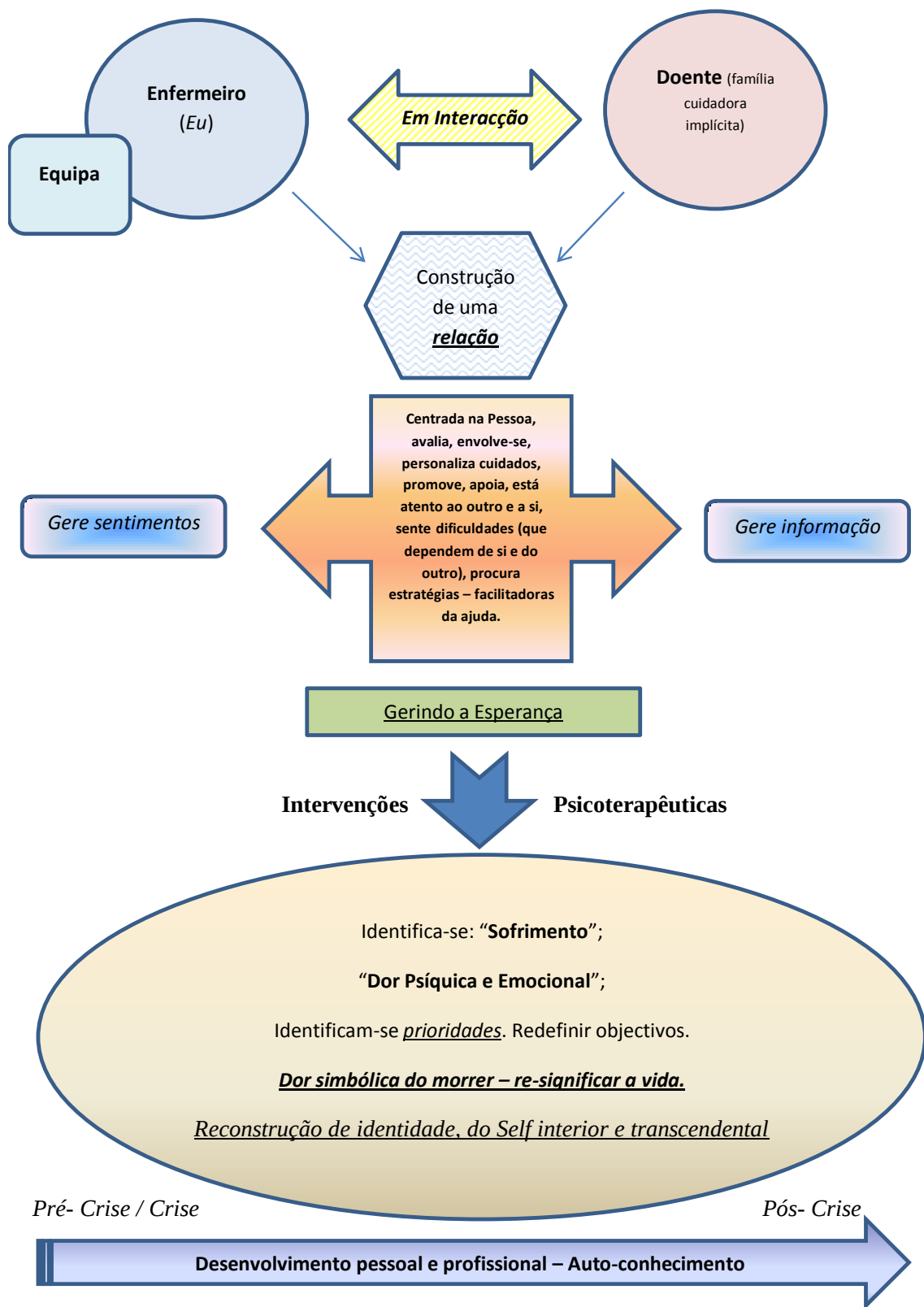
O processo de desenvolvimento pessoal e profissional resulta de todo o processo de cuidados e de toda a interacção desenvolvida. Poderei nesta dimensão identificar duas áreas, uma considerada positiva – os ganhos, e uma negativa (que não é totalmente) – as dificuldades, que posteriormente irão permitir os ganhos pelo crescimento que é adquirido. As dificuldades prendem-se com a vivência marcante do processo de luto, da vivência da morte, e que dependerá de várias características: das minhas (minhas experiências anteriores e características pessoais) e do próprio doente (condições, características) e do desenvolvimento do próprio processo. O Sofrimento pessoal que vivencio relaciona-se com as minhas dificuldades pessoais (perdas que vivi, identificação de situações, estratégias pessoais), pela natureza emocional do processo de cuidados e até os aspectos organizacionais e os “desajustes” terapêuticos que levam a um aumento de sentimentos de impotência e frustração. Os aspectos positivos – os ganhos – que efectivamente potenciaram o meu percurso e o meu crescimento, dizem respeito ao aumento de capacidade de acção, de formulação de estratégias – aumento da minha capacidade reflexiva, só ou em conjunto, maior facilidade de expressão de sentimentos, aumento da capacidade de enfrentar evitando a desistência ou a fuga (foi de um enorme desafio). A capacidade de promover a minha intervenção, de aceitar os limites, de valorizar os resultados, porque aquilo que parece pouco é de facto imenso. Há crescimento pessoal porque houve amadurecimento (dar mais expressão aos afectos e emoções, não ter medo deles, estabelecer prioridades, há amadurecimento profissional – melhoramento da comunicação exercida, aumento do processo reflexivo, questionamento para melhor compreensão e

