



Vânia Lúcia Domingues
Martins

Intervenções de Enfermagem na Reabilitação Psicossocial da Pessoa com Doença Mental Grave.

Relatório do Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizada sob a orientação científica do Professor Lino Ramos.

Dezembro 2013

Agradeço ao Professor Lino Ramos pela forma como, pacientemente demonstrou a sua aceitação e tolerância durante este longo período.

À Enfermeira Chefe Fernanda Escalda pelo espaço de liberdade que me concedeu.

Aos colegas Luís Godinho e Margarida Tomás pela partilha e pela presença.

À Terapeuta Ocupacional Ana Coelho que me acompanhou nos primeiros passos.

À Ana Cardoso que ainda antes do todo o começo deste percurso foi fundamental na escolha da minha “direção”.

Um reconhecimento especial para o meu marido Paulo que me acompanhou e me substituiu mesmo quando não lho consegui pedir. Aos meus filhos Duarte e Laura, que aceitaram a compreenderam que a mãe ainda vai à escola. À minha mãe e irmã, sem as quais a coragem não teria chegado.

“À medida que um indivíduo se torna capaz de assumir a sua própria experiência,
caminha em direção à aceitação da experiência dos outros”

Carl Rogers

RESUMO

O internamento não programado na pessoa com diagnóstico médico de esquizofrenia é hoje objeto de atenção por parte do Alto Comissariado da Saúde e consta no Plano Nacional de Saúde Mental 2011-2016 como parte de um conjunto de indicadores de qualidade. As intervenções desenvolvidas nesta área poderão ser passíveis de apresentar ganhos em saúde para a pessoa com doença mental grave.

Estudos revelam que as intervenções psicossociais podem ter um papel determinante ao nível dos fatores relacionados com a recaída na esquizofrenia, pelo que anunciam uma necessidade crescente de se desenvolverem intervenções comunitárias na área da reabilitação psicossocial que envolvam a reintegração familiar e socioprofissional, o grau de autonomia e a melhoria da qualidade de vida.

A reabilitação psicossocial apresenta-se assim como uma área de atuação emergente nos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Deve constituir-se enquanto um processo contínuo e por isso, deve ser integrado em projetos de reabilitação individualizados que resultem da conjugação de diversas técnicas terapêuticas que atuem de forma combinada enquanto grupo de intervenções específicas.

A metodologia utilizada neste trabalho foi a metodologia de projeto. Foi efetuado o diagnóstico das necessidades de intervenção ao nível da reabilitação psicossocial da pessoa com diagnóstico médico de esquizofrenia através do recurso ao Inquérito de Avaliação de Necessidades Camberwell (CAN-R2.0) – versão adaptada e parcialmente validada para a população Portuguesa. As áreas de intervenção identificadas, sensíveis aos cuidados de enfermagem foram as “Necessidades em termos de serviços”, em particular as necessidades ao nível da “Informação acerca da doença e tratamento”. Foram planeadas intervenções de enfermagem, com recurso à implementação do modelo de “Gestão de Cuidados Integrados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave” (CIR). A avaliação deste trabalho contemplou o primeiro módulo do projeto “GARE” e permitiu concluir que as intervenções realizadas tiveram sucesso ao nível dos seguintes objetivos: “Ajudar a pessoa a estabelecer objetivos pessoalmente significativos nos quais se empenhe,

no sentido da recuperação” e “promover educação sobre doença mental em particular a esquizofrenia e estratégias de tratamento”.

Palavras-chave: Reabilitação psicossocial, Esquizofrenia, Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, Metodologia de Projeto.

ABSTRACT

The un-programmed hospitalisation of a person clinically diagnosed with schizophrenia is now being looked at by the Portuguese High Commissioner for Health and is already included in the 2011-2016 National Mental Health Plan, as part of a series of quality indicators. The interventions carried out in this area may bring gains to the person with a serious mental disorder.

Studies show that psycho-social interventions may play a determining role regarding the factors related to relapses in schizophrenia, and so there is a growing need to develop community intervention in the area of psycho-social rehabilitation, involving family and socio-professional re-integration, the degree of autonomy and an improvement in the quality of life.

Psycho-social rehabilitation is, therefore, an emerging area of activity in specialised Mental and Psychiatric Nursing. It must be an ongoing process and, as such, must be included in individualised rehabilitation projects, resulting from the combination of a variety of therapeutic techniques, which act together as a group of specific interventions.

The methodology used in this work was the project methodology. A diagnosis was made of the intervention needs regarding the psycho-social rehabilitation of the person diagnosed with schizophrenia, by using the Camberwell Assessment of Need (CAN-R2.0) – an adapted version, partially validated for the Portuguese population. The identified areas of intervention susceptible to nursing care were the “Needs in terms of service”, in particular the needs regarding “Information about the disease and its treatment”. Nursing interventions were planned, by implementing the model “Integrated Care Management for the Recovery of the Patient with a Serious Mental Disorder” (CIR). When assessing this work the first module of the “GARE” project was considered which gave rise to the conclusion that the interventions carried out were successful with regard to the following objectives: “to help the person to establish personally significant objectives, to which he or she is committed, in order to recover” and “to promote education about mental health, especially schizophrenia and treatment strategies”.

