

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Promoção do Autoconceito e da Autonomia na
Pessoa em Sofrimento Psicológico

Ana Raquel Ribeiro Chemela

Lisboa
2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Promoção do Autoconceito e da Autonomia na Pessoa
em Sofrimento Psicológico

Ana Raquel Ribeiro Chemela

Orientadora Professora Doutora Francisca Manso

Lisboa

2018



AGRADECIMENTOS

Aos Doentes e Famílias com que me cruzei neste percurso. Sem eles este trabalho não seria possível.

À Professora Doutora Francisca Manso, pela disponibilidade demonstrada na orientação e acompanhamento deste trabalho, pelos momentos de reflexão e crescimento pessoal e profissional.

Aos Serviços que integrei, pela aceitação do Projeto, pela partilha e suporte que todos os elementos deram, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Aos orientadores de estágio, principalmente à Enfermeira Céu, pelo apoio, pelos conhecimentos, dedicação e vontade de imprimir mudança, pela valorização do trabalho como Especialista em Saúde Mental.

À minha família, o meu trio, pelo carinho e apoio incondicional de sempre, pela paciência e compreensão pelas horas em falta.

É fazendo que se aprende a fazer
aquilo que se deve aprender a fazer.

Proust, Marcel

RESUMO

O Ser Humano vive ao longo do seu ciclo vital um processo dinâmico de Saúde-Doença que pode ser vivenciado com Sofrimento Psicológico, podendo constituir uma ameaça ao Autoconceito e à Autonomia da Pessoa com Doença Mental e Família envolvente. Foram objetivos deste estágio: Aliviar o Sofrimento Psicológico da Pessoa com Doença Mental em contexto de internamento e comunitário; Promover a Saúde Mental dos Familiares da Pessoa com Doença Mental.

O presente relatório pretende descrever o trabalho desenvolvido nos quatro estágios, um em contexto hospitalar e os restantes em contexto comunitário, através de uma análise crítica e reflexiva que permitiu um desenvolvimento pessoal e profissional.

Para a excelência dos cuidados à Pessoa em Sofrimento Psicológico foi importante conhecer a Pessoa no seu todo, no contexto individual, familiar e social. A intervenção teve por base uma Prática Baseada na Evidência para uma melhor tomada de decisão clínica. O quadro de referência que suportou a prática em Saúde Mental e Psiquiatria, teve por base a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman (2010) que englobou conceitos, valores e pressupostos ligados aos fatores de *stress* e à exploração dos recursos e estratégias para a resolução dos problemas identificados, quer na recuperação da crise, como na promoção da saúde e na reinserção psicossocial.

É necessário intervir junto da Pessoa com Doença Mental e Família dotando-os de conhecimentos sobre a doença e recursos disponíveis, promovendo estratégias de *coping* para facilitar o retorno à vida familiar e social. Através dos indicadores NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem, 2004) verificou-se uma ligeira evolução dos valores da autoestima (autoconceito) e do autocuidado (autonomia). Com a realização de intervenções de âmbito psico e socioterapêutico, psicoeducativo e psicossocial, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental promove a autonomia, o autoconceito e o insight da Pessoa e das situações clínicas de forma a desenvolver processos adaptativos mais eficazes.

Palavras-chave: sofrimento psicológico, família, autonomia, autoconceito, enfermagem de saúde mental, doença mental

ABSTRACT

The Human Being lives throughout his/her life cycle a dynamic process of Health-Disease that can be experienced with Psychological Suffering, being able to constitute a threat to the Self-Concept and the Autonomy of the Person with Mental Illness and Surrounding Family. The objectives of this stage were: To alleviate the Psychological Suffering of the Person with Mental Illness in an internment and community context; To promote the Mental Health of the Family of the Person with Mental Illness.

This report intends to describe the work developed in the four stages, one in hospital context and the remaining in a community context, through a critical and reflexive analysis that allowed personal and professional development.

For an excellence of care of the Person in Psychological Suffering it was important to know the Person as a whole, in the individual, family and social context. The intervention was based on an Evidence-Based Practice for a better clinical decision making. The frame of reference that supported the practice in Mental Health and Psychiatry was based on Betty Neuman's Theory of Systems (2010) which included concepts, values and assumptions related to stress factors and the exploitation of resources and strategies for the resolution of problems identified, both in the recovery of the crisis, and in health promotion and psychosocial reinsertion.

It is necessary to intervene with the Person with Mental Illness and Family by providing them with knowledge about the disease and available resources, promoting coping strategies to facilitate the return to family and social life. Through the NOC (Nursing Outcomes Classification, 2004) indicators, there was a slight evolution in the values of Self-Esteem (Self-Concept) and Self-Care (Autonomy). Through the implementation of psycho and socio-therapeutic, psycho-educational and psychosocial interventions, the Specialist Mental Health Nurse promotes the Person's Autonomy, Self-Concept and insight, and clinical situations in order to develop more effective adaptive processes.

Keywords: psychological distress, family, autonomy, self-concept, mental health nursing, mental illness

ÍNDICE DE SINGLAS

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EESM – Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

OMS – Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	3
1.1 Do conceito de Saúde ao Sofrimento por Doença Mental	3
1.2 A Família como suporte na Pessoa com Doença Mental	4
1.3 Recuperação Psicossocial da Pessoa com Doença Mental: algumas considerações.....	5
1.4 A (Re)construção da Autonomia e do Autoconceito na Pessoa com Doença Mental.....	7
1.4.1 Autonomia.....	7
1.4.2 Autoconceito.....	9
1.5 O Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman na Práxis de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.....	12
2. Do Planeamento à Prática de Cuidados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	14
2.1 Intervenção à Pessoa em Sofrimento Psicológico em Internamento	16
2.2 Intervenção à Pessoa em Sofrimento Psicológico no Hospital de Dia....	23
2.3 Intervenção à Família em Sofrimento Psicológico	31
2.4. Intervenção à Pessoa e Família em Sofrimento Psicológico na Comunidade	37
3. Contributos dos Ensinos Clínicos no Desenvolvimento de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	41
4. Análise dos Problemas Éticos e Deontológicos	46
5. Conclusão e Perspectivas Futuras	48
6. Referências Bibliográficas	51

Apêndices

Apêndice 1 – Reflexão da Prática utilizando o Ciclo de Gibbs

Apêndice 2 – Estudo de Caso

Apêndice 3 – Plano de Intervenção e Avaliação do Grupo 1 do Serviço de Internamento de Psiquiatria

Apêndice 4 – Plano de Intervenção e Avaliação do Grupo 2 do Serviço de Internamento de Psiquiatria

Apêndice 5 – Intervenção psicoterapêutica com a utilização de mediadores expressivos

Apêndice 6 – Respostas dos doentes às quatro questões: O Papel da Doença Mental na sua Vida; Repercussões da Doença Mental; Autopercepção e Heteropercepção do Doente

Apêndice 7 – Plano de Intervenção Socioterapêutica sobre Autoconceito realizado no Hospital de Dia

Apêndice 8 – Plano de Intervenção Psicoeducativa sobre Adesão à Terapêutica

Apêndice 9 – Evolução dos Doentes nos indicadores NOC da Autonomia e Autoconceito

Apêndice 10 – Trabalhos realizados pelos Doente do Hospital de Dia

Apêndice 11 – Acta de Sessão do Grupo de Famílias: um exemplo

Apêndice 12 – Plano de Intervenção Psicoeducativa à Família da Pessoa com Doença Mental: Treino de Comunicação

Apêndice 13 – Folha de Registo de Enfermagem do Projecto de Visitação Domiciliária: sugestão de melhoria dos cuidados

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O relatório tem como finalidade descrever o trabalho de projeto e o percurso reflexivo realizado ao longo do estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP).

Este relatório reflete o trabalho desenvolvido no 3º semestre do curso. Um percurso de novas experiências clínicas e de crescimento pessoal e profissional, com aquisição de novas competências e a integração de conhecimentos teórico-práticos.

O estágio teve por objetivos: a) desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria; b) realizar intervenções que aliviassem o Sofrimento Psicológico da Pessoa com Doença Mental através da promoção do Autoconceito e da Autonomia; c) promover a Saúde Mental da Família da Pessoa com Doença Mental.

Com sete anos de trabalho, como enfermeira generalista na área de oncologia, deparei-me com situações de sofrimento psicológico tanto no doente como na família. Senti necessidade de adquirir competências que me permitissem cuidar da pessoa como um todo promovendo a saúde mental de forma a limitar todo o processo de sofrimento adjacente. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), os indivíduos que se encontram em processos de sofrimento, transtorno ou perturbação mental obtêm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em ESMP diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas situações lhes causam. Foram estes pressupostos que contribuíram para a escolha do curso.

De acordo com o Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016, as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental são a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais. A perturbação mental afeta o indivíduo no seu todo, em todas as suas dimensões, biológica, psicológica, espiritual e social, repercutindo-se na unidade familiar e nos padrões de interação estabelecidos (Moreira, 2001 cit. por Dinis; Rodrigues Ferreira; Carvalho, 2014).

Para diminuir o sofrimento psicológico imposto por uma doença mental e promover um sentimento de bem-estar biopsicossocial para a pessoa e a família, levando a uma melhor e maior saúde mental foi, necessário desenvolver competências de enfermeiro especialista na Promoção do Autoconceito e da Autonomia na Pessoa em Sofrimento Psicológico.

Ser competente é saber mobilizar e transferir para outros contextos um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, objetivos e atitudes que se revelam nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias (Alarcão, 2001). O conceito de competência associado à estratégia e à aprendizagem, agrega valor social ao indivíduo, uma vez que está também a investir em si mesmo, sob uma perspetiva pessoal e profissional privilegiando os processos autorreflexivos. De forma a desenvolver competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria foi contemplada a realização de prática clínica de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em quatro contextos específicos: Internamento de Psiquiatria, Hospital de Dia, Grupo de Famílias e Projeto de Visitação Domiciliária, todos na grande área de Lisboa, entre Setembro de 2016 e Março de 2017.

Este relatório está estruturado em quatro partes. Numa primeira parte, o Enquadramento Teórico, aborda conceitos fundamentais como o autoconceito, a autonomia, a reabilitação psicossocial e a família da pessoa com doença mental.

Para sustentar a práxis de ESMP foi utilizado o Modelo de Neuman (2010). Descreve-se a sua aplicabilidade nos cuidados de enfermagem. Em seguida, apresento os contextos onde foram realizados estágio, os objectivos bem como as intervenções de enfermagem autónomas desenvolvidas. Destaco as competências adquiridas como especialista. Analiso os problemas éticos e deontológicos que foram ocorrendo ao longo do processo formativo. Por último, reflito sobre todo este processo reportando as conclusões obtidas e sugestões de melhoria da prática especializada em enfermagem.

A redação deste relatório foi realizada segundo o novo acordo ortográfico e de acordo com as normas da American Psychological Association.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Do conceito de Saúde ao Sofrimento por Doença Mental

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a saúde mental como parte integrante da saúde, referindo não poder existir saúde sem saúde mental e que esta é determinada por múltiplos fatores, entre os quais os socioeconómicos, biológicos, genéticos e ambientais.

A saúde mental é, então, a base de um desenvolvimento equilibrado durante a vida, desempenhando um papel importante nas relações interpessoais, vida familiar e integração social. É parte indissociável da base do bem-estar e funcionamento eficiente dos indivíduos no que diz respeito à capacidade de adaptar-se a mudanças, enfrentar crises, estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e descobrir um sentido para a vida.

A pessoa no decurso da sua vida é confrontada com os seus limites e com obstáculos do meio, desenvolvendo estratégias de adaptação para tentar ultrapassá-los. Se não conseguir encontrar recursos, em si ou no meio, que a ajudem a enfrentá-los, viverá um período de maior ou menor desorganização, em função da perceção do estímulo stressante, surgindo assim a crise (Chalifour, 2002).

O surgimento de uma doença mental implica um grande sofrimento imputado tanto à pessoa como à sua família. Podendo gerar outros problemas e sofrimento como alterações familiares, afastamento social, problemas laborais/profissionais, entre outras.

O sofrimento global para Barbosa (2006) engloba quatro grandes dimensões: física, psicológica, espiritual e relacional. Quanto ao sofrimento psicológico, este autor, subdivide-o em sofrimento mental e emocional. É caracterizado por sentimentos associados a perdas, défices ou ameaças à Pessoa. O sofrimento mental pode ocorrer devido a uma dificuldade de ajustamento em determinada situação ou ocorrência, na dificuldade de resolver problemas resultantes das suas perdas. O sofrimento emocional integra alterações de humor, de insónia, e de desejo de morte e, eventual ideação/intenção suicidária.

1.2 A Família como suporte na Pessoa com Doença Mental

Uma família pode ser melhor caracterizada com base nos atributos de afeição, nos fortes laços emocionais, no sentimento de pertença e durabilidade de associação, refere Wright e Lehey (2011). Cada pessoa reconhece os membros da sua família respeitando relacionamentos significativos e experiências de saúde/ doença. É clara a influência da família sobre o indivíduo, pois é nela que se cria o contexto para um crescimento e desenvolvimento saudáveis, com relevância sobre a formação da identidade pessoal e sentimentos de autoestima, mas também sobre a sociedade.

Abordar a Saúde Mental segundo Bagagem (2010) é simultaneamente abordar a pessoa humana e a sua família. Alarcão (2002) refere que uma das funções da família é o suporte dos seus elementos. Quando um membro da família se encontra numa situação de *stress* os restantes elementos também sentem essa pressão. Por esta razão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem vindo a expressar as suas preocupações com o acompanhamento e monitorização dos cuidadores familiares.

A família é referida por vários autores como uma unidade fundamental na manutenção da pessoa com doença mental fora da instituição psiquiátrica. Aos enfermeiros cabe o trabalho de permitir que a família seja aliada ao processo de recuperação da pessoa com doença mental, ajudando a encontrar caminhos para a resolução de problemas e esclarecimento de dúvidas. As famílias devem ter o direito à oportunidade de fazer ouvir as suas necessidades (emocionais, situação financeira, capacidade de enfrentar a situação), carecendo do empoderamento para adquirir as necessárias competências que as habilitem a cumprir o seu papel de cuidadores. Uma família saudável e capacitada reunirá condições emocionais para estabelecer uma relação de parceria com os profissionais de saúde no processo de reabilitação psicossocial do seu familiar.

Para Brito (2011), as dificuldades em lidar com toda a variedade e complexidade de comportamentos, sintomas e problemas associados à doença e enorme sofrimento mental e físico que a doença provoca no seio da família, traduz-se em dificuldades no funcionamento social e no relacionamento interpessoal. Isto conduz frequentemente a situações de incapacidade

permanente, conflitos frequentes e a um baixo nível de qualidade de vida, tanto para o doente como na família.

As necessidades dos familiares cuidadores estão relacionadas com a repercussão que a doença mental tem indiretamente para si, ou seja, através da sobrecarga (Meijer et al., 2004). O aumento constante de cuidados leva a uma sobrecarga que conduz os familiares cuidadores a alteração nos processos de funcionamento e dinâmica familiar (níveis elevados de emoção expressa¹) podendo levar a desenvolver quadros de depressão, ansiedade e doenças psicossomáticas (OMS,1998, Rose, et al., 2004) mas também a problemas físicos e socioeconómicos (Sousa, 2005). Alguns estudos indicam que a sobrecarga é inversamente proporcional ao tamanho e qualidade da rede social de apoio. Isto é, quanto maior e melhor for a rede social de apoio, menor será a sobrecarga sentida pela família (McFarlane,2002).

Fallon (1984) reforça que a família ajuda a manter a saúde física e mental do indivíduo, por constituir o maior recurso natural para lidar com situações potenciadoras de stress associadas à vida em comunidade. As famílias podem oferecer um ambiente adequado promotor de mudança se elas próprias compreenderem o processo de reabilitação psicossocial, recebendo ajuda e formação/treino da parte de outras famílias e profissionais.

1.3 Recuperação Psicossocial da Pessoa com Doença Mental: algumas considerações

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Mental (2015) tem um papel fundamental na compreensão dos processos de sofrimento na pessoa com doença mental e família, facilitando o apoio na “perturbação mental do cliente assim como as implicações no seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (...) As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental visam contribuir para

Emoção Expressa¹: Respostas emocionais disfuncionais da Família como hipercriticismo, hostilidade, atitudes de rejeição, sinais de sobreenvolvimento emocional para com a Pessoa com Doença Mental (Yacubian & Neto, 2001)

a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família". (Diário da República, 2015, pág.17034). De acordo com o mesmo documento o EEESM deve intervir na Pessoa com os objetivos de facultar segurança, autonomia, adaptabilidade, capacidade em lidar com *stressores*, autoconsciência, autoestima, preocupação com os outros, autoconfiança e competências sociais. Estas intervenções podem ser realizadas no âmbito de programas de reabilitação psicossocial.

O Plano de Ação para a Reestruturação e o Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental 2007-2016 expressa a necessidade de reorganizar os serviços de saúde mental, investindo na reabilitação psicossocial, através da prestação de cuidados comunitários. De acordo com a evidência científica, estes constituem a melhor forma de assegurar a prevenção de recaídas e a reintegração dos doentes. Segundo Matos (2013), a desinstitucionalização tem como objetivo tornar os internamentos mais curtos, uma vez que quanto maior for o tempo de internamento do doente mais difícil é o processo de inclusão na comunidade.

A reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente, na comunidade. Envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais. (OMS, 2001).

Acreditando que no processo de reabilitação psicossocial o papel principal é o da Pessoa, surge a importância de caracterizar este processo como individual, pessoal e único. O papel do EEESM é apoiar a pessoa no seu percurso de recuperação, promovendo a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma e a melhoria da competência social individual.

Segundo Anthony (2004), a Recuperação Pessoal é um processo único, íntimo que visa a transformação das atitudes, valores, sentimentos, objetivos, aptidões da Pessoa. É um processo que propõe superar os efeitos catastróficos da doença mental, permitindo a pessoa desenvolver-se com uma nova

orientação e viver uma vida satisfatória, esperançosa, mesmo dentro dos limites impostos pela doença mental.

O EEESM, ao apoiar a recuperação pessoal, deve procurar minimizar o impacto da doença mental (através do enquadramento e autogestão) e a maximizar do bem-estar (ao desenvolver uma identidade positiva e papéis sociais valorizados e relacionamentos interpessoais). Ao promovermos o autoconceito e a autonomia, estamos a promover nas pessoas a capacidade de adquirirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde. A Pessoa deve então ser capaz de expressar as suas necessidades, demonstrar as suas preocupações, elaborar estratégias de participação na tomada de decisões e levar a cabo ações para atender às suas necessidades.

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com a Pessoa, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Tem por objetivo ajudar a pessoa a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde, envolvendo as suas pessoas significativas.

1.4 A (Re)construção da Autonomia e do Autoconceito na Pessoa com Doença Mental

De acordo com Cordo (2003), os objetivos que deverão constar nos projetos de reabilitação de pessoas com doença mental são: a) Fornecer estratégias que lhe permitam à pessoa enfrentar o seu meio; b) Procurar a saúde, em vez de intervir diretamente e apenas ao nível da redução dos sintomas; c) Melhorar o desempenho do indivíduo, apesar das suas capacidades residuais.

1.4.1 Autonomia

A Autonomia pode significar o poder do homem em tomar decisões que afetam sua vida (Silva et al, 2012). É uma característica relativa a padrões individuais, sociais e históricos, estabelecidos ou construídos, surge através da capacidade de modular do individuo em se organizar.

Para dar lugar à Recuperação Pessoal a Pessoa tem de se tornar participante ativo para alcançar o seu máximo potencial. Stuart e Laraia (2001)

defende ação por parte dos enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica ao conceber estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de adaptação, de forma a eliminar ou reduzir os riscos decorrentes da sua perturbação mental.

Desta forma, os serviços de Saúde Mental devem criar condições que favoreçam a autodeterminação da Pessoa com Doença Mental e a procura de um caminho pessoal desenvolvendo Autonomia para adquirir um maior controlo sobre as decisões que afetam a sua saúde (PNSM, 2008; Ornelas, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O conceito de Autonomia sugere a capacidade percebida para controlar, lidar com situações e tomar decisões sobre a vida, de acordo com as próprias regras e preferências pessoais (OMS, 2002), o que representa um *status* de auto governação e auto-orientação (ICN, 2011). Costa e Paulon (2012) referem que autonomia sugere a capacidade de saber ser, autodeterminar, de, ativamente, traçar formatos e projetos de vida para (re)criar regras e modos de vida compatíveis com os projetos de cada um.

Proot e colaboradores (2002) sobre o conceito de Autonomia identificaram três dimensões: a autodeterminação, a independência e o autocuidado. A autodeterminação refere-se à capacidade da pessoa para fazer escolhas e tomar decisões relativamente à sua vida e saúde. A independência inclui os aspetos do domínio físico, psicológico e social, e é nesta dimensão que se situam as questões relacionadas com o planeamento e organização da própria vida, incluindo a responsabilidade pela saúde. O autocuidado inclui capacidades, como a mobilidade, comunicação e cognição e as atividades de vida que são necessárias ao normal funcionamento da pessoa. As três dimensões da Autonomia identificadas relacionam-se entre si, pois a independência exige que se façam escolhas e se tenha liberdade de escolha (autodeterminação), o que por sua vez requer a tomada de decisão e execução de habilidades (autocuidado).

A implementação de intervenções potenciadoras da Autonomia deve ser realizada através de um plano global que integre a avaliação e valorização do potencial de cada pessoa, permitindo desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de adaptação, de forma a eliminar ou reduzir os riscos decorrentes da sua perturbação mental. As intervenções de enfermagem vão contribuir para a

otimização dos recursos do indivíduo e família para manter e/ou promover o desenvolvimento integral do cliente e a possível recuperação, capacitando-o para a conquista de autonomia e funcionalidade, visando o alcance do equilíbrio e bem-estar, dentro das limitações inerentes à sua condição mental.

O EESMP deve promover a autonomia da família para o estágio de autodeterminação. Diversos estudos (Colvero et al.,2004; Berk et al.,2011; Sharon et al, 2012) referem que as alterações emocionais familiares prendem-se com o deficiente conhecimento sobre a Doença, sobre o tratamento, sobre a gestão da crise e sobre a dificuldade na resolução de problemas do dia-a-dia. Para colmatar esta lacuna reconhece-se a necessidade de desenvolver programas de informação, orientação e apoio aos familiares dos doentes.

1.4.2. Autoconceito

Para capacitar o doente e a família no seu máximo de funcionalidade devemos promover o seu Autoconceito. Carpenito citado por Bruges (2007) refere que o distúrbio do Autoconceito é um estado em que o indivíduo apresenta ou corre o risco de apresentar uma mudança negativa na maneira de sentir, pensar ou de se ver a si mesmo. Este distúrbio pode originar mudanças em diferentes componentes como a imagem corporal, autorealização, autoestima, desempenho de papéis e identidade pessoal.

O Autoconceito é um conceito geral, estável e multifacetado. As facetas que o constituem refletem o sistema de categorias, adotado por um dado indivíduo e/ou compartilhado por um grupo. Tais categorias, ao formarem-se, tornam-se mediadoras do ajustamento do indivíduo ao meio, podendo facilitá-las ou dificultá-las.

A baixa autoestima relaciona-se com patologias como a depressão, ansiedade e comportamentos suicidários. Intervir precocemente é fundamental para manter a autoestima conservada, o autocontrolo e a capacidade de resolução de problemas promovendo respostas resilientes em relação ao suicídio.

O Autoconceito segundo Sequeira (2006, pág. 57) é “o conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico e espiritual ou moral. A formação do autoconceito indica a capacidade do Ser Humano tem, de se construir como objeto da própria observação e abstrair dos seus comportamentos específicos

de todos os dias e igualmente dos comportamentos dos outros em relação a si". O processo de individuação é encarado como um período povoado de desafios, de acréscimo de responsabilidades e de oportunidades de exploração, experimentação e compromisso a vários níveis. Todo o ser humano passa por um ciclo de vida que se desenrola numa sequência que implica maturação fisiológica e psicológica.

O Autoconceito pode ser considerado como uma organização interna de atitudes que levam a uma análise de componentes básicos a nível: cognitivo, avaliativo e comportamental (Esteban, 1995).

Quanto à componente cognitiva, este refere-se às ideias, crenças ou opiniões, percepções e processamento da informação. Esta componente é o aspeto percetivo do autoconceito e designa-se por autoimagem. É definido como a opinião que se tem da própria personalidade e sobre a sua conduta. Para Rosenberg citado por Sequeira (2006) a pessoa ao se constituir como objeto da sua própria observação dá lugar a um conjunto de percepções organizadas que levam a uma determinada estrutura do Autoconceito. Este apresenta três subcomponentes: a autoimagem real, a autoimagem ideal e a autoimagem social. A autoimagem real é a percepção que a pessoa tem das suas próprias características e atributos. A autoimagem ideal é a representação que o indivíduo tem de como gostaria de ser. A autoimagem social representa a crença que a pessoa tem de si mesma, em função das opiniões dos outros. A aparência física é a característica pessoal mais acessível aos outros. O autoconceito desenvolve-se a partir das avaliações refletidas que os outros fazem da pessoa, é o que o indivíduo imagina sobre o que os outros pensam dele.

A relação entre o autoconceito real e o autoconceito ideal é importante. Sequeira (2006) refere que o real equivale à forma como a pessoa se percebe e avalia, tal como é na realidade enquanto o ideal tenta caracterizar a maneira como o indivíduo sente que deveria ou gostaria de ser. Esta diferença permite perceber o nível de aceitação e de satisfação pessoal e, igualmente, de ajustamento pessoal.

Segundo Alcántara citado por Bruges (2007) as restantes dimensões caminham sobre a luz projetada pelo autoconceito e que se fazem acompanhar pela autoimagem ou representação mental, que um sujeito tem de si mesmo no presente, nas ambições e nas expectativas.

Quanto à componente avaliativa, esta corresponde à autoestima. Autoestima é a atitude do indivíduo para consigo próprio, que se adquire ao longo do crescimento e desenvolvimento. Esta pode constituir o núcleo básico da personalidade, ou pode ser entendida como a forma habitual, mais ou menos saudável, de pensar, sentir, amar, comportar-se e reagir consigo próprio, sendo uma estrutura dinâmica e passível de ser modificada. Também Rosenberg (1965) citado por Romano et al (2007), refere-se à Autoestima como a avaliação que a pessoa efetua e geralmente mantém em relação a si própria, a qual implica um sentimento de valor, que engloba numa componente afetiva, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma.

Sequeira (2006) refere que a autoestima pode ajudar a ultrapassar dificuldades pessoais, fomentando a autoresponsabilidade: se o indivíduo acreditar que tem em si próprio, recursos disponíveis para responder às necessidades que lhe vão surgindo, ele irá esforçar-se para cumprir determinadas tarefas. Isto é, permite uma relação social saudável e positiva; desenvolve a sua criatividade, uma vez que confia em si e acredita que é capaz de desenvolver e criar algo novo; influencia e condiciona a aprendizagem, pois estão disponíveis para adquirir novas competências e têm motivação para investir numa nova tarefa.

Segundo Esteban (1995) os dois componentes anteriores fazem com que a pessoa tenha tendência para adotar comportamentos de aceitação/rejeição. Estes comportamentos estão relacionados com a forma como a pessoa se percebe. Os outros vêem a pessoa de forma diversa e a percepção que têm dela é diferente daquela que a pessoa tem de si própria. A pessoa pensa em si em termos de sentimentos, capacidades e ações. O autoconhecimento ajuda a obter uma visão mais realista de si próprio. A capacidade do indivíduo para mudar, evoluir e ser flexível, facilita o crescimento. A flexibilidade torna possível a adaptação psicológica saudável. Esta componente do autoconceito significa intenção e decisão de agir ou realizar um comportamento.

Tendo como perspetiva o desenvolvimento e a promoção do autoconceito e da autonomia, é importante implementar intervenções de enfermagem que visem melhorar estes conceitos e promover a esperança face aos problemas resultantes da doença mental.

1.5 O Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman na Práxis de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Neuman (2010) entende a Pessoa como um ser holístico e define-a como um sistema aberto, inserida num modelo de sistemas. A Pessoa é vista como um ser total nas suas dimensões, em constante dinâmica e interação com as forças ambientais, tendo em conta as variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais (Neuman & Fawcett, 2010).

Os comportamentos da Pessoa são influenciados pelo ambiente, no qual vive, desenvolve e interage, modifica-o e é influenciado durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e harmonia. A pessoa está sujeita a *stressores*, que são forças produtoras de tensão e têm a capacidade de causar instabilidade no sistema, só adquirem importância no contexto e nas vivências, por isso terão de ser compreendidos de acordo com a sua perceção. A saúde é entendida como a estabilidade ideal do sistema ou estado de bem-estar ideal num determinado momento, vista como um contínuo do bem-estar à doença, de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança. Varia ao longo da vida de acordo com múltiplos fatores, resposta e capacidade de adaptação aos *stressores* ambientais.

O Cuidado de Enfermagem tem como principal objetivo ajudar o sistema da Pessoa a reter, atingir e a manter a estabilidade, através de intervenções intencionais, com vista à redução dos fatores de stress. Deste modo, as intervenções de Enfermagem devem-se direccionar para o alívio ou redução dos agentes de stress ou condições adversas, reais ou potenciais. Neste âmbito, são considerados três níveis de prevenção: prevenção primária, secundária e terciária; (1) A prevenção primária ocorre quando ainda não se deu uma resposta do indivíduo ao stressor, mas o risco é conhecido; a intervenção pretende reforçar as linhas flexíveis de defesa, reduzindo o contacto entre o indivíduo e o stressor de forma a fortalecê-lo; (2) A prevenção secundária ocorre quando já há respostas aos stressores; a intervenção vai no sentido de tratar os sintomas e ajudá-lo a responder eficazmente para reestabelecer o equilíbrio; (3) a prevenção terciária centra-se no reajustamento para manter o bem-estar da pessoa após o tratamento, procurando fortalecer as suas resistências aos stressores para prevenir o desequilíbrio inicial, muni-la com melhores estratégias

para enfrentar no futuro os *stressores*; a intervenção procura uma readaptação e manutenção do equilíbrio readquirido.

Assim, a intervenção do profissional de saúde ocorre em dois tipos de situações: (1) numa situação de crise, onde os fatores desencadeantes da crise já estão presentes, a intervenção pretende facilitar os recursos da pessoa para fazer frente à ameaça e promover o processo de adaptação; (2) numa situação pré-crise, em que se antecipa o desenvolvimento da crise, a intervenção tem como objetivo potenciar os recursos da pessoa para melhor dotá-la a enfrentar a crise que se prevê que ocorra num futuro próximo. Quando está instalada a crise, a primeira linha de intervenção consiste na diminuição do nível de *stress*, melhorar as estratégias de *coping*, fortalecer as redes de suporte.

Em ambas as situações, tanto de crise como de pré-crise, uma intervenção baseada na reabilitação psicossocial, promove no indivíduo a perceção de controlo sobre a sua própria vida e processos que lhe dizem respeito, experiências de controlo, tomada de decisão nos processos que lhe dizem respeito e aumento da sua consciência crítica em relação ao contexto. O indivíduo autónomo tem liberdade de escolha e de tomar as suas próprias decisões. O ajustamento dos profissionais à crescente participação dos utilizadores dos serviços passa pela partilha de poder. Todas as pessoas possuem recursos dentro de si para a auto-compreensão, modificação do seu Autoconceito, as suas atitudes e comportamentos, isto é, elas precisam apenas que estes recursos sejam ativados através de um clima e de atitudes do terapeuta facilitadoras do processo.

2. DO PLANEAMENTO À PRÁTICA DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL e PSIQUIATRIA

A doença mental afeta a relação da Pessoa com a sua Família e pessoas envolventes. Neste contexto surgem as questões: 1) Quais as Intervenções de Enfermagem que contribuem para a diminuição do Sofrimento Psicológico da Pessoa com Doença Mental?; 2) que Intervenções de Enfermagem podem diminuir o Sofrimento Psicológico da Família da Pessoa com Doença Mental?

A Ordem do Enfermeiros (2010) no seu Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental defende a utilização de técnicas de âmbito psico e socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, que facilitem a resposta adaptativa do cliente à sua condição de saúde mental, bem como a promoção do desenvolvimento integral do cliente e a possível recuperação, capacitando-o para a conquista de Autonomia e funcionalidade, visando o alcance do equilíbrio e bem-estar, dentro das limitações inerentes à sua condição mental.

Ao longo dos estágios foram realizadas entrevistas individuais com a Pessoa e Família. Para dar respostas as situações doença-saúde foram contemplados alguns instrumentos de avaliação como os indicadores NOC, Autoestima e Autocuidado (2004), Escala de Graffar (1990), Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton-Brody (1969), Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos de Delgado & Lima (2001). Através de resultados mensuráveis foram elaborados diagnósticos segundo o Modelo de Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Durante o estágio e para dar respostas aos problemas de saúde foram planeadas intervenções de enfermagem baseada na evidência sobre os melhores resultados na promoção do Autoconceito e Autonomia da Pessoa em Sofrimento Psicológico. Foi realizada uma revisão narrativa de literatura utilizando as seguintes fontes de informação: bases de dados CINAHL e MEDLINE, revistas científicas, livros científicos, teses, *websites* governamentais, organizações e literatura cinzenta. A pesquisa teve um horizonte temporal de 10 anos com a utilização de termos: Autoconceito, Autonomia e enfermagem psiquiátrica. Foram excluídos artigos que apenas incluíam outros profissionais; que não apresentassem metodologia científica; que incluíam pessoas com mais

de 65 anos; sem *full text*; sem diagnóstico clínico de doença mental. Com este processo de exclusão a pesquisa ficou limitada em 8 artigos da Cinahl, 8 artigos da Medline, 5 artigos da Joanne Briggs.

Salzmann-Erickson (2013) refere que ao permitir a construção de sentimentos positivos habilita a pessoa a sentir-se competente aumentando o seu Autoconceito e Autonomia, o que evita o isolamento e ajuda a lidar com a depressão e perda de realidade.

Tungpunkom et al (2013), realça a importância da família no apoio à recuperação da pessoa com doença mental. A família expressa a necessidade de apoio psíquico e emocional para cuidar eficazmente dos seus familiares. As famílias precisam de ajuda para se ajustarem à situação através de grupos de apoio onde se forneçam informações para lidar com sintomas psicóticos. Os cuidadores são a chave do sucesso para cuidar da pessoa e por isso o seu bem-estar tem influência na recuperação da pessoa em sofrimento psicológico.

Na gestão da doença mental foram encontrados estudos de intervenções de âmbito psico e socioterapêutico, psicoeducativo e psicossociais com resultados na sua aplicabilidade na promoção do autoconceito e autonomia. A psicoeducação torna-se particularmente importante como parte integrante de um plano global de tratamento para aumentar a compreensão acerca da doença mental e de aprender estratégias para lidar com a mesma, de forma a tornar a pessoa capaz de conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença. Korsbeck (2013) defende que se deve considerar as questões sobre a esperança, o Autoconceito e o *empowerment* na gestão da doença mental promovendo a diminuição do estigma sobre si próprios.

Ao longo dos estágios encontramos algumas vantagens no desenvolvimento das intervenções em grupo no sentido de fomentar as relações, intrapessoais e interpessoais, contrariando o isolamento, a vergonha e o constrangimento social desenvolvendo competências sociais.

2.1 Intervenção à Pessoa em Sofrimento Psicológico em Internamento

2.1.1 Ensino Clínico em Serviço de Internamento

O Ensino Clínico no Serviço de Internamento de Psiquiatria foi realizado de 26 de Setembro a 20 de Novembro de 2016, num Hospital da área da Grande Lisboa. Este serviço encontra-se dirigido para uma população jovem adulta a partir dos 16 anos, sendo as patologias mais frequentes as psicoses, nomeadamente o 1º surto psicótico, doenças do comportamento alimentar e ideação suicida. Este serviço recebe doentes provenientes da urgência do próprio hospital, de outros serviços e da consulta de Psiquiatria. É dirigido para o tratamento e estabilização de doentes agudos (sintomas múltiplos) e do comportamento alimentar. Os doentes são internados de forma voluntária ou compulsiva. Tem uma dotação de vinte e oito camas, cinco das quais destinadas para o comportamento alimentar. A equipa é constituída por enfermeiros (dos quais 8 são especialistas em ESMP, duas em cargos de chefia), psiquiatras, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, dietista, assistentes operacionais e segurança diurno.

2.1.2 Objetivos e Intervenções de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria desenvolvidas

No sentido de dar resposta ao projeto foram definidos os seguintes objetivos:

a) Compreender as dinâmicas de um Serviço de Psiquiatria

A equipa de enfermagem, sendo jovem e com bom espírito de cooperação, disponibilizou-se para acolher, colaborar, ouvir e esclarecer as dúvidas que me iam surgindo, facilitando a minha integração. O método de trabalho da equipa é individual o que facilitou a continuidade dos cuidados. Para complementar a informação facultada durante a passagem de turno no serviço

tive acesso aos diários clínicos para uma melhor percepção da informação dos doentes internados. Particpei em Reuniões Multidisciplinares, realizadas uma vez por semana, na qual estão presentes elementos da equipa (psiquiatras, enfermeiro, psicólogo, assistente social) de forma a poder dar a melhor resposta a cada doente. Estas reuniões foram fulcrais para desenvolver competências tanto a nível da avaliação do estado mental do doente como para planear intervenções.