intervenção, reconhecer a acção como importante, percebe-la como fundamental para o doente, os ganhos são possíveis, é possível um melhoramento na intervenção e no desempenho).

Percepciono que na interacção, na relação enfermeiro-doente, também eu passei por uma fase evolutiva. Inicialmente a relação era tida como importante, mas muito direccionada para o técnico, com algum receio da frustração, com dificuldade em expressar toda a complexidade de sentimentos vividos. Posteriormente com o aumento do processo reflexivo, com as interacções ocorridas, com o personalizar da acção, deixando-me cada vez mais envolver emocionalmente, com medo, mas procurei prosseguir e permitir-me “vasculhar” o meu eu. Hoje assumo que muito ainda há a prosseguir, no entanto, fruto das reflexões permanentes, da formação que me foi transmitida, dos ensinamentos, da minha procura, sei que houve desenvolvimento na minha forma de percepcionar o que sinto e de lidar com o porquê, como, para quê. A serenidade com que cuido dos meus doentes, sendo que tinha a convicção que ela existia, é hoje muito maior, pelo envolvimento maior, pela certeza das interrogações mas pela certeza da presença efectiva, com medos e receios, mas maior capacidade para os aceitar, para os trabalhar, para partilhar, para cuidar.

O trabalhar em equipa facilitou a partilha de decisões e responsabilidade, a boa comunicação entre os elementos favorece o encontrar de recursos adequados. No entanto a falta de apoios continua a ser uma realidade. Dar-me conta de mim e despende tempo para mim, revelou-se essencial ao longo desta aprendizagem.

Nesta perspectiva também foi possível identificar em algumas situações, em alguns doentes a evolução que neles surgiu. Aceitar a realidade mais ou menos tranquilamente, num caminho trilhado em conjunto, onde a paz e a serenidade estiveram presentes, onde foi possível significar a vida, satisfazer desejos, reformular momentos e vivências. A presença de um sofrimento físico e espiritual até ao fim, deixa-me consternada, é algo marcante. Reflectir sobre mortes tão diferentes, faz-me também reflectir sobre a possibilidade (que sempre existe) de trazer algo de novo para a nossa prática. (SFAP, Colégio de Cuidados de Enfermagem, 2000) Os conhecimentos adquiridos, as competências construídas ou em construção brotam das interacções ocorridas, da atenção que lhes dispensei, do envolvimento preponderante, do dar e estar. São vários os factores que determinam estas competências, a presença ou ausência destas, no entanto este processo implícito na relação conduz a um desenvolvimento progressivo desde a capacidade de avaliar, até ao envolvimento, reflexão, procura por formação, personalização, promoção, consolidação da relação, auto-ajuda – expressão emocional, “exposição” do *meu eu*, estratégias eficazes procura das mesmas, redefinição, crescimento.



Fonte: a própria

Bibliografia:

- CANTISTA, M^a José (2005). ***A Dor e o Sofrimento, Abordagens***, Porto: Campo das Letras, pag. 449 - 453
- LOPES, Manuel José (2006). ***A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica*** - Coimbra: Formasau e Saúde Lda
- LUGTON, J & McINTYRE, R (2005). ***Palliative Care.- The Nursing Role***; 2^a ed; Edinburgh: Elsevier.
- MARRINER, Ann & col (1989). ***Modelos e Teorias de Enfermagem***, Barcelona: Ediciones Rol SA.
- MARTINS, Maria Clara (2007). ***O Enfermeiro e o Alívio do Sofrimento - Uma Revisão de Literatura***, in: *Pensar Enfermagem*, Vol 11, nº 1 1^o sem. 2007, pag 34-43
- NULAND, Sherwin (1995). ***Como morremos, Reflexões sobre o capítulo final da vida***; Rio de Janeiro: Editora Rocco
- SAPETA, Ana Paula, (2010). ***Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente***, Tese de doutoramento; Universidade de Lisboa
- SAUZET, Jean-Paul, (2004). ***La personne en fin de vie – Essai philosophique sur l'accompagnement et les soins palliatifs***, Paris: Editions L'Harmattan.
- SFAP, Colégio de Cuidados de Enfermagem, (2000). ***Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos, Cuidar: ética e práticas***, Loures: Lusociência.