Key words: Psycho-social rehabilitation, Schizophrenia, Mental and Psychiatric Nursing, Project Methodology.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CAN – Camberwel Assessment Needs

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIR – Cuidados Integrados e Recuperação

EAAG - Escala de Avaliação de Autoeficácia Geral

GARE – Grupo de Acompanhamento e Recuperação em Esquizofrenia

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínicas

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1 A reabilitação psicossocial na doença mental grave	19
1.2 Contextualização histórica	24
1.3 Contributos do modelo teórico de Hildegard Peplau na compreensão do processo de cuidar da pessoa com doença mental	32
PARTE II – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	40
2.1 O Diagnóstico de Situação	41
Estratégias e Atividades	42
Análise e Discussão dos Resultados	46
2.2 Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço	52
Projeto “GARE”	52
2.3 Execução	60
Acerca das Sessões	63
Acerca do Módulo 1 – Estratégias de Recuperação	65
2.4 Implementação da Intervenção	68
2.5 Avaliação	74
Avaliação Intermédia	75
Avaliação Final	79
PARTE III – COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	82
CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
APÊNDICES	106

APÊNDICE I	107
Artigo	107

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA I-----	64
---------------	----

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO Nº 1 - Síntese de definições de recuperação-----	76
---	----

QUADRO Nº 2 - Síntese de problemas e objetivos-----	77
---	----

QUADRO Nº 3 - Síntese de respostas ao questionário de avaliação-----	78
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 1 - Níveis de autoeficácia obtidos na aplicação da escala EAAG-----	80
--	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, decorreu a Unidade Curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que contempla a operacionalização do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS).

Paralelamente decorre a elaboração, desenvolvimento e avaliação do Projeto de Aprendizagens Clínicas (PAC) com a finalidade de que ambos confluem para a produção de aprendizagens que conduzam à aquisição de competências de Mestre e Especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica.

A metodologia de investigação subjacente para a produção do PIS é a Metodologia de Projeto que, aplicada aos cuidados de enfermagem se adequa ao processo de enfermagem, enquanto metodologia que envolve um conjunto de instrumentos que visam a resolução ou minimização dos problemas identificados. Possibilita desta forma a aprendizagem de gestão das melhores estratégias, realização de estudos e a coordenação de esforços de vários intervenientes e em variadas áreas (1).

Nesta linha metodológica, em que o ponto de partida centrado na prática clínica permite identificar múltiplas questões e problemas no dia-a-dia, no trabalho que expomos apresentamos questões que partem da ação, revêem-se nela e por isso podem ser perspectivadas como o início da concretização de uma investigação ou, neste caso de um projeto.

A temática sobre a qual nos propomos a trabalhar ao longo deste percurso diz respeito ao reinternamento não programado da pessoa com diagnóstico médico de esquizofrenia, procurando contribuir com intervenções de enfermagem na reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental grave e implementação do modelo de gestão de Cuidados Integrados e Recuperação (CIR) a um grupo de utentes a frequentar a consulta de ambulatório.

O novo paradigma de cuidados em saúde mental, preconiza, a desinstitucionalização do doente, assente no tratamento em ambulatório, unidades de internamento nos hospitais gerais, unidades de dia e estruturas residenciais na comunidade (2). Esta é assim uma prestação de cuidados baseada na comunidade que, desde os últimos trinta anos se tem desenvolvido nos países ocidentais industrializados e se contrapõe à visão mais tradicional dos hospitais psiquiátricos.

Em Portugal é atualmente e a nosso ver, uma transição lenta e que, ainda objeto de controvérsia, carece de desenvolvimento de estruturas de cuidados na comunidade mais organizadas e alternativas à resposta hospitalar, que efetivem os tão desejados benefícios para o doente.

Surge deste anseio profissional e pessoal, o desejo de contribuir com a elaboração deste trabalho que, pretende relatar face aos objetivos de estágio traçados, as atividades desenvolvidas para a implementação de um projeto de intervenção em serviço na área da reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental grave.

O projeto em causa incide no desenvolvimento/realização de intervenções de enfermagem especializadas em saúde mental, à pessoa, grupo e comunidade no âmbito dos cuidados de saúde mental. Pela convicção da importância que estas representam para a promoção da qualidade de vida, prevenção de complicações e reintegração do indivíduo na sociedade, numa perspetiva reabilitativa.

O desenvolvimento do PIS e do PAC ocorreu nos dois estágios em contexto clínico de prestação de cuidados contemplados no plano de estudos, sendo que o local nos remete para a consulta de psiquiatria de um departamento de psiquiatria e saúde mental de um hospital do país.

O presente relatório tem como objetivos:

- Apresentar os contributos teóricos e conceptuais que fundamentaram as intervenções especializadas de enfermagem;
- Descrever analisando nas suas fases metodológicas o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS): “Projeto – GARE”;

- Analisar reflexivamente o percurso efetuado no PAC visando os contributos obtidos no âmbito das competências do enfermeiro mestre e especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica;

Este relatório de trabalho projeto encontra-se repartido em três partes, seguidas de conclusão e referências bibliográficas.

Na primeira, correspondente ao enquadramento teórico que, pretende constituir-se como o quadro de referência que dirige a nossa prestação de cuidados, constam os caminhos reflexivos e a análise concetual que percorremos ao longo deste percurso. Aqui, optamos por manter em cada teórica de enfermagem que referimos, aquele que é o uso próprio do autor, no que se refere às denominações paciente/doente/cliente. Nesta parte é privilegiada a análise dos contributos que a teoria da relação interpessoal de Hildegard Peplau teve para o nosso percurso de aprendizagem.