De forma a conhecer os doentes internados colaborei na prestação de cuidados diretos gerais (autocuidado) ao doente com os objetivos de identificar as necessidades e desenvolver relações de confiança que permitissem o desenvolvimento das competências especializadas.

Durante este ensino clínico tive conhecimento de uma grande variedade de psicofármacos, aumentando noções sobre a farmacodinâmica, farmacocinética, as vias de administração e os efeitos colaterais.

Durante o estágio tive oportunidade de realizar admissões ao internamento, procedendo ao acolhimento ao serviço e à entrevista de colheita de dados para avaliação inicial. Destas há a salientar uma admissão a uma doente com ideação suicida sobre a qual realizei um jornal de aprendizagem utilizando o ciclo de Gibbs (apêndice 1). Na prestação de cuidados tive oportunidade de colaborar na preparação de altas clínicas, com a realização de carta de alta e clarificação da terapêutica a realizar, reforçando o local e a data de administração da mesma.

b) Adquirir conhecimentos e desenvolver intervenções psicoterapêuticas individuais e em grupo

Para adquirir mais conhecimentos, além das aquisições durante o curso de mestrado, e para melhor compreender estas intervenções fiz um *workshop* sobre arte-terapia e participei uma sessão de dançaterapia e uma sessão de relaxamento. Foi importante para mim não só fazer a pesquisa bibliográfica mas também realizar intervenções que queria pôr em prática; só através da experiência pude perceber o impacto que poderia ter nos outros.

Para planear os cuidados sobre as intervenções mais eficazes e tendo por base a prática baseada na evidência realizei pesquisa bibliográfica e várias leituras, de forma a aprofundar o referencial teórico e fundamentar as minhas

intervenções. Este processo foi facilitado através da professora orientadora que guiou as minhas leituras, pelo enfermeiro orientador que foi aconselhando intervenções que seriam melhor sucedidas de acordo com o grupo de doentes internados, e também através da experiência em co-terapia. Esta experiência, permitiu-me melhorar a dinamização de grupos, promovendo a adesão dos doentes às atividades planeadas.

c) Desenvolver competências emocionais (A auto consciência)

A autoconsciência para Goleman (2005) é a razão da inteligência emocional, através dela a pessoa compreende as suas emoções e o impacto dela no desempenho, permitindo melhor compreender as emoções dos outros.

Segundo Damásio (2015:360) “a consciência serve para aumentar o alcance da mente e, ao fazê-lo, melhorar a vida (...) porque apresenta um novo meio para obter a homeostasia”. Para atingir este nível que descreve o autor é necessário atingir um elevado grau de autoconhecimento.

Neste Ensino Clínico para aumentar o autoconhecimento foi necessário, ter uma atitude crítica e reflexiva sobre mim mesma, sobre os meus sentimentos e pensamentos, sobre as intervenções aos doentes e aos familiares, mas também na forma de expressar de comunicação, através da linguagem, do olhar, dos movimentos corporais e tomar consciência do mesmo. Foi este “dar conta” de todas as dimensões implícitas da comunicação e da relação num determinado momento que me levou a refletir através do jornal de aprendizagem utilizando o ciclo de Gibbs, nos momentos de reunião de supervisão ao longo do estágio. Lidar com preconceitos e estereótipos que outrora possuía e abandoná-los foi um desafio, ultrapassado pela motivação e busca de novos conhecimentos. Debrucei-me sobre a importância da minha pessoa como instrumento terapêutico, mantendo os limites da relação terapêutica para preservar a integridade do processo. Desenvolvi a minha capacidade de observar o outro e, por conseguinte, fiz a minha autoanálise. Ao longo do ensino clínico consegui mais facilmente dar conta de processos de transferência e contra-transferência, usando recursos próprios para a resolução destes. A análise pessoal e interpessoal está em permanente construção, sendo no entanto um processo que penso tornar-se mais fácil com supervisão clínica. Cada momento pode ser uma oportunidade para refletir e tornar-se mais consciente de si e dos outros.

d) Realizar a Avaliação do Estado de Saúde da Pessoa com Doença Mental

Para facilitar uma boa avaliação diagnóstica elaborei um guião de entrevista que me permitiu colher a informação de forma sistematizada, fazendo a avaliação do estado físico e mental, a identificação dos problemas e dos fatores de *stress*. Realizei pesquisas sobre artigos, escalas e inventários que me acrescentassem informação sobre os dados mensuráveis para a avaliação das intervenções.

Procurei acompanhar os doentes a quem tinha realizado a admissão ou que tinham entrado recentemente no serviço para conseguir desenvolver o processo de enfermagem. Como exemplo do processo de enfermagem e avaliação do estado mental apresento um Estudo de Caso (apêndice 2) de um jovem, que acompanhei durante o estágio, cujo diagnóstico psiquiátrico era a doença bipolar e cujos diagnósticos de enfermagem, eram entre outros: a autoestima e o autocuidado diminuído e interação social comprometida. Durante o internamento verificou-se uma evolução positiva e a pessoa apresentou crítica face ao seu diagnóstico de saúde e teve alta do internamento, com ingresso no Hospital de Dia.

Foram realizadas algumas entrevistas individuais formais semiestruturadas a doentes internados no serviço e respetivas famílias o que permitiu desenvolver esta competência. Foi particularmente enriquecedor realizar entrevistas a pessoas em situação de crise e com alterações a nível do pensamento e perceção. A entrevista à pessoa em crise seguiu as orientações de Chalifour (2009), foi orientada não só para a recolha de informações sobre o cliente e sobre os acontecimentos que terão levado a que a crise se instalasse, mas também orientada no sentido de ajudar o cliente a tomar consciência de si, corrigindo as distorções cognitivas que o próprio atribui ao evento e explorar a sua capacidade de resolução do problema e rede de apoio.

Ao longo das entrevistas foi facilitada uma comunicação livre para fomentar a expressão de emoções e sentimentos. Os diagnósticos de enfermagem foram validados com os doentes, as intervenções foram definidas, planeadas, implementadas e avaliadas, permitindo que estas tivessem um papel ativo na sua reabilitação.

e) Implementar intervenções de âmbito psico e socioterapêutico para promover o Autoconceito e Autonomia

Neste local de estágio as intervenções em grupo eram realizadas pela terapeuta ocupacional, tendo colaborado em algumas em parceria. Os EEESM realizaram intervenções de âmbito psioterapêutico individualizadas, não sendo possível observar.

Antes de se iniciar a intervenção de grupo foram realizadas entrevistas individuais e intervenções de âmbito psicoterapêutico individuais. Os registos das entrevistas foram realizados por escrito. Durante a entrevista e outras interações tive oportunidade de observar comportamentos, expressões, factos e acontecimentos. Como critérios de admissão no grupo, estabeleceu-se o consentimento informado na participação das intervenções e a ausência de alterações a nível cognitivo e da perceção pelo risco de destabilização no trabalho a desenvolver.

Através das entrevistas procedeu-se à formulação de diagnósticos, tais como: Humor comprometido em grau elevado, autoestima prejudicada em grau elevado, ansiedade demonstrada em grau elevado, socialização comprometida em grau elevado, autocuidado comprometido em grau moderado e *coping* ineficaz.

Durante o ensino clínico desenvolveram-se dois programas de intervenção a dois grupos distintos com o objetivo de promover maior autoconhecimento, integração social e autoestima, de forma a facilitar a expressão de emoções e a proporcionar reflexão em torno da vida e da doença mental.

Alguns dados sociodemográficos relativo ao primeiro grupo:

O primeiro grupo foi constituído por sete elementos internados em serviço de psiquiatria, com faixa etária compreendida entre os 18 e os 50 anos, sendo a média de idade de 28 anos. Quanto ao género, 70% eram do género feminino. As patologias psiquiátricas presentes eram: primeiro surto psicótico, alteração do comportamento alimentar, perturbação da personalidade com ideação suicida, doença bipolar e perturbação esquizoafectiva.

Apenas um elemento (do primeiro surto psicótico) relatava relação familiar estável, estando a família presente afetivamente. Só dois residiam com a família, os restantes viviam sozinhos. Relativamente às habilitações académicas, um

tinha uma licenciatura, os restantes apresentavam o 9º ano. Todos os elementos tinham empregos precários.

Desta forma, elaborou-se um plano de intervenção e de avaliação (apêndice 3). Com estas sessões conseguiu-se promover a socialização, formando o grupo uma rede de suporte durante o internamento. Um dos doentes verbalizou a importância das sessões destacando a importância de expor seus medos e dificuldades como forma de superação da doença. Apesar de estarem planeadas mais sessões, estas não aconteceram porque alguns doentes tiveram alta clínica.

Com novos doentes internados procedeu-se à formação de um novo grupo terapêutico, respeitando os passos descritos anteriormente. Este segundo grupo tinha uma característica muito específica, todos tinham antecedentes de comportamentos aditivos prévios e este era o seu primeiro internamento, por primeiro surto psicótico.

Alguns dados sociodemográficos relativos ao segundo grupo:

O grupo foi constituído por sete elementos (50% do género feminino e 50% do género masculino) com uma média de idade de 25 anos e com escolaridade superior; dois elementos apresentavam como habilitações académicas a frequência universitária e licenciatura, possuindo emprego.

Com este grupo foram desenvolvidos cinco sessões com intervenção de âmbito socioterapêutico para a promoção do Autoconceito (apêndice 4). Neste grupo depois de algumas sessões, senti um grande crescimento pessoal e interpessoal de cada elemento que foi propício à mudança, verificando-se um aumento de socialização. Este grupo verbalizou as suas necessidades mas também apoiava os seus elementos, tornando-se num grupo de auto-ajuda. Era importante criar um espaço de partilha sobre o que ia acontecendo no dia-a-dia do serviço. O grupo servia de espelho àquele elemento que precisava de ajuda, a presença do grupo promovia a confiança, o humor e por conseguinte um bem-estar. Esta relação proporcionou também uma evolução no insight de um dos doentes, uma vez que apenas um reconheceu e verbalizou ao longo do internamento que tinha tido alucinações derivado aos consumos e que não se queria desenvolver uma doença mental pelos erros do passado, aspeto que foi trabalhado individualmente com a equipa.

Em simultâneo com o desenvolvimento do programa de intervenção delineado e conforme as necessidades dos doentes procedeu-se a intervenções de âmbito psicoterapêutico, inicialmente não planeadas, com vista a resolução de problemas no retorno à recuperação de independência o mais precocemente possível, promovendo a reintegração na comunidade. Foram prestados cuidados de enfermagem: cuidados de higiene e alimentação, saídas ao exterior com ida à papelaria e café do hospital, jogos que estimulassem a integração social, processos cognitivos como a atenção, concentração, paciência e imaginação. Ao longo do processo terapêutico e à medida que iam ultrapassando a fase da crise e que começaram a ter crítica para a sua situação saúde/doença foram trabalhadas outras questões tais como: a alimentação, a higiene, o sono, a segurança, e questões relacionadas com a aceitação da doença, a adesão ao regime terapêutico, o retorno à vida familiar e social. Com intervenções que incidiam na autonomia da Pessoa, realizadas diariamente, obteve-se um nível máximo de funcionalidade na higiene e alimentação. Numa fase posterior, para preparar a alta clínica, foi realizada uma intervenção de âmbito socioterapêutico informal sobre Fatores Protetores da Saúde Mental, onde se procurou identificar pessoas e estratégias que os podiam ajudar na sua recuperação assim como sintomas de agravamento da sua situação clínica e os serviços a que recorrer caso necessitassem.

Procurou-se informar e desmitificar os preconceitos em relação à própria doença e trabalhar o estigma das restantes pessoas, procurando ajustar e reforçar comportamentos mais desadequados em sociedade estimulando capacidades cognitivas que permitissem comportamentos mais assertivos.

Através de mediadores expressivos foi realizada uma intervenção de âmbito psicoterapêutico sobre a autoimagem, num doente com distúrbio disfórmico corporal (apêndice 5), cujo resultado foi o aumento da perceção da sua imagem corporal e o confronto com as suas ideias pré-estabelecidas, traduzindo-se por uma maior aceitação do seu diagnóstico de saúde mental.

Corroborando a opinião de Guerra e Lima (2005) um terapeuta deve ser um bom ouvinte sem fazer juízos de valor, ser simples e direto na comunicação, ser capaz de se lembrar do que foi dito em sessões anteriores, promovendo um bom relacionamento pessoal entre os membros do grupo, ter um papel orientador sem ser controlador, ser autêntico, transmitir confiança e segurança.

2.2 Intervenção à Pessoa em Sofrimento Psicológico no Hospital de Dia

2.2.1 Ensino Clínico em Hospital de Dia

Em contexto comunitário foi escolhido um serviço que integrasse o Modelo de Reabilitação Psicossocial no sentido de adquirir formação sobre a atuação em grupos terapêuticos e simultaneamente adquirir competências para cuidar do doente na comunidade numa fase da doença mais estabilizada.

Sendo uma unidade de internamento parcial constituiu-se como alternativa ao internamento, reintegrando o doente a nível familiar, social e profissional, sendo por isso desafiante pela exigência depositada. Desta forma o segundo ensino clínico decorreu num Hospital de Dia da Área da Grande Lisboa com início a 21 de Novembro e término a 10 de Fevereiro de 2017.

Este Hospital de Dia tinha duas equipas multidisciplinares, cada uma orientava um grupo de doentes. O serviço era integrado por duas enfermeiras (uma das quais EESMP), dois psicólogos, duas terapeutas ocupacionais, uma assistente social, dois médicos e três internos da especialidade. Cada grupo de doentes tinha no máximo capacidade para doze elementos. A admissão no serviço era realizada por referência do médico assistente do internamento (da própria instituição ou de outras em que haja parceria) ou da consulta externa. Posteriormente, os médicos fazem uma triagem onde solicitam uma entrevista inicial ao doente e à família.

O Hospital de Dia recebe doentes com múltiplos diagnósticos desde esquizofrenia, doença bipolar, perturbações da personalidade e depressão major. Estes doentes tem por características: um elevado risco de recaída e baixa adesão ao regime terapêutico. O serviço tem como objetivo principal: a estabilização do doente com vista a retomar a vida ativa e o desenvolvimento de um projeto de autonomia sustentável. Para cada doente foi elaborado um projeto terapêutico sob a orientação da equipa multidisciplinar.

Existem atividades previamente estipuladas que são: a Reunião Comunitária, a Preparação da Terapêutica, Dança terapia e o Relaxamento. Todas as semanas realizam-se ainda o Grupo Pós-Alta onde os doentes que já tiveram alta do Hospital de Dia vem ao serviço com o objetivo de perceber as

dificuldades de adaptação ao retorno da vida familiar, social e laboral; simultaneamente os técnicos conseguem fazer uma avaliação do estado mental e despistar facilmente qualquer recaída. Este grupo é dinamizado pela Enfermeira EESMP e Assistente Social. Quinzenalmente realizava-se o Grupo de Famílias, que é dinamizado pela Enfermeira e Psicóloga, onde se proporciona um espaço de esclarecimento de dúvidas e aconselhamento sobre a doença mental e o tratamento.

A Reunião Comunitária era realizada, numa segunda-feira, com todos os doentes e técnicos de saúde. Esta reunião é um espaço aberto para que os doentes partilhem com a equipa terapêutica aspetos que desejem, seja da dinâmica do serviço (agrado ou desagrado), sobre o seu fim-de-semana, rotinas do dia-a-dia que possam influenciar a sua recuperação assim como sugestões que tenham para o melhoramento do serviço.

Na terça-feira realizava-se a “Preparação da Terapêutica” realizada pelo doente, cuja atividade consistia na preparação da sua terapêutica para sete dias. A terapêutica é preparada sob a supervisão do enfermeiro assim como a toma diária observada. Todos os dias antes das atividades, o doente dirigisse à Sala de Enfermagem e cumpre a toma presencial da terapêutica da manhã. Apesar de ser uma atividade aparentemente simples, era nesta que se tinha a oportunidade de fazer a avaliação da adesão à terapêutica. Os doentes podiam relatar os efeitos adversos assim como outras questões relativas à medicação que se encontravam a fazer.

O Relaxamento Progressivo é realizado às quintas-feiras à tarde pela Enfermeira. É utilizado a metodologia de Jacobson. Apesar de não fazer parte do projeto inicial, tive oportunidade de observar e posteriormente participar nas sessões. Neste grupo, os elementos recetivos à intervenção apresentavam diminuição dos níveis de ansiedade durante o tratamento.

Todas as semanas, às quartas-feiras, a equipa reunia-se para discutir e avaliar a situação de cada doente. O projeto terapêutico e a evolução do doente. O método de trabalho é por técnico de referência, ou seja, um elemento da equipa profissional (enfermeiro, psicólogo ou terapeuta ocupacional) fica como gestor de caso. Este técnico tem outras funções acrescidas, como reunir-se com a família do doente, avaliar as necessidades do doente garantindo uma intervenção mais individualizada, fazendo a ponte entre toda a equipa e o

doente. Particpei em todas as reuniões multidisciplinares sendo bastante relevante a análise e reflexão do trabalho que havia sido realizado. A discussão dos projetos terapêuticos dos doentes bem como as dificuldades e problemas que iam surgindo no seio do grupo e a forma de resolução permitiu-me solidificar as aprendizagens. A consolidação do trabalho que ia sendo desenvolvido e o vínculo que ia adquirindo com outros elementos da equipa permitiu-me desenvolver competências pessoais e profissionais, pois ganhei um papel ativo enquanto membro da equipa em que me era permitido expressar a minha opinião e estratégias em relação aos doentes. Foi importante a equipa conhecer o meu projeto de estágio e aceitar as intervenções a que propunha realizar.

O grupo de doentes era composto por nove Pessoas cujos diagnósticos eram: depressão major, esquizofrenia, perturbação da personalidade, doença bipolar e 1º surto psicótico. Alguns dados sociodemográficos: a média de idades era 38 anos (entre os 19 e 59 anos); o nível de escolaridade, era do 9º ano à licenciatura; apenas um elemento residia sozinho; três elementos tinham filhos (dois dos quais menores). Todos tinham internamentos anteriores, dos quais três com internamentos compulsivos.

Para dar cumprimento ao projeto de intervenção foram delineados os seguintes objetivos:

a) Avaliar as necessidades e a perceção que a pessoa sobre a sua Doença Mental e o Autoconceito

De forma a integrar o serviço participei nas atividades propostas pelos profissionais e desenvolvi intervenções para atingir os objetivos a que me tinha proposto. Uma das intervenções foi a terapia pelo cinema, através da visualização do filme “Mr Jones”. Foi solicitado aos doentes para mencionarem os aspetos mais marcantes do mesmo. Este filme retrata uma pessoa com doença bipolar e o impacto da doença na vida dela. Ao grupo foram colocadas quatro questões: O Papel da Doença Mental na sua Vida; Repercussões da Doença Mental; Autoperceção e Heteroperceção do Doente (respostas encontram-se no apêndice 6).

Com as respostas obtidas alguns pontos foram sujeito a análise. Em relação as temáticas que associavam à doença psiquiátrica surgiram o

internamento compulsivo, o estigma da doença mental, à adesão ao regime terapêutico.

As respostas que foram fornecidas indicaram que o nível de insight não era igual para todos os elementos; mesmo quem já possuíam crítica apresentava descrença sobre a sua própria doença mental; atribuindo o diagnóstico como sendo uma imposição médica. Era visível o preconceito e estigma a que estavam sujeitos mas também o auto estigma, assumindo-se com um incómodo para a família e amigos. Sentindo-se excluídos pela sociedade, pela perda dos seus direitos a nível profissional. No grupo verificavam-se várias situações de desemprego e dificuldade em encontrar novas oportunidades de reingresso na vida laboral. Alguns comentários de autoperceção demonstravam o isolamento e o sentimento de vergonha de si mesmo. Todos escondiam a doença em segredo pelo medo de críticas destrutivas por terceiros. Era patente uma postura face à doença de fragilidade e impotência.

Nas respostas de heteroperceção verificou-se o constrangimento em atribuir características aos restantes elementos do grupo. Neste tipo de avaliação, os doentes demonstraram que iam por aspetos que associavam a qualidades que se deparavam numa primeira impressão. Tendo dificuldade em fazer avaliações de outros mais aprofundadas.

Pela curiosidade dos doentes em perceber como surge o entendimento da comunicação interpessoal terminou-se a sessão explicando a importância do autoconhecimento, a auto exposição e a busca de feedback foram ferramentas indispensáveis. Foi discutido com os doentes o estigma e o auto estigma atribuídos à doença mental e as estratégias de combate. Ser observado e ser observador modifica a forma de nos relacionarmos em grupo, ajudando na compreensão de si mesmo e dos outros. Foi reforçada a importância do desenvolvimento do autoconhecimento e a autoavaliação como instrumento para se encontrarem novos significados pessoais e sociais.

b) Planear e Implementar intervenções do âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico que promovam o Autoconceito e a Autonomia na Pessoa em Sofrimento Psicológico

Da realização de entrevistas individuais elaboraram-se os seguintes diagnósticos de enfermagem: adesão ao regime terapêutico ineficaz, ansiedade moderada, comunicação comprometida, socialização comprometida, processo familiar comprometido, adaptação prejudicada, autocuidado diminuído, coping comprometido em grau elevado, aceitação do estado de saúde comprometido.

Para promover a Autonomia foi fulcral trabalhar aspetos e questões relacionados com a gestão do regime terapêutico, o conhecimento da própria doença, o autocuidado, o nível funcional, através da avaliação das atividades de vida instrumentais mas também a nível de hábitos de vida mais saudáveis com vista à promoção de saúde e prevenção de complicações da doença.

Para promover o Autoconceito foi necessário capacitar para a resolução de problemas pelo que se trabalhou o autoconhecimento, as competências relacionais e o treino de comunicação. Estes com implicação ao nível do bem-estar consigo e com os outros e contributos na satisfação pessoal.

Para atingir os objetivos foi elaborado um plano com cinco sessões de âmbito socioterapêutico com o objetivo de promover o autoconceito (apêndice 7) e desenvolvidas intervenções individuais de forma a promover a autonomia.

Numa das intervenções planeadas com mediadores expressivos através da biblioterapia foi utilizado um texto de um jovem com Perturbação da Personalidade, no qual relatava a sua história de vida e as manifestações da doença. Após a leitura foi solicitado que cada elemento tomasse consciência de si, dos sentimentos e emoções que o texto lhe suscitava, das suas dificuldades e das estratégias para resolver os vários problemas que apresentam. Conforme Lysaker et al (2010), o uso de narrativa pessoal reflete a forma única de fazer sentido na sua vida, dando oportunidade de explorar e pensarem acerca do significado do que lhes aconteceu. As narrativas, tem sido associadas ao bem-estar, ao funcionamento social, a esperança, a autoestima e controlo de sintomas.

Os doentes referiram que se reconheciam na história de vida lida e começaram a falar abertamente da sua própria vida, fazendo algumas comparações permitindo falar dos seus problemas com diminuição de conflito ou vergonha e aumento do autoconceito ao darem-se conta que existem mais pessoas com a mesma doença dando-lhes confiança na estabilização da

mesma. No final da sessão os doentes apresentavam-se bastante descontraídos e um deles até solicitou uma nova sessão com o tema de doença bipolar. Isto acabou por ser feito com todas as doenças dos elementos do grupo.

As intervenções com mediadores expressivos pode ser um elemento libertador, permitindo a promoção do autoconhecimento e autoconceito de forma a permitir uma melhor aceitação de si e diminuir os conflitos e limitações.

No âmbito da promoção do autoconceito foram desenvolvidas várias atividades recorrendo a vários mediadores expressivos com a construção de telas e peças moldadas em barro. Estes objetos foram expostos no serviço aumentando o sentido de pertença ao serviço, com posterior sugestão, por parte dos doentes, de construção de caixote de lixo para reciclagem. Sendo em cada semana um doente diferente a fazer esse despejo.

Pude participar e planear alguns jogos psicológicos, como forma de integração social e estimulação cognitiva como o tangram, pictionary, creationary e outros de raciocínio lógico. Segundo Vidigal (2005) o objetivo geral destes jogos em grupo era o de fornecerem uma experiência particular de aprendizagem, sendo que cada um, tinha um objetivo específico, que podia ir desde a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais, até à aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros. Acrescento dizendo que são jogos em que o doente testa os seus limites, a paciência e a capacidade de reagir perante a frustração. Durante a realização dos mesmos era permitida a expressão livre de sentimentos e vivências incutindo na pessoa o desenvolvimento de estratégias e competências para lidar não só com a sua doença mas com adversidades do dia-a-dia, promovendo a motivação e a predisposição para a mudança.

O enfermeiro para ajudar o utente a aderir ao seu regime terapêutico age no âmbito da autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Defendo, de acordo com Sousa (2003), que a autonomia abrange não só a adesão farmacológica mas requer a adoção de estilos de vida mais saudáveis, seja pelo exercício físico, dieta, abandono de comportamentos de risco ou de medidas preventivas como vigilância periódica de saúde.

Foram realizadas intervenções que estimulassem o doente responsável pela sua própria saúde dando um espaço de preparação da terapêutica em que cada doente era responsabilizado pela preparação da sua própria medicação.

Posteriormente eram esclarecidas quaisquer dúvidas em relação à terapêutica. Com o objetivo de fomentar a adesão à terapêutica foi realizada uma sessão de psicoeducação, onde foi partilhada a experiência e a importância de cumprir a medicação, solicitando aos doentes que verbalizassem os motivos. Explorou-se as desvantagens como os efeitos secundários e aproveitou-se a oportunidade para fornecer estratégias para os colmatar. Quando a sessão terminou, uma das doentes, sem insight, assumiu o incumprimento das tomas. Foi estabelecido com a doente um contrato terapêutico em que se comprometeu passar a fazer a toma da medicação da hora do almoço observada. Esta situação fez com que a sessão para mim tivesse alcançado os objetivos estabelecidos, mais importante do que correr tudo dentro do esperado é haver ganhos em saúde bem como o fortalecimento da relação terapêutica. O planeamento e avaliação da sessão encontram-se no Apêndice 8.

Os doentes eram incentivados a colocarem dúvidas sobre a sua doença e a questionarem, era dado espaço onde pudessem explorar os sentimentos e emoções adjacentes ao facto de terem uma doença crónica. Quando exploravam estas questões apercebi-me da necessidade de trabalhar questões relativamente à gestão do *stress* que a própria doença provoca. Concomitantemente mantiveram a realização de sessões de relaxamento semanais.

Foram planeadas e desenvolvidas atividades para incutir hábitos de vida saudáveis promovendo a mudança de comportamentos.

Quinzenalmente era efetuada a avaliação de sinais vitais e peso. Passado um mês verificou-se que dois doentes tinham aumentado de peso (mais do que 5kg). Quando confrontados com esta realidade referiram que se devia à terapêutica que faziam. De forma a promover a adesão terapêutica mas também a diminuição de número de co-morbilidades foi realizada uma sessão de psicoeducação sobre alimentação e iniciou-se um programa de atividade física com caminhada 1xsemana com incentivo a realização de prática desportiva fora do Hospital de Dia. Foi também realizada uma sessão de psicoeducação sobre alimentação. Passado um mês verificou-se alguns ganhos, nas caminhadas o cansaço era menor e o percurso percorrido fazia-se com maior velocidade e os hábitos alimentares tinham mudado ligeiramente. Tanto o peso corporal como os valores de tensão arterial mantiveram-se ou diminuíram em algumas situações.

Foram promovidas visitas ao exterior, nomeadamente a espaços como o espaço de jardinagem, o restaurante e a rádio da instituição onde os doentes tem a possibilidade de reiniciar ou recomeçar uma nova vida laboral, ganhando novas competências. O objetivo major era promover o conhecimento sobre locais onde podiam recorrer para ganharem novas competências e experiência a nível do mercado de trabalho.

Foi possível realizar uma visita ao Museu Nacional de Arte Contemporânea do Chiado durante a exposição de Amadeu de Souza-Cardoso. Foi possível realizar a deslocação através do metro e com isto perceber de algumas dificuldades que os doentes tinham, como ficar em espaços públicos com outras pessoas, a falta de contacto visual e a insegurança. Foi possível treinar com os doentes o planeamento e a organização da viagem, como comprar bilhete, que direção tomar, prestar atenção sobre a estação certa, e por esse motivo não apresentaram dificuldades. Mas a confiança e a sensação de insegurança por estarem num local público que desconheciam foi visível em alguns doentes que acabaram por verbalizar a dificuldade em frequentar espaço públicos e outros locais que não conhecessem, o medo do imprevisto e a reação dos outros acabava por limitar a motivação de se reinserir na sociedade. Foi uma visita bastante tranquila e alguns doentes pediram para voltar a realizar para conseguirem ultrapassar obstáculos atrás referidos. A pedido dos doentes foi realizada uma segunda visita ao Parque do Campo Grande. Nesta atividade ao exterior os doentes demonstraram-se mais à vontade permanecendo sempre a comunicar uns com os outros. Através desta experiência concluímos que se queremos a reabilitação dos doentes, esta não deve ser só realizada em espaços fechados onde posteriormente os doentes não irão frequentar, mas sim em locais públicos que poderão fazer parte da rotina dos doentes. Estes passeios ao exterior favoreciam o movimento e a libertação de fatores de *stress* através da distração, experiência e vivência com o mundo exterior, possibilitando a alteração de atitudes e comportamentos, que permitiam ao cliente vivenciar nomeadamente uma compreensão pessoal e de saúde a curto e a longo prazo. Em todos os elementos do grupo se verificou um aumento de conhecimentos e um maior grau de autonomia. Em relação ao autoconceito verificou-se um ligeiro aumento pela aceitação da doença mental. No apêndice 8 encontra-se a

evolução dos doentes, antes e depois das intervenções, nos indicadores NOC Autocuidado: Atividade Instrumentais de Vida Diária e Autoestima.

2.3 Intervenção à Família em Sofrimento Psicológico

2.3.1 Ensino Clínico no Grupo de Famílias

Este contexto foi escolhido para dar resposta à necessidade de ter a família como parceiro no cuidar à Pessoa com Doença Mental, mas também cuidar da Família em Sofrimento Psicológico, fortalecendo as famílias para lidar com os fatores de *stress* passando por intervenções com o objetivo de manterem o seu equilíbrio e bem-estar. As famílias podem oferecer um ambiente adequado promotor de mudança se elas próprias compreenderem o processo de reabilitação psicossocial, recebendo ajuda e formação/treino da parte de outras famílias e profissionais. Os próprios familiares podem ter um papel de *recovery* e recuperar junto do seu familiar. A instabilidade nas relações juntamente com o *stress* diário provocado pelos inesperados e bizarros comportamentos do doente pelos sintomas psicóticos levam o cuidador à exaustão emocional e trazem incerteza em relação ao futuro e à subsistência do doente (Leff, 1994; Marsh, 2002; Fadden, 2006). Torna-se assim, fundamental atender às necessidades das pessoas com perturbações mentais, mas também às necessidades específicas das suas famílias (Gonçalves- Pereira e Caldas Almeida, 1999; CNRSSM, 2007, Sales et al.2010, Pereira e Gomes, 2012) de forma a tornar a família como parceira nos cuidados.

O Ensino Clínico decorreu entre Setembro de 2016 a Março de 2017 e pretendia-se com este atingir os seguintes objetivos:

- Avaliar a repercussão da Doença Mental na Família;
- Avaliar as necessidades de intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento da Família sobre os problemas relacionados com a Saúde e a doença Mental.

Existem várias tipologias de Grupos de Famílias, este estágio recaiu sobre um Grupo cujas intervenções eram num grupo de familiares sem a presença dos doentes. Para Gonçalves- Pereira et al (2006), os formatos podem ser muito

variados mas devem privilegiar programas pedagógicos (informação sobre o quadro clínico, terapêutica, etiologia, prognóstico, serviços, a legislação de saúde mental, incluindo nalguns casos abordagens ao treino da comunicação ou resolução de problemas) ou no trabalho das emoções (ventilação de emoções, normalização ou reformulação positiva das atitudes, modelagem de níveis reduzidos de emoções expressas).

As famílias deste grupo cuidavam de Pessoa com Doença Mental Grave, sendo as patologias mais frequentes: esquizofrenia e doença bipolar. Ao grupo pertencem 14 familiares, havendo pessoas com assiduidade mais constante que outras. O grau de parentesco com a pessoa era maioritariamente progenitor (mãe/pai), tendo um nível de escolaridade e classe social considerável média/alta.

Este grupo é aberto, e é dinamizado duas vezes por mês por um Enfermeiro Especialista em ESMP. Os objetivos gerais são: a) Construir práticas em parceria com os familiares, que promovam a qualidade da continuidade de cuidados, b) Identificar as dificuldades, dúvidas e estratégias dos familiares, em cuidar da pessoa com doença mental. Como objetivos específicos: a) proporcionar um espaço de partilha de experiências inter familiar; b) criar um ambiente e uma relação de confiança para trabalhar com as famílias; c) oferecer às famílias um espaço no qual se possam trabalhar as dificuldades; d) promover vínculos de confiança e comunicação entre famílias; e) facilitar o colocar-se no lugar do outro; f) aumentar a competência das famílias para cuidar do seu familiar e envolver-se no processo de cuidados reforçando as suas competências no cuidar.

O grupo ao ser constituído por familiares que se encontram em diferentes estádios da doença, torna-se complementar pois podem dar a sua própria experiência a outros cujo início da doença é mais recente. É nesta partilha com os problemas identificados, vivenciados e partilhados, na criação de estratégias de solução que torna o grupo mais rico. Existe um clima no grupo de respeito e confiança, o que facilita a verbalização dos seus desconfortos sem vergonha ou culpa e permite o apoio dos outros familiares. A interação vai sendo mediada pela Enfermeira que dotando as pessoas com conhecimentos, onde haja lacunas e procurando estratégias junto de outros familiares. Nesta partilha as emoções

vão sendo expostas em grupo e geridas pela Enfermeira Especialista em ESMP que devolve à pessoa permitindo o processo de tomada de consciência de si.

A primeira grande questão que os familiares se deparam é a desconstrução da imagem ideal do filho, a dificuldade em compreender as alterações do comportamento como sendo parte de uma doença mental crónica.

No grupo, observaram-se pessoas com um elevado nível de sobrecarga emocional, que apresentavam um estado emocional muito alterado, culpabilizando o sistema e a sociedade pela falta de resposta e apoio para o seu familiar e para si próprio. Estes, buscam respostas rápidas para resoluções simples de problemas e deparam-se com as dificuldades do dia-a-dia. Alguns pais demonstravam a necessidade de ter um controlo total sobre o seu familiar, doente e praticamente todos apresentavam o receio de não conseguir acompanhar sempre o seu familiar, sobretudo porque as instituições não davam o apoio necessário, e sem crítica para a doença, o doente não adere ao regime terapêutico.

Durante o estágio pude constatar que familiares com mais sobrecarga subjetiva apresentavam níveis de emoção expressa mais elevada e utilizavam estratégias de *coping* menos eficazes.

Como futura enfermeira especialista urge desenvolver competências para orientar as famílias para o uso de estratégias de *coping* adequada, contribuindo para diminuir os níveis de emoção expressa. Diversos estudos indicam que o risco de recaída pelo doente aumenta se os familiares apresentarem níveis elevadas de Emoção Expressa (Magliano, et al., 2000).

Existe uma grande discrepância nos familiares resultantes da estabilização do seu familiar. As pessoas cujos familiares estão estabilizados na doença apresentam melhor relação familiar e cumprem as tarefas diárias, estando menos isoladas e por isso com mais esperança em relação ao futuro. São estes familiares que vão transmitindo mensagens de apoio aos familiares em que a situação ainda não se encontra estabilizada, vão recordando a sua história pessoal e como foi o curso da doença do seu familiar.

Estes familiares possuíam conhecimentos práticos adquiridos pela vivência com a doença do seu familiar e conseguiam facilmente aperceber-se de sinais/sintomas das recaídas, da forma como comunicar com o seu familiar, da importância de impor limites mas também de reconhecer pequenos ganhos. O

grupo permitiu reforçar laços através da sua vivência e a necessidade de manter a esperança.

Durante as sessões algumas afirmações iam sendo proferidas, e fui avaliando realmente as grandes dificuldades e angústias por que passam estes familiares. A intervenção da família é importante na gestão da situação de doença, é fulcral tornar a família num elemento informado, motivado e atento para que obtenha a capacidade para reconhecer precocemente os sinais e sintomas da recaída, possibilitando uma intervenção atempada, promovendo o reequilíbrio do doente e a prevenção do agravamento da crise (Mullen, et al., 2002, Falloon, 2003). Esta capacitação dá-lhes um sentimento de poder/controlo reconfortante que beneficia e reforça a relação intrafamiliar (Rose, et al., 2004). Torna-se assim essencial incluir as famílias nos cuidados, pois cada família tem um potencial que é a sua experiência vivida e os recursos, (Gonçalves-Pereira et al. 2007).

Na avaliação os temas mais abordados pelos familiares sobre o quotidiano da sua relação com o familiar doente foram: a dificuldade na compreensão da doença e da sua evolução assim como dos efeitos da medicação; a dificuldade em fazer com que o seu familiar percebesse a sua doença e cumprir a medicação; a dificuldade na compreensão de comportamentos desajustados do seu familiar assim como a comunicação com este; o medo da descompensação pela agressividade e pela incerteza no futuro; a culpa, por acreditarem que o desencadear da doença pode ter influências na educação; o estigma e auto-estigma; e a desacreditação nas estruturas existentes no apoio efetivo aos familiares.