Nota: Para a construção dos esquemas foram tidos em conta as referências bibliográficas apresentadas e toda a análise das reflexões e entrevistas realizadas nos campos de estágio. Os dados recolhidos nos locais de estágio e os apontamentos efectuados foram tidos em consideração.

ANEXO XXVI - AVALIAÇÃO - ANÁLISE E REFLEXÃO - EQUIPA DE APOIO DOMICILIÁRIO- INTRA

AVALIAÇÃO/REFLEXÃO SOBRE OS OBJECTIVOS TRAÇADOS E AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

(Prática Clínica II – Equipa de apoio domiciliário – intra-hospitalar do Instituto Português de Oncologia de Lisboa)

Considero que, de uma forma geral, desenvolvi as competências que me propus, através da realização das actividades delineadas no projecto inicial, sendo que à medida que a experiência da prática clínica foi avançando alguns aspectos foram sendo alterados, pois outras necessidades também surgiram. Ao longo desta reflexão, vou debruçar-me em cada uma das competências, assim como nas actividades desenvolvidas em cada uma delas, por forma a explorar e compreender melhor o percurso desenvolvido e o trabalho que decorreu face ao projecto inicial.

Competência 1

DESENVOLVER O PROCESSO DE AUTO-CONHECIMENTO E DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL ATRAVÉS DE VIVÊNCIAS DECORRENTES DO ACOMPANHAMENTO DE PROCESSOS DE LUTO

Considero que recorri à técnica de relação de ajuda, como instrumento que me permitiu a compreensão do fenómeno em estudo, possibilitando a percepção de necessidades primordiais da pessoa em processo de luto, necessidades sentidas por mim nas interacções ocorridas, identificação de factores que podem conduzir a um luto complicado – risco de, compreensão de sentimentos e emoções predominantes na vivência, no outro e em mim. A relação de ajuda estabelecida (com todos os utentes com quem tive o privilégio de interagir, mas essencialmente com 3 pessoas em processo de luto com quem mais desenvolvi o processo de interacção e para as quais procurei desenvolver planos de cuidados e acções personalizadas) foi a intervenção central no decurso de toda a minha acção desenvolvida. Identifiquei sentimentos e emoções presentes em mim e no outro, procurei perceberlos, compreendê-los, aceitá-los e “trabalhá-los” por forma a melhorar a relação que com o outro estabeleço e simultaneamente conhecer os meus estados internos (muitos foram entretanto descobertos) e recursos pessoais. Todo o percurso de interacção a percepção da mesma compreendeu um trajecto que me possibilitou mais profundamente desenvolver reflexão sobre as minhas vivências, dificuldades, sobre os meus lutos, foi possível construir um percurso que considero fundamental para o meu crescimento pessoal e profissional, que se preconizou pelo desenvolvimento da minha capacidade de monitorização relativamente às minhas reacções emocionais e comportamentos desenvolvidos (meus e dos outros – percepção do

porque, compreensão, aceitação, desenvolvimento de estratégias de acção). A avaliação deste objectivo, e a compreensão de alguns comportamentos, acções, reacções, (“alguns” refiro porque certamente há muitos que exigem um aprimorar da compressão, percepciono este objectivo como um processo continuo a percorrer ao longo da vida) processos internos desenvolvidos ao longo da prática clinica são evidenciados nas auto-análises / reflexões (várias), redigidas ao longo deste período, também na disponibilidade, autenticidade e nível de confiança sentida e demonstrada na relação com o utente. Procurei utilizar instrumentos de análise e reflexão, bem como pesquisa bibliográfica (recorrendo a autores de referencia na temática a desenvolver, e utilizando bases de dados como “Medline” e bibliotecas digitais da Universidade de Lisboa).

É um percurso que se revelou doloroso, mas rico de descobertas, possibilitou o meu próprio desenvolvimento como pessoa e como enfermeira.

As reuniões com a Orientadora do campo de estágio e a Professora Ana Melo, revelaram-se fundamentais para o desenvolvimento desta competência.