Na segunda parte reservada ao projeto de intervenção em serviço, percorremos as respetivas fases da metodologia de projeto, com a descrição das estratégias e apresentação das atividades realizadas, que culminaram na elaboração diagnóstico de situação. É ainda efetuada a descrição, análise e avaliação do planeamento e execução da solução proposta por nós, o “*Projeto – GARE*”.

Na terceira parte, é dado espaço à análise reflexiva tendo em conta os contributos do projeto de aprendizagens clínicas no caminho percorrido e no que está ainda por percorrer ao nível da aquisição e mobilização de aprendizagens no âmbito das competências específicas do Enfermeiro Mestre e Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

As referências bibliográficas apresentadas baseiam-se na Norma Portuguesa- NP 405 - 1, com citações numéricas, aplicável a este tipo de trabalhos.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No contexto atual da prática de cuidados, confrontados com as múltiplas mudanças do sistema de saúde, deparamo-nos com as mais diversas dificuldades que, para muitos, podem constituir-se como meramente resultantes de fatores económico-financeiros e até políticos. No entanto, aceitarmos que o cuidar em enfermagem é prisioneiro dessas considerações é, em nossa opinião, não mais do que uma estimação conformista e submissa.

O desafio permanente da nossa prática encontra-se no *sentido* que nos orienta para a mesma, no lugar que deixamos à pessoa, a que presta o cuidado e o sujeito dele. Como afirma Hesbeen (3) “O lugar deixado ao sujeito, logo, à sua palavra, pode ser de tal modo diminuto que o que sobressai é apenas o frenesim do “fazer”, ficando ocultas a humanidade e a sensibilidade das próprias pessoas que fazem o que há a fazer, ou as das que são suas destinatárias” (p.5). Trata-se de uma preocupação com um agir sensato, preocupado com a pessoa, focalizando o relacionamento entre os dois intervenientes como fator de crescimento e aprendizagem mútua e como estruturante dos cuidados de enfermagem. Sugere-se uma interação dinâmica entre os intervenientes do processo de cuidados numa relação entre a pessoa do enfermeiro/que ajuda e pessoa do utente/ajudada à qual se refere Lopes (4) “A relação exprime-se no reconhecimento do outro como pessoa total e manifesta-se através de certas atitudes do interveniente”(p.26).

Encontramos, no contexto em que prestamos cuidados, um espaço privilegiado para a prática de cuidados especializados de enfermagem. É nele que se concretiza o projeto de intervenção em serviço, onde lançamos um olhar atento à área de cuidados em reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental grave.

A identificação deste espaço de cuidados como emergente, relaciona-se com o fato de concordarmos com o papel primordial que as grandes instituições devem ter, numa prática de cuidados que se pretende integral e abrangente, sendo a reabilitação psicossocial uma das áreas privilegiadas na intervenção dos enfermeiros.

De fato, na demanda da excelência dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, a Ordem dos Enfermeiros (5) determina como um dos elementos

importantes a “[...] conceção e desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental grave ou de evolução prolongada, nas equipas técnicas que integra” (p.10).

A reabilitação psicossocial, definida pela Organização Mundial de Saúde, é “Um processo que oferece aos indivíduos que estão, debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais” (6) (p.13).

Cordo (6) sublinha ainda os objetivos que deverão constar nos projetos de reabilitação de pessoas com doença mental, resumindo-os: “Fornecer, ao indivíduo, estratégias que lhe permitam enfrentar o seu meio, em vez de sucumbir a ele; Procurar a saúde, em vez de intervir diretamente e apenas ao nível da redução dos sintomas; Melhorar o desempenho do indivíduo (em geral), apesar das suas capacidades residuais” (p.49).

Da mesma forma, a Ordem dos Enfermeiros determina que as intervenções especializadas em saúde mental desenvolvem-se através da “promoção do potencial de saúde mental do cliente através da otimização das respostas humanas aos processos de transição [...]” e “da promoção do desenvolvimento integral do cliente e a possível recuperação, capacitando-o para conquista de autonomia e funcionalidade, visando o alcance do equilíbrio e bem-estar [...]” (5) (p.10).

Este é em derradeira análise o pressuposto mais obvio da reabilitação em si, como referem Stuart e Laraia, enquanto “[...]um processo que consiste em ajudar para que a pessoa volte ao mais alto nível de funcionamento” (7) (p.275). Através de uma “[...] abordagem centrada na pessoa e de pessoa para pessoa” (p.275).

As mesmas autoras referem-se ainda ao trabalho conjunto que deverão fazer enfermeiros e utentes para que a intervenção de reabilitação da enfermagem se fundamente no desenvolvimento da independência, centralizando-se na maximização dos pontos fortes e talentos. Defendem ainda que tais intervenções deverão centrar-se em desenvolver os talentos e potencialidades, aprender habilidades para a vida e obter acesso a apoios ambientais (7).

Assim também o observa Margarida Cordo (6), quando afirma que “[...] cabe ao reabilitador acreditar no potencial de todos os indivíduos para a saúde e não no seu irremediável estado de doença” (p.48).

O conceito de saúde mental é assim introduzido enquanto componente indissociável da saúde geral, correspondendo a um “[...] estado de bem-estar em que a pessoa aprecia a vida, realiza as suas capacidades, enfrenta o stress normal da vida, trabalha eficazmente e contribui para a comunidade em que se insere” (5) (p.18).

Ao longo deste trabalho temos em consideração a pessoa com doença mental grave pois é aquela que, sendo portadora de uma doença psiquiátrica, vê pelas características e evolução do seu quadro clínico, afetada de forma prolongada ou contínua a sua funcionalidade (8).