Ao longo das sessões pude deparar-me com a evolução de alguns pais em relação ao seu familiar e do apoio que dão aos outros, que fazem toda a diferença neste grupo. Pude verificar uma diminuição de emoção expressa, da aceitação dos conselhos de outros familiares e da enfermeira e principalmente no voltar a acreditar na melhoria da pessoa doente e na esperança de um futuro mais estável.

2.3.2 Intervenções desenvolvidas no Grupo de Famílias

Numa revisão sistemática da literatura realizada por Grácio et al (2015), constatou-se que existiam elementos-chave que seriam fatores comuns terapêuticos como condições intrínsecas ao terapeuta (relação terapêutica de suporte), psicoeducação e, por último treino de habilidades de *coping*.

Como intervenção de futura ESMP, concordo com este modelo proposto por Grácio e após refletir sobre o grupo em si e nas suas necessidades, decidi optar pela estratégia de treino de habilidades de *coping*. Esta escolha deveu-se ao facto de observar níveis de emoção expressa elevados o que pode influenciar a relação do doente-família diminuindo a coesão da família. Para manter uma comunicação regular e aberta entre todos é necessário expor as dificuldades encontradas e encarar as soluções possíveis. A comunicação assertiva e a linguagem constituem capacidades fundamentais para desenvolver a reabilitação e desenvolvimento harmonioso do indivíduo.

A família da pessoa com doença mental está particularmente sujeita ao *stress*. Pretendia-se diminuir a tensão no sistema e identificar precocemente o que era sentido por cada um como problema, manter o ânimo, ajudar na forma de comunicar. Era um dos objetivos dotar as famílias de melhores competências de comunicação e resolução de problemas, que facilitassem a gestão de *stress* no quotidiano e nas crises acidentais (pessoais, familiares). Algumas mudanças positivas no comportamento podiam preceder e potenciar o insight.

Dotando o sistema familiar de aptidões acrescidas, o terapeuta posiciona-se pedagogicamente como facilitador da autodeterminação e autoconceito da família.

As necessidades encontram-se centradas na informação, nas dificuldades com o desempenho do papel, nas dificuldades em lidar com os problemas e sofrimento do doente (Sequeira, 2010).

Seguindo o modelo de Falloon, são abordadas quatro “perícias básicas”:
(1) Expressar sentimentos agradáveis; (2) Fazer um pedido de forma positiva; (3) Expressar sentimentos desagradáveis e (4) Escuta ativa. Como está definido neste modelo, começa-se do mais fácil em direção ao mais difícil e recorre-se às teorias de aprendizagem em que o terapeuta é visto como um professor, ajudando as famílias a aprenderem novas aptidões (Falloon, 2002). O objetivo

do treino de comunicação era aumentar na família a capacidade para fazer reforços positivos. Neste exercício era explicado à pessoa que expressa o sentimento agradável que deve seguir três regras importantes: olhar para a pessoa; dizer-lhe exatamente o que ela fez que lhe agradou e dizer-lhe como se sentiu.

Este treino de comunicação tem como finalidade trabalhar as emoções, normalização ou reformulação positiva de atitudes e modelagem dos níveis de Emoções Expressas. Pretendia-se então fomentar a existência de papéis familiares bem definidos; de relações afetuosas onde imperasse o respeito; uma comunicação clara, aberta e direta; regras explícitas de conduta; de capacidade de resolução de problemas e adaptação a situações novas, bem como de relação com outros grupos.

Sentimos que há ganhos para a família e para o doente ao acrescentamos estas questões na prática clínica. Defendo esta ideia suportada por Grácio (2014) que revela que a partilha de preocupações entre os familiares, habilidades de enfrentamento (*coping*), o aconselhamento acerca das formas de lidar com a doença e comportamento que daí advém, suporte emocional, lidar com o sobreenvolvimento, o reenquadramento das atribuições dos familiares acerca dos comportamentos do doente e a educação são elementos chave na intervenção quando se procura regular a Emoção Expressa.

Estes grupos de apoio podem ser dinamizados por Enfermeira Especialista em ESMP e devem ser integrados em todos os serviços.

Como anexo apresento uma das atas das reuniões do Grupo de Família e algumas conclusões (apêndice 9) e o planeamento da sessão de psicoeducação realizada juntamente com a avaliação da mesma (apêndice 10).

2.4. Intervenção à Pessoa e Família em Sofrimento Psicológico na Comunidade

2.4.1. Ensino Clínico no Projeto Domiciliário

Durante três semanas acompanhei uma equipa de apoio domiciliário procurando observar e avaliar as necessidades clínicas e sociais da Pessoa com Doença Mental e as intervenções de EESMP que favorecessem o retorno da doente à sua vida familiar e social.

O projeto visava criar e garantir o tratamento e prevenção de recaídas dos doentes, numa perspetiva que associa o tratamento farmacológico a uma vertente terapêutica psicossocial, a ser realizada na residência dos doentes. Os doentes têm acesso e apoio multiprofissional de saúde mental, dispondo, em congruência com a sua capacidade máxima de uma equipa multidisciplinar composta por: Enfermeiro (um dos quais com Especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria), Psicólogo, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional.

Os doentes são sinalizados, pelos serviços que trabalham em articulação com este projeto, seja por falta de adesão ao tratamento, ausência de rede de suporte familiar, ausência de crítica face à sua situação mórbida, sintomatologia psicótica resistente ao tratamento e deficiências marcadas de aptidões sociais e cognitivas.

2.4.2. Intervenções de Enfermagem Desenvolvidas no Domicílio

Durante o estágio realizaram-se 34 visitas domiciliárias em que as patologias mais frequentes eram a esquizofrenia, a doença bipolar e a demência. Alguns dados sociodemográficos desta população relevantes são: a predominância do género masculino (51%); elevada percentagem de pessoas com mais de 65 anos (23%); 60% vive acompanhado, no entanto nas visitas realizadas, verificou-se que o suporte familiar tinha alguma perturbação do foro psiquiátrico (alcoolismo, esquizofrenia e doença bipolar); baixo nível de escolaridade. Em relação a apoios sociais, 36% da população aufere dos

mesmos, enquanto 62% beneficia de apoio familiar, este último com uma percentagem elevada de familiares envelhecidos.

Em cada caso é elaborado um Projeto Terapêutico Individualizado, em que são estabelecidos os objetivos de promoção da adesão ao tratamento, com progressiva integração dos doentes nas atividades terapêuticas. Em cada visita procurava-se estimular e treinar o doente na sua própria casa de forma a prevenir a deterioração psicossocial.

Promoveu-se a continuidade dos cuidados e o tratamento regular com avaliação do estado de saúde mental e física do doente, administração de terapêutica injetável, organização semanal da caixa da medicação e o planeamento com o doente de objetivos reais com vista à concretização do máximo de bem-estar. Por último calendarizava-se a próxima visita domiciliária com o conhecimento do doente.

O EEESM visa contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família. Deve ser então promotor de saúde desenvolvendo relações de parceria com o indivíduo e respetiva família, de forma a obter resultados positivos na saúde, através do incentivo e motivação, potenciando a capacidade de cada um, sobre si próprio de modo a atingir um estado pleno de bem-estar físico, mental e social (WHO, 1986; Pereira, Fernandes & Tavares, 2011).

Deste estágio saliento a importância do estabelecimento de pontes entre a comunidade e o meio hospitalar. Também tive oportunidade de conhecer algumas instituições que apoiam os doentes no dia-a-dia, como a Santa Casa da Misericórdia e a AMI e a importância que a articulação entre ambas tem na manutenção do doente na sua residência.

Ao avaliar o doente na sua residência podemos não só efetuar uma avaliação do estado mental mas também apercebemos das condições habitacionais em que reside e qual o impacto nesta. Caso haja sinais de destabilização as visitas são mais aproximadas podendo haver sinalização para internamento antecipadamente.

Neste contexto comunitário, torna-se fulcral realizar intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo, pois torna-se importante focar a atenção em situações muito concretas: cuidados de higiene, alimentação, organização da casa. Em cada visita era avaliado o maior problema do doente e posteriormente era trabalhado consoante as suas necessidades para ser avaliado numa próxima visita. Estas intervenções têm clara efetividade ao ajudar a pessoa com doença mental a lidar com a sua doença. Os elementos essenciais da avaliação deste módulo são o desenvolvimento da análise funcional, o uso de estratégias comportamentais simples, tais como calendarização de atividades e o reforço, desenvolvimento do treino de competências sociais, uso de estratégias cognitivas para lidar com alucinações e delírios, utilização dos princípios de avaliação através da utilização de instrumentos de avaliação fidedignos.

No campo das intervenções psicossociais, destacam-se o treino de competências sociais (Tolletti, 2011). Com a utilização de técnicas comportamentais, potenciadoras da aprendizagem, que permitem a pessoa adquirir competências para a gestão da sua doença e conseqüentemente uma vida autónoma, bem como competências com vista à melhoria do seu funcionamento na comunidade em que está inserido. De acordo com o contexto, são trabalhadas com o doente competências instrumentais de papel (realização de compras, limpeza da casa), competências de interação (iniciar, manter e terminar uma conversa) e comportamentos influenciado pela norma social (linguagem cordial, cumprimento).

Durante o estágio a psicoeducação foi utilizada em todas as visitas focando principalmente a adesão à terapêutica, não só ao regime medicamentoso mas a todas as vertentes que pudessem melhorar a funcionalidade e colmatar os sintomas da doença psiquiátrica como é previsto pela Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 8672). O doente era responsável por preparar a caixa da medicação com a supervisão do enfermeiro ou, no caso de injetável, efetuar a compra e estar presente no domicílio no momento da visita. Para que isto acontecesse, houve a necessidade de informação e comunicar com o doente. A adesão à terapêutica tem por base um clima de confiança do doente para com o profissional de saúde assim como uma colaboração estreita com sentido ativo e participativo. Os doentes têm o direito de tomar decisões e

aceitar os tratamentos, adotando estilos e hábitos de vida compatíveis com a melhoria do seu estado de saúde.

Pelas elevadas taxas de abandono da medicação urge trabalhar as questões mais frequentes da mesma assim como conhecer o doente, o seu *insight* sobre a percepção e a aceitação da doença. Em todas as visitas houve questões colocadas, relacionadas com o diagnóstico e os sintomas que estariam a afetar o doente. Em paralelo foram trabalhados aspetos relacionados com o padrão alimentar, a higiene, a gestão do dinheiro, a gestão de consumos de tabaco, café e/ou álcool permitiu a manutenção e melhoria do estado clínico e social da maioria dos utentes acompanhados. Estes passaram a gerir de forma mais adequada a sua doença, as suas relações com familiares, cuidadores e vizinhos e a melhorar a sua aparência, os seus comportamentos e a sua saúde física e mental.

Neste estágio houve necessidade de reelaborar as folhas de registo de enfermagem para avaliação de cada visita domiciliária (apêndice 11). Pretendendo utilizar uma taxonomia comum que permita a comparação entre as diferentes visitas, necessidade da tipologia e frequência de cuidados de enfermagem e a informação necessária para a continuidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros de Portugal, 2008:11). Deixei como sugestão novos pontos de avaliação tanto do estado mental como da habitação assim como a introdução de escalas de avaliação, Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton & Brody e a Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos de Delgado & Lima. Estes instrumentos fidedignos utilizados na avaliação permitem a operacionalização de objetivos, definição de indicadores sensíveis à prática de enfermagem e aferição de resultados de saúde. A escolha incidiu sobre estes dois uma vez que um focaliza-se em domínios de funcionamento pessoal e social, sendo aspetos importantes na reabilitação psiquiátrica (Lyer et al., 2005), o segundo permite avaliar as situações da falta de adesão medicamentosa, quantificando-a e demonstrando a pertinência das visitas em pessoas com risco elevado de abandono de terapêutica.

3. CONTRIBUTOS DOS ENSINOS CLÍNICOS NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

O desenvolvimento de competências em ESMP foi um percurso percorrido desde a integração no curso até à realização deste relatório, através da aquisição de conhecimentos técnico-científicos, da capacidade de análise e reflexão das situações a que me fui deparando. A supervisão pelos orientadores pautou o encontro entre as competências pretendidas e o desenvolvimento do estágio permitindo a melhoria de certas unidades que ainda não tinham sido alcançadas e ponderadas.

Este desenvolvimento de competências aplicado à praxis de enfermagem baseia-se no trabalho elaborado por Benner (2001). Para alcançar o último estágio de -perita- este trabalho deve ser realizado de forma constante e sólida. Por ter escolhido quatro campos de estágio bastante diferentes e complexos entre si tive oportunidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver as competências requeridas, seja ao doente em fase aguda, seja em fase de recuperação em ambiente hospitalar e em ambulatório, e à família da pessoa com doença mental. O facto de trabalhar em simultâneo com a realização dos estágios veio proporcionar-me uma árdua melhoria também do meu desempenho no local de trabalho.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, estão publicadas no Diário da República, 2ª série – Nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011, foram desenvolvidas da seguinte forma:

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

Para promover o autoconhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira tive de promover várias autorreflexões, segundo o ciclo Gibbs, algumas delas escritas outras através da partilha com os orientadores e equipa. Swallow (2006) refere que a atitude reflexiva vai da construção de conhecimento à construção identitária permitindo o desenvolvimento profissional

e pessoal. Este ponto foi possivelmente o mais difícil de ser concretizado por ter como obstáculo a minha própria pessoa. Era-me difícil escrever sobre emoções que vivia durante o estágio, parecia que escrever tornava o dia-a-dia mais intenso e complicado. Ao lidar com o sofrimento torna-se difícil este não fazer sombra no nosso dia-a-dia. É necessário desenvolver uma autoconsciência e autoconhecimento sobre nós próprios de forma a perceber os nossos próprios limites e barreiras. Foi através da experiência e reflexão que o percurso percorrido ganhou outras dimensões. Não existe desenvolvimento pessoal e profissional se não houver crítica em relação às nossas ações e atitudes.

Sinto que a minha postura em relação ao Outro foi se tornando mais flexível, com ajustamento de papéis. Lidar com pessoas com Doença Mental deu maior capacidade de ouvir e observar, a linguagem não verbal conquistou um papel mais importante do que a verbal. Ao tomar consciência de mim e do meu papel na relação enfermeira-cliente, fui capaz de identificar sentimentos presentes no momento e ter a necessidade de os analisar juntamente com os orientadores. Identificando os processos de transferência e contratransferência, apercebi-me da facilidade com que inicialmente realizava o primeiro, pois a fragilidade extrema e sofrimento influenciavam bastante o meu discernimento. Foi um aspeto bastante trabalhado ao longo dos quatro estágios.

Esta competência é fundamental para o desenvolvimento profissional e encontra-se em contínuo desenvolvimento pelo que deveria existir na nossa prática a supervisão clínica, de forma a conservar a imparcialidade nos cuidados, favorecendo os limites da relação profissional.

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

O EEESMP ao realizar uma avaliação abrangente do cliente e sistemas relevantes, mobiliza aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnicas de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, bem como as capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a sua saúde mental. Ainda, avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As oportunidades e as aprendizagens que fui tendo, foram fulcrais, em todos os campos de estágio, pois permitiram ter contacto com pessoas que passavam por diferentes estágios da doença mental bem como a respetiva família.

O internamento possibilitou desenvolver as minhas capacidades de observação, análise e avaliação do estado mental da pessoa. Realizou-se um Estudo de Caso em que se valorizou a colheita de dados dos clientes e família, objetivando a compreensão do seu processo de doença e identificando necessidades de intervenção, encaminhamento e ensino.

Foi importante observar entrevistas de admissão ao serviço, saliento aquelas cujo motivo de internamento foram a tentativa de suicídio por todas as habilidades de comunicação verbal e não-verbal que se devem possuir. Acrescentaram em mim a capacidade de perceber os silêncios, o olhar, a postura e a expressão facial. Dei-me conta que a palavra passava a ser um acrescento ao corpo, uma vez que este por si só já me dava alertas da situação em si.

Com o ambulatório tive possibilidade de articular os cuidados entre o Hospital e as organizações que trabalham na comunidade, pude contactar com instituições como a AMI e a Santa Casa da Misericórdia. Ao privilegiar estratégias de desenvolvimento comunitário participativo, tornamos os objetivos dos profissionais mais concretizáveis e simultaneamente promovemos a autonomia da Pessoa no seu ambiente (domicílio). Esta mais valia permite realizar um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao doente e implementar um plano de cuidados no sentido de aumentar e manter as competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade. Ir ao encontro do doente permite conhecer melhor a família e reforçar as capacidades da mesma para promover a integração familiar e sucessivamente social e profissional.

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

Esta foi a competência mais trabalhada em toda a formação. Ao ter a possibilidade de integrar um grupo de famílias consegui atingir o objetivo do meu estágio que era perceber o impacto da doença mental na família, consegui ir

mais além e identificar os problemas e as necessidades, não só da Pessoa em Sofrimento Mental como da saúde da família; e prestei cuidados individualizados à Pessoa em Sofrimento Mental, procurando sempre promover a participação da família. Foi, sem dúvida, um dos maiores ganhos em termos de desenvolvimento de competência pois, apercebi-me das minhas inseguranças ao lidar com a família e transformei-as numa competência sólida e confiante.

O contacto direto com a realidade de terapeutas de referência, fez-me interiorizar a pertinência da sua existência pelo bom trabalho desenvolvido no acompanhamento de doentes de evolução prolongada. O facto de este papel poder pertencer a qualquer elemento da equipa multidisciplinar, permite igualar os papéis hierárquicos e desenvolver competências pessoais, como a assertividade, o poder de decisão e liderança, o trabalho de equipa, entre outros. O facto de poder realizar este papel, e participar nas reuniões multidisciplinares, aumentou a minha destreza mental e poder de comunicação com outras classes profissionais.

d) 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 grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde

As intervenções de enfermagem foram desenvolvidas tanto à Pessoa com Doença Mental como à Família, todas com objetivos específicos diferentes, mas que visavam facilitar respostas adaptativas de modo a recuperar a saúde mental, promovendo e apoiando uma maior autonomia da pessoa e aquisição da máxima funcionalidade. Foram mobilizados conhecimentos teóricos e experienciais, que aliados a vivências e reflexão, promoveram a aquisição de competências.

Foi um desafio realizar intervenções em grupo, onde inicialmente senti maior necessidade de desenvolver competências tanto pessoais como profissionais. Como motivação própria e orientação dada pela supervisão, tanto dos enfermeiros orientadores como da Professora houve um acréscimo de aptidões que me permitiram chegar à etapa final mais capacitada para promover mudanças e implementar novas práticas.

Como futura especialista em ESMP, devo considerar estes estágios como uma mais-valia pois permitiu-me desenvolver as quatro competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, sempre de forma a maximizar a autonomia da pessoa com doença mental, reforçando as suas relações e integração social. Especificamente, apoiando a participação das famílias/cuidadores na realização das atividades de vida diária (gestão doméstica e financeira, compras, confeção de alimentos, tratamento de roupas, manutenção da habitação, utilização dos transportes públicos e outros recursos comunitários, na gestão da medicação e realização de atividades de lazer).

4. ANÁLISE DOS PROBLEMAS ÉTICOS E DEONTOLOGICOS

A intervenção com a Pessoa com Doença Mental implica conhecer a os seus pontos fortes e as suas fragilidades decorrentes da doença mental e incapacidade de fazer jus aos seus direitos, entre os mais, em cuidados de saúde e acesso à vida laboral.

O Código Deontológico Profissional de Enfermagem (2003) no artigo 81º refere os princípios éticos em cuidados de saúde, tais como: o princípio da beneficência, a não maleficência, a justiça, o respeito pela autonomia e vulnerabilidade.

Durante o percurso realizado deparei-me com diversas situações que punham em causa a liberdade e a Autonomia, como a contenção física e o internamento compulsivo. Nem sempre senti respeitada a liberdade do doente, observando algumas contenções físicas como resolução de primeira linha. Senti necessidade de fazer chegar as minhas inquietações sobre a contenção física ao meu orientador e procurei sempre reduzir este tipo de abordagem, começando pela comunicação, a distração e posteriormente se necessário a contenção química. Se todas as intervenções tivessem uma resposta nula e permanecesse um risco à segurança do doente proceder-se-ia à contenção física, cumprindo sempre a norma do serviço.

Agir com conduta ética e competência profissional caracteriza-se por responder a situações complexas como juízo crítico e sensato, mobilizando, transferindo e adequando os cuidados a serem prestados. Foram estes princípios a que se respeitou e se fez respeitar sempre na interação enfermeira-doente. A Autonomia só esteve comprometida quando a avaliação do estado mental era uma diminuição do discernimento para avaliar e prever as consequências das suas decisões. Sendo discutida em equipa a evolução e os cuidados necessários a estas práticas, e defendendo a dignidade da pessoa humana salvaguardando a sua integridade física e psíquica com a finalidade de se encontrar a melhor solução para o menor sofrimento. Segundo Martinez (2002) a autonomia exprime a dignidade da pessoa humana, porque franqueia a sua liberdade autocontrolada e responsável. Mas simultaneamente pode causar danos irreversíveis caso a mesma não possua insight e juízo crítico sobre a sua situação.

Durante a minha prática clínica fui guiada pelos seguintes princípios éticos: a Beneficência (fazer o bem para o participante e para a sociedade), a Não-Maleficência (avaliar os riscos possíveis e previsíveis no sentido do princípio de não causar malefício ou dano), Fidelidade (estabelecer confiança entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação), Justiça (proceder com equidade e não prestar apoio diferenciado a um determinado grupo em relação a outro), Veracidade (associa-se ao consentimento livre e informado, de acordo com o princípio ético de dizer a verdade, esclarecendo-se os benefícios e a verdade de determinada ação), Confidencialidade (salvaguardar a informação de caráter pessoal que se pode agrupar no decurso de um estudo), Vulnerabilidade (obrigatoriedade ética da defesa da pessoa salvaguardando a dignidade humana em situações de fragilidade particular).

Desta forma foi dado, antes de iniciar o percurso formativo foi dado conhecimento nos serviços aos profissionais o objeto de estudo e o trabalho que se pretendia desenvolver.

Todos os participantes foram esclarecidos sobre a finalidade do estágio e a participação requerida garantindo a confidencialidade dos dados a quem aceitasse participar, sem que isso implicasse qualquer prejuízo pessoal nos cuidados que lhe eram prestados.

Era importante no desenvolvimento e relação estabelecida que o doente tivesse um papel ativo e colaborante já que se pretendia desenvolver a Autonomia no mesmo, mas que também percebessem a importância dos mesmos para o desenvolvimento do meu trabalho, o que lhe transmitia uma certa importância na relação. Ao garantir a privacidade de todos os elementos do grupo promoveu-se a aliança terapêutica. Na recolha de dados foi salvaguardado o anonimato e os dados foram tratados exclusivamente para a construção deste relatório.

Sempre que confrontada com dilema ético recorri à Supervisão Clínica para obter feedback construtivo que promovesse o desenvolvimento de competências visando os objetivos a atingir.

5. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS

Este trabalho pretendeu resumir um percurso formativo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista com mais de dois anos, resultado do desenvolvimento de competências clínicas e de investigação, acompanhado por um aumento de conhecimentos no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Neste percurso, aprofundei conhecimentos ao prestar cuidados à Pessoa com Doença Mental e Família. Partindo de uma base teórica para a prática de cuidados e refletindo sobre essa prática, desenvolvi competências nos diferentes contextos clínicos, nomeadamente habilidades na avaliação do estado mental, da entrevista clínica, no acolhimento, no estudo de caso, nas intervenções farmacológicas e nas intervenções autónomas de âmbito psico e socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, dirigidas para comportamentos mais adaptativos e centradas na Pessoa doente e nos seus familiares. Estas, com o objetivo de diminuir o sofrimento psicológico, visando a promoção do autoconceito e da autonomia e ainda contribuir para uma maior autoconsciência de si e dos outros.

O desenvolvimento profissional em Saúde Mental exige um desenvolvimento pessoal. Inicialmente tinha muito receio do desconhecido, trabalhei os meus medos, aventurei-me em busca de me tornar perita nesta área. Fiz uso de mim enquanto instrumento terapêutico, fundamentei a minha prática com instrumentos que a suportassem, de forma baseada na evidência e coloquei em prática intervenções mais estruturadas com objetivos bem definidos. Durante as minhas intervenções fui acompanhada por excelentes profissionais que me abriram os horizontes e me permitiram crescer paulatinamente. Propus-me realizar mais um estágio, que não era previsto, na comunidade. Já que era uma área mais deficitária na minha experiência profissional. Integrei todas as atividades realizadas pelos técnicos dos serviços, onde colaborei e procurei informação sobre organizações de apoio à Pessoa e Família com Doença Mental. A sede constante de observar e ganhar experiência foi algo que se elevou durante este percurso. A escolha dos campos de estágio bem como a

sequência dos mesmos proporcionou uma maior abrangência do entendimento do processo de reabilitação psicossocial.

A aquisição de competências em Saúde Mental exige um bom trabalho de equipa multidisciplinar em que cada profissional deve mobilizar os seus conhecimentos e áreas do saber para otimizar o estado de saúde do doente. A existência de um técnico de referência para o doente garante e transmite a proteção e o interesse que a equipa tem no mesmo, dando maior segurança e sentido de pertença. Desenvolvi a consciência de que a intervenção no processo de reabilitação psicossocial é um processo moroso que não traz resultados rápidos. Existe uma lacuna nos serviços de saúde no que diz respeito à articulação e necessidade dos cuidados que se traduz numa porta giratória de internamentos por abandono de medicação e conseqüentemente um progressivo enfraquecimento da rede familiar e social destes doentes. Urge acompanhar os nossos doentes após a alta, seja em programas de internamento parcial, como o hospital de dia, seja em visitaçã domiciliária ou em consultas semanais pós-alta. Pude também constatar o fraco apoio que alguns serviços fornecem às Famílias mas também nos ganhos em saúde mental quando esta é apoiada, fomentando estratégias, disponibilizando recursos e conhecimentos sobre a doença psiquiátrica e suas repercussões. São programas de psicoeducação às Famílias que permitem um envolvimento positivo no processo de tratamento. Cabe ao EESMP criar um espaço de partilha de vivências e emoções onde partilhe conhecimentos que aumentem a competências das famílias para cuidar do seu familiar. É desta articulação que surgem verdadeiras aprendizagens, desenvolvimento de competências familiares mas que também promovem a saúde mental da Família da Pessoa com Doença Mental.

Procuraram ser validadas as boas práticas baseadas na evidência no que concerne as intervenções realizadas. Foi possível verificar que o EESMP tem um papel importante no alívio do Sofrimento Psicológico da Pessoa com Doença Mental através da promoção do Autoconceito e da Autonomia, sendo necessário recorrer a intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. Por se tratar de uma situação complexas deve-se apostar no trabalho de equipa multidisciplinar onde o EESMP pode desenvolver um papel único de proximidade com a Pessoa.

O caminho percorrido não terminou e mantem-se nas instituições por onde passei projetando continuidade ao trabalho por mim iniciado. Considero ter deixado contributos em todos os serviços por onde passei, fosse por meio de análise crítica e discutindo sugestões de melhoria ou conhecimentos teóricos que podem levar a um aperfeiçoamento nos cuidados.

Nesta análise considero que desde cedo fui demasiado ambiciosa no meu projeto, no que diz respeito às temáticas e intervenções escolhidas tendo em conta a duração do estágio. Apesar das avaliações positivas realizadas, considero que a alteração no Autoconceito da pessoa com doença mental implica uma estabilização da doença e uma forte motivação para a mudança. Necessita de uma intervenção continuada, dos vários profissionais e familiares entre outras variáveis.

Penso que este trabalho teria sido enriquecido se o estágio fosse mais longo e tivesse integrado uma vertente de investigação-ação, para podermos comparar os resultados das nossas intervenções.

Num trabalho futuro seria interessante dar continuidade a este projeto com um estudo de investigação-ação com implicação dos vários profissionais, de forma a dar continuidade às intervenções e obter resultados mais duradouros nessas intervenções.

Resta-me continuar o caminho iniciado, contextualizar e transpor para a área da doença oncológica, área onde presto diariamente cuidados, que causa tanto sofrimento psicológico à Pessoa e à Família. Na área de psico-oncologia o EESMP depara-se com situações de *distress* psicológico na Pessoa com Doença Oncológica, seja na altura do diagnóstico ou numa fase mais avançada da doença. Cabe ao especialista desenvolver, junto da Pessoa, estratégias de *coping* adaptativas, orientadas para a resolução de problemas, promovendo a esperança e mecanismos de resiliência. Mas também intervir na regulação emocional, no controlo sintomático, na auto-imagem e auto-estima tão gravemente atingidas por esta doença. Neste percurso saliento a importância da supervisão clínica, sendo importante a criação de um espaço de reflexão e partilha de sentimentos e conhecimentos para fazer face a um dos problemas mais frequentes em profissionais desta área: o burnout. Para cuidarmos do Outro precisamos de Cuidar de Nós e Promover a Nossa Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia: Para além dos mitos, descobrir a doença*. Parede: Principia.

Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referencia*. Serie I. Vol. 6. Págs. 53 –59.

Alarcão, Madalena (2002). *(des)Equilíbrios Familiares* 2ªEd. Coimbra: Quarteto.

Anthony, W. (2004). The Principle of Personhood: The Field's Transcendent Principle. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27 (205).

Bagagem, Maria (2010). *A Família e a Saúde Mental*. Loures: Lusociência.

Barbosa, A., Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. 1ªed. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, p.397-417.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

.

Berk, L. et al (2011). Development of Guidelines for Caregivers of People With Bipolar Disorder: a Delphi expert Consensus Study. *Bipolar Disorders*. [em linha]. Vol. 13 (5-6), p. 556-570. Acedido a 18/12/2016. Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=94b62108593e-4445-83ab-160e2fbc03d1%40sessionmgr112&hid=104>.

Brito, Luísa (2011). *Grupos Psicoeducativos Multifamiliares – uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia*. Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem pela Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Bruges, M. (2007). *Mastectomia e Autoconceito*. Loures: Lusociência.

Bucho, J. (2011). Arte-terapia: Criação e transformação. In Ferraz (2011). *Terapias Expressivas Integradas*. Venda do Pinheiro: Tutitrev.

Cais, C., Silveira, I., Stefanello, S., & Botega, N. (2011). Suicide Prevention Training for Professionals in Public Health Network in a large Brazilian City. *Archives of Suicide Research*. Routledge Taylor & Francis Group, Volume 15.

Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M. & Piccoloto, N. (2003). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Teoria e Prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – volume 2 – Estratégias de Intervenção*. Loures: Lusodidacta.

CNRSSM (2007). Relatório de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – 2007-2016. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.

Colvero, L. et al. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP*. Vol.38, nº2.

Cordo, Margarida (2003). *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.

Costa, D., Paulon, S. (2012). Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. Social participation and protagonism in mental health: the rising of a collective. *Saúde debate* [online], Vol. 36 (95), pp.572-582. Acedido a 18/12/2016. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400009&lng=en&nrm=iso>.

Damásio, A. (2015). *O Sentimento de Si. Corpo, Emoção e Consciência*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Dinis, C., Rodrigues-Ferreira, T., & Carvalho, J.C. (2014). *Familiar cuidador da pessoa com psicose: Satisfação de cuidados*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Esteban, B. (1995). *Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud*, 1ªed. McGraw-Interamericana de Espanã: Madrid.

Fadden, G et al (2007). O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica* 2:XXV: 241-255.

Fadden, G. (1997). Implementation of family interventions in routine clinical practice following staff training programs: a major cause for concern. *Journal of Mental Health*, 6 (6), 599-612.

Fadden, G. (1998). Research update: psychoeducational family interventions. *Journal of Family Therapy*, 20 (3), 293-309.

Fadden, G.; Pereira, M.; Xavier, M.; Neves, A.; Correa, B (2006). *Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspetos teóricos à situação em Portugal*. Acta Médica Portuguesa. Vol. 19. Págs. 1-8.

Falloon, I. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*. Vol.2, nº1. P.20-28. Acedido a 18/12/2016. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525058/pdf/wpa020020.pdf>

Falloon, I. et al (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 22 (2), p. 271-282. Acedido em: 18/12/2016. Disponível em: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/22/2/271.long>

Ferraz, M (2007) Os fins terapêuticos das expressões artísticas. Acedido em 06/07/2016. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/imprimir.php?codigo=AOPO194>

Ferraz, M. (2009). Terapias expressivas Integradas. Coleção *Expressão em Terapia*. Venda do Pinheiro: Tuttirév.

Gibson, C. (1991). A concept analysis of patient empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16.

Godinho, Luis (2013). O uso das narrativas de vida no cuidar da pessoa com ideação suicida no contexto do aconselhamento em enfermagem de saúde mental. Instituto Politécnico de Setúbal: Setúbal sob a orientação Lino Ramos.

Goleman, D. (2005). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. 3ª edição. Temas e debates: Lisboa.

Gonçalves-Pereira, M. et al. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspetos teóricos à situação em Portugal; *Acta Médica Portuguesa*. Vol. 19, nº1 (2006). P. 1-8. Acedido a 18/12/2016. Disponível em: <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/911/584>

Gonçalves-Pereira, M. et al. (2007). O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica*. Vol. 2, nº 25 (2007), p. 241-255. Doi: 10.14417/ap.443. Acedido em 18/12/2016. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/443/pdf>

Gonçalves-Pereira, M.; Caldas De Almeida, J. (1999) - Repercussões da doença mental na família – um estudo de familiares de doentes psicóticos. *Acta Médica Portuguesa*. Vol. 12, nº1 (1999), p. 161-168.

Guerra, M., Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi.

ICN (2011). *CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Kaplan, H., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (7ªed.). Porto Alegre: Artmed.

Klein, J., Gonçalves, A. (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, Vol. 10 (2), 113-120, Julho/Dezembro. Braga.

Korsbek, I. (2013). Illness Insight and Recovery: How Important is Illness Insight in Peoples' Recovery Process? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36, 222–225

Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Gestão de Risco de Suicídio. Um Manual para Profissionais de Saúde*. 1ª Edição. Portugal: Lundbeck Institute.

Leff, J., Warner, R. (2008). *Inclusão social de pessoas com doenças mentais*. Lisboa: Almedina.

Leite, E., Malpique, M. (1986). *Espaços de criatividade. A criança que fomos/a criança que somos...através da expressão plástica*. Coleção Ser Professor. Porto: Edições Afrontamento.

Loureiro, L et al (2012). Literacia em Saúde Mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, III Serie n.º6, pp 157-166.

Lyer, S.; Rothmann, T.; Vogler, J.; Spaulding, W. (2005). Evaluating Outcomes of Rehabilitation for Severe Mental Illness. *Rehabilitation Psychology*. Vol. 50, pp. 43-55.

Lysaker, P., Ringer, J., Maxweel, C., McGuire, A., Lecomte, T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia research*, 121, 271-276.

Magliano, L. et al (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [em linha]. Vol. 35 (3), p. 109-115. Acedido em: 18/12/2016. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s001270050192#page-1>

Malchiodi, C.A. (1999). *Medical art therapy with children*. London: Jessica Kingsley Publishers

Marsh, D. (1998). *Serious Mental Illness and the Family: the practitioner's guide*. USA: John Wiley & Sons, Inc.

Martinez, M^a Carmem (2002). *Ética Psiquiátrica*. Madrid: Editorial Desclée de Brouwer.

Matos, Marta (2013). Serviço Social e Saúde Mental em contexto Hospitalar. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Lisboa: ISCTE. P.18-23

McCormack, B.; McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.

McFarlane, W. (2002). *Multifamily groups in the treatment of Severe Psychiatric Disorders*. New York: The Gilford Press.

Meijer, k.et al. (2004). Needs for care of patients with schizophrenia and the consequences for their informal caregivers: results from the EPSILON multi centre study on schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [em linha]. Vol.39 (4), p. 251-258. Acedido em: 18/12/2016. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-004-0737-5#page-1>

Moshki, M., Amiri, M., Khosravan, S. (2012) Mental health promotion of Iranian university students: the effect of self-esteem and health locus of control. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 715–721.

Mullen, A. et al (2002). Multiple family group interventions in first episode psychosis: Enhancing knowledge and understanding. *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 11 (4), p.225-232. Acedido a 18/12/2016. Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-0979.2002.00253.x/epdf>.

Murray, R.; Zentner, J.; Yakimo, R. (2009). *Health promotion strategies through the life span*. 8th ed. New Jersey: Pearson Education..

Neto, I., Centeno, M.J. (2001). *Os grupos na instituição - Porquê? Para quem? Quando? Como?* Zahar: edições Zahar.

Neuman, B. & Fawcett, L. (2010). *The Neuman system model (Fifth Edition ed.)* United State of America: Pearson.

Organização Mundial de Saúde MS (2006). *Prevenção do suicídio – Um Recurso para Conselheiros*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde (1994). *La protection de la santé des personnes âgées*. Genebra: OMS.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*. Loures: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. 2ªEd. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ornelas, J. (1999). *Novos desafios na reabilitação de pessoas com doença mental*. Editado por José Ornelas, Conferência Internacional, Lisboa.

Ouschan, R. & Sweeney, J. & Johnson, L. (2000). *Dimensions of Patient*.