Actividades:

- Observei como forma de aprendizagem e identificação de necessidades;
- Reflecti sobre cuidados / intervenções desenvolvidas.
- Demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas (gradualmente a capacidade de acção e intervenção foi aumentando);
- Mobilizei os conhecimentos adquiridos;
- Consultei a equipa interdisciplinar e pedagógica sempre que pertinente.
- Identifiquei as principais actividades desenvolvidas pela equipa de apoio domiciliário / intra-hospitalar e participei activamente nas mesmas, com especial relevo, as desenvolvidas pela enfermeira especialista na área.
- Pesquisei e seleccionei informação pertinente.
- Identifiquei problemas/necessidades.

Indicadores de Avaliação:

- Executei uma avaliação global das respostas humanas às situações de doença e de saúde mental.
- Executei uma avaliação das capacidades internas e recursos externos promotoras de desenvolvimento e fomentação da saúde mental.
- Avaliei o impacto que o processo de luto tem na saúde mental e no bem-estar do cliente e de todos nós, avaliei (por meio da observação, recolha de dados – entrevista, relação de ajuda estabelecida, diálogo entre a equipa) e intervi (desenvolvimento de intervenções específicas para cada caso, recorri essencialmente à entrevista de ajuda, à técnica do relaxamento progressivo e imaginação guiada) perante situações de risco de luto complicado.
- Promovi reflexões e desenvolvi auto-análises como forma de promoção do meu auto-conhecimento, do meu desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional – melhoramento da relação que com o outro estabeleço.

Competência 2

DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA AVALIAÇÃO / RELAÇÃO DE AJUDA / PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS AO DOENTE / FAMÍLIA CUIDADORA A VIVENCIAREM UM MOMENTO DE CRISE – PERDA

Inicialmente, tendo em conta os objectivos do projecto e a questão temporal, escolhi uma pessoa a vivenciar o seu processo de luto com risco de desenvolver um processo complicado, por forma a criar com a equipa de apoio domiciliário / intra-hospitalar e Orientadora de estágio, as intervenções necessárias para a promoção de uma transição o mais serena possível. Os critérios de selecção tiveram em conta (o projecto inicial – objectivos delineados) pessoas descritas clinicamente como doentes paliativos, a vivenciarem o seu processo de luto, com necessidades alteradas nomeadamente presença de dor, ou níveis elevados de ansiedade, que reúnam condições físicas e cognitivas para as intervenções a desenvolver, que aceitem e demonstrem interesse na realização das mesmas.

Os planos traçados, as vivências relatadas, a observação, as relações de ajuda estabelecidas foram de extrema importância para o desenvolvimento desta competência. Tendo-me “debruçado” mais profundamente sobre uma vivência permitiu-me um desenvolvimento mais profundo relativamente ao conhecimento desta realidade e simultaneamente face à acção desenvolvida, muito mais personalizada. Foram identificadas as necessidades centrais e traçadas intervenções tendo por base os referenciais teóricos de enfermagem, e a vivência única e pessoal da doente. A avaliação foi efectuada tendo por base a interacção desenvolvida, e os dados recolhidos, foram traçadas intervenções que facilitassem a compreensão desta vivência e a satisfação das necessidades encontradas – daqui decorreram cuidados especializados à pessoa em processo de luto e necessariamente à sua família cuidadora (implícita em todo o processo). Todo este processo de acção e interacção possibilitou também o despertar das minhas necessidades e motivações – auto-conhecimento. Recorri à técnica do relaxamento e imaginação guiada como intervenções psicoterapêuticas capazes de facilitar respostas adaptativas no outro face à realidade vivida. Considero então, que executei uma avaliação inicial e global das respostas humanas às situações de doença – crise, vivência da perda, executei uma avaliação das capacidades internas e recursos externos para manter/ promover a saúde mental dos utentes. Avaliei (como se desenvolve, factores intrínsecos, o que facilita a transição ou não - como já referido, por meio da observação, interacção - entrevista, intervenções desenvolvidas e resultados) o processo de luto inerente e específico de cada pessoa (com quem interagi) e também o impacto que este processo determina no bem-estar do cliente. Avaliei factores promotores e protectores ou de vulnerabilidade do bem-estar e saúde mental da pessoa e família. Reflecti de forma crítica, sobre as necessidades encontradas, acções desenvolvidas e resultados. Tracei planos individualizados. Participei nas actividades desenvolvidas

pela equipa, aquelas que foram possíveis, e que seleccionei tendo em conta os objectivos do projecto, nomeadamente acompanhamento de alguns doentes em contexto domiciliário em fase terminal da doença, em fase agónica (pela equipa intra-hospitalar) e no acompanhamento pós morte dos cuidadores. Essencialmente, procurei desenvolver competências relacionais, por meio das interacções que estabeleci, das entrevistas que desenvolvi, da análise e reflexão das mesmas, da confrontação com as fragilidades encontradas, na promoção de uma comunicação mais adequada para uma correcta avaliação e intervenção.