Quando, enquanto enfermeiros, nos centramos em bases conceptuais que colocam a pessoa com doença mental grave no centro de todo o nosso agir, mas acima de tudo no papel principal de toda a *ação* do projeto terapêutico, queremos vê-la como participante ativa do mesmo e não apenas como a pessoa que é “ajudada”. Neste sentido, debruçamo-nos na análise do conceito de Recuperação por vezes identificado como *Recovery (recuperação pessoal)*. Este sim, centralizado na pessoa e no desenvolvimento do seu máximo potencial em que “A ideia central baseia-se no pressuposto de que existe vida para além da doença mental e que essa vida pode ter qualidade. Privilegiando o reforço da auto-estima, da identidade e da recuperação dos diferentes papéis sociais, mas partindo do próprio indivíduo que determina o seu próprio destino com base naquilo que considera fundamental para si” (8) (p.5).

O *Recovery* traz a nosso ver, uma conotação de maior otimismo para com a doença mental, pois na forma como o define a Ordem dos Enfermeiros (9) “É uma forma de viver uma vida com satisfação, de esperança e de contribuição [...] envolve o desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida assente no conhecimento e aceitação da doença mental” (p.17).

Neste ponto, encontramos uma aproximação ao lugar anteriormente atribuído à pessoa, enquanto participante ativa no seu processo de recuperação pessoal e no respeito pelo outro, obtido através do seu empoderamento (*empowerment*). Se por um lado temos como ponto de partida o exercício da liberdade de escolha e da responsabilidade do outro

na sua tomada de decisão, por outro está implícita a crença de que ele tem capacidade para atingir o seu bem-estar e na promoção da sua saúde (8). É neste sentido que se enquadra neste trabalho a noção de *empowerment*, como o “[...] processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde” (9) (p.14).

Também este é um campo de ação dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ou seja, “[...] a conceção de 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” (9) (p.10).

No decurso das intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, as técnicas psicoeducativas tomam a nosso ver, lugar de destaque, com resultados conhecidos quando desenvolvidas em programas de reabilitação psicossocial. A psicoeducação, enquanto forma específica de educação surge como parte integrante de um plano global de tratamento. Apresenta-se então como uma maneira de aumentar a compreensão acerca da doença mental e de aprender estratégias para lidar com a mesma. Toma especial relevo quando, segundo a Ordem do Enfermeiros “[...] o conhecimento de uma doença é crucial para os indivíduos e sua rede de apoio poderem ser capazes de conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença” (5) (p.16).

A psicoeducação na reabilitação psiquiátrica é defendida por Stuart e Laraia como “uma abordagem que incentiva o processo de reabilitação, ensinado ao paciente e à sua família, fatos sobre a doença mental e as habilidades de enfrentamento que serão úteis para uma vida bem-sucedida na comunidade” (7) (p.286).

Também a Ordem do Enfermeiros (9) determina como elementos importantes nos cuidados especializados em saúde mental a “Utilização de técnicas psicoeducativas, psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas do cliente à sua condição de saúde mental” (p. 10), 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” (p.10).

1.1 A reabilitação psicossocial na doença mental grave

A necessidade de se desenvolverem intervenções de enfermagem personalizadas e especializadas coloca-nos perante uma multiplicidade de opções e campos de ação, que desde já reconhecemos estarem relacionados com o aumento do conhecimento sobre a doença, desenvolvimento de redes de suporte, estratégias relacionadas com os problemas de desinstitucionalização, deteção precoce de situação de descompensação/recaída e adesão ao tratamento.

Ao longo de todo o percurso que efetuámos de pesquisa bibliográfica, percorremos vários autores cujas intervenções e trabalhos efetuados na área da reabilitação psicossocial mostram efetividade. Torna-se por isso necessária a identificação dos aspetos determinantes dos programas de reabilitação existentes e os conteúdos das diversas intervenções realizadas contribuindo para que os mesmos vão ao encontro dos interesses e necessidades dos utentes.

Dentro da temática da readmissão de doentes nos serviços de psiquiatria, aquele que comumente chamamos de fenómeno “porta-giratória”, vários são os estudos que se investigam e procuram compreender os fatores a ela associados e sua compreensão (10) (11) (12).

Um estudo (10) para caracterização de readmissões num hospital psiquiátrico português, resultado de uma análise de 21 meses foi publicado em 2008, constituindo-se como um dos poucos trabalhos de investigação nesta área no nosso país. Os autores, que assinalam os fatores relacionados com o reinternamento como uma das áreas chave de intervenção, registaram uma taxa de reinternamento de 39,6%, considerando-a similar aos outros países da Europa, onde os valores também se encontram perto dos 40%, após um ano e 50% após dois anos. A análise das varáveis demográficas permitiu-lhes verificar uma baixa integração social destes doentes, com uma probabilidade mais baixa de estarem num relacionamento significativo e o facto de serem maioritariamente desempregados. Acrescenta-se que estes são fatores que podem estar relacionados com a doença, mas que por si só também podem contribuir para a recaída, considerando que aqui as intervenções psicossociais poderão ter um papel importante.

Da mesma forma encontraram também associação entre as maiores taxas de reinternamento e dois subgrupos estudados com os diagnósticos de perturbação da personalidade e esquizofrenia, respetivamente. Enfatizam que as sucessivas descompensações na esquizofrenia podem conduzir a um elevado número de défices funcionais. É ainda sugerido neste estudo um conjunto de intervenções que poderão contribuir para a prevenção da recaída, como as intervenções comunitárias, visitação domiciliária e intervenções psicoterapêuticas específicas. Ainda se referem àquelas que consideram ser, intervenções com função paliativa, como as que reduzem o *burnout* da família (10).