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Mental in Diário da República, 2.^a série — N.º 122 — 25 de junho de 2015

Paz, F., Bennasar, M. (2007). *Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia y otros transtornos psiquiátricos*. Barcelona: Editorial ARS Medica.

Peixoto, N., Peixoto, T (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. Serie IV n.º11 Out/Nov/Dez 2016 pp121-132.

Pereira, L., Fernandes, M., Tavares, O., Fernandes.(2011). Empowerment: Modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Revista Nursing Edição Portuguesa*, Vol. 23 (267), Lisboa. p. 8 - 15.

Pereira, M.; Gomes, J. (2012). Terapia de grupo para familiares de pessoas com perturbação mental grave: estudo de caso múltiplo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, [em linha] Vol. 8, p.38-44. Acedido em: 18/12/2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n8/n8a06.pdf>

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

Proot, M. I. (2002). Autonomy in Stroke Rehabilitation: the perceptions of care providers in nursing homes. *Nursing Ethics*, 9 (1), 36-50.

Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.^a série, N.º 35 (18/2/2011). 8669 – 8673.

Rogers, N. (1999). Um caminho para a Totalidade: Terapia Pela Arte Centrada na Pessoa pág. 31 -40. *A Pessoa Como Centro: Revista de Estudos Rogerianos* n.º4 Outuno-Novembro. Lisboa: Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e de Counselling.

Romano, A. et al (2007). *Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da Região Interior Norte do País*. <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a08.pdf>

Rosa, M.A. e Elkis, H. (2007) Scielo. [Consult.Fevereiro.2018]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a08v34s2.pdf>>.

Rose, L. E., et al. (2004). Barriers to Family Care in Psychiatric Settings. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol.36 (1), p. 39-47. Acedido em 18/12/2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2004.04009.x/epdf>.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

Sales CA, et al. (2010). Vivências dos familiares ao cuidar de um ente esquizofrênico: um enfoque fenomenológico. *Rev. Eletrónica de Enfermagem* [em linha]. Vol.12 (3), p. 456-463. Acedido em: 18/12/2016. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a06.htm

Salzmann-Erikson, M. (2013). An Integrative Review of What Contributes to Personal Recovery in Psychiatric Disabilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 34,185–191

Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Lisboa: Quarteto.

Sharon, T. et al (2012). Burden and Coping Strategies Experienced by Caregivers of Persons With Schizophrenia in the Community. *Journal of Clinical*

Nursing. Vol. 21 (17-18), p. 2410-2418. Acedido em: 16/02/2018. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04174.x/epdf>

Silva, J.A.C. et al. (2012). Importância da Autonomia como Princípio Bioético. *Rev. Para.med*, Vol. 26 (2).

Sousa, M. F. A. (2003). A formação contínua em enfermagem. *Revista Nursing*, 175, 28-33.

Sousa, L. (2005). *Famílias Multiproblemáticas*. Coimbra: Quarteto.

Sousa, M. (2003). *Estudo dos Conhecimentos e Representações de Doença Associados à Adesão Terapêutica nos Diabéticos tipo 2*. Tese de Dissertação de Mestrado – Especialização em Educação para a Saúde, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Stuart, G. & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica*. Reichmann e Affonso Editores.

Swallow, V., (2006). Learning in practice: But who learns from who? *Nurse Education in Practice*, 6: 1-2.

Tolletti, G. (2011). Contributo dos enfermeiros na implementação de intervenções psicossociais (IPS) dirigidas a pessoas com doença mental grave. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. N.º 5, pp. 7-15.

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica 6ªEd*. Loures: Lusociência.

Tungpunkom, P. (2013). Caregiving experiences of families living with persons with schizophrenia: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 11(8), 415 - 564

Vidigal, M. J. (2005). *Intervenções terapêuticas em grupos de crianças e adolescentes*. Lisboa: Trilhos Ed.

Vinogradov, S. & Yalom, I. (1992). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D.(...) Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, Volume 27, pp. 129-141.

Wright, L; Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. 5ª Edição. São Paulo: Roca.

Zimmerman, D. & Osorio, L. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Apêndice 1 – Reflexão da Prática utilizando o Ciclo de Gibbs

INTRODUÇÃO

Para o desenvolvimento da 1ª competência do EEESM foi necessário realizar diversos jornais de aprendizagens onde se promoveu a reflexão de uma situação vivenciada na prática de forma a “exemplificar com a prática e justificar com a teoria”. De forma a promover o meu crescimento pessoal e profissional recorreu-se à metodologia do Ciclo Reflexivo de Gibbs. Este método permite refletir sobre as situações ocorridas e de que forma as ações podem ser melhoradas se uma situação semelhante ocorrer.

O desenvolvimento do trabalho encontra-se organizado em quatro partes, de forma a melhorar o pensamento e análise reflexiva da situação. Desta forma será realizada a descrição, a avaliação, a análise da situação e a conclusão com previsão decorrente de novas situações.

Foram estabelecidos como principais objetivos: refletir sobre uma situação clínica e identificar contributos que forneçam bases sólidas para posterior utilização na prática clínica.

Benner (2001) tem enfatizado a experiência, considerando que é através dela que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante para a situação e a retirar o seu significado. As competências para a excelência dos cuidados surgem quando se ganha perícia profissional, em que esta é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial. O conhecimento teórico é como o que “saber o quê” diferenciando de o conhecimento prático “saber como”, onde o valor da experiência é entendido como a associação entre os dois.

Desta forma a formação contínua e a prática clínica vão consolidando as intervenções realizadas e contribuindo para a construção de uma identidade profissional.

Ao longo deste curso consigo reconhecer o desenvolvimento dos diferentes estádios postulados por Benner. Se numa primeira fase podia considerar-me como principiante avançada, em que possuía alguns conhecimentos teóricos e experiência de situações, fui em pequenos passos avançando para o nível de proficiente, percebendo e compreendendo as situações como partes de um todo, tomando as decisões com bases em linhas orientadoras e aprendendo com a experiência o que esperar em certas situações modificando os meus planos de ação, caso necessário.

A enfermagem é a arte do cuidar, que transcende a perspectiva do enfermeiro, como meramente executor de tarefas, surgindo numa dimensão mais holística dos cuidados, encarando assim a pessoa como um ser único detentor de dignidade, autonomia e liberdade.

Ao longo dos estágios houve oportunidade de conhecer inúmeras histórias de vida de pessoas com doença mental assim como a dos seus familiares. A situação escolhida foi a de uma jovem com esquizofrenia paranoide com ideação suicida. Há cerca de seis anos houve uma situação parecida na minha instituição de origem em que não se procurou avaliar o estado mental e evitou-se o diálogo com o doente sobre o suicídio. Até hoje as práticas não se alteraram, pelo que torna-se fundamental a aquisição de conhecimentos sobre suicídio e o papel do enfermeiro.

Considero que o contributo da análise reflexiva da sua situação traria conhecimentos acerca do processo educativo, desenvolvendo a capacidade de articular esses conhecimentos com a prática, permitindo assim o desenvolvimento pessoal e profissional.

REFLEXÃO DE UMA SITUAÇÃO VIVENCIADA NA PRÁTICA

Descrição da Situação

A seguinte situação ocorreu há uma semana. Uma cliente do sexo feminino de 22 anos e raça caucasiana. Solteira, reside com os pais que fornecem bom suporte familiar. Estudante universitária, com excelente aproveitamento acadêmico e boa rede de colegas e amigos. Há dois anos diagnosticada com esquizofrenia paranoide, tendo sido internada, após alta começou a ser seguida na consulta externa de psiquiatria e psicologia. Internada por ideação suicida por descontrolo da doença e início de alucinações auditivas na 2ª pessoa com frases sobre suicídio, “mata-te”, “não fazes cá falta”, entre outras. Pede ajuda ao psiquiatra a referir que não consegue viver com a voz constantemente, não conseguindo lidar com esta situação. É internada para ajuste de medicação e controlo de sintomas.

A admissão da doente ao serviço foi realizada por mim e pelo enfermeiro orientador. Durante o internamento prestei cuidados de enfermagem diretos, realizei entrevistas de ajuda, concretizei intervenções psico e socioterapêuticas e preparei a alta.

O acolhimento de enfermagem, demonstrado por esta situação, assume extrema importância no decorrer de todo o processo de evolução da doença, pois afigura-se ser determinante na facilidade ou dificuldade do posterior relacionamento e adaptação do doente/família à sua nova situação.

Foi a entrevista mais difícil que realizei pela dificuldade que tive em observar o sofrimento e o desespero que a doença psiquiátrica estava a causar. Apesar de ter respondido voluntariamente às questões colocadas, observou-se sempre uma lentificação e rigidez de movimentos e pensamentos, tendo adotado uma postura curvada e olhar fixo no chão. Refere ter planeado o suicídio caso o médico não lhe oferecer-se outra solução, “não quero fazer ninguém sofrer...mas assim não consigo viver” (sic) enquanto começa a chorar. Dou apoio emocional e no final doente pede para lhe dar qualquer coisa para dormir, diz que as vozes devem estar a aparecer e prefere dormir a ouvi-las.

Passado uma semana, embora não estivesse tão angustiada, a medicação não se encontrava a fazer os efeitos desejáveis e foi proposta para

iniciar electroconvulsioterapia. Vem contar-me a proposta do médico e refere ter alguma esperança. Após um mês de internamento há uma diminuição de alucinações auditivas e acaba por ter alta clínica, integrando o Hospital de Dia da mesma instituição.

Sentimentos e pensamentos

Os sentimentos e pensamentos experienciados foram diversos. Na altura da entrevista fui invadida por um sentimento de impotência, a doença mental era imprevisível e incapacitante, não escolhendo idade, género e estatuto. Tinha presente a importância de incentivar a doente a explorar os seus sentimentos acerca da sua doença e do suicídio. Através da relação ajuda consegui explorar o que achei necessário para conhecer a doente e para dar a perceber que estaríamos disponíveis para a ajudar. O facto de estar acompanhada por alguém mais experiente na área transmitiu-me confiança e serenidade para lidar com a situação. Não teria prosseguido com a entrevista se estivesse sozinha pois tinha receio que os meus sentimentos fossem facilmente detetados e trouxesse alguma consequência negativa para a relação. Dei-me conta que com aquela situação poderiam ocorrer fenómenos de transferência pelo que solicitei sempre a presença de supervisão.

No final desta situação sinto que houve crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Sinto que esta situação particular me fez trabalhar o suicídio e as intervenções do enfermeiro especialista mas também conseguir lidar com fenómenos de transferência.

Avaliação da Situação

O comportamento adotado pela doente foi compreendido por todos os profissionais do serviço. Todos os doentes com patologia psiquiátrica ou outra que estejam a ser levados ao seu limite podem ver a sua vida ameaçada. Cabe ao enfermeiro especialista avaliar o estado mental da pessoa e analisar o risco para o próprio de forma a garantir a segurança, implementando o plano de cuidados a desenvolver com o cliente e a coordenar os cuidados dentro da equipa de enfermagem. Um dos aspetos positivos nesta situação foi o facto de a doente possuir algum nível de literacia em saúde que lhe permitiu recorrer ao recurso apropriado para a sua situação.

A experiência do enfermeiro orientado foi um contributo inegável no desempenho profissional. Identifico como fatores dificultadores a inexistência de um espaço próprio para realizar estas entrevistas bem como quartos individuais para garantir a privacidade dos doentes.

Análise da Situação

Em Enfermagem podemos definir Pessoa como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve” (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001, p. 8).

Ora se a pessoa é movida de valores, crenças e desejos próprios podemos falar de unicidade e indivisibilidade de cada pessoa. Sendo um ser uno e indivisível, os conceitos bem-estar e conforto físico variam de pessoa para pessoa. Os cuidados de enfermagem, embora tendo os mesmos princípios teóricos, não podem ser iguais para duas pessoas diferentes. Aqui surge uma nova filosofia de cuidados: o conhecer verdadeiramente o cliente. Neste caso particular a ideação suicida estava presente pelas alucinações auditivas que a doente tinha reconhecido e não conseguir lidar com estes sintomas, tendo procurado ajudar para erradicá-los. Tratava-se de uma pessoa que, até então, possuía um bom nível de insight e juízo crítico, que aderiu à medicação e terapêuticas psicológicas conseguindo atingir o máximo da sua funcionalidade e bem-estar.

De acordo com Kaplan e Sadock e Greeb, (2003), o suicídio é uma causa comum de morte nos utentes com esquizofrenia, uma vez que cerca de 50% destes, tentam o suicídio pelo menos uma vez durante a sua vida. Os principais fatores de risco são a presença de sintomas depressivos, ser jovem e ter altos níveis pré mórbidos de instrução.

A esquizofrenia apresenta duas fases com sintomatologia geralmente distinta. A primeira fase ou fase aguda, é representada pelo início dos sintomas, mas também pode surgir quando o quadro clínico do utente sofre nova crise ou reagudização, apresentando um quadro psicótico muitas vezes exacerbado, o

que obriga ao internamento do utente. A segunda fase ou fase de manutenção, surge após a instituição da terapêutica e a melhoria clínica, com o controlo da sintomatologia positiva, passando-se para uma fase de tratamento, de manutenção e de prevenção de recaídas (Afonso, 2010). As recaídas podem surgir ao longo do tempo, o objetivo terapêutico é evitá-las, prolongando o mais possível o período de remissão da sintomatologia. Para tal é muito importante uma intervenção terapêutica precoce, que permita ao utente/família reconhecer os sinais precoces de recaída, melhorando desta forma o prognóstico da crise, bem como novos reinternamentos (Afonso, 2010).

O internamento foi considerado uma forma de intervenção terapêutica pois era necessário controlar os efeitos da recaída, instituir novo tratamento específico, garantir a sua segurança física e assegurar a realização das suas atividades de vida diária, como a alimentação, a higiene e conforto (Kaplan e Sadock e Grebb, 2003; Afonso, 2010).

Após a entrevista de admissão, outras entrevistas de ajuda foram realizadas, cujos pressupostos assentaram numa visão unificadora da pessoa ajudada, respeito mútuo, empatia, confiança, aceitação do outro, autenticidade, compreensão e um desejo incondicional de ajuda (Phaneuf, 2005). De acordo com Rogers (1984), a relação de ajuda é uma relação não-diretiva, colaborativa, assente em princípios de valorização da pessoa do outro e de crença nas suas potencialidades para resolver de forma autónoma os seus problemas. Foram tidos em conta os requisitos fundamentais para a realização da entrevista, tais como: a clarificação do tipo de entrevista, definição dos objetivos a atingir e os instrumentos a utilizar, definição do tempo de duração da entrevista e a elucidação dos papéis. Aquando da interação com o utente, procurámos demonstrar total disponibilidade para escutar o que nos transmitia através da comunicação verbal e não verbal, favorecendo um clima de confiança e interação entre ambos, de modo a que o utente se sentisse aceite, compreendido e à vontade para que se conseguisse desenvolver uma relação terapêutica.

Durante as entrevistas houve ganhos para as duas partes, para a doente a ansiedade e angustia sentidas foram diminuindo, a electroconvulsioterapia estava a fazer os efeitos desejáveis, para mim porque ganhei confiança em falar sobre temas tão melindrosos e houve desenvolvimento de competências.

O auto-conhecimento é um dos pré-requisitos da enfermeira que segundo McCormack e McCance (2006) estão presentes nos cuidados de enfermagem centrados no cliente. No artigo 1º do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (2010, p. 3) isto encontra-se presente quando se pretende que este enfermeiro detenha “um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”. Só podemos ter a pretensão de compreender verdadeiramente o cliente se tivermos um auto-conhecimento profundo sobre nós próprios. O tema suicídio tinha sido uma grande lacuna na minha vida profissional até integrar este curso. Estar preparada para o real problema dos nossos doentes é fator obrigatório para a excelência dos cuidados. Só podemos dar confiança ao outro se tivermos confiança em nos próprios.

Para desenvolver o meu autoconhecimento procurei o significado que o suicídio tem para mim, enquanto pessoa e enquanto profissional. Apercebi-me que a conotação mudava enquanto profissional por ter sido formatada para “salvar vidas” e o suicídio seria o oposto. Aprendi a observar a ler a linguagem corporal, os silêncios, os olhares. A ideação suicida é um grito de ajuda de alguém cujo sofrimento é atroz e não consegue desamarrar das correntes que o prendem. Aprendi que como enfermeira não fazemos milagres e temos de o aceitar que por vezes o nosso trabalho não é suficiente. Tornei-me mais flexível e humilde ao compreender o processo de autoconhecimento é saber admitir a nossa ignorância sobre nos próprios, os outros e o mundo que nos rodeia.

Dar-me conta das minhas qualidades, dos meus defeitos e dos meus limites. Reconhecer os meus limites permitiu-me deixar as inseguranças de parte. Por se tornar difícil controlar emoções, procuro ter sempre alguém mais experiente perto de mim para me ajudar em situações que sejam mais complexas para mim. Nesta situação particular apercebi-me que a fragilidade da doente podia ser a minha própria fragilidade. Consegui dar-me conta que poderia entrar em transferência com a situação e consegui trabalhar as emoções presentes para não desencadear um impasse na relação. Mais tarde, em conversa com o orientador, consegui identificar quais as causas e refletir de forma a não voltar ao mesmo impasse e manter a relação como terapêutica.

Conclusão com Previsão Decorrente de Novas Situações

É importante reflectirmos sobre as nossas acções do dia-a-dia e organizamos esse conhecimento de forma a ser possível contribuir para uma tomada de decisão baseada em experiências passadas. Isto requer uma abertura para revermos o que fizemos, seja correto ou não, para transformar atitudes. As conclusões a que chegamos são o culminar das nossas aprendizagens do passado e que nos dão possibilidade de reorientar as novas acções tornando-se bases para prática futura.

Para obtermos bons cuidados em enfermagem necessitamos de recorrer a enfermeiros de prática avançada. Este modelo consiste na aplicação de competências práticas, teóricas e baseada em pesquisa, no fenómeno experienciado pelos pacientes, dentro de uma área clinica especializada parte de uma disciplina maior de enfermagem.

Podemos dizer, então, que o Enfermeiro Especialista tem competência maior para prestar cuidados de qualidade que exijam um nível mais profundo de conhecimentos e habilidade, estabelecer prioridade de intervenções de enfermagem, responsabilizar-se pela equipa de enfermagem, tutores de outros enfermeiros e investigadores que através da prática e estudo promovem o desenvolvimento de enfermagem.

A enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento. Ora se a enfermagem se foca nas respostas humanas temos de centrar os nossos cuidados no modelo holístico embora com total compreensão do modelo biomédico.

Como já referi anteriormente, um dos aspetos importantes nesta situação foi o facto de a doente possuir um elevado nível em literacia em saúde mental. Segundo Nutbeam citado por Loureiro et al (2012), a literacia em saúde constitui-se quer como resultado chave da promoção da saúde quer como pressuposto fundamental para o exercício ativo, participado e ampliado da cidadania em saúde dos indivíduos, grupos e comunidades. A literacia permite a capacidade para obter, processar e entender informação básica em saúde e serviços disponíveis para tomar decisões de saúde apropriadas. O mesmo autor considera três tipos ou níveis de literacia, designadas de funcional (ou básica), interativa (comunicacional) e crítica. Esta divisão possibilita perspetivar a

literacia num crescendo de autonomia e capacitação ou empoderamento dos indivíduos. O doente ao reconhecer os sintomas teve capacidade de recorrer ao serviço de saúde mental.

Quanto ao suicídio, a OMS (2006) refere que o aconselhamento profissional é definida como a aplicação de princípios de saúde mental através de estratégias cognitivas, afetivas, comportamentais ou de intervenção sistémica.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) o EESMP implementa intervenções psicoterapêuticas individuais, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença e às transições, com o objetivo de aumentar o insight, e permitindo elaborar novas razões para o problema, permitindo à pessoa recuperar a sua saúde mental e facilitando a pessoa a fazer escolhas adaptativas que lhe permitam a recuperação da saúde mental. Segundo Godinho (2013) pretende-se que a pessoa melhore o seu autoconceito e inicie um processo de recovery.

Para isto o enfermeiro deve estabelecer uma relação de empatia para perceber verdadeiramente o lugar da pessoa e a forma como ela vê o mundo. Para o estabelecimento de uma Relação Terapêutica são necessárias quatro vertentes que se interligam: a comunicação, a entrevista, o processo de resolução de problemas e a relação de ajuda.

Neste tipo de entrevista saliento a escuta ativa, que segundo Phaneuf (2005, p.157), "... é um método de condução de entrevista em que os interlocutores estão em pé de igualdade. Por meio de questionamento e, sobretudo, da reformulação constante, esta forma de escuta permite à enfermeira chegar a uma boa compreensão dos factos". Assim torna-se possível a expressão de sentimentos que através da relação podem ser explorados. Stuart e Laraia (2001) dizem-nos que a expressão de sentimentos permite ao doente libertar as suas emoções, a sua ansiedade, ver-se e ouvir-se a si próprio, organizando o seu pensamento, e deste modo ver de forma mais clara o problema e mais facilmente procurar soluções.

Ao longo do desenrolar deste suporte, o enfermeiro tem o papel de tranquilizador ao conquistar a confiança e reforçando positivamente o objetivos que vão sendo atingidos.

Toda esta situação por ter sido uma boa prática clínica fez-me refletir no caso ocorrido no meu local de trabalho e debrucei-me sobre a importância de falar sobre o suicídio. Deixar para trás todos os preconceitos e estereótipos que a sociedade e a religião nos inculcaram.

A presença de ideação suicida está associada a elevado risco de suicídio, cuja probabilidade aumenta quanto maior for a magnitude e persistência dos pensamentos suicidas. A ideação suicida refere-se aos pensamentos, fantasias, ruminações e preocupações acerca da morte, auto-agressão e morte autoinfligida (Kutcher e Chehil, 2007). O treino dos profissionais de saúde ao nível da gestão da sintomatologia depressiva, das habilidades para avaliação do risco de suicídio, da colheita de informação acerca do comportamento suicida, do conhecimento de estratégias eficazes para a prevenção do suicídio, da habilidade para avaliação da intencionalidade e da letalidade do comportamento suicida, do conhecimento da origem do comportamento suicida e na avaliação do estado mental da pessoa em crise suicida revelou ter relevância significativa e favorável na prevenção primária do suicídio (Cais, Silveira, Stefanello, & Botega, 2011). A pessoa em crise suicida deve ser motivada a envolver a família (Wasserman, et al., 2012).

Segundo a bibliografia a intervenção na crise é a técnica motivada pela crise situacional que leva a pessoa à procura de ajuda ou à necessidade de intervenção. Tem por objetivos: promover a resolução da mesma e a diminuição da angústia bem como o restabelecimento do equilíbrio psicológico, tão rapidamente quanto possível. A intervenção profissional na crise deve ter em conta: o estabelecimento e manutenção de um laço positivo e significativo com a pessoa; recolha de informações, avaliando o funcionamento geral e determinando a prioridade da intervenção; procura de acontecimentos de vida significativos e recentes que possam ter despoletado a crise; ajuda na tomada de consciência do significado atribuído ao acontecimento; promoção da correção das distorções cognitivas atribuídas ao acontecimento e aos seus efeitos na vida da pessoa; possibilidade de expressão das emoções; exploração das capacidades de controlo (autocontrolo) e conhecimento da rede de apoio; apoio intensivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão é uma ferramenta vital para a aprendizagem, pois a experiência só molda a nossa prática se existir reflexão e análise das nossas práticas diárias.

Ao assumir este exercício crítico, tive a oportunidade de melhorar o raciocínio clínico e obter ganhos positivos na prática clínica e por consequência da pessoa a nosso cuidado.

Segundo Dolphin citado por Peixoto & Peixoto (2016) a prática reflexiva é vista como uma habilidade importante para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, pois permite que os mesmos se tornem autoconscientes e prestem os melhores cuidados.

Enquanto futura especialista em saúde mental o autoconhecimento é a competência mais difícil de alcançar e só com constante reflexão e supervisão clínica se torna concretizável. Tomar consciência de nos próprios durante a relação terapêutica e a realização de intervenções é fulcral para não causar impasses e manter a relação profissional dentro dos contextos e limites definidos.

O suicídio era algo que tinha dificuldade em lidar e causava algum constrangimento na relação com o doente. Após formação e investimento na área dou-me conta que consegui ultrapassar esta barreira e conseqüentemente tornei-me competente na relação terapêutica com a pessoa com ideação suicida.

Apêndice 2 - Estudo de Caso

INTRODUÇÃO

O presente Estudo de Caso foi uma das atividades delineadas no âmbito do Estágio do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Trata-se de um instrumento de reflexão e análise que mobiliza um conjunto de conhecimentos teórico-práticos e competências adquiridas ao longo deste percurso.

Este trabalho constitui uma abordagem intensiva numa perspectiva abrangente e multidimensional do cliente, surge, neste trabalho, associado de forma mais específica ao tema da autonomia e autoconceito. Sendo temáticas muito complexas implicam uma abordagem multidimensional que reenvia para um enquadramento mais estrutural e sistémico. Neste sentido e acompanhando a própria estrutura do Relatório foi usado o modelo de Betty Neuman (Neuman e Fawcett, 2011). Este modelo de abordagem sistémica que permite dar conta da visão do ser humano enquanto um sistema aberto em permanente articulação com outros sistemas. Tendo em conta o referencial de Neuman procedi à avaliação inicial recolhendo o maior número possível de elementos referentes à dinâmica das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. Esta primeira fase do processo de enfermagem possibilitou a identificação de problemas e necessidades com a definição dos respetivos diagnósticos de enfermagem, bem como os resultados a atingir e as respetivas intervenções a desenvolver em parceria com o cliente.

A visibilidade da profissão de Enfermagem, o seu papel social e a criação de uma identidade pessoal enquanto profissão autónoma, com corpo de conhecimentos próprios, distinto e ao mesmo tempo, interdependente de outras profissões de saúde. As intervenções de Enfermagem são autónomas e interdependentes. Aqui serão valorizadas as intervenções autónomas do EEESMP.

Para recolha de dados foram realizadas varias entrevistas ao utente, conjuntamente com a observação do cliente na dinâmica do serviço e com recurso à consulta da informação presente no processo clinico hospitalar. Foi realizada uma entrevista à família com pouco sucesso pois estes não se demonstraram muito receptivos à mesma.

A avaliação foi realizada através da entrevista, observação, exame do estado mental, avaliação psicossocial, exame físico e escalas de avaliação estandardizadas. As informações recolhidas foram validadas com o doente e foi ao mesmo que aceitasse participar como objeto de estudo. A sistematização das práticas apresentadas teve por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, por ser uma taxonomia com orientações precisas, passíveis de ser operacionalizadas em diferentes contextos.

1. HISTÓRIA CLÍNICA

1.1 Identificação da Pessoa

Nome: H.F.

Nome por que gosta de ser tratado: H.

Sexo: Masculino

Etnia: Caucasiana

Idade: 23 anos

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Solteiro

Habilitações Literárias: 12º ano

Profissão atual: Desempregado

Pessoa significativa: Mãe

Agregado Familiar Pai e Mãe

1.2 Identificação do Problema

Aos 20 anos termina uma relação de namoro com a duração de 2 anos. Nesta altura começa a procurar novos locais de convívio e a mudar alguns hábitos. Deixou o emprego, trabalhava na restauração, por não precisar de dinheiro e começou a frequentar bares e discotecas durante a noite. Começou a gastar dinheiro com álcool e tabaco mas também a oferecer prendas a pessoas amigas. Começou a ter uma relação agressiva com os pais por estes quererem que ele tivesse mais tempo em casa e exigirem explicações dos gastos monetários. Esteve desaparecido durante uma semana sendo encontrado na casa de família a fazer pequenos reparos no chão da casa. Quando contrariado agrediu os familiares e estes acabaram por chamar a polícia. Este foi o primeiro internamento na psiquiatria, não se recorda mas pensa ter sido superior a um mês.

Quando teve alta voltou a morar com os pais e por insistência destes regressou à vida laboral no negocio da família - começou a ser taxista. Refere adorar este trabalho e tudo o que esteja relacionado com carros. Ao fim do primeiro ano refere que devido ao aumento do trabalho começou a trabalhar apenas durante a noite ficando todo o dia em casa. Começou a isolar-se dos amigos por não terem horários compatíveis e dedicou-se a um novo projecto –

melhoramento dos carros do pai. Como se sentia bem, abandonou a terapêutica e voltou a apresentar comportamentos mais exuberantes passando o dia a limpar o carro e a garagem e a noite a trabalhar como taxista. O pai, segundo o doente, não gostou e proibiu-o de continuar com as reparações. O cliente manteve-se a fazer as reparações e não abandonou a garagem passando a dormir, alguns dias por lá. Quando os pais o tentaram levar para casa este reagiu de forma agressiva e os pais tiveram de contactar a polícia. Foi internado novamente no serviço de psiquiatria durante três semanas.

No último ano manteve-se a viver em casa dos pais e a trabalhar em part-time como taxista. Tem feito acompanhamento psicoterapêutico com um psicólogo e refere cumprir a terapêutica. Refere ter nos clientes do táxi os seus amigos e diverte-se bastante com eles, contam piadas e tirar fotografias.

Há cerca de um mês discutiu com o pai por este dizer que o H.F. não era um bom profissional pois misturava as amizades com dinheiro e que tinha de o despedir. A partir desse momento refere ter perdido o interesse no trabalho e começou a passar mais horas a ver televisão por se sentir cansado. O cliente manteve-se a viver em casa dos pais mas recusou qualquer comunicação com o pai. O isolamento vai-se instalando de forma progressiva, não sai de casa, passando grande parte do tempo no quarto, dormindo grande parte do dia e acordando tarde. Diminui o apetite, comendo em pequena quantidade só se a mãe insistir com ele. Fala apenas por monossílabos e com desinteresse. Durante duas semanas não saiu de casa e diz ter perdido o interesse em viver e foi nessa altura que a mãe contactou o psiquiatra.

1.3 Motivo de internamento

Internamento voluntário por humor deprimido e isolamento social a esclarecer após ter sido confrontado com internamento compulsivo

2. HISTÓRIA FAMILIAR

Os pais do doente casaram-se há 24 anos. Moravam-se numa pequena aldeia no distrito de Castelo Branco e mudaram-se para Lisboa à procura de melhores condições de vida. O cliente é filho único.

A mãe tem 46 anos e sempre trabalhou como doméstica em casas de família. Tem apenas o 9º ano. É o elemento que tem por funções a lida doméstica da casa com as respetivas funções de gestão do dinheiro para a mesma. Tem por antecedentes depressão major há cerca de 10 anos.

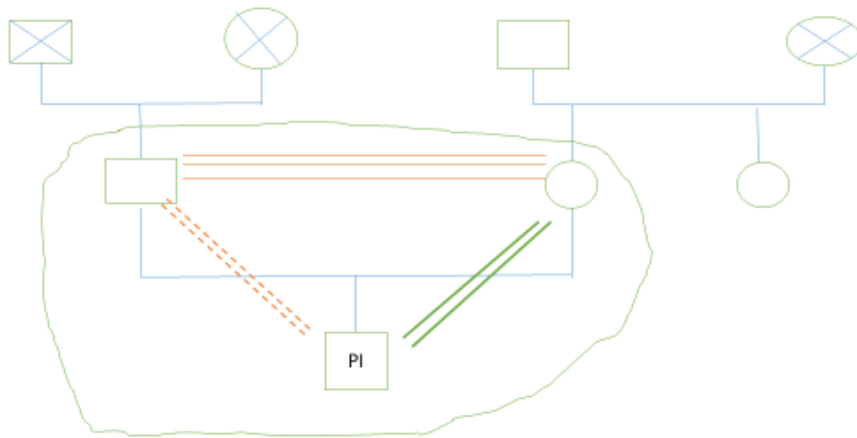
O pai tem 50 anos e trabalha como taxista há mais de 30 anos. Teve emigrado na Suíça durante dois anos a trabalhar como empregado das obras. Regressou a Portugal a convite de uma pessoa da terra para vir trabalhar como taxista. É o elemento que tem por funções a sustentabilidade financeira da família.

O cliente morou com os avós maternos até aos 4 anos. Recorda-se de bons tempos vividos na aldeia e continuou a ir a terra pelo menos uma vez por mês. Manteve uma relação próxima com os avós. Refere que a morte da avó materna custou-lhe muito porque era ela que lhe dava os mimos todos.

Em relação ao APGAR Familiar, o doente através da escala obteve 2 pontos, o que reflecte numa família disfuncional. Os limites da família são rígidos limitando a comunicação e a compreensão recíproca.

No ciclo da Família verifica-se que é um casal com filhos adultos, em que este filho ainda reside em casa.

De seguida apresento o Genograma e o Ecomapa



Legenda:

PI	Pessoa Identificada
Relação Forte	≡≡≡
Relação Moderada	≡≡≡
Relação Superficial	- - - - -
Óbito	⊗ ⊗
Homem	□
Mulher	○
Casamento	⊞
Filhos	⊥
Moram juntos	⊞ (circled)

Figura 1 – Genograma

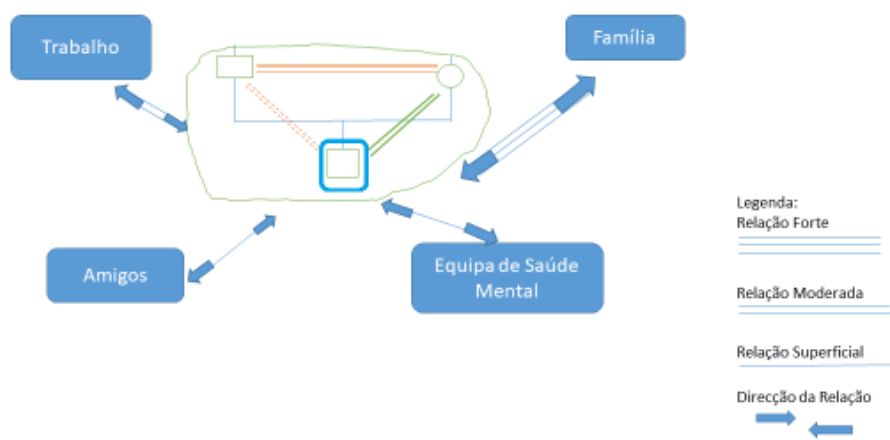


Figura 2 - Ecomapa

3. APRECIÇÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Variáveis Biológicas

Doente do sexo masculino com antecedentes de doença bipolar diagnosticada há 3 anos. Antecedentes de hábitos tabágicos, fuma cerca de um maço de cigarros por dia. Refere ter bebido durante um curto período de tempo. Sem outros antecedentes relevantes. Em relação a antecedentes familiares o pai apresenta HTA e a mãe um quadro de depressão major diagnosticado há cerca de 10 anos.

Mau estado geral, ligeiramente emagrecido (IMC = 19kg/m²) por desinteresse em se alimentar. Comia apenas por insistência da mãe. A mãe refere que ele perdeu algum peso mas que não consegue precisar.

Tendência para a obstipação.

É independente na realização das suas actividades de vida, obtendo uma pontuação de 100 na escala de Barthel. Não tem tomado banho diariamente como fazia anteriormente, às vezes fica mais do que dois dias sem cuidar da sua higiene.

Desconhece-se alergia a fármacos e alimentos.

Refere dormir cerca de 5 horas por dia. Tem dificuldade em adormecer. Como não consegue dormir liga a televisão para ver. Este quadro começou há cerca de um mês.

À data de avaliação apresentava-se eupneico, respiração toraco-abdominal e regular. TA e FC dentro dos parâmetros normais. Apirético. Consegue avaliar ambos sinais vitais por possuir aparelhos para o efeito. Sabe detectar sinais de irregularidade.

Sem problemas ao nível da locomoção. Não pratica qualquer tipo de exercício físico. Desde as últimas semanas quase não sai para o exterior, passando quase todo o tempo no quarto alternando longos períodos deitado na cama com outros sentados ao computador.

Variáveis psicológicas

Aspeto, atitude, atividade: Tem uma aparência descuidada e desleixada com barba por fazer. Usava a mesma roupa há cerca de uma semana e encontrava-se suja com restos de comida. Aparentemente mais envelhecido do

que na realidade é. Quando alguém se dirige a ele não apresenta curiosidade em saber quem é, sendo necessário colocar mais do que uma vez a questão. Não foca o olhar. Durante a entrevista demonstrou-se inquieto e ansioso. Responde voluntariamente às questões colocadas, tendo participado ativamente no processo de entrevista. Na Escala de Ansiedade de Halmilton obteve 41 pontos. Em relação à postura, muda constantemente de posição mas predomina a postura curvada.

Estatura média, caucasiano. Atitude distante e desinteressada, negativista, evita contacto visual com pessoas estranhas. Diminuição do contacto social com isolamento em casa, apresenta diminuição das atividades que anteriormente lhe davam prazer (anedonia). Denota alguma lentificação psicomotora e diminuição da energia (anergia) permanecendo grande parte do dia deitado. Diminuição do apetite com consequente perda de peso.

Humor e emoções: Refere que nos últimos meses sentiu-se triste, deprimido quase todos os dias e que perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradavam. Não sabe como aproveitar o dia. Decidiu isolar-se e passa os dias no quarto sozinho. Começou a ver televisão mas aborrece-se. Fica desconfortável na presença de outros e em lugares que não conhece. Refere ter dificuldade em iniciar uma comunicação com pessoas estranhas e por isso só consegue falar com a mãe. Sente-se triste, diz que se sente assim desde que deixou de fazer o que gostava. É uma tristeza que “ficou e está em todo o lado” (sic). É persistente e muito intensa. Humor depressivo. Emoção apropriada.