Implementei intervenções (entrevista de ajuda, relaxamento e imaginação guiada) centradas na população alvo, que facilitaram a promoção da saúde mental (por meio dos resultados obtidos – melhor compreensão da vivência e necessidades, encontrar estratégias para satisfazer algumas das necessidades consideradas principais para a pessoa em processo de luto) e reduziram o risco de processos de luto complicados (resultados obtidos), para tal: avaliei as necessidades dos utentes; participei de forma activa em projectos implementados; acompanhei utentes (um em particular, posteriormente mais duas pessoas cujos processos de luto vividos despertaram em mim a necessidade de intervenção – dei continuidade às intervenções de cariz psicoterapêutico desenvolvidas já anteriormente (também nestes dois casos estas ajudariam à satisfação de necessidades encontradas); aconselhei e apoiei individualmente e com familiares cuidadores; promovi treino de competências (nomeadamente individuais – por meio da relação estabelecida, da reflexão sobre o vivido e sentido, pelas intervenções desenvolvidas que facilitaram a compreensão das necessidades e a procura de estratégias de acção) – promoção de auto-conhecimento, expressão emocional, encontro de soluções possíveis, promoção de bem-estar. Procurei gerir os cuidados de acordo com a individualização de cada caso, desenvolvendo princípios, métodos e técnicas para avaliação e implementação de cuidados.

Indicadores de Avaliação:

- Avaliei factores promotores e protectores do bem-estar e saúde mental assim como de factores predisponentes - de risco, para o desenvolvimento de um luto complicado.
- Avaliei o impacto que a vivência em causa tem na saúde mental da pessoa, na qualidade de vida e bem-estar do cliente.
- Executei avaliação global das respostas humanas às situações de doença e de saúde mental do cliente.
- Desenvolvi intervenções psicoterapêuticas – como a entrevista de ajuda, o relaxamento e imaginação guiada (em 3 casos clínicos estudados nesta prática clínica e onde intervi) – tendo em conta as necessidades encontradas, por forma a satisfazer aquelas consideradas pela pessoa como principais, possibilitando assim a vivência do processo de luto como uma etapa da vida vivenciada da forma mais serena possível, com promoção de alguns ganhos (se possíveis), e crescimento pessoal.

Competência 3

DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA INTERVENÇÃO EM GRUPO

Neste percurso da prática clínica a intervenção preconizada era principalmente individual – a pessoa em processo de luto, no entanto a acção desenvolvida implicou a pessoa como elemento central em todo este processo, mas necessariamente todos aqueles que “preenchem” o seu círculo de acção, foram envolvidos na intervenção desenvolvida. A acção com a família cuidadora em conjunto com a pessoa em situação de doença paliativa promoveu o desenvolvimento de acções em grupo, tendo em conta que família e doente são interpretados neste contexto, como uma realidade una que não podemos dissociar. Direcionei a minha prática para os utentes, escolhidos por mim (com a ajuda da equipa e Orientadora de estágio) e de acordo o meu interesse profissional, de acordo com os critérios definidos em projecto, e planeei os cuidados de acordo com os problemas identificados no - doente – família cuidadora – necessidades comuns, outras tão distintas entre si. Assegurei a participação dos utentes no planeamento dos cuidados. As actividades desenvolvidas em família, nomeadamente a relação de ajuda – entrevista (s) desenvolvidas / acompanhamento - aconselhamento foram fundamentais para a expressão emocional de vivências e o facilitar de respostas, o mais adaptativas possíveis bem como a promoção da saúde mental destes intervenientes. O acompanhamento dos cuidadores principais, no pós- morte do utente, foi relevante na medida em me possibilitou uma melhor compreensão de todo o processo, me permitiu continuar a interagir e desenvolver acções consideradas pertinentes com estes actores centrais em todo o processo de luto. Houve a necessidade de dar “privilégio” na acção desenvolvida ao utente em fase paliativa e necessariamente em processo de luto, tendo em conta o projecto estabelecido, mas foi de igualmente importante e de relevo a atenção dada aos cuidadores principais e as intervenções que também nesta esfera puderam ser desenvolvidas (já referidas). Possibilitou-se o cruzar de vários processos de luto, a percepção da diferença, ou da semelhança, da influência de um no outro, foi fundamental no global das acções desenvolvidas quer na família quer à pessoa em fase paliativa.

O reflexo deste trabalho compreende as acções desenvolvidas e descritas (entrevistas, relação de ajuda decorrentes da interacção no domicílio, e das intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas com o utente, que necessariamente implicaram a família cuidadora) que demonstram que consegui executar uma avaliação global das respostas humanas às situações de saúde mental do indivíduo e do grupo, e procurei executar uma avaliação das capacidades internas dos utentes / família e recursos externos dos mesmos. Considero que identifiquei correctamente os problemas e necessidades específicas da pessoa, e da família. Comprometi-me com o trabalho desenvolvido pela equipa de apoio domiciliário / intra-hospitalar. Concebi (por meio de todas as intervenções já descritas e desenvolvidas) estratégias de empoderamento que permitiram aos clientes desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção face à vivência actual.