Um outro estudo português realizado no Hospital Fernando da Fonseca que pretendia caracterizar os primeiros surtos psicóticos e a sua reavaliação após oito anos, encontrou como principais resultados um elevado número de abandono da consulta (apenas permanecendo 20% dos doentes em seguimento após oito anos); um elevado consumo de substâncias em 48% dos doentes; um elevado número de reinternamentos (52% tiveram novos internamentos e 28 % mais do que um segundo internamento) e um discreto agravamento da situação sócio-profissional; sendo que no final do período em estudo cerca de 20% dos doentes vieram a evoluir para diagnóstico médico de esquizofrenia.

Os autores alertam para a necessidade de desenvolver estratégias de prevenção secundária que promovam uma maior adesão a um projeto terapêutico. O estudo em questão dá ênfase à adesão ao projeto terapêutico e ao elevado consumo de substâncias como sendo um dos fatores associados a má adesão e má resposta terapêutica, abandono de consulta e aumento do risco de admissão hospitalar. Neste contexto os autores fazem algumas recomendações como: monitorização dos doentes ao longo do seu percurso clínico sobretudo em fases críticas (por exemplo da primeira à terceira consultas pós internamento); desenvolvimento de estratégias de “outreaching”¹ nos doentes em “drop-out”² e estratégias que favoreçam a adesão ao projeto terapêutico (manutenção da relação terapêutica com o doente psicótico; envolvimento da estrutura familiar e educação para a doença) (12).

Mais estudos foram tidos em conta na nossa pesquisa bibliográfica sendo que em alguns foram equacionados os custos associados em saúde. A esquizofrenia é considerada

¹ de *outreach*: chegar a, alcançar.

² de *drop*: abandonar.

como uma das maiores fontes de despesa nos países desenvolvidos, atingido cerca de 1,9% do total do orçamento para a saúde nos países Europeus e 2,5% nos Estados Unidos (11) (13). O custo anual estimado nos Estados Unidos para admissões hospitalares de curto prazo para recaídas em esquizofrenia é de 2,3 bilhões de dólares e o custo de readmissões de 2 bilhões (13).

Outros trabalhos ainda, debruçam-se sobre a influência de intervenções nas áreas de adesão ao projeto terapêutico, contemplando-se nalguns deles, apenas o tratamento farmacológico e não outro tipo de intervenções, como as psicoeducativas.

Estudos de revisão tratam o impacto da adesão parcial ao regime terapêutico, considerando que a total adesão é pouco comum na esquizofrenia, acontecendo em apenas um terço dos doentes. Fazem referência a estudos que relatam que cerca de 40% dos doentes tratados com antipsicótico convencional, para de tomar a sua medicação em um ano e noutros casos a descontinuação chega a 50-75% nos dois anos após alta hospitalar (13) (14) citando Young et al e Oehl et al.

Relativamente aos fatores de risco associados à não adesão os autores referem-se a Karow et al, agrupando-os por variáveis relativas ao paciente (demográficas, atitude para com o tratamento e a doença, nível de “insight”, medo de ser internado); à própria doença (manutenção de sintomas psicóticos, maior desorganização, hostilidade e desconfiança, exacerbado com o consumo de álcool e drogas); ao tratamento (efeitos secundários, via de administração e complexidade da toma); aos profissionais de saúde (uma aliança terapêutica positiva facilita a adesão e vice versa) e ao ambiente (suporte social, familiar e questões financeiras) (13).

Considerações acerca da não adesão levam ainda a concluir que esta é uma das áreas passíveis de intervenção que mais poderá contribuir para a prevenção da recaída e por conseguinte do reinternamento. As taxas de hospitalização são mais elevadas para os doentes cuja adesão é inferior a 70% do que os que revelam melhor adesão, 23% versus 13,8%. A falha de cobertura medicamentosa de 1 a 10 dias agrava o risco de internamento para o dobro (14).

Têm-se ainda em conta condicionantes como a toma de antipsicóticos de longa duração (o usual *depot*) sendo que menos de 2% destes doentes descontinuaram a toma de terapêutica e no período de um ano apenas 18% foram readmitidos no hospital (14). É

também aqui salientada a importância do estabelecimento de uma forte aliança terapêutica, referindo-se a um estudo de *Weiss, et al* em que a não adesão após episódio de internamento grave foi relacionado com alianças terapêuticas fracas bem como a recusa das famílias em se envolverem no processo terapêutico e, por outro lado, a presença de uma efetivamente positiva aliança terapêutica, facilitou a transição dos doentes para o que os autores determinaram como um “estado de aderente”.

Um trabalho levado a cabo por Aguglia, et al (15) , acerca de intervenções psicoeducacionais e a prevenção de recaídas alerta para que este tipo de intervenções pode facilitar os doentes com esquizofrenia a adquirir as capacidades necessárias para efetuar a manutenção adequada do seu tratamento medicamentoso. O autor compila o resultado de estudos iniciados nos anos oitenta que confirmam que o uso de psicoeducação combinado com a terapêutica antipsicótica de longa duração apropriada, pode reduzir a percentagem de recaída comparativamente com o tratamento tradicional com intervenção psicossocial, de 54% para 27%. Neste estudo, o autor procura estabelecer a relação entre a combinação da toma de terapêutica de longa duração e a intervenção psicoeducacional, sendo que os resultados obtidos demonstraram a melhoria na maioria dos parâmetros clínicos, qualidade de vida, adesão ao tratamento, redução de recaídas e do número de hospitalizações.