Estado emocional como sendo melancólico, mas apresentando mobilidade emocional, ou seja, alternando o tipo de expressões consoante as temáticas abordadas. Fáceis ou expressão facial congruente com o tipo de emoções manifestadas. Humor deprimido e congruente com os pensamentos.

Discurso e linguagem: Discurso e linguagem mantidas. Pouco comunicativo com discurso não espontâneo respondendo apenas por monossílabos e quando estimulado.

Conteúdo, processo do pensamento e percepção: Pensamento lentificado, houve uma perda de interesses e um sentimento de tristeza marcado desde o fim da actividade laboral. Tem dificuldade em adaptar-se a novas situações e a aprender novos conhecimentos. Durante a entrevista foi colocada a questão se pensamentos suicidas e desejo de viver. O doente refere que já pensou uma vez

no suicídio mas que achava não ser a solução para ele, não tem nenhum plano estruturado. Sente desconfiança em relação ao pai, achando que este só o quer prejudicar. Ideias de ruína e prejuízo. O conteúdo do pensamento com predomínio das dimensões muito centradas no seu quotidiano e com pouca elaboração de projecção de cenários futuros.

Cognição: Considera-se estar consciente, orientado auto e alopsiquicamente e lúcido ao ambiente. Diminuição da concentração. Ligeiro défice da memória a curto prazo. Por vezes desiste de fazer raciocínios. Obteve uma pontuação de 25 pontos no Mini-Mental State. Memória longiqua, recente e imediata aparentemente mantidas.

Insight e juízo crítico: Insight diminuído pelos sintomas depressivos, vê o mundo negativamente. Apresenta juízo crítico alterado com dificuldade em avaliar uma situação e chegar a uma conclusão. Não consegue tomar decisões. Sem juízo crítico, uma vez que no presente não reconhece a necessidade de ajuda e tem rejeitado todas as propostas oferecidas e disponibilizadas. Apresenta mecanismos de defesa como a negação (nega a necessidade de vigilância médica regular)

Variáveis socioculturais

Vive com os pais desde sempre. Tem poucos contactos com outros familiares, apenas em épocas festivas. Teve uma relação amorosa importante e sente que a sua vida perdeu importância a partir daí. Perdeu alguns amigos nessa altura. Os amigos que tem neste momento são os clientes do táxi.

Frequentou a escola até aos 18 anos tendo completo o 12º ano. Mantinha boas relações com os colegas e professores. Deixou de trabalhar há uns meses quando o pai o despediu. Presentemente contacto reservado, responde com impaciência. Evita o contacto visual. Diminuição dos contactos sociais com o exterior, observando-se uma progressiva diminuição da rede de amigos.

Vive com o apoio dos pais, na casa própria destes, no concelho de Lisboa. Casa pequena mas com todos os electrodomésticos e bens que precisa.

Variáveis de desenvolvimento

Através da entrevista, foi possível identificar uma relação de conflito com o pai e de sobreproteção pela mãe. O pai sempre foi controlador e limitava-o nas

coisas que queria fazer. Refere ter tido uma infância e adolescência normal, que brincava com outras crianças e que tinha facilidade em se integrar num grupo. Começou a fumar ao dezasseis anos por ser normal dentro do grupo. Por não gostar de estudar e quer ser mais independente abandonou o ensino e procurou trabalho.

O H. segundo a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erickson encontra-se no estágio Intimidade *versus* Isolamento (20-30 anos) em que a principal tarefa de desenvolvimento é formar uma relação intensa e duradoura ou um compromisso com outra pessoa, causa, instituição ou esforço criativo (Murray et al, 2009): a realização da tarefa resulta na capacidade de amor recíproco e respeito entre duas pessoas e na capacidade de um indivíduo de se empenhar totalmente num compromisso com outro. Se esta tarefa não foi concretizada resulta em afastamento, isolamento social e solidão. Podendo ser incapaz de formar relações duradouras e íntimas mas também de estabelecer uma carreira.

Variáveis espirituais

Durante toda a entrevista quando questionado sobre a religião e espiritualidade, refere que é católico mas não presta qualquer tipo de culto. Nunca pensou na forma como a espiritualidade lhe poderia influenciar a vida.

4. MEDICAÇÃO

Início do Internamento			Final do Internamento		
Medicamentos	Dose	Posologia	Medicamentos	Dose	Posologia
Ácido Valpróico	1000mg	1+0+1	Ácido Valpróico	1000mg	1+0+1
Carbonato de Lítio	1000mg	1+0+1	Carbonato de Lítio	1000mg	1+0+1
Quetiapina	500mg	1+0+1	Quetiapina	500mg	0+0+1
Alprazolam	1mg	1+1+1	Alprazolam	1mg	Sos máx 3xdia
Olanzapina	10mg	1+1+1	Olanzapina	10mg	0+0+1

5. IDENTIFICAÇÃO DOS ELEMENTOS STRESSORES

De acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman o enfermeiro para realizar o diagnóstico de enfermagem deve identificar as interações dinâmicas (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que compõem o cliente-sistema e a presença real ou potencial de factores de stress intra-pessoais, inter-pessoais e extra-pessoais. A identificação dos factores de stress percebidos pelo doente (que o próprio/cuidador identificam como causadores das principais dificuldades) devem ser articulados com os factores percebidos pelo enfermeiro (que vê como causadores das principais dificuldades), com o objectivo de formular um diagnóstico de enfermagem compreensivo.

Agentes de *stress* percebidos pelo doente e pelo enfermeiro

1. O que considera ser o seu problema, dificuldade ou preocupação mais importante?	
Percepção do Doente	Percepção do Enfermeiro
“O meu maior problema é não ter esta doença e por causa dela não ter autoconfiança. Sem confiança em mim próprio não consigo entender-me com o meu pai e fazer planos para o futuro.”	Coerente com a situação em que se encontra. Humor triste e congruente com o conteúdo do pensamento e expressão não-verbal Sinais e sintomas de perturbação depressiva Coping ineficaz Risco de conflitualidade com o pai Dificuldades financeiras

2. Como é que isso tem afetado os seus hábitos ou o seu estilo de vida?	
Percepção do Doente	Percepção do Enfermeiro
“Se não tenho confiança em mim próprio nunca vou conseguir arranjar emprego e fazer novas amizades.”	Coerente com a situação. Sentimento de solidão, carente do ponto de vista afetivo. Diminuição da rede de amigos Isolamento social. Falta de esperança no futuro. Dificuldade de assumir responsabilidades face ao seu papel social e familiar

3. Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim, o que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado?	
Percepção do Doente	Percepção do Enfermeiro
“Nunca me senti assim. Eu era uma pessoa sempre bem disposta e animada.”	Baixa autoestima relacionada com distúrbio do humor e de ajustamento situacional Coping ineficaz Dificuldade em lidar com a situação de crise. Crise de desenvolvimento

4. Como prevê o futuro em consequência da presente situação?	
Perceção do Doente	Perceção do Enfermeiro
“Não sei... o meu pai devia tentar compreender-me. Não sinto coragem de enfrentar o mundo lá fora”	Pouca esperança no futuro. Passividade perante a elaboração de projetos. Risco de isolamento social.

5. O que é que está a fazer ou o que pode fazer para se ajudar a si mesmo?	
Perceção do Doente	Perceção do Enfermeiro
“Estou a cumprir a medicação e a participar nas actividades. Pedi ao médico para ainda não me dar alta...ele falou-me do hospital de dia. Eu precisava de ser mais acompanhado.”	Circunscreve os seus recursos de ajuda aos profissionais de saúde Falta de confiança em si próprio

6. O que espera que os prestadores de cuidados, família, amigos e outras pessoas façam por sim?	
Perceção do Doente	Perceção do Enfermeiro
“A minha família podia dar-me mais apoio. Se o meu pai me deixasse voltar a trabalhar como antes. Eu gostava que os profissionais de saúde me ajudassem a ter mais confiança em mim e que falassem com o meu pai para ver se ele percebia a doença que eu tenho.”	Sente-se pouco apoiado pela família Solicita mais atenção e apoio

6. FACTORES INTRA-PESSOAIS, INTER-PESSOAIS E EXTRA-PESSOAIS

Factores de Stress	Fisiológicos	Psicológicos	Socioculturais	Desenvolvimento	Espirituais
Intra-Pessoais	Perda de apetite Diminuição progressiva do peso corporal Sensação de sono não reparador Anedonia Hipersónia	Incapacidade de admitir o impacto da doença na própria vida Isolamento Coping ineficaz Baixa auto-estima Carência afectiva com sentimentos de solidão	Sentimentos de inferioridade e de insegurança relativamente a outros	Baixa de alimentos e líquidos Isolamento social Anedonia Interesse pelo auto-cuidado diminuído	
Inter-Pessoais		Isolamento social Diminuição da rede de amigos Relação conflituosa com o pai	Interação social comprometida Diminuição dos contactos sociais Atividades de recreação deficientes	Interesse pelo auto-cuidado diminuído Passividade na procura de alternativas de vida	
Extra-Pessoais	Nutrição desequilibrada	Competências ocupacionais diminuídas (passividade, cansaço fácil,...) Situação atual de conflito com o pai enfraquecendo os laços sociais e afetivos com os familiares	Competências profissionais comprometidas (sem trabalho, sem projetos de futuro) Dificuldade da família em lidar com a situação	Competências profissionais comprometidas (sem trabalho, sem projetos de futuro)	Ausência de um contexto estrutural concreto de apoio espiritual

7. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados obedece às etapas do processo de enfermagem (avaliação inicial, diagnóstico, resultados esperados, intervenções, avaliação final e reformulação) foi construído com base na terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e as intervenções de enfermagem com base na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Através desta metodologia, elaborou-se os diagnósticos de enfermagem com os respetivos focos, numa perspetiva relacional e de acordo com as manifestações observadas ou fornecidas pelos utentes. Do mesmo modo estabeleci as consequentes intervenções de enfermagem em parceria com os utentes, de acordo com as necessidades avaliadas e, com o auxílio da informação presente nos processos clínicos.

Baseando-se no referencial teórico de Betty Neuman, identificamos aqueles que consideramos serem os problemas ou diagnósticos de enfermagem mais relevantes para o caso em estudo. São eles:

- Ingestão de alimentos diminuída;
- *Coping* ineficaz;
- Auto-estima diminuída;
- Sono alterado;
- Tristeza, presente;
- Auto-cuidado diminuído;
- Interação social comprometida;
- Interação de papéis comprometida.

Em relação às intervenções de enfermagem propostas, algumas delas repetem-se pois são transversais a muitos dos diagnósticos levantados, mas para efeitos do presente exercício de sistematização e reflexão optamos pela enumeração das interações em separado. Esta metodologia foi seguida também para os resultados esperados e avaliação intermediária e final.

Diagnóstico de Enfermagem		Ingestão de alimentos diminuída
	Relacionado com:	Distúrbio do humor Fatores psicológicos que afetam as condições físicas
	Manifestado por:	Perda de apetite Perda de peso Hipersónia
Resultados Esperados:		Que o cliente apresente aumento progressivo do apetite e peso pela consequente ingestão de alimentos e líquidos
Intervenções:		Aconselhar sobre nutrição Avaliar dieta fornecida com a dietista Promover o aumento do peso corporal Avaliar o peso (1xsemana) Promover aumento da ingestão hídrica Planear dieta
Avaliação:		10/10/2016 Doente refere ligeiro aumento do apetite e cumpre 2/3 das refeições fornecidas. Ingere cerca de 1l de água por dia. 28/10/2016 Alimenta-se bem as refeições. Aumentou o aporte de líquidos para 1,5l/dia. Peso corporal aumentou e apresenta IMC = 22%. Terminado diagnóstico e intervenções. Mantem-se vigilância.

Diagnóstico de Enfermagem		Coping ineficaz
	Relacionado com:	Distúrbio do humor Fatores psicológicos que afetam as condições físicas
	Manifestado por:	Humor deprimido com baixa auto-estima, isolamento e interacção não funcional com pares e família Uso de mecanismos de defesa com a negação e fuga aos problemas e ausência de projectos futuros. Passividade. Dificuldade em ter comportamentos adaptativos relacionados com mudanças ambientais externas
Resultados Esperados:		Que o cliente exprima as suas emoções acerca dos problemas sentidos

	<p>Que o cliente elabore estratégias de resolução de problemas fora do contexto hospitalar</p> <p>Que o cliente consiga resolver os problemas de modo adequado e realizar AVDs de forma independente</p>
Intervenções:	<p>Apoiar a tomada de decisão</p> <p>Apoiar emocionalmente</p> <p>Aumentar a autoestima</p> <p>Promover coping eficaz</p> <p>Promover a melhoria dos papéis sociais</p> <p>Elaborar um plano de projectos futuros que passem por cenários de vivência extra-hospitalar</p> <p>Executar treino de assertividade</p> <p>Executar terapia de grupo</p> <p>Promover o envolvimento familiar</p> <p>Diminuir a ansiedade</p> <p>Escutar activamente</p> <p>Promover a melhoria do desempenho dos papeis familiares e/ou sociais</p> <p>Promover a auto-responsabilização</p>
Avaliação:	<p>10/10/2016 Demonstra capacidade para realizar as AVD de forma autónoma. Exprime sentimentos e emoções quer nas atividades de grupos quer individuais. Fraca capacidade de expressão de enfrentamento dos problemas com os profissionais de saúde. Ausência de elaboração de projetos futuros fora do contexto hospitalar.</p> <p>28/10/2016 Elabora projetos pouco realistas fora do contexto hospitalar. Pede para ir para o Hospital de Dia para adquirir maior capacidade de enfrentamento dos seus problemas, Mantem falta de confiança em si mesmo.</p> <p>Conseguiu-se falar com a família, pai reconhece a doença do filho mas continua sem reconhecer a importância de um acompanhamento profissional próximo.</p> <p>10/11/2016</p>

	<p>Refere ter esperança em melhorar após regresso ao trabalho. Programa-se alta para o Hospital de Dia.</p> <p>Problema ainda não resolvido.</p>
--	--

Diagnóstico de Enfermagem		Auto-estima diminuída
	Relacionado com:	<p>Distúrbio do humor</p> <p>Fatores psicológicos da aceitação da doença</p> <p>Distúrbio de ajustamento (adaptação) – crise situacional</p>
	Manifestado por:	<p>Isolamento, evita contacto social, passividade</p> <p>Postura negativista</p> <p>Não assumir responsabilidades</p> <p>Atitude crítica e de julgamento relativamente a si e aos outros</p>
Resultados Esperados:		<p>Que o cliente seja capaz de verbalizar aspetos positivos sobre si próprio</p> <p>Que o cliente seja capaz de comunicar de forma assertiva com os outros</p> <p>Que o cliente seja capaz de expressar algum otimismo e esperança no futuro</p>
Intervenções:		<p>Aconselhar</p> <p>Aumentar a sensação de segurança física e psicológica</p> <p>Aumentar a autoestima</p> <p>Disponibilizar presença</p> <p>Diminuir a ansiedade</p> <p>Facilitar visitar de pessoas significativas</p> <p>Promover coping eficaz</p> <p>Gerir o humor</p>
Avaliação:		<p>10/10/2016 Mantem verbalizações autocríticas em relação a si mesmo. Mais sociável com os pares e os profissionais.</p> <p>28/10/2016 Apresenta uma atitude menos crítica verbalizando alguns aspetos positivos em relação a si próprio. Mantem socialização com outros.</p> <p>10/11/2016 Comportamento pouco assertivo, tendo dificuldade em confrontar outros. Períodos de</p>

	ansiedade crescente quando não está acompanhado. Problema ainda não resolvido.
--	---

Diagnóstico de Enfermagem		Sono alterado
	Relacionado com:	Distúrbio do humor Distúrbio do ajustamento (adaptação) – crise situacional
	Manifestado por:	Sensação de cansaço ao acordar Falta de energia Hipersónia Sensação de sono não reparador
Resultados Esperados:		Que o cliente não apresente alterações ao padrão habitual do sono
Intervenções:		Aumentar a sensação de segurança física e psicológica Diminuir a ansiedade Facilitar o sono
Avaliação:		10/10/2016 Desde que iniciou a medicação refere dormir melhor (+/- 9horas). Refere levantar-se varias vezes para urinar. Após despiste de infeção urinária. Foi aconselhado a reduzir líquidos após o jantar (19h). 28/10/2016 Tem dormido cerca de 9h sem interrupções. Terminado diagnóstico e intervenções. Mantem-se vigilância.

Diagnóstico de Enfermagem		Tristeza, presente
	Relacionado com:	Autoestima diminuída Distúrbio do humor Distúrbio de ajustamento (adaptação) – crise situacional
	Manifestado por:	Uso de mecanismos de defesa inapropriados (negação) Relutância em expressar sentimentos verdadeiros Passividade, auto-estima baixa, humor deprimido, isolamento, sentimentos de desvalorização Interação não funcional com pares e família
Resultados Esperados:		Que o cliente verbalize sentimentos verdadeiros

	Que o cliente demonstre evolução positiva em termos de humor
Intervenções:	<p>Apoiar a tomada de decisão</p> <p>Escutar activamente</p> <p>Apoiar emocionalmente</p> <p>Aumentar a autoestima</p> <p>Promover coping eficaz</p> <p>Assistir em situação de crise</p> <p>Diminuir a ansiedade</p> <p>Gerir o humor</p> <p>Promover envolvimento familiar</p> <p>Apoiar o cuidador</p> <p>Disponibilizar presença</p>
Avaliação:	<p>10/10/2016 Apresenta-se mais sociável com os pares. Mantem períodos de ansiedade em que aumenta a autocritica a si próprio.</p> <p>28/10/2016 Menos períodos de autocritica e ansiedade.</p> <p>10/11/2016 Humor eutimico e congruente com as emoções. Consegue expressar sentimentos verdadeiros.</p> <p>Problema ainda não resolvido.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Auto-cuidado diminuído	
	Relacionado com:	<p>Passividade e falta de iniciativa</p> <p>Distúrbio do humor</p>
	Manifestado por:	<p>Maus cuidados de higiene</p> <p>Por vezes necessita de ser lembrado para duche diário</p>
Resultados Esperados:	<p>Que o doente apresente autonomia para a higiene/banho sem necessitar de ser lembrado ou de supervisão</p> <p>Que o cliente seja capaz de manter um nível ótimo de higiene pessoal tomando banho e realizando outros cuidados de higiene de modo espontâneo e autónomo</p>	
Intervenções:	<p>Vigiar ação do doente</p> <p>Estabelecer metas mútuas</p> <p>Promover autorresponsabilização</p> <p>Reforçar positivamente as aprendizagens</p> <p>Promover a melhoria da imagem corporal</p> <p>Aumentar a sensação de segurança física e psicológica</p> <p>Aumentar a auto-estima</p>	

	Assistir no autocuidado
Avaliação:	10/10/2016 Necessário relembrar de cumprir com a sua higiene diária. 28/10/2016 Autónimo na realização da sua higiene corporal e oral. Terminado diagnóstico e intervenções. Mantem-se vigilância.

Diagnóstico de Enfermagem		Interação social comprometida
	Relacionado com:	Estigma social associado à doença mental Autoestima diminuída
	Manifestado por:	Isolamento social Pouco interesse nas atividades de grupo Falta de espontaneidade na procura da interação com outros Verbaliza insatisfação com a rede social familiar Falta de prazer em atividade que outrora tinha prazer
Resultados Esperados:		Que o cliente apresente interações sociais mais intensas e que verbalize maior satisfação face à rede social Que o cliente procure espontaneamente a participação em atividade de recreação socio terapêutica de grupo e que verbalize maior satisfação nas atividades realizadas no exterior do hospital
Intervenções:		Escutar ativamente Treino de aptidões sociais Promover a interação social Planear antecipadamente um programa de ocupação de tempos livres Promover relação de ajuda Planear antecipadamente programa de ocupação de tempos livres Determinar metas mútuas Promover atividades no exterior do serviço Acompanhar numa primeira fase passeios no exterior do hospital Executar terapia de grupo Desenvolver atividades lúdico recreativas em grupo Promover o envolvimento familiar

Avaliação:	<p>10/10/2016 O doente interage com os profissionais e com alguns pares. Participa nas atividades no exterior do serviço. Refere não conseguir iniciar uma conversa com outras pessoas.</p> <p>28/10/2016 Participa com maior entusiasmo nas atividades lúdico-recreativas em grupo (dominó e damas) tendo iniciativa em convidar outras pessoas</p> <p>10/11/2017 Refere ainda sentir-se pouco à vontade com pessoas que não conhece. Aparentemente mais confiante nas saídas ao exterior. Problema ainda não resolvido.</p>
------------	---

Diagnóstico de Enfermagem		Interação de papéis comprometida
	Relacionado com:	<p>Conflitualidade no seio da família</p> <p>Distúrbio do humor</p> <p>Distúrbio de ajustamento (adaptação) – crise situacional</p>
	Manifestado por:	<p>Alteração na capacidade de reassumir o seu papel</p> <p>Interação não funcional com pares e família</p> <p>Assunção de um papel dependente</p> <p>Alterações nos padrões habituais devido a conflitualidade no seio da família</p>
Resultados Esperados:		<p>Que o cliente demonstre capacidade de assumir responsabilidades associadas ao seu papel</p> <p>Que o cliente verbalize uma perceção realista das expectativas associadas ao papel</p>
Intervenções:		<p>Aconselhar</p> <p>Determinar metas mútuas</p> <p>Aumentar a autoestima</p> <p>Promover envolvimento familiar</p> <p>Promover a melhoria do desempenho dos papeis sociais e/ou familiares</p> <p>Promover encaminhamento (psicólogo)</p> <p>Promover a autorresponsabilização</p> <p>Promover rede de suporte</p>

Avaliação:

10/10/2016 Refere não ter o apoio do pai para lidar com a doença. Relação de dependência com os pais.

28/10/2016 Após conversa com o pai do doente apercebe-se do conhecimento deste da doença mas percebe-se a falta de apoio e compreensão dada ao doente.

19/11/2016 Mantem-se a mesma situação. Problema não resolvido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao assumir a importância que a avaliação do desempenho do enfermeiro poderá permitir uma melhoria contínua dos cuidados prestados urge refletir sobre a prática.

Em primeiro lugar em saúde mental só é possível realizar um trabalho individual e holístico se tiver estabelecida uma relação terapêutica com base no respeito pelo outro, pela sua individualidade garantido espaço para se ser autêntico e genuíno. Procurei assumir a comunicação como algo primordial no desenvolvimento desta relação enfatizando-se a importância de manter a pessoa alvo dos cuidados informada, ajudando-a na gestão dos seus sentimentos e emoções com vista a, recuperar o seu equilíbrio promovendo desta forma a sua saúde mental e física.

A entrevista de ajuda sendo uma intervenção autónoma do enfermeiro deve ser usada como intervenção individual realizada por especialista com vista a conhecer o outro, objeto dos nossos cuidados, respeitando o seu todo integralmente. Procurou-se espaços onde fosse possível manter a privacidade. Em nenhum momento senti que houvesse tentativa de invasão de espaço de qualquer parte. Através da disponibilidade demonstrada, da reformulação, da escuta ativa e de várias outras estratégias conseguiu-se o principal objetivo junto do doente que era a confiança no meu trabalho, como parceria na melhoria do seu estado mental.

Ao longo das semanas verificou-se uma melhoria da sintomatologia depressiva e ansiosa. Melhoram-se aspectos como a interação social, a autoconfiança, a autonomia, o autoconceito e o humor. Em saúde mental torna-se claro através deste trabalho que os resultados demoram tempo a serem alcançados e são muito difíceis de serem concretizáveis. A abordagem multidisciplinar é fulcral pela complexidade de todas as questões. A relação de ajuda terminou pelas próprias características do estágio no entanto todas as questões que foram sendo trabalhadas foram transmitidas ao Enfermeiro Orientador para que permitisse a continuação do trabalho desenvolvido.

Apêndice 3- Plano de Intervenção e Avaliação do Grupo 1 do Serviço de
Internamento de Psiquiatria

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do Estágio com Relatório do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria elaborou-se o presente plano de intervenção para dar resposta ao projeto de Promoção do Autoconceito e Autonomia na Pessoa em Sofrimento Psicológico.

Na realização das sessões pretende-se, não apenas a aquisição, como também o treino e a capacitação da pessoa para desenvolver a autoperceção, novas aprendizagens interativas. Nas sessões de intervenção pretende-se utilizar métodos interativos. A Técnica de intervenção será de âmbito socioterapêutico com recurso a mediadores expressivos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As intervenções apresentadas serão realizadas em grupo com o recurso a mediadores expressivos.

O grupo possibilita o desenvolvimento de competências sociais, sendo um aspecto vantajoso na medida em que poderá possibilitar relacionamentos interpessoais exteriores à experiência grupal, aspecto fundamental para contrariar o isolamento, a vergonha e o constrangimento social (Zimerman & Osório, 1997). Nesta interação há partilha de afectos, emoções e opiniões, quer pessoais, quer grupais possibilitando uma actividade criativa relacional.

Townsend (2010) acrescenta que o grupo assume algumas funções, podendo ter funções diferentes para diferentes membros do grupo. Assim, podem assumir a função de: socialização, de apoio, realização de tarefas, camaradagem, informação, normativa, empowerment. Em contexto em que o enfermeiro é frequente: grupo de tarefa, de ensino, de apoio/terapêuticos.

Na linha de pensamento de Zimerman e Osório (1997) o grupo não é apenas o somatório dos elementos que o constituem. O grupo possui uma identidade exclusiva, com normas e mecanismos próprios, onde se verifica uma organização hierárquica de posições e papéis, bem como um objectivo comum.

Vinogradov e Yalom (1992) apresentam-nos uma lista de onze factores terapêuticos necessários no processo terapêutico em grupo, que operam numa interligação dinâmica entre eles e que funcionam como instrumentos promotores de mudança. Os onze factores descritos na literatura são: instilação de esperança, universalidade, informação, altruísmo, recapitulação correctiva do

grupo familiar primário, modelagem, desenvolvimento de competências sociais, coesão, aprendizagem interpessoal, factores existenciais e catarse.

Segundo Rogers (1999, pág. 32) “Uma parte do processo psicoterapêutico consiste em acordar a energia vital criativa. Assim, criatividade e terapia sobrepõem-se. O que é criativo é frequentemente terapêutico”. Os termos terapia expressiva ou Terapia pela Arte designam intervenções com utilização de movimento e dança, da música, entre outros mediadores como a escrita, o diário, poesia, imagens, meditação e drama improvisado.

Então a terapia pela arte utiliza várias artes num setting de apoio para facilitar o crescimento e a cura. É um processo de nos descobrirmos a nós próprios através de qualquer forma de arte que venha de uma profundidade emocional. Exprime-se sentimentos interiores criando formas exteriores. Falar sobre os nossos sentimentos é também uma forma importante de nos exprimimos e de nos descobrirmos significativamente. Quando usamos as artes para a auto-cura ou com objectivos terapêuticos não estamos preocupados com a beleza da arte visual. Usamos as artes para deixar ir, para exprimir e para libertar. Além disso, podemos conseguir insight através do estudo das mensagens simbólicas e metafóricas. A nossa arte responde-nos se nos dermos tempo necessário para interiorizar essas mensagens.

A criatividade e a expressividade artística são consideradas uma propriedade da natureza humana, sendo que o valor da expressividade é reconhecido nas diversas culturas, desde as épocas mais primitivas, onde o homem primitivo recorria aos meios disponíveis para expressar os seus sentimentos e ideias, até aos nossos dias (Ferraz, 2007)

As intervenções expressivas são uma forma de auxiliar em diversas situações, como a resolução de conflitos, melhoria da auto-imagem, reestruturação emocional, minimização de traumas, superação de obstáculos, desenvolvimento de competências pessoais e treino de habilidades sociais.

Leite e Malpique (1986) referenciam que a expressão é libertadora de energias contidas, diversas vezes desconhecidas pela própria pessoa, e desencadeadora de um processo, que de um modo geral, auxilia no crescimento harmonioso da pessoa, e por vezes na sua re-educação e re-construção.

Ao exprimir-se a pessoa entra em relação consigo mesma e com os outros. Segundo Bucho (2011, p. 20) “Tudo aquilo que sente, pensa e sabe pode ser

expresso através de múltiplas formas de linguagem, pelo olhar, pelo movimento, gesto, choro, riso, mimica, desenho, pintura, modelagem, escultura, pelo teatro, pela música, pela dança, pela escrita, pela poesia. A expressão é parte integrante da vida de uma pessoa, de um povo, de uma sociedade, de uma cultura. Todo o ser humano tem potencial para se expressar, quer seja através da expressão artística, quer através de jogo e brincadeiras, o essencial é descobrir como e ampliarmos essa capacidade”. Ferraz et al (2009) refere que as intervenções expressivas assentam numa abordagem multidisciplinar, multimodal e integrativa, recorrendo a diversos estilos expressivos, de entre os quais se evidenciam os artísticos, nomeadamente o movimento e a dança. As artes plásticas, a música e o som, o drama, a escrita, a poesia e as intervenções lúdicas. Estes actuam como meios de expressão, que podem ser utilizados para fins terapêuticos, promovendo o desenvolvimento pessoal e o bem-estar da pessoa.

O princípio básico que une as abordagens de terapia expressiva é a crença de que todas as pessoas têm um “curador interno”, ou seja, uma capacidade interna para a cura. Assim, os métodos de intervenção expressiva têm por objectivo estimular e auxiliar esse impulso natural, envolvendo a mente, o corpo e as emoções num contexto de respeito pela natureza de cada pessoa. Assim a terapia expressiva permite a revelação de pensamentos ou sentimentos quando a verbalização é difícil ou impossível, podendo ajudar na redução do stress e proporcionar relaxamento (Malchiodi, 1999).

A finalidade das intervenções expressivas é promover o bem-estar, munindo a pessoa do maior número de recursos possíveis, aumentando dessa forma o seu campo expressivo, permitindo-lhe maior plasticidade mental, auxiliando-a no despertar e a estimular as suas potencialidades, viabilizando a aquisição de novas competências e promovendo o desenvolvimento do potencial humano (Bucho, 2011). Têm ainda o objectivo de proporcionar um ambiente de liberdade expressiva, baseado num clima terapêutico de aceitação, de tolerância, de abertura a iniciativas e opções de cada pessoa (Ferraz, 2007).

Nas intervenções expressivas recorre-se ao uso de diversos mediadores, sendo importante que terapeuta tenha conhecimento sobre diferentes materiais, bem como acerca das suas formas de utilização, uma vez que, cada um deles apresenta características próprias, mobilizando da parte da pessoa participante,

diversas áreas de funcionamento, apelando a diversas emoções e sentimentos, que variam de pessoa para pessoa, de grupo para grupo.

Na literatura são referidos diversos benefícios do uso de intervenções expressivas, nomeadamente: melhoria da comunicação consigo mesmo e com o outro, pois possibilita a abertura a novas vias de comunicação e de relação; melhoria da comunicação intrapessoal e interpessoal; fomentam a autonomia/independência da pessoa, pois é um processo activo; podem ser utilizados em diversos contextos; promovem a resolução de problemas; promovem o escape das tensões acumuladas e recalcadas; difundem hábitos saudáveis; promovem a melhoria da qualidade de vida; facilitam a adesão da pessoa, dado que tem por base uma participação lúdica, do jogo e da livre expressão; auxiliam na mobilização de pessoas passivas e introvertidas; facilitam o diagnóstico e o levantamento de necessidades da pessoa; difundem a busca da harmonia e do equilíbrio da vida; desenvolvem a espontaneidade e a criatividade da pessoa; promovem a valorização pessoa e o aumento da confiança e auto-estima, estimulando a autonomia e a transformação interna; favorecem a catarse nas situações em que é doloroso exprimir por palavras (Ferraz, 2009).

2. PLANEAMENTO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Os meios a utilizar nas sessões inclui o espaço (sala de Terapia Ocupacional), cadeiras, mesa, papel, canetas e barro.

Data: Semana de 17 a 22 de Outubro

Local: Serviço de Psiquiatria do Hospital

Objetivos: Potenciar o auto e o heteroconhecimento dos elementos do grupo de forma a aumentar a coesão grupal, Promover o autoconceito e autoestima e Fomentar o bem-estar e autoconceito dos doentes internados.

Objetivos Específicos: Aumentar a autonomia, Prevenir o isolamento, Facilitar a expressão de emoções, Proporcionar a reflexão em torno da doença mental, Refletir sobre os objetivos de vida. Promover a mobilidade.

Destinatários: A população é composta por doentes internados no serviço.

Obstáculos previsíveis à implementação do projeto: Ao longo das sessões poderá haver falta de colaboração e participação das pessoas internadas, dificuldade em responder a ideias ou a algum movimento inesperado de um dos membros do grupo.

O programa inclui três sessões e será estabelecido da seguinte forma:

Todas as sessões vão começar com um aquecimento prévio (10 minutos), seguido da intervenção terapêutica usando a arte (30 minutos) e posterior momento de partilha de experiências em grupo (15 minutos). Após a partilha irá realizar-se um momento de avaliação da sessão.

Nº da sessão	Tema Central	Objetivos	Sequência da sessão
1	O Grupo	<p>Promover o conhecimento entre os elementos do grupo;</p> <p>Aumentar a coesão grupal;</p> <p>Promover a mobilidade</p>	<p>Auto apresentação (aquecimento)</p> <p>Visita à exposição do piso 2 e escolha de duas pinturas</p> <p>Partilha da experiência sob o mote – O que senti?</p>
2	O EU	<p>Aumentar o autoconhecimento e autonomia.</p>	<p>1. Auto-retrato (aquecimento)</p> <p>2. Descrever o que a pintura representa para si (através de palavras ou desenho/pintura)</p> <p>3. Partilha da experiência sob o mote – O que senti?</p>
3	O Eu e o Grupo	<p>Aumentar o autoconhecimento e interação social.</p>	<p>O encontro (aquecimento)</p> <p>Realização de uma peça em barro sobre as suas características;</p> <p>Partilha da experiência com uma palavra- Como sou visto?</p>

3. AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ÂMBITO SOCIOTERAPÊUTICO COM RECURSOS A MEDIADORES EXPRESSIVOS

Na avaliação das sessões realizadas recorre-se a alguns indicadores da NOC que se apresentam nos quadros seguintes.

Auto-estima

Indicadores	Nunca positivo 1	Raramente positivo 2	Às vezes positivo 3	Muitas vezes positivo 4	Consistentemente positivo 5
Verbalizações de autoaceitação					
Aceitação das próprias limitações					
Manutenção de uma postura erecta					
Manutenção do contacto olho-no-olho					
Descrição de si mesmo					
Consideração com os outros					
Comunicação franca					
Realização de papéis de significação pessoal					
Manutenção da arrumação/higiene					
Equilíbrio entre participação e escuta e participação nos grupos					
Nível de confiança					
Aceitação de cumprimento de outros					
Reação esperada por parte de outros					
Aceitação da crítica construtiva					
Desejo de confrontar os outros					
Descrição de sucesso no trabalho ou na escola					
Descrição de sucesso nos grupos sociais					
Descrição de orgulho em si mesmo					
Sentimentos de autovalorização					

Participação no Jogo

Indicadores	Nunca adequado 1	Levemente adequado 2	Moderadamente adequado 3	Substancialmente adequado 4	Completamente adequado 5
Participação no jogo					
Uso de habilidades sociais durante o jogo					
Expressão de emoções durante o jogo					
Uso do desempenho de papéis					
Demonstra respeito pelo outro					

Interação Social

Indicadores	Nenhum 1	Limitado 2	Moderado 3	Substancial 4	Estabilidade 5
Cooperação					
Positividade					
Autenticidade					
Sensibilidade					
Estabilidade					

4. AVALIAÇÃO DAS SESSÕES PELOS ELEMENTOS DO GRUPO

Como o objectivo de avaliar as sessões na qual participou, solicita-se que assinale com um (x) o que corresponde à sua apreciação e posteriormente responda à questão seguinte.

Fica garantida a livre expressão de opinião, anonimato e confidencialidade pelo que se pede que coloque a sua resposta no envelope respectivo que depois será recolhido.

<u>Avaliação do grupo:</u>	Inadequado	Adequado	Muito adequado
Tamanho do grupo			
Adesão do grupo			
<u>Avaliação do espaço:</u>			
Espaço da sala			
Temperatura			
<u>Avaliação do terapeuta:</u>			
Condução do grupo			
Interação com o grupo			
Dinamismo			
<u>Avaliação da atividade:</u>			
Duração			
Exercícios propostos			

As sessões trouxeram-lhe alguns benefícios? Se sim, quais?

No espaço seguinte sugere-se que dê uma opinião/sugestão/critica relativamente à sessão em que participou

Obrigada pela sua colaboração

5. AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

5.1. 1ª Sessão

A primeira sessão foi sem dúvida a que me causou mais ansiedade por começar com uma saída com os doentes para visitar uma exposição no Hospital. O grupo tinha sido escolhido previamente e tinha aceitado participar nas intervenções. A saída causou ansiedade porque poderiam haver diversos fatores externos que poderiam causar distrações e prejudicar a sessão. As regras tinham sido explicadas antes de sairmos do serviço e foi sem dúvida essencial. Alguns elementos do grupo (4) estavam muito ansiosos por irem fazer uma atividade diferente e por irem sair do serviço.