Indicadores de Avaliação:

- Identifiquei problemas e necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, dando especial relevo à promoção da saúde mental dos mesmos.
- Avaliei o impacto na saúde mental de múltiplos factores decorrentes do momento de crise e perda actual dentro do contexto familiar.
- Avaliei situações de risco de desenvolvimento de um processo de luto complicado (quer para o doente quer para a família cuidadora).
- Cumpri um compromisso com o trabalho desenvolvido com a equipa.
- Concebi, reestruturei, e implementei intervenções psicoterapêuticas promotoras de saúde mental.
- Identifiquei, descrevi, reflecti e monitorizei resultados individualizados para cada cliente relacionados com o comportamento, para determinar a efectividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental.
- Concebi estratégias de empoderamento que permitiram ao cliente - família desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de complicações decorrentes da vivência.
- Elaborei planos de cuidados que desenvolvi com o cliente e família.
- Orientei sempre que pertinente acesso a outros recursos existentes, mais apropriados.
- Planeei e desenvolvi um protocolo de luto – para implementar no serviço onde exerço funções.

Competência 4

DESENVOLVER COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DA PESSOA / FAMÍLIA

Considero então que implementei intervenções que visaram a promoção da participação activa através do *empowerment* destas pessoas – por meio da percepção das suas vivências, da capacidade de exteriorização do vivido e sentido, identificação de problemas e estratégias. Implementei intervenções individuais, e grupo – família cuidadora, utilizando técnicas adequadas, que visaram o “*insight*”, por forma a que a pessoa conseguisse elaborar novas soluções para os seus problemas, e de forma a conseguir facilitar as respostas adaptativas. As técnicas terapêuticas foram também uma forma de permitir à pessoa libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes. Na prática, isto reflectiu-se nas actividades várias que realizei com os utentes, nas interações e relações de ajuda estabelecidas, todas elas suportadas pela teoria, de forma a serem adequadas à pessoa, mas tendo sempre em conta a sua especificidade e necessidades particulares da mesma. Com a elaboração da avaliação, intervenção desenvolvida, considero que consegui com sucesso, identificar os problemas e as necessidades específicas de uma pessoa, no âmbito da saúde mental, avaliar o impacto na saúde mental de múltiplos factores, compreender processos de crise, e perdas inerentes à doença em fase avançada – processo de luto.

Realizei sempre pesquisa bibliográfica (tendo em conta autores de relevo nas áreas desenvolvidas, e bases de dados significativas) de suporte para a prática, posteriormente planei e implementei actividades delineadas no projecto inicial. Todas as actividades tinham um objectivo terapêutico, conforme descrito na fundamentação teórica das mesmas. Promovi conversas informais/formais com a Enfermeira Orientadora e Professora Orientadora, sobre as necessidades em termos de intervenção; clarifiquei dúvidas com a enfermeira orientadora; identifiquei problemas/necessidades (do serviço também); identifiquei as principais actividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem; promovi treino de competências sobretudo relacionais através de técnicas e intervenções realizadas; motivei a participação dos utentes como elementos chave em todo o processo; efectuei pesquisa; implementei intervenções para promover o conhecimento, compreensão e gestão efectiva dos problemas relacionados com a saúde mental, efectuei ensinamentos; participei nas intervenções desenvolvidas pela equipa, de ordem, individuais, ou familiares, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental.

Indicadores de Avaliação:

- Forneci atempadamente (sempre que me foi possível) orientações, desenvolvi intervenções por forma a reduzir o risco de luto complicado;
- Implementei intervenções psicoterapêuticas, recorri a técnicas como o relaxamento e imaginação guiada, privilegiei a relação de ajuda como técnica central da acção desenvolvida, esta teve sempre em conta as respostas humanas face aos processos de saúde/doença e transições ocorridas, quer no utente quer na família cuidadora.
- Avaliei acções, reformulei as mesmas sempre que necessário, analisei intervenções e resultados, mantive o processo reflexivo ao longo de toda a acção.

Indicadores de Avaliação Globais:

- Podem ser de cariz quantitativo e qualitativo e implicam: a realização de auto-análises (várias - semanais), a exploração das mesmas – o porque, o encontro de estratégias, realização de reflexões semanais (diários de campo) do vivido e sentido, das aprendizagens efectuadas, reflexões de casos clínicos, identificação de necessidades (minhas e dos outros) planificação de intervenções, implementação de intervenções (nomeadamente de cariz psicoterapêutico), avaliação, análise e discussão de resultados obtidos – que acções decorreram, que tipo de intervenções, que ganhos, que perdas, que aprendizagem, que crescimento se operacionalizou em mim e no outro alvo dos meus cuidados.