A pessoa com esquizofrenia constitui uma parcela importante das taxas de ocupação dos serviços de psiquiatria do país, inclusive no serviço onde presto cuidados. No entanto existe alguma escassez de resultados relativamente à sua representatividade a nível nacional, bem como da efetividade das várias intervenções no que se refere aos ganhos em saúde.

Portugal esteve envolvido num estudo de avaliação de necessidades efetuado por Xavier, et al (16) que demonstrou a existência de uma cobertura clínica (relacionada com cuidados médicos e intervenções psicofarmacológicas) semelhante à dos países europeus, detetando no entanto uma maior percentagem de necessidades “não cobertas” nas áreas de intervenção psicossocial, como a reabilitação.

Reconhecendo-se que a doença traz consequências múltiplas e complexas, não apenas para o doente mas para a sociedade em geral, as quais se enquadram numa lógica de necessidades de cuidados, a compreensão da dimensão das mesmas é feita no estudo referido, pela “assunção de uma lógica de cuidados (mais lata) em alternativa a uma lógica

de tratamentos (mais estrita)” (2) (p. 6). Aqui, o “doente padrão” correspondeu a um indivíduo do sexo masculino, sem filhos, desempregado, dependente da família ou de pensão social e cujo alojamento acontece junto às famílias de origem (característica encontrada maioritariamente nos países do sul da Europa, onde a família continua a ser a rede de suporte mais importante nestes doentes).

Em Portugal foram ainda encontrados mais problemas nas áreas clínica e social em relação à média, onde apesar disto as respostas às necessidades de cuidados na área clínica foram relativamente satisfatórias. No que se refere à área psicossocial, verificou-se também uma maior proporção de problemas detetados que incidiram nas áreas *ocupação/perícias laborais, resolução de assuntos pessoais, tarefas domésticas básicas e gestão do dinheiro*, verificando-se uma menor efetividade de resposta nesta área de cuidados.

Os autores concluem que, enquanto existem poucas diferenças quando à efetividade de respostas na área clínica, no que se refere à efetividade na área psicossocial (que depende de programas estruturados de reabilitação), Portugal encontra-se nos países com resultados inferiores (2).

Gago (17) investiga através da realização de um estudo exploratório de avaliação de necessidades em reabilitação psicossocial sobre se, existem diferenças entre as necessidades referidas pelos técnicos e as referidas pelos doentes e se a ajuda que os doentes recebem dos serviços é diferente da ajuda que necessitam. Aqui salienta-se a necessidade de o desenvolvimento de intervenções comunitárias na área da reabilitação psicossocial implicarem outras dimensões envolvidas na reintegração familiar e sócio-profissional, no grau de autonomia e na melhoria da qualidade de vida. Através da avaliação “mais centrada no utente e não meramente nas necessidades dos serviços” sendo que, para isso “Não basta saber quando o doente com patologia psiquiátrica está em crise ou quantas vezes recorre aos serviços” (p. 11).

Do estudo concluiu-se que, foram identificadas com maior frequência pelos utentes as seguintes áreas de necessidades sem resposta: benefícios sociais, relações íntimas, informação sobre a doença e tratamento, contactos sociais e necessidades relativas ao relacionamento sexual. Encontrando-se em comum com as identificações dos técnicos as áreas de necessidades sociais e relações humanas, ao passo que os sintomas psicóticos

foram a área de necessidades sem resposta identificada com maior frequência pelos técnicos.

Quando analisadas individualmente as respostas, verifica-se que existem diferenças entre o número total médio de necessidades identificadas pelos técnicos e pelos doentes, confirmando-se a hipótese do investigador de que existem diferenças na percepção e identificação do número de necessidades individuais.

Ainda se concluiu que existem diferenças entre o ponto de vista dos técnicos e dos utentes relativamente à ajuda que o utente *necessita*, embora o mesmo não se verifique ao nível da ajuda que o utente *recebe*. O autor remete-nos ainda para outro aspeto que se relaciona com o facto de os utentes terem identificado com frequência (ainda que estando total ou parcialmente cobertas), as áreas de sofrimento psicológico, atividades diárias, sintomas psicóticos, alimentação e as tarefas domésticas básicas bem como a falta de informação sobre a doença e tratamento. Este conhecimento permite por isso adequar as intervenções e o autor considera recomendável o desenvolvimento de programas educativos específicos, a dinamização de grupos de auto-ajuda e um maior esclarecimento pelos técnicos.

O trabalho desenvolvido por estes autores, confirma também para nós a importância da avaliação de necessidades de cuidados nos doentes pois, reconhecendo os problemas que podem afetar a pessoa com esquizofrenia, torna-se possível planear intervenções direcionadas à resolução/minimização dos mesmos e desta forma, responder às necessidades dos utentes dos serviços de saúde.

1.2 Contextualização histórica

A pertinência de uma compreensão histórica da temática surge pela importância que a mesma tem na compreensão do contexto atual de prestação de cuidados.