Começamos por uma apresentação de todos os elementos do grupo num espaço do jardim. Os doentes conheciam as faces uns dos outros mas nem todos sabiam os nomes respetivos. Alguns optaram pela teatralidade o que permitiu fazer um quebra-gelo e iniciar o processo de socialização. Durante a caminhada até à exposição alguns elementos trocaram palavras entre si dando abertura ao conhecimento entre eles. A exposição encontrava-se muito bem organizada, com espaço e luz que permitiam uma boa visualização. Apesar de os doentes já terem expressado anteriormente que gostavam de pintura só naquele momento é que me apercebi do quanto estava a ser prazerosa a atividade. Foi-lhes permitido visualizar todos os quadros e enquanto uns iam solicitando a minha presença outros já comentavam entre si a apreciação que iam fazendo. O grupo acabou por escolher dois quadros.

Quando foram questionados sobre a escolha o grupo foi unanime ao referir que ambos os quadros projectavam aspetos das suas vidas. Um dos doentes referiu-se ao primeiro quadro como uma viagem no mar como sinonimo do percurso da doença “estamos todo no mesmo barco” (sic), outro referiu que apesar da turbulência havia esperança de um mar mais calmo associando à sua recuperação. No segundo quadro, os doentes referiram que aquela era a cidade onde viviam, um doente referiu que ver casas desenhadas na sua cidade lhe lembrava a sua própria casa e que esta era um porto seguro que lhe dava tranquilidade. Este pensamento foi refutado por outro doente pois referiu que não se sentia confiante para ir para casa e que o hospital lhe dava mais estabilidade.

Depois da visita foi possível fazer uma caminhada e terminar a atividade ao exterior. Durante a atividade um dos doentes queria fumar e impacientemente queria ir atrás de alguém, que fumasse, de forma mais invasiva. Apesar de ter receio da reação do doente este comportamento foi corrigido porque não estar a ter a melhor abordagem e juntamente com ele foi encontrado um comportamento mais assertivo, o doente compreendeu e acabou por verbalizar que a segunda forma de abordagem seria melhor porque “não parecia tão maluquinho”. Pela primeira vez compreendi o estigma da doença mental. O facto do doente estar disponível também para a mudança de comportamento manifestou um nível de juízo crítico superior a avaliação inicial.

Todos os doentes gostaram da intervenção por vários fatores, o facto de saírem do serviço em grupo, caminhar ao ar livre, visitar uma exposição e aumentarem a coesão grupal. A atividade permitiu a alguns doentes que tinham dificuldade em iniciar conversa com outros doentes a conseguirem fazer-lo com mais confiança e segurança.



5.2. 2ª Sessão

A segunda actividade realizada foi desenvolvida com o mesmo grupo. Nesse dia observava-se uma maior aproximação dos elementos assim como maior receptividade à actividade em grupo. Esta actividade decorreu na sala de terapia ocupacional com os doentes sentados. Foi uma actividade de difícil realização para os doentes. A primeira parte era pedido que os doentes numa folha, através de desenho ou escrita, descrevessem algo sobre si, características pessoais, maneira de ser ou sentimento subjacente. Havia muito receio nos doentes em se exporem em grupo pelo que foram reforçadas as regras do trabalho em grupo e a confidencialidade. Surgiram muitas palavras que os doentes caracterizaram como sendo negativas: fumador, tímida, tristeza, falta de confiança, solidão e distraído. Ao ouvir estas palavras com conotação tao forte foi de imediato restruturada a sessão. Era impossível pedir aos doentes que descrevessem o que a pintura significava para si sem devolver algum significado aquela partilha. Foi então pedido aos doentes que descrevessem a pessoa que se encontrava ao seu lado através de palavras ou desenho. Pela mesma ordem surgiram as seguintes palavras: artista, tranquila, pensativa, boa pessoa, poeta e comunicativo. Não tinha sido pedido aos doentes para mudarem a conotação das palavras mas o facto de ninguém ter atribuído uma conotação negativa a ninguém tranquilizou-me porque não me sentia preparada para, em contexto de grupo, trabalhar estas questões. Posteriormente foi pedido ao grupo para retomar a actividade inicial e descrever o que tinham sentido ao desenharem características da pessoa ao seu lado e qual o impacto da opinião do outro sobre nos próprios. Nesta actividade os doentes não permitiram que tirasse fotografias dos trabalhos.

5.3. 3ª Sessão

A terceira intervenção foi desenvolvida na mesma sala que a anterior.

Nesta actividade foi pedido aos doentes que moldassem uma peça que reflectisse as suas características. Apercebi-me rapidamente que esta tarefa era mais simples que a anterior pois alguns dos doentes quando escreviam ou desenhavam apresentavam tremores o que lhes impossibilitava de realizarem a atividade da forma como gostava. A modelagem permite um contacto mais primário com um material através do que permite uma regressão a

momentos da infância. Os doentes decidiram moldar objectos/pessoas que tivessem importância no seu desenvolvimento enquanto pessoas. Vários elementos foram recordados momentos da infância que lhes marcaram porque a própria atividade lhes tinha reavivado a memória. Desta forma surgiu um cão, um banco de jardim, uma flor, um homem (querendo o doente representar-se a si mesmo), um cinzeiro e uma mulher. O cão tinha surgido como sinónimo a palavra lealdade, a doente referiu considera-se uma boa companheira. O banco de jardim representava para a doente o facto de ela própria se sentir como um apoio para todas as pessoas que conhecia mas também por referir que os seus melhores amigos eram os pombos da rua. A doente que moldou uma flor referiu que a flor era um símbolo de delicadeza e beleza sendo o seu grande desejo para si própria. O doente que se representou a si mesmo como um homem referiu que tinha exagerado no pormenor da boca por achar que está boquiaberto com a maldade do mundo, referiu ao longo da tarefa que o pai não lhe dava oportunidade de recuperar e não percebia a sua doença e quanto isto o transtornava. O cinzeiro surge como um vício, uma adicção, o doente admitiu que não fumava apenas cigarros e que as drogas o tinham prejudicado e levado ao estado que tinha precedido o seu internamento. Surge como um aspecto negativo de si próprio que pretende abandonar quando sair do internamento. A mulher representa a doente como uma pessoa trabalhadora do campo que gostaria de ser. Refere que a quanto mais simples uma pessoa é mais feliz será.

Ao terminarem a tarefa ao falar de como são vistos e como gostariam de ser vistos os doentes falaram sobretudo do estigma da própria doença, referem que os familiares e amigos mais próximos jamais vão olhar para eles da mesma maneira e que eles próprios não sentem a mesma confiança nas suas capacidades. Sendo a última actividade do grupo, estes referem que em grupo com pessoas com o mesmo problema é mais fácil falar porque se aperceberam de que todos passaram por situações semelhantes.



6. AVALIAÇÃO FINAL DO INDICADOR NOC AUTO-ESTIMA

No quadro seguinte apresento a avaliação das intervenções no que diz respeito à Auto-Estima. Referir que todos evoluíram positivamente ao longo das sessões devido à coesão grupal e ao respeito que se viveu em grupo.

Avaliação das Intervenções	Doente 1	Doente 2	Doente 3	Doente 4	Doente 5	Doente 6
Verbalizações de autoaceitação	2	1	2	1	1	1
Aceitação das próprias limitações	3	1	1	1	1	1
Manutenção de uma postura erecta	3	2	2	3	2	1
Manutenção do contacto olho-no-olho	2	3	2	3	2	1
Descrição de si mesmo	3	3	2	2	2	2
Consideração com os outros	4	3	3	3	3	2
Comunicação franca	4	1	2	2	1	1
Realização de papéis de significação pessoal	3	1	1	2	1	1
Manutenção da arrumação/higiene	4	4	2	3	3	2
Equilíbrio entre participação entre escuta e participação nos grupos	4	2	3	2	2	2
Nível de confiança	3	1	1	2	2	1
Aceitação de cumprimento de outros	4	1	2	2	2	2
Reação esperada por parte de outros	4	1	2	2	2	2
Aceitação da crítica construtiva	3	1	2	2	2	2
Desejo de confrontar os outros	4	1	1	1	1	1
Descrição de sucesso no trabalho ou na escola	3	1	1	1	1	1
Descrição de sucesso nos grupos sociais	3	1	1	1	1	1
Descrição de orgulho em si mesmo	2	1	1	1	1	1
Sentimentos de autovalorização	2	1	1	1	1	1

Apêndice 4- Plano de Intervenção e Avaliação do Grupo 2 do Serviço de
Internamento de Psiquiatria

PLANEAMENTO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: Semana de 13 a 18 de Novembro de 2016

Local: Serviço de Psiquiatria (Piso 4)

Objetivos: Potenciar o auto e o heteroconhecimento dos elementos do grupo de forma a aumentar a coesão grupal, Promover o autoconceito, Fomentar o bem-estar e a mobilidade.

Objetivos Específicos: Aumentar a autonomia, Prevenir o isolamento, Facilitar a expressão de emoções, Proporcionar a reflexão em torno da vida e doença mental.

Destinatários: A população é composta por doentes internados no serviço, que estejam orientados em todas as referências e com capacidade cognitiva para desempenhar a atividade proposta.

Obstáculos previsíveis à implementação do projeto: Ao longo das sessões poderá haver falta de colaboração e participação das pessoas internadas, dificuldade em responder a ideias ou a algum movimento inesperado de um dos membros do grupo.

O programa inclui cinco sessões de intervenção de âmbito socioterapêutico com recurso a mediadores expressivos e será estabelecido da seguinte forma:

Todas as sessões vão começar com um aquecimento prévio, seguido da intervenção terapêutica usando técnicas expressivas e posterior momento de partilha de experiências em grupo. Após a partilha irá realizar-se um momento de avaliação da sessão.

1ª Sessão

	Descrição	Material	Tempo
Aquecimento	Os doentes dispõem-se em círculo e seguindo a ordem, cada um vai dizendo o nome e uma característica pessoal		5 minutos
Desenvolvimento	Cada elemento vai realizar o seu Cartão de Cidadão com o nome e data de nascimento mas também hobbies e qualidades. Pode desenhar o seu retrato.	Cartões Canetas Lápis de Cor	25 minutos
Finalização	Cada doente apresenta o seu Cartão de Cidadão e refere numa palavra como se sentiu durante a actividade.		10 minutos

2ª Sessão

	Descrição	Material	Tempo
Aquecimento	Numa primeira fase é pedido ao grupo para se reunir em círculo e apresentarem o colega do lado.		5 minutos
Desenvolvimento	Os doentes são convidados a espalharem-se pela sala. São incentivados a deambular pela sala cumprindo ordens que vão sendo dadas (andar devagar, mão no ombro). Quando a música parar todos param imediatamente onde estão e assumem uma determinada posição, como se fossem estatuas. Quando todos tiverem adotado a posição de estátua é colocada novamente a música dando sinal para recomeçar. A atividade acaba quando todos tiverem assumido pelo menos quatro vezes a posição de estatuas.	Música	20 minutos
Finalização	Partilha de sentimentos vividos na atividade		10 minutos

3ª Sessão

	Descrição	Material	Tempo
Aquecimento	A sessão inicia-se um quebra-gelo utilizando balões coloridos. Cada um enche o seu balão e ao som da música vai atirando-o ao ar e trocando de balão com outros membros.	Balões Música	5 minutos
Desenvolvimento	Realização do jogo “Eu gosto de mim, porque...” É entregue a cada elemento do grupo um cartão com essa frase pedindo-lhes para completá-la por escrito. Posteriormente trocam-se os cartões e cada elemento lê em voz alta o cartão que lhe calhou. Perante o motivo evocado no cartão, cada elemento deve reflectir se se revê, ou não, nele. Discute-se a atividade em grande grupo	Cartões	30 minutos
Finalização	Partilha de sentimentos vividos na atividade		10 minutos

4ª Sessão

	Descrição	Material	Tempo
Aquecimento	Realização da técnica “Novelo de Lã” na qual os elementos do grupo estão dispostos em círculo. Um dos elementos começa por referir o nome e idade e, após atar a ponta de lã no dedo lança o novelo para outro elemento do grupo. Depois de estarem todos interligados, repete-se o processo pela ordem inversa: o último a receber o novelo devolve-o ao anterior, indicando agora apenas uma qualidade pessoal que o caracteriza.	Novelo de Lã	15 minutos
Desenvolvimento	Os doentes são convidados a andar pela sala. Ao ser dito um nome dos elementos do grupo, os restantes deverão imitar o seu modo de caminhar. Termina depois de ter sido dito todos os nomes dos elementos do grupo. Realização do jogo “Expressão Facial e Corporal” em que é pedido aos elementos para se darem conta da forma como andam. Posteriormente é dito um sentimento e cada elemento terá de imitar a expressão respetiva.	Música	25 minutos
Finalização	Partilha de sentimentos vividos durante a atividade		15 minutos

5ª Sessão

	Descrição	Material	Tempo
Aquecimento	No início da sessão foi pedido aos doentes para pensarem na sua vida como uma escala de 0 a 10, com aspetos positivos e negativos. Cada um deve situar-se na escala no momento presente.		15 minutos
Desenvolvimento	É pedido ao grupo que construa uma flor. Em cada pétala da flor é proposto que escrevam os aspetos positivos que conquistaram na vida. Caso todos os elementos concordem, a flor irá passar por todos os elementos para que possam acrescentar uma característica do dono da flor. Cada elemento deverá apresentar a sua flor e exprimir como se vê e como os outros o veem	Papel Canetas Lápis de cor Cola	45 minutos
Finalização	Partilha de sentimentos vividos durante a actividade.		10 minutos

AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

1ª Sessão

A primeira atividade foi realizada na sala de terapia ocupacional com os doentes. Havia muitos receios de trazer para o grupo duas pessoas que não falassem português e com quem era necessário traduzir a sessão para inglês. Isto foi facilitado pela terapeuta ocupacional que se disponibilizou para o fazer. Ao contrário do que tinha pensado, os restantes elementos voluntariaram-se para traduzir para inglês o que iria sendo dito de forma, isto permitiu um melhor acolhimento a estes elementos. Para primeira atividade tinha pensado em fazer algo que não fosse muito complexo e que não preocupasse os doentes em se expor demasiado. Os doentes aderiram rapidamente a atividade. Apesar de terem dificuldade em dirigir o olhar uns para os outros conseguiram apresentar-se e dizer uma característica pessoal. A atividade foi realizada de porta fechada, confesso que tive algum receio que algum dos elementos sentisse isso de forma ameaçadora, havia elementos com atividade mental produtiva com delírios e tive receio que isso fosse interromper a sessão.

Ao contrário da atividade anterior, as características que escolheram foram neutras ou até positivas. Posteriormente, foi-lhes pedido para elaborarem o seu cartão de cidadão. Os doentes entusiasmaram-se nesta atividade e rapidamente a elaboraram. Todos apresentaram o seu cartão de cidadão e referiram que a atividade tinha feito com que os elementos se conhecessem melhor. Todos os doentes quiseram ficar com o seu cartão de cidadão como forma de se poderem identificar no serviço. Esta atividade abriu alas para relatarem a dificuldade que é ficarem sem os seus pertences. O que sentiram quando puderam vestir as próprias roupas. A R verbalizou que andar com roupas do hospital faziam-na sentir como não sendo ela própria, não podendo ser a pessoa que é lá fora. O R referiu que lhe fazia falta o *iPod*, para ele música representava tudo o que gostava e que neste momento só podia ver TV em horário limitado. O M referiu que se sentia impotente, pois não havia nada para fazer no serviço, pediu para participar nas atividades que eram da responsabilidade dos auxiliares. Foi registado este pedido e mais tarde foi respondido, todos os doentes que quisessem participar na limpeza da sua área

de refeição e de dormir podiam colaborar nestas atividades com a supervisão da auxiliar.

Com esta atividade apercebi-me da importância que tem para os doentes terem as suas coisas na sua posse, dando-lhe um sentido de pertença – a importância que pequenas ações podem ter no processo de reabilitação. E começou-se a trabalhar a autonomia para além do autocuidado com os doentes.

2ª Sessão

A segunda atividade foi desenvolvida na sala de refeições após o pequeno-almoço. Sendo uma atividade de movimento seria uma atividade diferente das anteriores o que me causou algum nervosismo por ter receio que a atividade se expandisse para campos que não conseguia controlar. Por atrasos de alguns doentes os que estavam na sala acabaram por se sentar, e quando quis começar a sessão estes encontravam-se mais sonolentos e com pouca motivação para iniciar. Felizmente a TO pela sua experiencia conseguiu que estes aderissem a atividade. A música tinha sido escolhida por mim e pela TO, tinham sido escolhidas musicas que fossem de fácil reconhecimento promovendo uma melhor adesão à atividade. Apercebi-me com esta sessão de que todos os pequenos detalhes são importantes desde à escolha prévia da música, a disposição da sala até à pontualidade de todos os elementos.

O grande objetivo desta intervenção era que os doentes tivessem a perceção da dificuldade em parar uma atividade que gostassem, como lidar com a frustração e adversidades. Dois doentes acabaram por referir dificuldade em parar adotando a posição de estatuas. Foi-lhe explicado o objetivo da atividade e um deles acabou por referir que era difícil lidar com a imposição de outros e em cumprir regras quando não faziam sentido. Através desta janela de abertura foi lançado o debate sobre a importância de cumprir regras quando se vive em sociedade. Um doente referiu que a sociedade castrava demais as pessoas que queriam ser diferentes e que categorizava as pessoas de socialmente aceites ou não. Um doente referiu que era importante haverem regras na sociedade caso contrário, todos fariam o que queriam e as vontades iriam sobrepor-se uns aos outros.

3ª Sessão

A terceira atividade iniciou-se com um quebra-gelo utilizando balões coloridos. Foi pedido aos doentes que encham-se o seu balão e que pensam-se nele como uma projeção dos próprios. Posteriormente ligou-se a música e os doentes foram incentivados a dançar com o seu balão, atirando-o ao ar e trocando com o balão de outros doentes. Ao som da música foram-se ouvindo risadas e todos os doentes estavam em movimento. Quando a música parou os doentes pediram para voltarem a ouvir musica e foi-lhes explicado que passaríamos a uma nova fase da sessão. Foi então pedido a cada um que completasse a frase “Eu gosto de mim, porque...” escrevendo por escrito no balão. Foi novamente ligada a música e desta vez pediu-se aos doentes para trocarem de balões entre si. Quando música parou todos os doentes tinham um balão perto de si e assumiram como seu. Foi pedido aos doentes que leem-se o que estava escrito no balão. Foram surgindo palavras como “tenho uma boa família”, “desenho bem”, “pertencço a natureza”, “sou músico”, “nem sei” e “sou calma”. No final de todos lerem, um dos doentes reagiu e disse que todos tínhamos coisas boas porque eram todos “boas pessoas, tínhamos de nos valorizar mais a nos e aos outros em vez de andarmos sempre a correr”. Não podia ter terminado melhor a sessão, era este o ponto que queria que os doentes chegassem. Uma doente referiu que durante muito tempo tinha tido uma má imagem de si própria mas sabia que era preciso mudar. Todos os doentes ficaram agradados pelo facto de a sessão ser em movimento, porque o facto de estarem internados faz com que os movimentos estejam mais lentificados. No final da sessão dois doentes pediram para rebentar o balão mas por saber que este acto levaria a que outros ficassem incomodados não permiti. Refletindo a sessão apercebo-me que teria sido benéfico para aqueles doentes rebentar o balão como forma de catarse. Poderia ter levado os doentes para uma sala à parte para que o fizessem. Posteriormente discuti este assunto com o Enfermeiro Orientador e Terapeuta Ocupacional que me lembraram que todos os pormenores das sessões são importantes para o crescimento do profissional.

4ª Sessão

Esta atividade iniciou-se com um quebra-gelo em que se utilizou um novelo de lã. O grande objetivo era fazer com que todos os doentes ficassem interligados de forma a lhes dar um sentido de pertença. Foi então questionado aspetos pessoais dos próprios (cor preferida, clube de futebol, comida predileta) e o elemento que tivesse esse aspeto em comum com o anterior deveria ser interligado. No final repetiu-se o processo inverso mas o último passando o novelo dizendo uma qualidade à pessoa a que o passa. Surgiram qualidades como bondosa, carinhoso, divertido, tranquilo, energética, artista e calmo. Esta parte da sessão decorreu de forma rápida pois os doentes estavam despertos para a sessão e bastante concentrados. Foi a primeira atividade que não senti a lentificação provocada pela medicação e isso teve repercussões a nível do desempenho dos doentes. Foi aproveitado essa energia e continuou-se com uma atividade de movimento, que inicialmente não se encontrava prevista, colocou-se música e os doentes foram convidados a andar pela sala. Ao ser dito um nome dos elementos, os restantes tinham de imitar o seu modo de caminhar. Quando o nome de todos foi dito, passou-se a exploração de sentimentos. Foi pedido aos doentes que ao se dar um nome a uma expressão comesçassem a caminhar de acordo com aquele sentimento. Apareceram sentimentos como alegria, amor, orgulho, medo, tristeza e surpresa. Nesta etapa pareceu-me que os doentes tiveram mais dificuldade em distinguir o sentimento. No final foi realizada uma reflexão da actividade. Os doentes referiram ser muito bom ter actividades com música e movimento pois lhes permitia descarregar algumas tensões e descontraír os músculos por sua vez sentem que estão cada vez mais à vontade no grupo e como referiu um dos elementos “aqui sinto que posso ser eu sem fingimentos”. Nesta fase do estágio este sentido de grupo começava a ultrapassar as próprias sessões e os elementos começavam a organizar-se em grupo para realizar outras tarefas como as refeições e espaços de conversa.

No final da sessão juntamente com o enfermeiro orientador e a terapeuta ocupacional foi realizado um balanço da atividade. Apercebemo-nos que a parte que tinha sido mais complicada foi o emergir de sentimentos quando eram impostos. Os doentes tiveram bastante dificuldade em conseguir trazer um sentimento que não estavam a sentir no momento. Como reflexão posso acrescentar que numa próxima sessão semelhante terei de ao dar um nome de um sentimento questionar a pessoa uma vez o experienciou e para dar

expressão aquela experiência. Isto irá permitir o reavivar destes sentimentos e considerar episódios de vida do doente.

5ª Sessão

Na quinta sessão os doentes sentiam-se inseridos em grupo e encontravam-se mais estabilizados e com mais crítica em relação ao seu estado de saúde. Muitos deles apresentavam um sentimento ansiedade misto com o facto de querer ter alta mas simultaneamente com falta de confiança em si mesmos. Esta sessão foi planeada com o objetivo de proporcionar uma reflexão sobre si próprios aumentando o grau de confiança.

O início da sessão foi algo constrangedor para mim pois foram vários os doentes que deram o nível de 3 e 4 na escala, o que no sentido da sessão significam mais aspetos negativos nas suas vidas que os positivos. Todos eles tinham histórias de vida com momentos muito complicados que não conseguiram ultrapassar e resolver. Por esse motivo a parte seguinte foi recordar os aspetos positivos que tinham conseguido conquistar na sua vida, esta tarefa seria realizada através da construção de uma flor. A realização de trabalhos manuais era algo de agradável nas sessões, os elementos sentiam prazer em fazer algo de diferente e a criação proporcionava um desafio que teria de ultrapassar. Todos conseguiram fazer a flor estando uns mais orgulhosos do seu trabalho final. Dos aspetos positivos surgiram o ter terminado o curso, ter tirado a carta, ter vendido um quadro, aprender a cozinhar. Quando chegou a vez de outra pessoa escrever sobre cada elemento surgiram palavras como perseverança, amizade, determinação e alegria. No momento da reflexão houve um doente que referiu ter dito que às vezes era mais fácil falar sobre os outros do que sobre ele próprio, recebendo a concordância do grupo. Referem sentir-se protegidos no grupo e disso lhes ter dado liberdade para falarem sem sentir julgamentos ou constrangimentos.

Apesar de ter sido a última sessão planeada, surgiram outras posteriores por motivação do próprio grupo. Da primeira sessão para a última, senti uma grande diferença no próprio grupo, inicialmente senti que tentava manipular várias vezes as sessões. No final, senti que o próprio grupo pedia para as sessões se realizarem, preparando a sala e pedindo para outros doentes participarem nas sessões por terem vontade de os ajudar. A minha prestação foi

melhorando ao longo do tempo, passando de uma fase mais ansiosa para uma prestação mais assertiva e calma.

AVALIAÇÃO DO INDICADOR NOC AUTO-CUIDADO E AUTO-ESTIMA

1ª Sessão

Auto-cuidado

	Doente 1	Doente 2	Doente 3	Doente 4	Doente 5	Doente 6	Doente 7
Alimentação	3	3	3	3	3	3	3
Vestir-se	4	3	3	3	3	2	3
Higiene íntima	3	2	2	3	3	2	3
Banho	3	2	2	3	3	2	3
Arrumar-se	1	1	2	3	3	2	3
Higiene	2	2	2	3	3	2	3
Higiene oral	1	1	3	3	3	2	3
Ambulação: Andar	5	5	5	5	5	5	5

5ª Sessão

Auto-cuidado

	Doente 1	Doente 2	Doente 3	Doente 4	Doente 5	Doente 6	Doente 7
Alimentação	5	5	5	5	5	5	5
Vestir-se	5	5	5	5	5	5	5
Higiene íntima	5	5	5	5	5	5	5
Banho	5	5	5	5	5	5	5
Arrumar-se	5	5	5	5	5	5	5
Higiene	5	5	5	5	5	5	5
Higiene oral	5	5	5	5	5	5	5
Ambulação: Andar	5	5	5	5	5	5	5

Auto-estima

	Doente 1	Doente 2	Doente 3	Doente 4	Doente 5	Doente 6	Doente 7
Verbalizações de autoaceitação	2	1	3	2	1	1	1
Aceitação das próprias limitações	2	1	1	1	1	1	1
Manutenção de uma postura erecta	2	1	2	2	1	2	2
Manutenção do contacto olho-no-olho	2	1	2	2	1	2	2
Descrição de si mesmo	3	2	2	2	1	1	2
Consideração com os outros	1	2	1	2	3	1	2
Comunicação franca	2	2	1	2	2	2	3
Realização de papéis de significação pessoal	1	1	1	1	1	1	1
Manutenção da arrumação/higiene	2	1	2	3	3	2	3
Equilíbrio entre participação entre escuta e participação nos grupos	1	1	1	1	1	1	2
Nível de confiança	2	2	2	2	2	2	1
Aceitação de cumprimento de outros	1	1	1	2	2	2	1
Reação esperada por parte de outros	1	1	1	2	2	2	1
Aceitação da crítica construtiva	1	1	1	2	2	1	1
Desejo de confrontar os outros	2	1	1	1	1	3	2
Descrição de sucesso no trabalho ou na escola	2	1	2	2	1	1	1
Descrição de sucesso nos grupos sociais	2	1	2	2	1	1	1
Descrição de orgulho em si mesmo	2	1	2	2	1	1	1
Sentimentos de auto-valorização	2	1	2	2	1	1	1

1ª Sessão

5ª Sessão

Auto-estima

	Doente 1	Doente 2	Doente 3	Doente 4	Doente 5	Doente 6	Doente 7
Verbalizações de autoaceitação	3	2	3	3	2	1	2
Aceitação das próprias limitações	2	1	1	2	2	2	2
Manutenção de uma postura erecta	3	3	3	3	3	3	4
Manutenção do contacto olho-no-olho	3	3	3	3	3	3	4
Descrição de si mesmo	3	2	3	3	2	2	2
Consideração com os outros	2	3	1	3	4	2	3
Comunicação franca	3	3	2	2	2	2	3
Realização de papéis de significação pessoal	1	1	1	1	3	2	3
Manutenção da arrumação/higiene	3	3	3	4	4	4	4
Equilíbrio entre participação entre escuta e participação nos grupos	2	3	2	2	2	2	2
Nível de confiança	2	2	3	2	2	2	2
Aceitação de cumprimento de outros	2	2	2	3	3	3	3
Reação esperada por parte de outros	2	2	2	3	3	3	3
Aceitação da crítica construtiva	2	3	1	3	3	3	3
Desejo de confrontar os outros	2	1	3	2	2	3	3
Descrição de sucesso no trabalho ou na escola	2	2	2	2	1	1	1
Descrição de sucesso nos grupos sociais	2	2	2	2	1	1	1
Descrição de orgulho em si mesmo	2	2	2	2	1	1	1
Sentimentos de autovalorização	3	2	2	3	2	2	2

Apêndice 5 - Intervenção psicoterapêutica com a utilização de mediadores expressivos

Intervenção Psicoterapêutica utilizando mediadores expressivos

Nesta reflexão vou abordar uma situação ocorrida em estágio onde foi fulcral o desenvolvimento de uma intervenção psicoterapêutica utilizando a arte, no caso preciso o desenho.

Trata-se de um doente com transtorno dismórfico corporal que foi internado após comportamentos agressivos perante terceiros causada por aparente alteração da percepção corporal.

Através da entrevista clínica pude realizar a apreciação em enfermagem. Trata-se de um indivíduo do sexo masculino pertence à raça negra com 38 anos. Encontra-se em processo de divórcio há cerca de um mês, tendo ido viver com a mãe e irmão. Tem três filhos. Frequentou a escola até ao 9ºano, fazendo biscates como pedreiro em construção civil. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes.

Apesar de ter a nacionalidade portuguesa, nasceu e cresceu em São Tomé e Príncipe até aos sete anos. Refere ter-se adaptado bem a Portugal embora considere a saída do País traumática pois foi forçada pela mãe num curto espaço de tempo.

Sendo este o primeiro internamento em psiquiatria refere estes episódios já terem acontecido anteriormente em momentos de stress e cansaço. Consegue lidar com eles isolando-se em casa ao escuro, resolvendo-os de forma espontânea.

Do exame do estado mental salienta-se a diminuição do contacto social, refere alguma tristeza com a separação da família. Humor eutímico e emoção apropriada. Memória e concentração conservadas. Juízo crítico e insight alterado sem compreensão da sua doença e das consequências da sua vida, mantém a percepção de que mudou de expressões faciais ao sol fazendo lembrar um “monstro” (sic). A entrevista foi interrompida com a chegada de familiares e a saída do serviço do doente para ver os filhos.

Questionei-me sobre esta patologia e quais os problemas que requeriam a intervenção do enfermeiro especialista.

O Transtorno Dismórfico Corporal é um diagnóstico psiquiátrico que caracteriza o indivíduo com preocupação excessiva quanto a um defeito imaginário ou mínimo em sua aparência com repercussões no seu dia-a-dia.

Permanecem pensamentos obsessivos e compulsivos em resposta a esses pensamentos.

Na entrevista seguinte houve a preocupação de tentar perceber se existiam alguns rituais, visto ser um dos critérios presentes para o diagnóstico desta patologia no DSM-5, e qual a percepção do indivíduo quanto à sua aparência física. O doente revelou gostar da sua aparência física exceto o momento das alterações faciais. Foi então pedido ao doente que sentisse a sua cara com as mãos e que repetisse o exercício ao espelho. Verbalizando quais as emoções que sentia quando havia alteração a nível das expressões faciais. O doente revelou que se sentia normal, estando calmo pois não havia nada que o estivesse a perturbar no momento. Questionou-se se eu queria ver o ritual a que precedia sempre que sentia que ia haver alterações. Neste momento retirou a navalha, da sua mesa-de-cabeceira, e começou a desliza-la pela face para que as expressões não aparecessem. Estando sozinha com o doente senti-me assustada por existir uma navalha à solta no serviço, podendo ser utilizada não só por aquele doente mas por alguém que a achasse. Pedi ao doente para me entregar a navalha justificando a segurança dos profissionais e doentes internados. O doente entregou-a sem levantar quaisquer obstáculos. Pedi para caso sentisse necessidade de realizar o seu ritual o fizesse com as mãos. Dei por terminada a entrevista por sentir que aquele objeto não me permitia desenvolver o meu trabalho.

Iniciei a terceira entrevista de ajuda ao questionar o doente sobre a necessidade de realização do seu ritual. Este negou dizendo que não tinha necessidade de realizar por se encontrar sem estímulos externos como o stress do dia-a-dia. Propôs a realização de uma intervenção psicoterapêutica utilizando o desenho, neste caso o auto-retrato e outro retrato com as alterações que sentia ocorrer no momento da crise. Foi pedido ao doente que reflectisse sobre os dois desenhos realizados, as emoções e sentimentos que ocorriam. O doente acabou por referir que num era ele, o normal, e no outro era um bicho que não conseguia olhar para ninguém e se sentia a queimar pelo sol. Referiu que deste que se encontrava internado nunca mais tinha tido aquelas alterações e que a medicação deveria estar a fazer efeito. Reportando que para a sua recuperação era necessário permanecer calmo e tranquilo. Quando questionado sobre a medicação referiu que iria fazer sempre pois quando sofria as alterações tinha

um sentimento de que era o homem pior do mundo e que já tinha assustado a família, tendo como objetivo reunir novamente a família.

Segundo Saraiva (2008), na utilização terapêutica da arte é ignorada a técnica e a estética, é dada relevância à expressão como elemento libertador, permitindo à pessoa consciencializar limitações e conflitos, promover o auto-conhecimento e a autoestima de forma a permitir uma melhor aceitação de si. A utilização terapêutica da arte teve por objetivos: o aumento da auto-confiança e a expressão de sentimentos; as emoções e os conflitos; a reflexão e a melhoria da comunicação.

Esta atividade ao permitiu a reflexão, a tomada de consciência e a retrospectiva da crise, o que facilitou a percepção de acontecimentos como a tranquilidade e a reunião da família sejam redutores da sintomatologia.

Nos dias posteriores, o doente referiu que já não se encontrava tão assustado e tinha diminuído a quantidade de vezes que fazia o seu ritual. Manifestou vontade de ter alta, o que foi permitida, sendo acompanhado nas consultas externas.

FACE DURMENÇIA DA FACE



Apêndice 6 -Respostas dos doentes às quatro questões: O Papel da Doença Mental na sua Vida; Repercussões da Doença Mental; Autopercepção e Heteropercepção da Pessoa com Doença Mental

O Papel da Doença Mental na sua Vida	Consequências da Doença Mental na Vida de cada Doente	Autopercepção	Heteropercepção
<i>"É algo incapacitante, que me limita e não me permite seguir com a minha vida em frente"</i>	<i>"Perdi o emprego, não consigo ter uma vida normal..."</i>	<i>"Como um inútil"</i>	<i>"Companheiro"</i>
<i>"Obriga-me a estar aqui...em vez de estar a trabalhar"</i>	<i>"Não consigo voltar a trabalhar...nem sei se me aceitam de volta. Perdi a minha namorada e muitos amigos porque as pessoas não me percebem"</i>	<i>"Incapacidade"</i>	<i>"Corajosa"</i>
<i>"Se não me tivessem posto o rótulo de Doente Mental, eu não estaria aqui... estaria em casa com o meu filho e o meu marido"</i>	<i>"O médico colocou-me um diagnóstico e depois fui pressionada ou faço tratamento ou fico sem o meu filho...O que é que acha?...Eu sei que às vezes perco a cabeça mas dizerem que tenho esta doença estraga-me a vida toda!"</i>	<i>"Eu sou uma pessoa divertida, simpática e acho que os outros me veem assim"</i>	<i>"Extrovertida"</i>
<i>"É para a vida..."</i>	<i>"Não consigo sair a rua, perco as oportunidades de trabalho, a minha família olha para mim de forma diferente..."</i>	<i>"Pensativo"</i>	<i>"Calmos"</i>
<i>"Eu não estou doente...você é que acham que eu tenho um problema e obrigam-me a estar aqui...se calhar somos todos doentes"</i>	<i>"Eu não me sinto doente...você é que acham que sim...e depois sou obrigada a vir para aqui...estar aqui o dia todo não me permite fazer outras coisas"</i>	<i>"Introvertida"</i>	<i>"Original"</i>
<i>"É difícil ter esta doença... tem altos e baixos...e eu não consigo controlar a forma como me sinto. Até posso querer fazer diferente mas não consigo..."</i>	<i>"Fico mais parado...as mãos tremem...não consigo trabalhar como antes..."</i>	<i>"Calma"</i>	<i>"Amiga"</i>
<i>"Eu até me sinto melhor, mas ser doente não permite ter uma vida normal. Como é que eu vou dizer ao meu patrão que não posso trabalhar a noite e muitas horas seguidas? É suficiente para perder o emprego e arranjar outro?...Não consigo ter uma vida normal...as pessoas vão sempre olhar para nós como diferentes"</i>	<i>"Perder o controlo sobre nós próprios...o resto vem de arrasto...a família e os amigos afastam-se, não consigo trabalhar como antes. Por muito que tentemos esconder que estamos doentes...as pessoas percebem e tudo muda"</i>	<i>"Trabalhador responsável"</i> e	<i>"Falador"</i>
<i>"Desde que fui internado e os meus amigos souberam nunca mais me telefonaram...tenho medo que por estar doente perca as pessoas que gosto"</i>	<i>"Perdi os meus amigos...e a medicação deixa-me lento e a tremer...quero voltar a trabalhar mas não sei se me vão aceitar assim"</i>	<i>"Sozinho"</i>	<i>"Porreiro"</i>
<i>"É incapacitante, eu quero reagir mas não consigo...e vou-me fechando em casa. Vejo as minhas irmãs a terem uma vida normal enquanto eu perdi o emprego e não consigo ter uma vida normal..."</i>	<i>"A depressão é incapacitante por muito que eu deseje melhorar não consigo...é difícil estar doente e não curar só com um comprimido. Perdi o emprego, não consigo ter um grupo de amigos...não consigo meter conversa com outras pessoas. Às vezes só me apetece ficar em casa para sempre!"</i>	<i>"Gorda e feia...acho que é a primeira imagem que passo"</i>	<i>"Inteligente"</i>

Apêndice 7- Planos de Intervenção e Avaliação do Grupo do Hospital de Dia

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do Estágio com Relatório do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria elaborou-se o presente plano de intervenção para dar resposta ao projeto de Promoção do Autoconceito e Autonomia na Pessoa em Sofrimento Psicológico.