A realização deste trabalho tornou-se para mim de extrema importância. Implicou uma reflexão pessoal sobre o trabalho que realizei, sobre as vivências realizadas sobre o sentido, definição das áreas de maior interesse e identificação de temáticas a aprofundar. Foi estruturante (na melhor compreensão de mim mesma, e no aprofundar da relação que com o outro estabeleço – percepção

do que há em mim e no outro, compreensão da essência do problema – um novo olhar) e extremamente organizador e enriquecedor (na melhoria da prática de cuidados que passei a desenvolver). Percepcionar limites, desenvolver estratégias de comunicação mais eficazes, desenvolver uma atitude auto-reflexiva, mobilizar conhecimentos, desenvolver a minha prática de cuidados, “estimulando” todo o processo de cuidar em enfermagem, permitiu-me acrescentar novos dados, novas percepções e acções ao processo terapêutico que posso desenvolver, melhorando a prática de cuidados, o meu auto-conhecimento o que necessariamente se revelou em crescimento pessoal e profissional.

Considero que atingi os objectivos a que me propus inicialmente para a realização desta prática clínica. A continuidade de acções aqui desenvolvidas será um dos muitos desafios que me disponho a enfrentar nesta nova fase (que se quer continua e continuada) do meu crescimento pessoal, e profissional. Desenvolvi conhecimentos que me permitiram dar resposta aos objectivos traçados, reflecti e discuti as estratégias a usar, procuro incentivar o processo de mudança que necessariamente tem de ser incutido na prática de cuidados. Muitos técnicos de saúde “sentem” que a psiquiatria acontece cada vez mais sem um plano definido, à mercê de esperanças demasiado altas nas novas formas terapêuticas que surgem ao dispor dos médicos, da escassez de tempo para trabalhar com os utentes de forma individual, das suas verdadeiras limitações e focos de sofrimentos psíquicos. As ferramentas utilizadas pela enfermagem são cada vez mais, fundamentadas cientificamente, e apontam para a essência da relação a ser estabelecida com o utente e família, a fim de lhe proporcionar um plano terapêutico adequado, que lhe ofereça *aptidões* e formas de *coping* eficazes. Agora, mais do que nunca a Enfermagem (não apenas em Psiquiatria) deve incidir na *interacção* e no *cuidar* numa perspectiva verdadeiramente holística.

A minha convicção de que todos os conhecimentos adquiridos ao realizar este trabalho, vão ser certamente imprescindíveis na minha missão enquanto pessoa e enquanto prestador de cuidados de saúde e futuro enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria.

ANEXO XXVII - PERCEPÇÃO DA DOENÇA – EVOLUÇÃO – COMO SE PROCESSA

Percepção da doença – evolução – como se processa (estruturação de níveis de acordo com os dados encontrados)

Nível 1 – a evolução percebida da doença e da sua disfuncionalidade confunde-se com a vivência no dia-a-dia dos sintomas somato-emocionais.

Nível 2 – a evolução da doença é percebida em função da sua disfuncionalidade centra-se no rendimento cada vez mais disfuncional do corpo.

Nível 3 – a evolução percebida da doença e da sua disfuncionalidade centra-se na diminuição progressiva das actividades relacionais e socio-emocionais, ou na antecipação dessa diminuição.

Níveis 4 – centra-se na diminuição progressiva das capacidades físicas e intelectuais para cumprir deveres e responsabilidades, ou na antecipação dessa diminuição.

Nível 5 – a evolução percebida da doença centra-se na diminuição progressiva da autonomia existencial, ou na antecipação dessa diminuição.

ANEXO XXVIII - ETAPAS DO PROCESSO

Caracterização das etapas ao longo do processo de luto (segundo as pessoas alvo da minha interacção)

1. Choque /Negação – Evitamento

- Estado de choque, embotamento afectivo, entorpecimento
- Incredulidade, negação, dissociação
- Procura

2. Desorganização/Desespero – Consciencialização

Problemas afectivos

- Dor emocional (choro, tristeza, desgosto, depressão, anedonia, ansiedade, inquietação, tensão, agitação)
- Culpa, remorso
- Irritabilidade, protesto, ressentimento, raiva

Problemas cognitivos

- Preocupações e recordações
- Medo de entrar em colapso
- Reexperiências de memória
- Dificuldade de concentração
- Défice cognitivo e de memória