Ao ouvirmos expressões como “louco” ou “alienado”, por vezes não compreendemos a carga de significados que a elas está associado. A “louco”, se refere “*quem ou que perdeu a razão; quem ou que apresenta distúrbios mentais*”, sinónimo de alienado, demente, doido, maluco, entre outros. As noções de loucura foram mudando ao

longo dos tempos, desde Homero que lhes atribui a visão de “homens que não passariam de bonecos à mercê dos deuses”, que criavam “aparência de estar possuído”, o que os gregos chamaram “*mania*”. Até Sócrates com os seus quatro tipos de loucura (profética, ritual, amorosa e poética) (18).

Alvo de perseguições, a doença desde cedo foi temida pela sociedade e em Portugal o tratamento da loucura remonta a 1539 com os primeiros registos da presença de “alienados” no Hospital Real de Todos-os-Santos. A estes indivíduos eram associadas condutas de marginalidade e a assistência aos necessitados partia essencialmente de estruturas religiosas, sendo pela figura de Jesus de Nazareno que se introduz o reconhecimento da necessidade de assistência diferenciada para aqueles que sofriam de perturbações mentais (19).

O doente mental veio ocupar o lugar do louco enquanto marca do desvio, da exclusão, segundo Foucault (1987) citado em (20). A institucionalização colocava-se até então mais como resposta aos atos de marginalidade do que ao tratamento do indivíduo.

O fenómeno do internamento em alternativa à reclusão e institucionalização surge mais tarde, por altura do século XIX, com a posterior consequência da segregação e repressão do doente mental que foi associada ao aparecimento do manicómio como se refere Sequeira (19) ao citar Pereira (1986) “O manicómio foi concebido de maneira a responder com eficácia a uma necessidade...libertar o organismo social daquele que era considerado um poderoso obstáculo ao progresso da civilização, isto é, o louco” (p.27).

A situação da assistência aos alienados foi objeto de estudo de António Maria de Sena, aquele que foi considerado o pai da psiquiatria científica em Portugal. É a partir do seu trabalho que se inicia a consciencialização das causas e consequências sociais associados à doença mental e a construção da primeira lei da assistência psiquiátrica em 1848.

Marca portanto, o século XIX, uma altura em que estava em curso um movimento alargado para melhorar a situação dos doentes mentais e determinar a sua cura, através de um novo estilo de manicómio, sendo no final deste século que se atribui à loucura o estatuto de doença mental e à medicina a função de a tratar (19) (20).

Por sua vez, o início do século XX traz um dos primeiros movimentos de transformação do asilo, iniciado na Alemanha onde se intensifica a socialização do doente ao propor a atividade laboral como um meio terapêutico e promovendo a participação dos doentes na sua própria melhoria através da sua inserção num grupo de trabalho e de produção.

Em Portugal foi dado um novo impulso à reforma da assistência psiquiátrica com a publicação no ano de 1945, da Lei nº 2006. Este período correspondeu à criação de grandes hospitais psiquiátricos o que desencadeia a “[...] institucionalização da assistência médica psiquiátrica em relação com os grandes avanços científicos ao nível do conhecimento sobre doenças mentais e do seu tratamento” (20) (p.58).

No princípio dos anos 60, as recomendações internacionais exigiam a alteração da filosofia assistencial que até então tinha dominado e a publicação de várias obras particularmente influentes, lançou um movimento de contestação aos fundamentos e práticas psiquiátricas vigentes. Designada por “antipsiquiatria” (21) (22), esta corrente propõe uma outra explicação para a doença mental, expondo-a como um fenómeno social.

Esta nova direção no pensamento da psiquiatria tem como base fatores como os avanços psicofarmacêuticos que trazem a possibilidade de tratamento dos doentes sem necessidade de permanência no hospital. Iniciam-se aqui também, os primeiros passos da psiquiatria comunitária em que se desenvolvem novas correntes psicoterapêuticas que pretendiam libertar a loucura do “colete químico” e com elas, conseguir a reabilitação/reintegração social do doente (20).

Na compreensão deste fenómeno foi-nos particularmente marcante a leitura de um texto de Eduardo de Freitas (1972), pela abordagem reflexiva que lança sobre a temática da prática de cuidados psiquiátricos através de exercício de *olhar para trás*, um assunto que permanece, no entanto, tão atual. O autor faz referência ao carácter repressivo da *medicina mental*, expondo a experiência orientada por Franco Basaglia, cuja intervenção se baseia na verificação do facto de serem diferentes as consequências sobre a evolução da doença, consoante o tipo de abordagem que se estabelece com ela e por conseguinte o tipo de relação instaurada com o doente (22). A marcada oposição ao sistema psiquiátrico tradicional remete-nos para questões que ainda na atualidade, não parecem assim tão erradicadas dos nossos serviços de saúde.

Ora, na leitura do texto colocamo-nos perante aquilo que o autor chama de uma relação institucional, onde “[...] o poder do doente diminui na proporção em que aumenta o poder do médico” (p.213), alertando para uma ausência na reciprocidade de direitos e poderes. Aspectos como a exclusão, desresponsabilização e despersonalização do doente são atribuídos como resultado do funcionamento da psiquiatria que “[...] consegue perfeitamente a neutralização dos mesmos...consequência de uma exclusão social definida a priori”, num contexto em que “o sistema valia mais do que o objeto dos seus cuidados” (22) (p.214).

A sua visão de reconstrução do sistema psiquiátrico operacionalizava a “[...] possibilidade de estimular a capacidade de iniciativa do conjunto dos elementos que as constituem, a partir da criação de lugares de discussão e tomadas de decisão coletiva [...] são exemplo as assembleias-gerais quotidianas dos doentes de Gorizia” (p.215). Um processo descrito como de “dialeção” para a transformação das relações interpessoais que pretende tornar realidade a mudança da estrutura hospitalar através da participação do internado no movimento onde se exige a perceção clara do estatuto do mesmo (22).