Na realização das sessões pretende-se, não apenas a aquisição, como também o treino e a capacitação da pessoa para desenvolver a autoperceção, novas aprendizagens interativas. Nas sessões de intervenção pretende-se utilizar métodos interativos. A Técnica de intervenção será de âmbito socioterapêutico com recurso a mediadores expressivos.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

(Ver Fundamentação Teórica do Apêndice 3)

2. PLANEAMENTO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: Entre 16 de Janeiro e 10 de Fevereiro

Local: Hospital de Dia

Objetivos: Potenciar o auto e o heteroconhecimento dos elementos do grupo de forma a aumentar a coesão grupal, Promover o autoconceito e autoestima.

Objetivos Específicos: Aumentar a autonomia, Prevenir o isolamento, Facilitar a expressão de emoções, Proporcionar a reflexão em torno da doença mental, Refletir sobre os objetivos de vida.

Destinatários: A população é composta por doentes do grupo II do Hospital de Dia.

Obstáculos previsíveis à implementação do projeto: Ao longo das sessões poderá haver falta de colaboração e participação das pessoas, dificuldade em responder a ideias ou a algum movimento inesperado de um dos membros do grupo.

O programa inclui cinco sessões e será estabelecido da seguinte forma:

Todas as sessões vão começar com um aquecimento prévio (10 minutos), seguido da intervenção terapêutica (30 minutos) e posterior momento de partilha de experiências em grupo (15 minutos). Após a partilha irá realizar-se um momento de avaliação da sessão.

1ª Sessão	Descrição	Recursos	Tempo
Aquecimento	Introdução ao tema de Grupo através de provérbios conhecidos		20 minutos
Desenvolvimento	Realização da técnica “Eu num grupo”. É entregue a cada elemento do grupo uma ficha para completar. Esta ficha é constituída por itens que exploram os aspectos positivos e os receios relativos à experiência grupal. Quando todos os elementos terminarem de preencher a ficha, deverá promover-se a revelação das suas respostas, questão a questão.	Ficha “Eu num grupo”	30 minutos
Finalização	Aprofundamento de algumas questões relevantes e salientar vantagens que a intervenção em grupo poderão trazer.		15 minutos

“Eu num grupo”

1. Quando entro num grupo novo, sinto-me...
2. Quanto um grupo começa, eu...
3. Quando estou num grupo novo, sinto-me mais à vontade quando...
4. Quando os outros permanecem em silêncio, eu...
5. Quando alguém fala o tempo todo, eu...
6. Tenho vontade de retirar-me quando...
7. Num grupo, sinto mais medo de...
8. Quando alguém fica magoado, eu...
9. Fico magoado/a facilmente quando...
10. Sinto-me mais solitário/a num grupo quando...
11. Aqueles que realmente me conhecem acham que eu sou...
12. Eu confio nas pessoas que...
13. Sinto-me mais próximo/a dos outros quando...
14. As pessoas gostam de mim quando...
15. A minha maior força é...

2ª Sessão	Descrição	Recursos	Tempo
Aquecimento	Numa primeira fase é pedido ao grupo para se reunir em círculo e apresentarem o colega do lado.		10 minutos
Desenvolvimento	Realização da atividade "a moeda": é fornecido a cada elemento uma folha com os contornos de uma moeda desenhada de ambos os lados. A partir de recortes de revistas, desenhos, frases cada pessoa deve preencher a sua moeda colocando na parte da frente, o que acha que os outros pares sabem sobre si e na parte de trás algo que os pares desconheçam. Uma vez terminada a atividade, cada elemento vai mostrando a sua moeda podem os restantes colocar questões.	Papel Revistas Cola Tesouras	30 minutos
Finalização	Partilha de experiências individuais perante a técnica realizada na identificação de aspetos pessoais que os outros participantes teriam conhecimento e/ou desconheciam sobre si.		15 minutos

3ª Sessão	Descrição	Recursos	Tempo
Aquecimento	Realização da técnica "Novelo de Lã" na qual os elementos do grupo estão dispostos em círculo. Um dos elementos começa por referir o seu hobbie e, apos atar a ponta de lã no dedo lança o novelo para outro elemento do grupo. Depois de estarem todos interligados, repete-se o processo pela ordem inversa: o último a receber o novelo devolve-o ao anterior, indicando agora apenas uma qualidade pessoal que o caracteriza.	Novelo de Lã	10 minutos
Desenvolvimento	Realização da técnica "Jogo da Glória". Neste jogo cada casas consiste em perguntas sobre os próprios participantes. Cada elemento tem um peão e vai respondendo à vez às perguntas associadas às casas em que caiem depois de terem lançado o dado até chegarem ao final do jogo.	Tabuleiro de Jogo Dados Peões	30 minutos
Finalização	Partilha de experiências individuais perante a técnica realizada.		15 minutos

Questões do "Jogo da Glória":

1. Casos e situações que o/a choquem
2. Se fosse um animal que animal seria e porquê
3. Atividade preferida (o que mais gosta de fazer?)
4. O que está a sentir neste momento
5. Uma situação inesquecível pela qual tenha passado
6. Competência que considere ter especialmente desenvolvida
7. Do que é que sente saudades
8. Algo que mudaria no seu percurso de vida
9. O seu principal medo/receio

10. *Um sonho que ainda não realizou*
11. *A maior alegria da sua vida*
12. *O momento mais difícil da sua vida*
13. *Pessoa que o/a tenha marcado*
14. *Figura pública que admire*
15. *Que idade gostou mais de ter e porquê*
16. *Qualidades humanas que mais aprecia nos outros*
17. *O que mais o/a preocupa na sociedade actual*
18. *O que espera do futuro*
19. *A sua maior qualidade*
20. *O maior êxito/realização pessoal no seu percurso de vida*
21. *Algo que ainda deseje alcançar*
22. *Algo que o/a entristeça actualmente*
23. *Aspecto positivo de estar no Hospital de Dia*
24. *Aspectos negativo de estar no Hospital de Dia*
25. *A sua opinião sobre o jogo*

4ª Sessão	Descrição	Recursos	Tempo
Aquecimento	Exercícios sociométricos para aumento do heteroconhecimento dos elementos do grupo recorrendo-se a espectogramas activos das idades, dos signos e outros dados socio-demograficos relevantes.		20 minutos
Desenvolvimento	Realização de dois espectogramas activos "Termómetros do autoconceito" e "autonomia", nos quais cada elemento se posiciona de forma a medir o seu nível actual de autoconceito e autonomia. Depois todo o grupo é solicitado a caminhar pelo espaço e é solicitado que escolha uma ou mais qualidades suas. Quando tiverem a escolha feita param no centro do grupo e verbalizam-nas para o grupo as ouvir. Realização de estátuas grupais como os temas "autoconceito" e "autonomia".		30 minutos
Finalização	Partilha de experiências individuais perante a técnica realizada.		15 minutos

5ª Sessão	Descrição	Material	Tempo
Aquecimento	Os doentes são convidados a andar pela sala. Ao ser dito um nome dos elementos do grupo, os restantes deverão imitar o seu modo de caminhar. Termina depois de ter sido dito todos os nomes dos elementos do grupo.		15 minutos
Desenvolvimento	Realização do jogo "Expressão Facial" que desenrola-se em três fases. 1ª Fase: os elementos de grupo deverão estar sentados em grupo e serão convidados a explorarem com as mãos o próprio rosto. 2ª Fase: Será pedido a cada elemento para imitar expressões que representem sentimentos. 3ª Fase: Os elementos escolhem uma expressão feitas na fase anterior. Deve observar-se ao espelho/janela a mudança da expressão "normal" para a expressão que represente o sentimento.	Colchões	45 minutos
Finalização	Partilha de sentimentos vividos durante a atividade		10 minutos

3. AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ÂMBITO SOCIOTERAPÊUTICO COM RECURSOS A MEDIADORES EXPRESSIVOS

Na avaliação das sessões realizadas recorre-se a alguns indicadores NOC como: auto-estima, participação no jogo, interação social (ver tabelas apêndice 3).

4. AVALIAÇÃO DAS SESSÕES PELOS ELEMENTOS DO GRUPO

(Ver Apêndice 3)

5. AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

1ª Sessão

Neste dia houve dois doentes que faltaram. Para dar início às intervenções planeadas foi necessário informar os doentes da temática que se iria trabalhar nas próximas sessões assim como os objetivos definidos. Ao longo da atividade, os doentes respeitaram e compreenderam as regras do jogo apresentando indicadores adequados na participação do jogo e interação social.

Durante o preenchimento das respostas observei que os doentes estavam concentrados e empenhados em realizar a tarefa. Quando lhe foi pedido para lerem em voz alta o que tinham escrito, ao contrário da minha ideia inicial, ninguém teve receio em se expor e todos tinham curiosidade em conhecer melhor os restantes elementos do grupo. Nas respostas obteve-se alguns pontos comuns: a ansiedade que o desconhecido provoca e o medo da rejeição por outras pessoas. Um dos doentes pediu para explicar melhor as suas respostas, referindo que o contexto de hospital de Dia lhe dá mais segurança em se expor porque todos tinham qualquer problema psicológico e por esse motivo ninguém fazia julgamentos, mas na sociedade já era mais difícil porque num grupo seria sempre discriminada pelos problemas que tinha. O resto do grupo concordou e referiu que estavam unidos e que se ajudam uns aos outros permitindo uma melhor recuperação.

Quando a sessão terminou o grupo manifestou interesse em continuar as atividades. Um dos doentes verbalizou que quando chega a casa se fecha no quarto, não quer falar com ninguém porque a família não o compreende e no Hospital de Dia sente-se protegido e acolhimento pelo grupo e profissionais. Só

no final da sessão é que o meu nervosismo passou, a sessão tinha sido bem aceite e todos tinham participado.

2ª Sessão

A doente 1 continua a faltar ao Hospital de Dia por motivos de saúde da mãe. Os restantes participantes encontravam-se a horas na sala e com motivação para realizar a atividade planeada, foram informados sobre a atividade que iríamos realizar.

Comecei esta sessão saltando a parte que inicialmente estava planeada, não fazia sentido os elementos apresentarem-se entre si quando já se conheciam e tinha passado a parte da manhã em atividades juntos.

Após ter distribuído os círculos e explicada a tarefa inicial, senti que alguns elementos tinham ficado com tensão corporal e sentiram-se desconfortáveis com o facto de atribuírem características a si mesmo. Um dos doentes referiu que não sabia nenhuma característica sua, se alguém lhe podia atribuir alguma. Referi que aquela parte da sessão era para ser feita individualmente e que pensasse em algo que gostasse e que estivesse relacionado com ele, a palavra que surgiu foi “concentrado” justificando pelo facto de gostar de atividades como o yoga que requeriam concentração. Nos restantes doentes surgiram duas palavras: tímido (a) e simpático (a). Pedi aos doentes para escreverem o seu nome no outro lado da moeda e passaram aos colegas de forma a que todos escrevessem. Surgiram características como “chata”, “falador”, “alucinado”, “excêntrica”, “porreiro”, “incógnito” e “simpática”. À medida que os doentes iam lendo as características que outros lhe tinham atribuído senti algum receio que algum pudesse não gostar do iria ler e tivesse algum comportamento inesperado. Isto não aconteceu porque as pessoas referiram que tanto familiares como amigos já os tinham caracterizado com aqueles mesmos adjetivos. O doente que teve dificuldade em se descrever ficou surpreendido com as características que os outros elementos lhe atribuíram, referindo que era mais fácil apreciar os outros do que a ele próprio, uma vez que sentia não contribuir positivamente para o grupo. Mas que tinha sido positivo ouvir falar bem de si, dava-lhe alguma força interior para não ter tantos sentimentos negativos. Um dos elementos acabou por fazer uma espécie de conclusão que era pretendida: “todos temos coisas que são facilmente reconhecidas pelo grupo e outras que queremos

esconder para nos próprios, no dia-a-dia é útil perceber como os outros nos veem, se for positivo pode aumentar a nossa auto-estima, se for negativo temos de trabalhar para melhorar essa imagem” (sic).

3ª Sessão

No início da sessão encontrava-me muito ansiosa face à intervenção que iria realizar. Tinha escolhido um jogo com tabuleiro e questões para tornar o tema mais dinâmico e proporcionar alguma descontração em temas mais melindrosos. Os doentes estiveram sempre colaborantes e interessados em participar.

A meio do jogo, o doente 8 recusou-se em responder à questão “o momento mais difícil da sua vida”. O doente não queria partilhar algo privado da sua vida. Tinha sido dada liberdade em não responder caso a questão causassem algum constrangimento. A doente agradeceu e todos os elementos do grupo perceberam as causas apresentadas, exceto o 4 que referiu que a partir desse momento esse seria a sua resposta caso não quisesse responder. Foi novamente explicado ao grupo que tinham liberdade para caso alguma questão os fizesse sentir demasiado expostos poderiam não responder. Acabou por não se voltar a repetir, todos responderam as questões colocadas.

No final do jogo, quando ainda nem todos tinham chegado à “casa de chegada”, as questões começaram a ser repetidas pelo número reduzido de questões que tinha preparado. Comecei a sentir nervosismo, tinha sido algo em que não tinha pensado. Senti que apesar da sessão estar a correr bem, eu não a tinha preparado corretamente e que estas falhas poderiam retirar qualquer credibilidade à intervenção proposta. As questões foram repetidas e quando todos tinham chegado à “casa chegada” foi chegada a finalização da experiência. Os doentes referiram que às vezes temas mais complexos podem ser falados num jogo mas que também é complicado exporem-se à frente de todos. Um dos doentes referiu que queria dar sugestões de melhoria, acrescentar questões (exemplo: animal/filme/serie/livre favorito) e que o tabuleiro deveria ser alusivo ao jogo, em vez de ser um tabuleiro normal. Ambas as sugestões foram acolhidas pelo restante grupo e com a ajuda da terapeuta ocupacional procedeu-se à realização de um tabuleiro de jogo.

Não fiquei satisfeita com a intervenção desenvolvida, pensei que traria mais ganhos do que na realidade trouxe. No entanto um dos aspetos positivos

foi o facto dos doentes por perceberem das limitações do jogo se tirem proposto a melhorá-lo para que numa próxima vez corresse melhor a intervenção.

4ª Sessão

Esta atividade foi desafiante tanto para mim como para os doentes. Foi a primeira atividade dinâmica que realizei com este grupo. Um dos doentes (numero 4) logo de início referiu que não gostava de realizar atividades que envolvessem o movimento, faltava varias vezes a atividade de dançaterapia. Foi pedida a colaboração do doente que acedeu ao pedido mas a meio da intervenção abandonou-a a referir que lhe doíam os dentes, pedindo para ficar apenas como observador.

Foram realizados dois termómetros, um da autonomia e outro do autoconceito. O número 1 e o número 5 eram os mais autónomos, posicionando no número 9. Os restantes colocaram-se nos níveis 5 e 6. Quando realizamos o termómetro do autoconceito todos os doentes, exceto o 5, se colocaram nos números 2 e 3. O cinco referiu ser um 6 e se não tivesse a doença mental e se sentir castigado e limitado pela doença, “nunca vou conseguir que os outros me vejam sem me associarem à doença, nem a minha família (sic)”.

Questionei o grupo se poderia haver alguma correlação entre a autonomia e o autoconceito. O grupo refere que são conceitos independentes mas que uma pessoa com um autoconceito elevado consegue ser mais autónoma na sua vida porque consegue liberta-se das suas limitações. Pedi ao 5 para dar sugestões aos restantes doentes sobre formas de aumentar o autoconceito. Surgiram: autoconfiança, rodear-nos de pessoas que gostam de nós e ver as qualidades que possuímos.

Na construção da estátua sobre a autonomia, o doente 8 voltou-se de costas para o restante grupo e referiu que “uma pessoa autónoma não depende de ninguém”. Os restantes elementos adotaram uma postura erecta com hiperextensão da cervical e superioridade no olhar.

As ideias para a estátua do autoconceito estavam a ser muito escassas, ninguém conseguia definir o conceito e por isso quiseram representar alguém que admiravam e que consideravam ter um autoconceito elevado. Construíram uma estátua de grupo, para todos deram as mãos e um dos elementos ficou no meio a adoptar uma postura de mãos cerradas e confiança no olhar. Quando

questionei quem estavam a representar, o grupo referiu ser alguém como o Mahatma Gandhi, uma pessoa capaz de fazer os pensamentos tornarem importantes, através dos seus pensamentos e liderança conseguiu unir as pessoas pela mesma causa.

No momento final questionei os doentes se conseguiam ser mais autónomos e ter um autoconceito mais elevado do que tinham no momento. Uma das doentes referiu que quando ficou doente tinha níveis compatíveis com a sobrevivência e que aos poucos com a ajuda profissional foi conseguindo adquirir níveis com os quais conseguisse levar uma vida familiar e social. Outra doente referiu que à medida que tinha mais crises da doença o seu autoconceito tinha vindo a diminuir consideravelmente sendo que neste momento se encontra superior aos que apresenta na admissão do Hospital de Dia. Outro doente respondeu que só não consegue ser mais autónomo porque quer fazer tanta coisa ao mesmo tempo que se vai distraíndo e as coisas acabam por sair mal feitas, consegue achar melhor pessoa agora do que no início do Hospital de Dia.

Terminou a sessão referindo que com o trabalho em grupo e a força de vontade de cada um é possível retorno à vida familiar, social e profissional.

A sessão, apesar do abandono por parte de um elemento, tinha superado as minhas expectativas. O grupo demonstrava imensa confiança no meu trabalho e liberta-se de medos para participar sempre nas sessões que proponha.

5ª Sessão

No início da sessão foi pedido aos doentes que andassem pela sala ao som da música e assim que a música parasse alguém dissesse o nome de um elemento do grupo. O restante grupo teria de imitar o modo de andar daquela pessoa. Repetiu-se para todos os elementos. Houve elementos que tiveram facilidade em realizar esta tarefa, outros tiveram dificuldade em se adaptar a esta nova circunstância. Novamente o doente 4 quis desistir da tarefa. Desta vez insisti para que persistisse porque não havia exposição pessoal e seria benefício realizar a atividade, acabou por aceitar e mais tarde referiu que não tinha sido tão difícil como suspeitava.

Posteriormente pediu ao grupo para se sentar, coloquei música calma e tranquila, e pedi para explorarem as mãos com o resto. Foi colocando questões

para refletirem: Como estava a face? Tinha havido alterações? Qual foi a última vez que se viram ao espelho?

À medida que ia dando sugestões senti o grupo a ficar mais calmo e silencioso. Pedi para se lembrarem de situações em que tivessem ficado: alegres, apaixonados, surpreendidos e aborrecidos. Tinha mudado o meu planeamento inicial porque achei que seria mais fácil mudar a expressão facial através das memórias do que simplesmente palavras. Foi respeitando o tempo de cada um e observando cada expressão facial. Uma das doentes estava com bastante dificuldade em realizar a sessão.

Pedi a cada elemento que fizesse representasse uma das situações que tinha sugerido para que os outros elementos conseguisse adivinhar. Todos conseguiram fazê-lo, chegando a provocar o riso entre alguns elementos. Quando pedi a doente, que me pareceu estar com dificuldade, esta teve bastante dificuldade em fazê-lo porque a memória estava a falhá-lhe, lembrava-se de alguns momentos mas não estavam claros na sua cabeça.

Alguns elementos referiram que a sessão lhes tinha proporcionado bem-estar porque tinham recordado momentos bons das suas vidas. Uma doente referiu que na vida existem coisas boas e más mas que tem sempre tendência para se recordar mais facilmente das coisas más. Duas participantes referem que à muito tempo não se olham ao espelho e que a sessão as tinha feito lembrar que precisam de cuidar de si, não era só tomar os comprimidos, mas arranjar com calma e ter algum proveito nisso.

Todos concordam quando o doente 4 refere que é apenas de fazer estas sessões em grupo porque se sente protegido, sabe que ninguém o vai julgar se parecer burro ou chato, e só por isso é que consegue participar nas sessões.

Termino por referir que no grupo todos se tornam maiores e conseguiram desenvolver sentimentos de autoconfiança e confiança no outro, conseguiram se expor e respeitar o outro. As competências que adquiriram nas sessões tem de ser transportadas para a vida familiar, social e laboral. Todos concordam e o doente 4 acaba por dizer que no ultimo fim-de-semana tido ido ao café com a família pela primeira nos últimos dois anos.

6. AVALIAÇÃO FINAL DO INDICADOR NOC AUTO-ESTIMA

Avaliação da 1ªActividade

Auto-estima								
Indicadores	Doente 1	Doente 2	Doente 3	Doente 4	Doente 5	Doente 6	Doente 7	Doente 8
Verbalizações de autoaceitação			4	3	4	3	3	3
Aceitação das próprias limitações			4	2	4	2	2	2
Manutenção de uma postura erecta			3	2	4	3	3	3
Manutenção do contacto olho-no-olho			4	2	4	2	2	4
Descrição de si mesmo			4	2	3	2	3	3
Consideração com os outros			5	3	4	3	3	4
Comunicação franca			5	3	4	3	2	4
Realização de papéis de significação pessoal			5	2	4	2	2	3
Manutenção da arrumação/higiene			5	3	5	3	3	5
Equilíbrio entre participação entre escuta e participação nos grupos			5	5	5	4	4	4
Nível de confiança			4	4	4	2	3	3
Aceitação de cumprimento de outros			5	2	5	2	3	3
Reação esperada por parte de outros			4	3	4	3	3	3
Aceitação da crítica construtiva			5	2	5	2	3	3
Desejo de confrontar os outros			3	3	3	2	2	4
Descrição de sucesso no trabalho ou na escola			3	3	3	2	2	3
Descrição de sucesso nos grupos sociais			3	1	3	1	2	2
Descrição de orgulho em si mesmo			4	1	3	1	1	3
Sentimentos de autovalorização			4	1	3	1	2	3

Avaliação da 2ª Atividade

Autc								
Indicadores	Doente 1	Doente 2	Doente 3	Doente 4	Doente 5	Doente 6	Doente 7	Doente 8
Verbalizações de autoaceitação		2	4	2	4	3	3	3
Aceitação das próprias limitações		2	4	2	4	1	3	2
Manutenção de uma postura erecta		2	3	3	4	3	3	3
Manutenção do contacto olho-no-olho		3	4	3	4	2	3	4

Descrição de si mesmo		1	4	2	3	2	3	3
Consideração com os outros		3	5	3	4	3	3	4
Comunicação franca		2	5	3	4	3	3	4
Realização de papéis de significação pessoal		2	5	2	4	2	3	3
Manutenção da arrumação/higiene		3	5	3	5	3	3	5
Equilíbrio entre participação entre escuta e participação nos grupos		3	5	4	5	4	4	4
Nível de confiança		3	4	4	4	2	3	3
Aceitação de cumprimento de outros		2	5	2	5	2	3	3
Reação esperada por parte de outros		3	4	3	4	3	3	3
Aceitação da crítica construtiva		3	5	2	5	2	4	3
Desejo de confrontar os outros		4	4	3	3	2	2	4
Descrição de sucesso no trabalho ou na escola		2	3	3	3	2	2	3
Descrição de sucesso nos grupos sociais		2	3	1	3	1	2	2
Descrição de orgulho em si mesmo		2	4	2	3	1	2	3
Sentimentos de autovalorização		2	4	1	3	1	2	3

Avaliação da 3ª Atividade

Auto-estima								
Indicadores	Doente 1	Doente 2	Doente 3	Doente 4	Doente 5	Doente 6	Doente 7	Doente 8
Verbalizações de autoaceitação		2	4	2	4	3	3	3
Aceitação das próprias limitações		2	4	2	4	1	3	2
Manutenção de uma postura erecta		2	3	3	4	3	3	3

Manutenção do contacto olho-no-olho		3	4	3	4	2	3	4
Descrição de si mesmo		1	4	2	3	2	3	3
Consideração com os outros		4	5	4	4	3	3	4
Comunicação franca		2	5	3	4	3	3	4
Realização de papéis de significação pessoal		2	5	2	4	2	3	3
Manutenção da arrumação/higiene		3	5	3	5	3	3	5
Equilíbrio entre participação entre escuta e participação nos grupos		3	5	4	5	4	4	4
Nível de confiança		3	4	4	4	2	3	3
Aceitação de cumprimento de outros		2	5	2	5	2	3	3
Reação esperada por parte de outros		3	4	3	4	3	3	3
Aceitação da crítica construtiva		3	5	2	5	2	4	3
Desejo de confrontar os outros		4	4	3	3	2	2	4
Descrição de sucesso no trabalho ou na escola		2	3	3	3	2	2	3
Descrição de sucesso nos grupos sociais		2	3	1	3	1	2	2
Descrição de orgulho em si mesmo		2	4	2	3	1	2	3
Sentimentos de autovalorização		2	4	1	3	1	2	3

Avaliação da 4ª Atividade

Auti								
Indicadores	Doente 1	Doente 2	Doente 3	Doente 4	Doente 5	Doente 6	Doente 7	Doente 8
Verbalizações de autoaceitação	3		4	3	4		3	3
Aceitação das próprias limitações	3		4	3	4		3	2

Verbalizações de autoaceitação	3	3	4	3	4	3	3	3
Aceitação das próprias limitações	3	2	4	3	4	1	3	2
Manutenção de uma postura erecta	4	3	3	3	5	3	4	4
Manutenção do contacto olho-no-olho	4	3	4	3	5	2	3	4
Descrição de si mesmo	3	2	4	2	4	2	3	3
Consideração com os outros	5	4	5	3	4	3	3	4
Comunicação franca	5	2	5	3	4	3	3	4
Realização de papéis de significação pessoal	2	2	5	3	4	2	3	4
Manutenção da arrumação/higiene	4	4	5	4	5	4	5	5
Equilíbrio entre participação entre escuta e participação nos grupos	3	3	5	4	5	4	4	4
Nível de confiança	3	3	4	4	4	3	3	3
Aceitação de cumprimento de outros	4	2	5	3	5	2	4	3
Reação esperada por parte de outros	3	3	4	3	4	3	3	3
Aceitação da crítica construtiva	3	3	5	2	5	2	4	3
Desejo de confrontar os outros	2	4	4	3	3	2	2	4
Descrição de sucesso no trabalho ou na escola	2	2	3	3	3	2	2	3
Descrição de sucesso nos grupos sociais	2	2	3	1	3	1	2	2
Descrição de orgulho em si mesmo	2	2	4	3	3	1	2	3
Sentimentos de autovalorização	2	2	4	2	4	1	2	3

Apêndice 8 - Plano de Intervenção Psicoeducativa sobre Adesão à Terapêutica

Nota Teórica

No âmbito do Estágio com I do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria elaborou-se o presente plano de intervenção para dar resposta ao projeto de Promoção do Autoconceito e Autonomia na Pessoa em Sofrimento Psicológico.

Na realização da sessão psicoeducativa pretende-se, não apenas a aquisição, mas a reflexão da importância da medicação no equilíbrio da saúde mental.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo o Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, as intervenções do mesmo “visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil (...)) tendo como objectivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente” (Ordem dos Enfermeiros, 2010:1).

Cabe desta forma ao especialista a função de promover a autonomia da pessoa com doença mental capacitando a adquirir controlo sobre a sua vida, através de ganhos de conhecimentos e competências que lhes permita a tomada de decisão e uma participação efetiva no seu continuum saúde-doença.

Ouschan et al (2000) refere que através da educação deve-se promover um sentido de controlo ao encorajar o doente a participar na saúde individual em três vertentes: controlo percebido pelo doente sobre a sua doença; participação nos processos de tomada de decisão sobre a sua doença; perceção dos conhecimentos que o doente tem sobre o seu caso específico.

Para a promoção de autonomia é necessário um processo de capacitação para a gestão do regime terapêutico, farmacológico, alimentar e de hábitos de vida saudáveis. Os profissionais de saúde não deveriam dar poder às pessoas mas sim possibilitar que estas adquiram este poder através delas próprias.

Alguns autores defendem que o processo de autonomia envolve uma transformação consciente tanto no doente como no enfermeiro. O enfermeiro deve utilizar a relação terapêutica, através de habilidades como a empatia e parceria, de forma a facilitar a aceitação da doença mas também a promover o controlo da sua vida através do poder e participação nas decisões que afetam o doente.

Gibson (1991) desenvolveu um modelo de Empowerment organizado por três domínios em que apela para as dimensões presentes no enfermeiro. Para este autor o processo de empowerment promove uma maior capacitação e

consequente satisfação dos cidadãos, permitindo a resolução dos seus problemas através da mobilização dos recursos necessários de forma a controlarem a sua vida.

Quadro 1: Modelo de Empowerment para a Enfermagem de Gibson (1991)

Domínio do doente	Interação doente-enfermeiro	Domínio do Enfermeiro
Auto-determinação	Confiança	Ajudante
Auto-eficácia	Empatia	Apoiante
Sentimento de controlo	Tomada de decisão participativa	Conselheiro
Motivação	Estabelecimento de objetivos mútuos	Educador
Auto-desenvolvimento	Cooperação	Recurso para consulta
Aprendizagem	Colaboração	Mobilizador de consulta
Crescimento	Negociação	Facilitador
Sentimento de mestria	Ultrapassar as barreiras organizacionais	Advogado
Sentimento de pertença	Organização	
Melhoria da qualidade de vida	Lobbying	
Melhoria da saúde	Legitimidade	
Sentimento de justiça social		

Este autor defende ainda que a Enfermagem tem de ter presente que a saúde pertence a cada pessoa e esta é a primeira responsável por ela; as pessoas têm a capacidade de tomarem decisões e agirem em seu próprio proveito, necessitando no entanto de conhecimentos que as auxiliem neste processo.

Enquanto Enfermeira pretendo não só aumentar os conhecimentos do doente em relação à sua doença mas promover a gestão efetiva dos problemas relacionados com a doença mental. Realizei várias intervenções não planeadas durante o estágio consoante as necessidades apresentadas. Uma das intervenções planeadas foi uma sessão psicoeducativa sobre adesão à terapêutica. Segundo Caminha et al (2003), a Psicoeducação interage com o processo de aprendizagem humano, especificamente orientada para os seus padrões normais e patológicos, considerando a influência do meio, da família, da sociedade e do percurso profissional do indivíduo na sua trajetória de vida.

Na minha prática clínica integro alguns aspectos que são defendidos por Rosa & Elkis (2007): facultar informação sobre a terapêutica; administração medicação e avaliar os seus benefícios; identificação efeitos secundários; negociar com o doente a toma da medicação.

Através das entrevistas individuais e da aplicação das Escalas de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton & Brody) e MAT (Medida de Adesão aos Tratamentos de Delgado e Lima) apercebi-me de que ao nível da autonomia as áreas mais afetadas eram as tarefas domésticas, o manejo da

medicação e responsabilidade de assuntos financeiros. Em relação à medicação detetámos que havia uma doente que só fazia as tomas observadas e que os restantes elementos nem sempre a cumpriam durante o fim-de-semana. Todos tinham história de abandono de medicação e conseqüente re-internamentos.

Segundo Paz e Bennasar (2007) existe um risco de recaída até 100% para quem interrompe o tratamento. A falta de adesão ao regime terapêutico é descrita como as principais causas de recaídas e reinternamentos.

Segundo Klein e Gonçalves (2005), as causas da baixa adesão ao regime medicamentoso prendem-se com a complexidade e duração das prescrições, com as características da própria pessoa e sua família (nomeadamente sobre a perceção e compreensão que a têm da doença, da necessidade de terapêutica e os efeitos da medicação) e da relação estabelecida com a equipa de saúde.

Todas as semanas a medicação era preparada pelos doentes e durante este processo eram tiradas todas as dúvidas sobre medicação que iam surgindo. A toma observada da medicação do pequeno-almoço também permitia esclarecer quaisquer dúvidas resistentes. Realizou-se uma sessão de Psicoeducação que permitisse analisar as vantagens e desvantagens da medicação para que os doentes trouxessem os sentimentos adjacentes a este assunto de forma a trabalhá-lo.

2. PLANEAMENTO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

PLANO DA SESSÃO

Data: 24 de Janeiro de 2017

Local: Hospital de Dia

Objetivos: Incentivar a adesão à terapêutica; Potenciar a aceitação da doença

Objetivos Específicos: Aumentar a autonomia, Facilitar a expressão de emoções, Proporcionar a reflexão em torno da vida e doença mental.

Destinatários: Grupo II do Hospital de Dia

Obstáculos previsíveis à implementação do projeto: Ao longo das sessões poderá haver falta de colaboração e participação das pessoas internadas,

dificuldade em responder a ideias ou a algum movimento inesperado de um dos membros do grupo.

A sessão será estabelecida da seguinte forma:

	Descrição	Material	Tempo
Aquecimento	Pedir a cada doente para verbalizar uma palavra que associa a medicação Fazer uma comparação em que tudo tem um lado positivo e negativo		5 minutos
Desenvolvimento	A cada doente é pedido que escreva em dois papéis: vantagens e desvantagens da medicação É pedido a cada um que leia o que escreveu e cole cada papel num saco de areia Apresenta-se uma balança e pede-se a cada elemento que faça a sua própria balança com os seus sacos	- Balança com dois pratos - Sacos de areia - Canetas - Cartolina branca	25 minutos
Finalização	Pedir aos elementos para analisarem o equilíbrio da balança "O que podemos fazer para manter ou ficar em equilíbrio"		10 minutos

3. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

Na avaliação das sessões realizadas recorre-se a alguns indicadores da NOC que se apresentam nos quadros seguintes.

Participação no Jogo					
Indicadores	Nunca adequado	Levemente adequado	Moderadamente adequado	Substancialmente adequado	Completamente adequado
	1	2	3	4	5
Participação no jogo					

Uso de habilidades sociais durante o jogo					
Expressão de emoções durante o jogo					
Uso do desempenho de papéis					
Demonstra respeito pelo outro					
Interação Social					
Indicadores	Nenhum 1	Limitado 2	Moderado 3	Substancial 4	Estabilidade 5
Cooperação					
Positividade					
Autenticidade					
Sensibilidade					
Estabilidade					

Autocuidado: Medicamento Parenteral					
Indicadores	Dependente, Não participa 1	Necessita de pessoa e mecanismo auxiliares 2	Necessita de pessoa auxiliar 3	Independente com mecanismo auxiliar 4	Completamente independente 5
Identifica a medicação					
Enuncia a dosagem correta					
Descreve a ação da medicação					
Descreve os efeitos secundários da medicação					

Descreve as precauções com a medicação					
Usa auxiliares de memória					
Realiza atividades de automonitoramento					
Adquire a medicação prescrita					
Administra corretamente a medicação					
Armazena corretamente a medicação					

Auto-Cuidado: Atividades da Vida Diária					
Indicadores	Dependente, Não participa 1	Necessita de pessoa e mecanismo auxiliares 2	Necessita de pessoa auxiliar 3	Independente com mecanismo auxiliar 4	Completamente independente 5
Compra alimentos					
Compra roupas					
Compra artigos domésticos					

Prepara as refeições					
Serve as refeições					
Usa o telefone					
Lida com comunicações por escrito					
Faz consertos/arranjos domésticos					
Gere o dinheiro					
Lida com negócios					
Usa o transporte público					
Dirige o próprio carro					
Lava as próprias roupas					
Administra medicamentos					
Sabe identificar recursos de saúde necessários					

4. AVALIAÇÃO DAS SESSÕES PELOS MEMBROS DO GRUPO

(Ver Apêndice 3)

5. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

O dia escolhido para realizar a sessão de psicoeducação foi uma terça-feira, dia em que se preparava a medicação para a semana. Durante esta

atividade, o doente ficava responsável de preparar a sua medicação para a próxima semana e guarda-la na sua gaveta no hospital dia, para realizar com mais sucesso era pedido ao doente que tivesse sempre na sua posse uma folha com a medicação que se encontrava a fazer. Neste espaço eram esclarecidas todas as dúvidas que surgissem sobre a medicação. Após a preparação procedeu-se à toma observada da medicação, que decorreu sem qualquer incidência. Antes de avançar para a sessão planeada foi realizado um pequeno intervalo de forma a poderem prestar mais atenção a atividade seguinte.

Iniciou-se a sessão enumerando os objetivos assim como uma descrição do que se iria fazer.

Pedi aos doentes para verbalizar uma palavra que associassem à medicação. Surgiram: doença, hospital, saúde, curar, dependência. A palavra “dependência” assim como a forma como tinha sido dito suscitou-me alguma inquietação por apresentar uma conotação negativa. Questionei o doente se queria explicar o porque desta atribuição, o mesmo assentiu verbalizando que para estar bem irá sempre precisar dos medicamentos e por isso tem uma relação de dependência deles. Acabou por fazer uma comparação entre os toxicodependentes e a droga. Explorei esta comparação ao enumerar algumas doenças crónicas para as quais era essencial fazer medicação para recuperar e manter saúde.