Problemas existenciais/ espirituais

- Desespero
- Perda de finalidade, de propósito

Problemas comportamentais

- Conduta alterada
- Isolamento, intensa solidão

Problemas somáticos

- Podem surgir ou não

3. Reorganização/Recuperação – Restabelecimento

Renúncia ao mundo “assumido”

- Reconhecer a perda
- Limitar papéis

Reajustamento ao “novo” mundo

- Adquirir novos papéis
- Assumir o que é possível, valorizar

Reinvestimento identitário

- Redescoberta de significado – re-significar a vida e a morte
- Desenvolvimento de nova identidade

(Referencial teórico, Barbosa, 2010)

Etapas consideradas tendo em conta o modelo de Kubler – Rose:

O modelo de evolução de Kubler – Rose, é muito mais que um modelo psicológico de evolução da doença (muito direccionado para o processo terminal, apesar de poder ser adaptado a processos de evolução e/ou adaptação da doença), é um modelo que permite uma evolução desenvolvimentista, propondo uma sequência de cinco estádios, que alternam acções dialécticas (negação, compromisso, aceitação) com expressão de emoções (cólera, disforia). O modelo tem sido alvo de algumas críticas ao longo do tempo, visto que as excepções são por vezes mais que a regra. Isto, é muitos dos doentes oscilam entre avanços e retrocessos nas etapas apresentadas, e a sequência não tem que ser necessariamente esta. No entanto, este modelo, serve de “guia” ou “orientação” para o profissional de saúde. Outro aspecto, que pode ser nefasto é o facto de percepcionarmos as etapas como uma orientação prescritível, o que pode ser nefasto para o doente e para os cuidadores, uma vez que podem sentir-se “obrigados” a empurrar o doente para o estadio final da aceitação uma vez que esta representa a adaptação ideal. Alguns autores como Weisman (1979) assumem que a negação (por exemplo) pode significar uma adaptação necessária para um determinado doente, porque permite evitar ansiedade excessiva ou depressão. Por outro lado pode ser uma defesa que irá permitir a adaptação progressiva da situação. (PARKES, 1997)

ANEXO XXIX - SOFRIMENTO E PRAZER NA VIVÊNCIA

A vivência do cuidado enquanto forma de pôr à prova a nossa perseverança em coexistência é vivida no sofrimento e no prazer e é constitutiva da nossa experiência de compaixão e complacência. É necessário interrogar o que significam estas duas díades. Que chamamos nós de sofrimento? Sou com ele frequentemente confrontada, no entanto a questão nunca deixou de ser posta no pensamento do que sou e na minha existência. A compressão do cuidado, do cuidar, como uma vivência e numa perspectiva aberta convida-me a seguir a evolução pela compreensão do sofrimento como reforço e resistência na vivência de um obstáculo à perseverança em existir. O sofrimento não é a dor, mas a sua vivência, a sua resistência, a paciência. Com frequência tentamos compreender o nosso sofrer apoiando-nos na experiência de dor e na nosologia dos problemas psíquicos. Considero a noção de Paul Ricoeur que nos diz que a compressão do sofrimento de quem cuida está subjacente à própria relação terapêutica. Divido-o em dois eixos: a relação eu-outro, alteração comigo mesma e com o outro, e o agir-padecer, onde há diminuição do meu poder para agir. É portanto uma experiência individual, e que nos leva ao questionamento. No entanto, percebo agora que fui eu quem por muitas vezes se escapou a este questionamento. É mais fácil, a fuga, a não aceitação de limites, de fragilidades. O sofrimento não questiona apenas, mas faz um apelo, ele provoca. Pressupõe reencontro comigo mesma, encontro de sentido, de saber resistir e aceitar também. Etimologicamente, compaixão consiste em participar no sofrimento do outro, mas esta participação não pode ser sofrer-com sem reserva. É um acolher do outro, das suas angústias e medos, é deixarmo-nos tocar, sentir por eles. O facto de não poder libertar o outro do seu sofrimento constitui um limite pelo qual se sofre. A compaixão é o sofrimento pelo sofrimento do outro. No entanto, pelo cuidado que se presta o sofrimento acede à alegria. A experiência por que passo permite-me uma existência em desenvolvimento, possível em cada situação particular e num tempo limitado, é feita de histórias entre o sofrimento e a alegria, relações em que o cuidado constitui a mediação em toda a vivência. A perspectiva cuidadora na relação interpessoal convida à paciência de uma perseverança vivida nesta alquimia afectiva de transmutação entre o sofrimento e a alegria de existir. Em presença do outro que sofre a escolha de se compadecer dá-se, como uma alegria de ser. O sofrimento do outro não é útil para o meu prazer, significa que o prazer de existir mantido pela gratidão expressa pelo rosto do outro cujo sofrimento desperta compaixão.