As vantagens enumeradas foram: melhoria dos sintomas, voltar à rotina do dia-a-dia, controlar os sintomas, pensamento organizado, equilíbrio na evolução da doença, estabilidade com a família, maior controlo sobre mim, melhor humor.

Quanto às desvantagens, as seguintes foram referidas: aumento do apetite, leva a excesso de peso, ϵ ia, “calores”, cansaço, dependência, ter de tomar a todas as refeições, preconceito.

Quando se colocaram os sacos na balança e houve um equilíbrio na mesma, os doentes manifestaram interesse em colocar todos os sacos juntos porque representaria o grupo. Foi lembrada a união do grupo como fator positivo na recuperação dos mesmos. Um doentes mencionou o facto de ele próprio quer encher o saco – verbalizando que desta forma a balança estaria sempre equilibrada. Por ter sido questionada sobre a decisão acabei por devolver a questão, de forma arriscada, de como encheria os sacos. Fiquei

surpreendida quando referiu que as vantagens eram superiores às desvantagens.

Foram anotadas questões levantadas pelas desvantagens associadas à sonolência e ao aumento de peso, que foram trabalhadas noutras sessões posteriores.

No final da sessão questioneei o grupo se haveria alguma coisa que retinham da sessão, um dos elementos referiu que era mais importante cumprir a medicação de forma a manter o equilíbrio e conseguir estar bem com a família do que perder tudo por não a cumprir.

Após ter finalizado a sessão, uma doente aproximou-se e assumiu o incumprimento das tomas à noite e durante o fim-de-semana. Toda a equipa suspeitava pelas alterações de comportamento que apresentava no início da semana. Após diálogo e muita negociação a doente acabou por aceitar fazer a toma da medicação da hora do almoço na nossa presença e alertar-nos caso sentisse alguma alteração consigo. Esta situação fez com que a sessão para mim tivesse alcançado os objetivos estabelecidos, mais importante do que correr tudo dentro do esperado é haver ganhos em saúde bem como o fortalecimento da relação terapêutica.

Em termos de avaliação dos indicadores os doentes apresentaram avaliações superiores a 3 na participação do jogo e interação social. Quanto ao autocuidado: Medicação Não-Parenteral, todos os doentes conseguem identificar a medicação assim como a dose, indicação e efeitos secundários. Todos têm a sua folha de medicação na sua posse (carteira ou mala). A aquisição e armazenamento da medicação encontra-se a ser feita no Hospital de Dia pelo que foi impossibilitada a administração. Todos os doentes administram a medicação de forma correta, à exceção da doente mencionada, neste contexto controlado em Hospital de Dia.

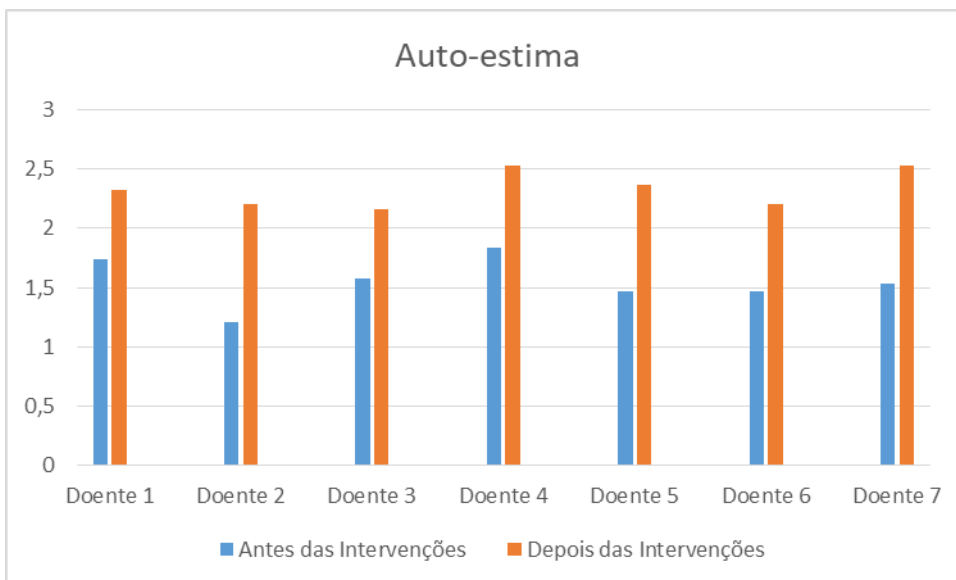
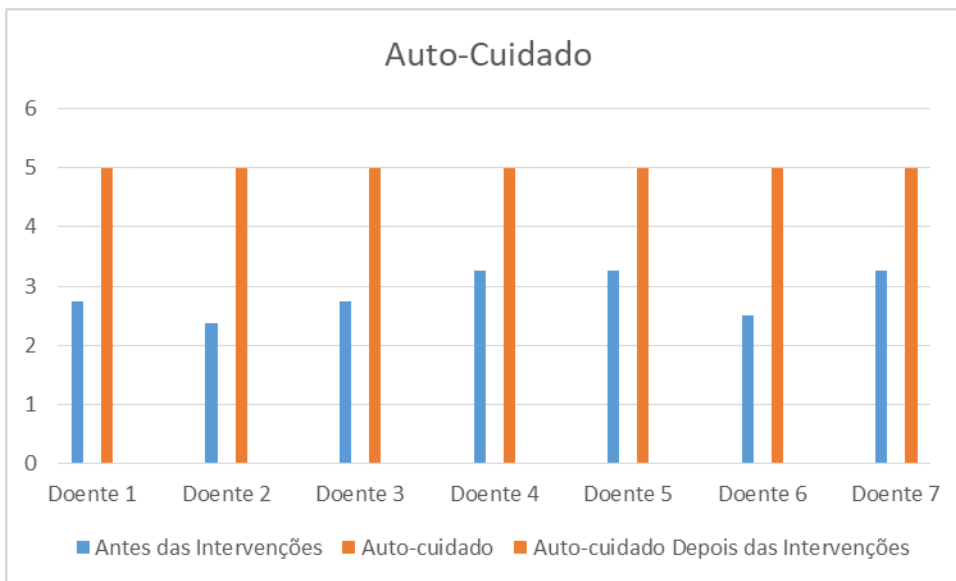
Senti que esta sessão teve os seus objetivos concretizados e que o fortalecimento do grupo e a relação que já se encontrava estabelecida entre enfermeira-doente foi, sem dúvida, um fator positivo pois contribuiu para a abertura do diálogo sem tabus e receio de julgamentos.

Apêndice 10 – Evolução do Autoconceito e Autonomia

EVOLUÇÃO DO AUTOCONCEITO E AUTONOMIA

No primeiro estágio utilizou-se o indicador NOC Auto-estima e Auto-Cuidado, respetivamente, para avaliar a evolução da Pessoa antes e depois das intervenções psico e socioterapêuticas realizadas. As conclusões que se podem retirar dos gráficos são:

- O Auto-cuidado foi rapidamente restituído;
- A Auto-estima teve um ligeiro crescimento.

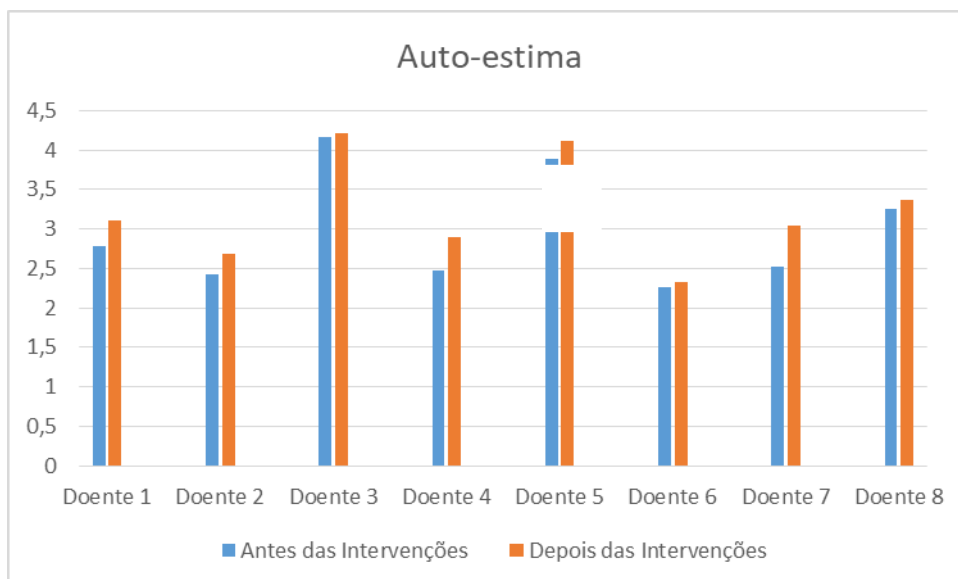
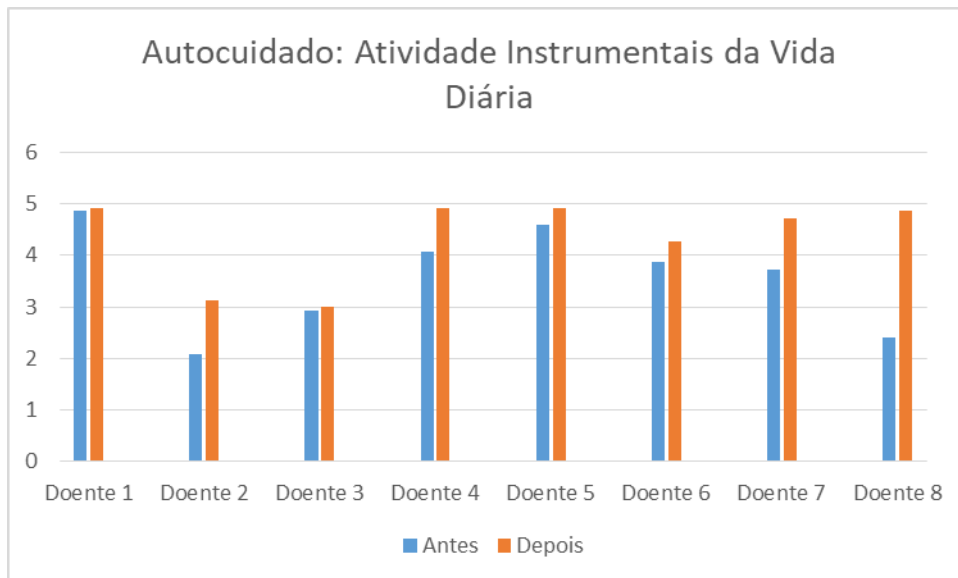


O grupo foi constituído por pessoas jovens e sem limitações físicas. À medida que os sintomas foram estabilizando | e uma crescente preocupação com a sua imagem e higiene. Quando se começaram a realizar as intervenções e os doentes ganharam algum insight surgiram muitos sentimentos de vergonha e culpa associados ao aparecimento da doença, o que pode justificar níveis tão baixos na primeira avaliação. O ligeiro crescimento poderá estar associado à aceitação e compreensão da doença levando a uma aceitação do próprio.

No segundo estágio utilizou-se o indicador NOC Auto-estima mas o indicador do Autocuidado foi substituída por Auto-Cuidado: Atividades Instrumentais da Vida Diária, pela estabilidade da doença já era expectável um

nível de autonomia maior que o anterior grupo. As conclusões que se podem retirar dos gráficos são:

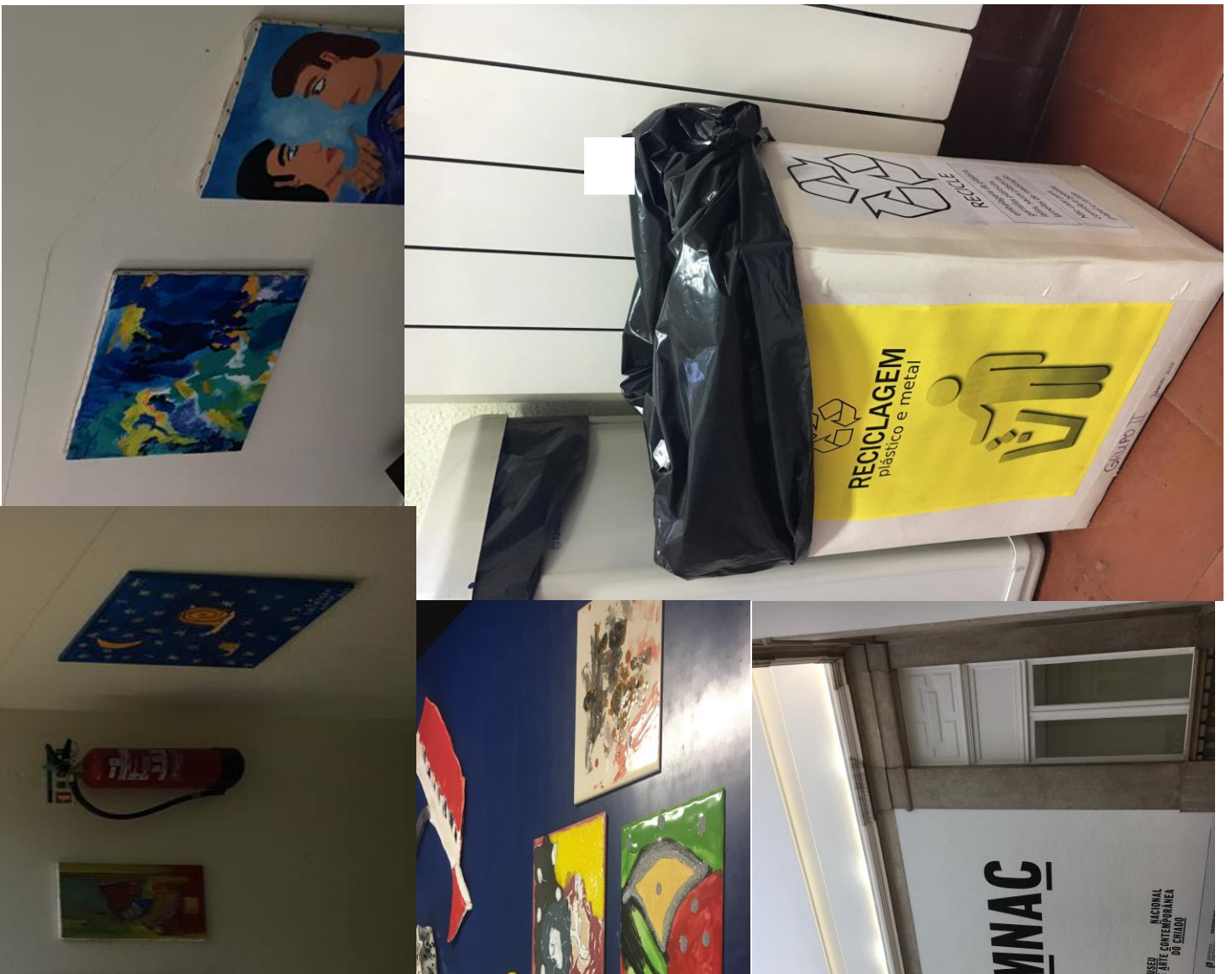
- Ligeiro aumento de ambos indicadores.



Os doentes que beneficiaram mais das intervenções foram aqueles que inicialmente não tinham alcançado a estabilidade da doença mental. Em todos

eles este acréscimo no Autocuidado e Autoestima permitiram maior aceitação de si e da sua doença e maior capacidade no retorno à vida familiar, social e laboral.

Apêndice 11 – Trabalhos realizados pelos Doente do Hospital de Dia



Apêndice 12- Acta de Sessão do Grupo de Famílias: um exemplo

<p>Data: 16 de Novembro de 2016</p> <p>Local: Sala de reuniões (1º andar Hospital)</p> <p>Hora: 13h30min – 15h30min</p> <p>Duração: 2h</p> <p>Técnicos: Enfermeira Céu Monteiro</p> <p>Participaram: Enfermeira Ana Raquel Chemela</p>	<p>População alvo: Familiars dos doentes que frequentaram e frequentam o Hospital de Dia</p> <p>Estiveram presente: Pai do N Pai e Mãe do P Pai e Mãe da C Pai da L Tia da F Irmã da R</p>
--	--

<p>Objetivo Geral:</p> <ul style="list-style-type: none">-Apresentar os objetivos do grupo de famílias;- Identificar as necessidades e dificuldades dos familiares. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Proporcionar um espaço de partilha de experiências inter familiar;- Criar um espaço de contenção para as famílias;- Oferecer às famílias um espaço no qual se possam trabalhar as dificuldades;- Promover vínculos de confiança e comunicação entre famílias;- Facilitar o colocar-se no lugar do outro;- Aumentar a competência das famílias para cuidar do seu familiar;- Envolver a família no processo de cuidados reforçando as suas competências no cuidar.
--

Registo: O grupo iniciou com o pai do N a enumerar as dificuldades que tem passado com o filho. Refere que este se encontra com muita agressividade não só para com a família mas também para com os vizinhos. Existe um ambiente constrangedor na área de residência, refere que os vizinhos não fazem queixa pelo respeito que tem para com a família. O pai do N refere que neste momento evita encontros familiares para evitar tensões entre todos. O pai evidencia níveis de emoção expressa ao referir medo da sua integridade física, refere que o Nuno por várias vezes elevou o tom e ameaçou-os... O pai pede ajuda mais uma vez, referindo que tem medo que aconteça alguma coisa e que os técnicos não estão a fazer nada. Questiona o trabalho da médica por se recusar a falar com os pais, sem o N. Foi reforçado junto dos pais que uma boa relação com a médica é um dos pontos fortes para o tratamento pois o sucesso terapêutico advém desta relação. O N tem demonstrado interesse em cumprir o tratamento mantendo a assiduidade e pontualidade nas consultas. Contudo o pai desvaloriza estes aspetos considerando que o tempo de consulta não é suficiente para avaliar o estado mental. Considera o N um rapaz sedutor e manipulador conseguindo desta forma “enganar” a médica, não compreende por que razão esta não os recebe.

Foi alertado que tal situação depende dos técnicos mas geralmente o familiar fala na presença do doente evitando-se assim clivagens. Foi reforçado que a relação entre médico e doente é para ser preservada, passando por atitudes de grande clareza. Tendo sido já dada oportunidade da mãe do N falar mas que esta se recusou a fazê-lo junto do doente. Expressões do tipo “estou preocupada contigo...”, “...como te posso ajudar...”, “...mostrar disponibilidade”, segundo o pai do N não funcionam, alertando que já seguiram algumas orientações dadas em anteriores grupos e que geraram mais problemas, considerando que correram o risco de vida.

Pela questão da agressividade foi realçado a questão do Internamento Compulsivo. Foi explicada a legislação e a forma de o ativar. O Pai refere que não teve qualquer apoio do delegado de Saúde, uma vez que pede uma declaração da médica assistente. Sendo esta quase impossível de ser pedida, pois, a médica não tem observado nenhum comportamento que evidencie uma possível crise. Recorda que o tempo de consulta não permite uma avaliação

correta, descreve esta como “então N como estás “ ao que o N responde “estou bem...” e assim termina a consulta sendo muito curta e rápida.

Foi mostrado disponibilidade para se poder entrar em contato com o delegado de saúde afeto a esse Centro de Saúde no sentido de se agilizar o processo. Demonstrou satisfação, mostrando-se expectante em relação aos resultados.

Recorda que o filho auferia uma pensão e que esta é bastante pequena, inclusivamente houve necessidade de obras em sua casa, situação que foi suportada por si referindo “o dinheiro dele não dá para nada...”... “nós é que pagamos as obras..” Pois o filho vive no andar de cima, descreve o filho como “sendo complicado e que não quer misturas”. Sic (imagem que o seu familiar tem do seu familiar doente---ironiza o valor ganho pelo filho, desvaloriza...)

O pai do P alertou para o pai do N evitar o Confronto, para assim se evitar uma tragédia. Descreve o P como sendo mais pacífico. Referiu que este teve mais uma crise pelo que está internado. Tendo ficado internado no Serviço X há 2 meses, altura em que questiona o F acerca dos medicamentos, pois este é que prepara a medicação e sempre que precisa de medicamentos alerta o pai. Situação que já não fazia à algum tempo, pelo que o pai o questionou acerca disso, o qual respondeu que não necessitava de medicamentos pois encontrava-se bem. Também começou a observar o P a ler mais a bíblia, não comendo a totalidade das refeições, com períodos de jejum cada vez maiores. Alertou-o para os riscos de tal situação, referindo que estava a correr riscos de vida, o qual respondeu que a sua vida estava entregue a Deus e que o sacrifício (jejum) era uma condição da vontade de Deus. Nos últimos dias não estava a frequentar a AIPS referindo que esta o estava a infantilizar e essa situação não era benéfica para si. Tinha períodos de isolamento, e terá ficado 4 noites sem dormir lendo a bíblia continuamente.

Feita tentativa de o levarem a urgência sem sucesso, o pai chegou mesmo a ligar para o 112 a pedir orientações.

Os pais da C, recordaram como a C começou a adoecer e com esta sucessão de acontecimentos têm perdido a esperança, pois consideram que a sua filha tem vindo a agravar a sua sintomatologia. Questionam o tratamento e a sua eficácia. Ultimamente não ia as consultas. Consideram que a

personalidade da C é diferente da do N, tendo mesmo assim conseguido manter alguma proximidade.

Consideram a sua filha inteligente, reforçam que conseguiu tirar um curso superior, esteve em Bruxelas onde desenvolveu algum trabalho, mas foi neste país que os sintomas se tornaram mais claros tendo necessidade de regressar ao seu país de urgência. Na sua relação com a C procuram evitar comentários críticos, demonstrando calor afetivo na relação. Contudo o super envolvimento emocional por vezes está presente e manifesta-se por questionar várias vezes se tomou a medicação. Recordam que houve um período de tempo em que colocavam medicação às escondidas da C com a orientação do seu médico. Situação que conseguiram controlar enquanto a C estava a estudar e a trabalhar em Portugal.

Foi reforçado a importância de a pessoa doente ser ajudada a reconhecer que tem uma doença e que necessita de tratamento, mas por vezes este nível de insight só se consegue após dois ou mais internamentos. É um processo moroso que exige persistência.

O grupo foi questionado sobre tendo levar a pessoa a urgência, sendo que o ideal será a própria colaborar evitando-se assim o Internamento Compulsivo. Responderam que essa situação por vezes é difícil de avaliar.

O pai da L recorda um episódio de internamento da sua filha e identificando os atentados de França como sendo fatores precipitantes do início da crise, começou a ficar mais triste, a isolar-se, o humor que a caracteriza não era evidente, evidência que a sua filha é uma pessoa culta que gosta de ler (imagem que o familiar tem do seu familiar doente – é positiva), perante estes sinais com agravamento progressivo colocou a hipótese de não estar a fazer devidamente a medicação. Tendo pedido apoio ao seu médico assistente e assim acionaram o internamento compulsivo. Durante este períodos do início dos sinais da crise sentiu-se bastante preocupado e impotente, questionando-se várias vezes sobre a forma mais adequada para ajudar a filha a colaborar no tratamento.

Foi reforçado que esta doença evolui por surtos, sendo a crise por vezes inevitável. Mas quanto mais cedo esta for detetada melhor prognóstico terá na sua resolução.

A mãe da C referiu que perante uma crise não vale apenas falar pois ela não a ouve (tipo de processo de solução de problemas ...), e tem sempre que acionar o Internamento Compulsivo. Recordou o último internamento, das dificuldades que teve para o acionar mas no final, salientou a boa articulação entre delegada de saúde e estruturas da PSP e entrega do mandado de condução. O pai do N ouve cuidadosamente, gerando um comentário que no seu caso não tem tido uma experiência muito positiva.

A Tia da F recordou também a sua experiência, está satisfeita com a sobrinha pois esta está a colaborar no tratamento, evidenciando níveis de autonomia e funcionalidade, está a morar sozinha inclusivamente. Perante as sucessivas crises anteriores, chegaram a perder a esperança do seu tratamento, mas neste momento o tratamento que fez neste Hospital ditou toda a diferença contrastando com o vivido noutra hospital, tendo chegado a fazer medicação IM. Tem mantido contato essencialmente por telefone, reservando um dia por semana em que está mais perto dela. A sua relação com a sobrinha tem-se revestido de calor efetivo e comentários positivos. Em tempos quando passou por algumas crises, havia super envolvimento emocional, com controlo da medicação, o colocar em causa da sua e questionamentos sucessivos.

A irmã da R também recordou alguns aspetos da doença da irmã, neste momento está a residir num lar, onde tem todo o apoio e conforto. Vê a irmã uma pessoa lutadora, que apesar de tudo estudou e constituiu família. Tendo conseguido vencer a doença (imagem que o seu familiar tem do seu familiar doente). No início não aceitou muito bem o diagnóstico da irmã, colocou – o em dúvida durante muito tempo. Neste momento a sua relação com a irmã reveste-se de mais comentários positivos, relativizando alguns aspetos, recorrendo muitas vezes ao humor situação que tem feito bem as duas. Considera que é muito importante pedir ajuda, a decisão de ida para o lar não foi fácil.

No final do grupo alguns familiares permaneceram junto a mesa do chá estabelecendo algumas relações. Alguns familiares ficam com os contatos uns dos outros.

Conclusão: Ao procurar compreender a convivência dos familiares com a pessoa com doença mental, foi constatando nos discursos destes, por um lado a sua incompreensão sobre os rituais praticados pelos doentes, a comunicação

que nem sempre é fácil, e por outro a dificuldade de conseguir que a pessoa doente adira ao tratamento. A experiência de conviver com um familiar que precisa de ajuda, geralmente é difícil, pelas manifestações clínicas da doença. É importante que os familiares saibam distinguir a personalidade e a descompensação da doença. Devem estar munidos de informação sobre a legislação de saúde mental, nomeadamente do internamento compulsivo, mas também de estratégias comunicacionais.

Este espaço torna-se importante para prestar informações sobre o significado da doença, suas implicações, cuidados e, principalmente, que lhes proporcionassem conforto, e compreendendo as suas necessidades enquanto seres que sofrem. É visível a preocupação com o futuro dos filhos entrando em pânico perante o desconhecido o que provoca bastante sofrimento, pelo que também requerem ser cuidados.

Apêndice 12- Plano de Intervenção Psicoeducativa à Família da Pessoa com Doença Mental: Treino de Comunicação

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do Estágio com Relatório do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria elaborou-se o presente plano de intervenção para dar resposta ao projeto de Promoção do Autoconceito e Autonomia na Pessoa em Sofrimento Psicológico.

A Família ao ser englobada nos cuidados de enfermagem deve ser vista por dois polos: como parceiro na prestação de cuidados à Pessoa mas também como alvo de cuidados com o objetivo de preservar a saúde mental destes. As famílias podem oferecer um ambiente adequado promotor de mudança se elas próprias compreenderem o processo de reabilitação psicossocial, recebendo ajuda e formação/treino da parte de outras famílias e profissionais.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Apesar de haver muitos formatos de Programas de Psicoeducação a Famílias de Pessoa com Doença Mental existem características que serão consideradas fulcrais nestes programas. Numa revisão sistemática da literatura realizada por Grácio et al (2015) constatou-se que existiam elementos-chave que seria factores comuns terapêuticos como condições intrínsecas ao terapeuta

(relação terapêutica de suporte), psicoeducação e, por último treino de habilidades de coping.

Comunicar é um aspecto essencial à existência. Townsend (2011) realça que as expressões faciais são a fonte primária da comunicação: “Revelam os estados emocionais do individuo como felicidade, tristeza, raiva, surpresa e medo (...) servem para completar e qualificar outros comportamentos comunicativos” (p.137). Pode haver contradição entre a expressão verbal e a expressão não verbal surgindo uma comunicação paradoxal, que alguns autores consideram toxica no sentido de que pela sua continuidade envolve os sujeitos que assim interagem numa relação desajustada.

Para manter a coesão da família e uma comunicação regular e aberta entre todos é necessário expor as dificuldades encontradas e encarar as soluções possíveis. A pessoa doente está fragilizada, controla-se menos, tem emoções desencontradas, pode estar mais agressiva e tolerar mal as frustrações, sentindo facilmente que é rejeitada. A comunicação assertiva e a linguagem constituem capacidades fundamentais para o atingimento dum objetivo de bem estar e desenvolvimento harmonioso do individuo.

Ao melhorar a forma de comunicar em famílias particularmente sujeitas ao stress diário, pretende-se manter o ânimo, ajudar a diminuir a tensão no sistema e identificar precocemente o que é sentido por cada um como problema a enfrentar. Pretende-se dotar as famílias de melhores competências de comunicação e resolução de problemas, que facilitem a gestão de stress no quotidiano e nas crises acidentais (pessoais, familiares). Algumas mudanças positivas no comportamento podem preceder e potenciar o insight.

Dotando o sistema familiar de aptidões acrescidas, o terapeuta posiciona-se pedagogicamente como facilitador da autonomização e autoconceito da família.

Seguindo o modelo de Falloon, são abordadas quatro “perícias básicas”:
(1) Expressar sentimentos agradáveis; (2) Fazer um pedido de forma positiva; (3) Expressar sentimentos desagradáveis e (4) Escuta activa. Como está definido neste modelo, começa-se do mais fácil em direcção ao mais difícil e recorre-se às teorias de aprendizagem em que o terapeuta é visto como um professor, ajudando as famílias a aprenderem novas aptidões (Falloon, 2002). O objectivo do treino de comunicação é aumentar na família a capacidade para

fazer reforços positivos. Neste exercício é explicado à pessoa que expressa o sentimento agradável que deve seguir três regras importantes: olhar para a pessoa; dizer-lhe exatamente o que ela fez que lhe agradou e dizer-lhe como se sentiu.

Este treino de comunicação tem como finalidade trabalhar as emoções, normalização ou reformulação positiva de atitudes e modelagem dos níveis de Emoções Expressas. Alguns estudos referem que a Emoção Expressa dos familiares está associada ao risco de recaída da pessoa por ser uma fonte de stress.

Estas sessões traduzem-se em menos recaídas e hospitalizações, em menor sobrecarga pela doença, em melhor funcionamento social e emocional e em melhor qualidade de vida. Pretende-se então fomentar a existência de papéis familiares bem definidos; de relações afectuosas onde impere o respeito; de uma comunicação clara, aberta e directa; de regras explícitas de conduta; de capacidade de resolução de problemas e adaptação a situações novas, bem como de relação com outros grupos.

2. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA A FAMILIARES DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL

Os meios a utilizar nas sessões inclui o espaço com cadeiras, folheto sobre comunicação, papéis com situações vivenciadas pelo grupo.

Data: 1 de Março de 2017

Local: Sala de Reunião do Grupo de Famílias do Serviço

Objetivos: Proporcionar a reflexão em torno da doença mental, Refletir sobre a importância da comunicação, Capacitar a Família de atitudes que favoreçam uma comunicação assertiva com o seu familiar.

Destinatários: A população é composta por Familiares de Pessoas com Doença Mental pertencentes ao Grupo Famílias.

Obstáculos previsíveis à implementação do projeto: Poderá haver falta de colaboração e participação das pessoas e dificuldade em responder à atividade desenvolvida.

Na fase inicial será lido um folheto que anteriormente tinha sido fornecido aos familiares salientando aspetos relacionados com a comunicação assertiva.

Posteriormente será pedido aos familiares a pensarem numa emoção que sentem ao ler o folheto. Devem exprimi-la com uma afirmação do tipo “Não sou...”

De seguida, os participantes são convidados a exprimirem a mesma coisa mas, desta vez, utilizando a afirmativa, ou seja, retirando a negação da frase em que pensaram. De novo, um de cada vez repetirá a afirmação modificada “Eu sou...”

Por último serão distribuídas situações/casos que os participantes tem de confrontar os seus familiares. Através do role-play terão de encontrar a melhor abordagem para comunicar o que querem dentro dos parâmetros da comunicação assertiva.

Após a partilha irá realizar-se um momento de avaliação da sessão.

1ª Sessão	Descrição	Recursos	Tempo
Aquecimento	Leitura do Folheto Quebra-Gelo com Dinâmica da Mudança de Frase “Não sou...” para “Eu sou..”	Folheto	20 minutos
Desenvolvimento	Realização do role-play. É entregue a cada elemento do grupo uma situação em que os participantes têm de confrontar os seus familiares. Pedido aos participantes para encontrar a melhor abordagem e enuncia-la. Os restantes elementos do grupo poderão contribuir para se encontrar a abordagem mais assertiva	Fichas com Situações	30 minutos
Finalização	Reflexão da Intervenção Avaliação		15 minutos

Situações:

- O filho tem deixado sempre o quarto desarrumado. Sempre que se pede para arrumar sai de casa e deixa-me a falar sozinho. Ontem desarrumou-me a sala...perdi a paciência e gritei com ele..... **“Expressar Sentimentos Desagradáveis**
- A minha irmã não tem horas para fazer refeições. Como gostamos de jantar com ela tentamos adaptar-nos aos novos horários dela mas é impossível fazê-lo dentro das nossas dinâmicas lá de casa...Gostava de voltar a ter os jantares em família...**“Fazer um pedido de forma positiva”**
- A minha mãe está sempre na cama. Antes íamos fazer umas caminhadas... agora tenho dificuldade em tirá-la lá de casa. Acho que está uma preguiçosa...**“Fazer um pedido de forma positiva”**
- A minha filha dorme muitas horas. De manhã acorda só a hora de almoço e depois é claro só vai dormir lá para as altas da madrugada. Gostava de tivesse os horários do sono mais certos...**“Fazer um pedido de forma positiva”**
- O meu irmão nunca está em casa quando lá estamos todos. Está sempre a entrar e a sair...não conseguimos ter uma conversa certa com ele. Gostava que tivesse presente nestes momentos de família..... **“Expressar sentimentos desagradáveis”**

Os indicadores de avaliação (NOC) da sessão são: Enfrentamento e Esperança. No entanto foram também avaliados o comportamento em grupo, a participação e a pertinência das questões.

Análise da Intervenção:

No decorrer das sessões um dos temas comuns tem sido a dificuldade em manter uma comunicação assertiva junto do seu familiar. Ao consultar a informação fornecida aos familiares no decorrer das sessões constatei que havia

folhetos sobre comunicação, nomeadamente “importância da comunicação na prevenção de crises e na reabilitação da pessoa com doença mental” que tinha sido entregues anteriormente. Perante a dificuldade sentida juntamente com a orientadora decidimos dinamizar uma sessão com a leitura do folheto exemplificando casos práticos.

A intervenção decorreu noutros moldes que o previsto. Em primeiro lugar só compareceram a esta sessão dois familiares. O facto de não ter sido divulgada com antecedência e ser Carnaval fez com que varias pessoas faltassem. Mesmo assim a sessão foi realizada e revelou ter ganhos nos familiares. Os familiares demonstraram bastante interesse no tema considerando importante o treino de comunicação com os seus familiares, procurando informações sobre a forma de comunicar e lidar com o seu familiar. Consideram difícil fazer comentários desagradáveis. Durante a sessão não foi possível treinar as situações planeadas porque os próprios familiares trouxeram sugestões do seu quotidiano, questões que eram difíceis de falar ao seu familiar. Esta introdução tornou a sessão mais rica e o facto de haver permeabilidade da nossa parte foi reconhecido pelos familiares.

Um dos pais debateu-se muito sobre o facto de ter de mudar a forma como comunica, pois dá-lhe uma sensação de fingimento, “teatro”, mas reconhece que se pretende alcançar resultados diferentes também precisa de mudar alguma coisa nele. Referiu não ser pessoa de fazer elogios mas se fosse necessário elogiar o filho para que ele percebesse que gostava do seu comportamento iria fazê-lo mais frequentemente.

Foi uma sessão inicialmente difícil pois propor alterações no comportamento dos outros pode ser arriscado pela fraca adesão. Felizmente correu bem e os próprios familiares reconheceram que deveria haver mais sessões semelhantes. As questões colocadas foram pertinentes e o respeito e comportamento em grupo adequados. Por este motivo penso que este tipo de sessões com defenide Grácio devem ser incluídas neste tipo de Programa pois aumentam a capacidade da família não só na resolução de problemas mas na comunicação assertiva.

Apêndice 13 - Folha de Registo de Enfermagem do Projeto de Visitação
Domiciliária: sugestão de melhoria dos cuidados

Etiqueta de identificação do utente

Pessoa de Referência /
 contato _____
 Médico/Psiquiatra

Antecedentes Pessoais
Projeto de Vida
Projeto Terapêutico
Medicação

Consultas/ Data	Orientação Terapêutica

<u>Dimensões</u>	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Aspecto, Atitude e Atividade	-		-	
Humor e Afeto				
Discurso e linguagem				
Alterações do Pensamento				
Sensopercepção				
Estado cognitivo				
Insight e juízo crítico Capacidade de tomar decisões				
Autonomia nas AVD's				
Condições habitacionais				
Adesão à terapêutica				

Estratégias/Orientação				
Encaminhamento				

<u>Dimensões</u>	___/___/___ -	___/___/___	___/___/___ -	___/___/___
Aspecto, Atitude e Atividade				
Humor e Afeto				
Discurso e linguagem				
Alterações do Pensamento				
Sensopercepção				
Estado cognitivo				
Insight e juízo crítico Capacidade de tomar decisões				
Autonomia nas AVD's				
Condições habitacionais				
Adesão à terapêutica				
Estratégias/Orientação				
Encaminhamento				