Segundo o mesmo autor, o movimento de *antipsiquiatria* no qual se inscreve a experiência de Gorizia consegue assim chamar a atenção para o universo institucional, entendendo-se os hospitais psiquiátricos como reflexo de uma realidade social excludente e repressiva baseada num sistema de relações de força.

Em Portugal iniciam-se os princípios reformadores da política de assistência psiquiátrica com a criação da Lei de Saúde Mental de 1963 onde se identifica a tónica da prevenção para promoção da saúde mental, uma ação terapêutica na vertente do tratamento e uma “ação recuperadora” com a tónica na reabilitação e integração social (20).

Partindo da implementação de um conjunto de medidas alternativas ao internamento dos doentes em hospitais psiquiátricos, o movimento de desinstitucionalização conduz a uma prática de cuidados psiquiátricos baseada em programas comunitários.

As décadas de 70 e 80 marcam-se por sucessivas tentativas de legislar a aproximação da psiquiatria à comunidade, com a integração dos cuidados e algumas valências de saúde mental em centros de saúde. Sendo que, na realidade manteve-se um sistema de cuidados ambulatoriais maioritariamente assente nos hospitais.

Na década de 90 por sua vez, assiste-se a um período de grande contestação e contradições que foi marcado pelo confronto do poder médico-psiquiátrico e o poder político. A integração da saúde mental nos serviços de saúde geral é colocada em prática e gera controvérsia pelo que, para alguns representa o retrocesso, à institucionalização. A nova Lei nº 36/98 – Lei de Saúde Mental, é concretizada e pressupõe a necessidade de se criarem redes diversificadas de resposta articulada, hospitalização de doentes agudos nos hospitais gerais, criação de dispositivos facilitadores da reabilitação e desinstitucionalização dos doentes de evolução prolongada, envolvimento dos pacientes, famílias e outras entidades da comunidade nos cuidados de saúde mental (20).

De facto as reformas têm sido, a nosso ver, introduzidas de forma lenta e carecem de planeamento adequado nomeadamente nas estruturas comunitárias de apoio, sendo que o processo de integração na comunidade continua a acontecer maioritariamente pela “devolução” dos doentes às famílias. Quanto a nós, numa relação ainda marcada pela assimetria de poder, em que “o doente deixa de estar sob a responsabilidade do hospital e passa a responsabilidade da família, ambos sujeitos (o doente e o familiar) ao cumprimento das determinações médicas” (20) (p.63).

Compreendemos então que, no contexto atual, gostaríamos de encontrar uma enfermagem mais virada para a intervenção centrada na prevenção da doença mental, no tratamento e reintegração do indivíduo/família na comunidade contribuindo assim para uma melhoria global da qualidade de vida.

A gradual consciencialização, trazida pelos estudos epidemiológicos recentes que demonstram que, entre as principais causas de incapacidade e morbidade se encontram as perturbações psiquiátricas e problemas de saúde mental, alertam para o facto de se ter subestimando o peso de perturbações mentais tais como depressão, dependência do álcool e esquizofrenia. De facto, tendencialmente era tido em conta os índices de mortalidade, mas não o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença (23).

No entanto, segundo dados divulgados no Plano Nacional de Saúde Mental “O internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efetivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias” (23) (p.8).

Este documento alerta ainda para aspetos que marcam os nossos serviços de saúde mental, como a reduzida participação de utentes e família, escassa produção científica no sector da psiquiatria e saúde mental e a limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis bem como quase total ausência de programas de promoção/prevenção.

Neste sentido, encontramos aqui caminho para a justificação da pertinência do desenvolvimento de projetos como o que propomos neste trabalho. Projetos que vão ao encontro de princípios de envolvimento e participação do doente no planeamento e desenvolvimento dos serviços; que tomem em consideração as necessidades dos grupos especialmente vulneráveis e a criação de condições que fomentem a auto-determinação na procura de um caminho próprio por parte das pessoas com problemas de saúde mental (23).

A intervenção junto da pessoa com diagnóstico médico de esquizofrenia foi escolhida, não só por razões de natureza específica das suas necessidades, mas pelo facto de ser reconhecida por nós como uma área prioritária de intervenção. Existe ainda um vasto leque de desafios que as pessoas com esta perturbação colocam aos serviços, a nosso ver pela pouca preparação das instituições em atuar em determinadas áreas de intervenção terapêutica, como é o caso da reabilitação.

No que se refere à esquizofrenia existem múltiplas definições, dada a complexidade de sintomas e características da doença em si. Não pretendemos ser exaustivos na sua exposição no entanto, consideramos importante referir-nos a ela e ao que a caracteriza, de forma a enquadrar os aspetos relacionados com o desenvolvimento deste projeto e as intervenções de enfermagem a realizar.

Caracterizada por sintomatologia específica e alterações que afetam de forma transversal todas as áreas de funcionamento do indivíduo, compromete a sua qualidade de vida.

A esquizofrenia é uma doença mental caracterizada por desorganização dos diversos processos mentais. Cardoso (2002), refere que “[...] é o termo usado para designar um grupo de doenças cuja etiologia é desconhecida, apresentando sintomas mentais característicos que levam à fragmentação da personalidade” (24) (p.112).

A sintomatologia é complexa envolvendo áreas ligadas à forma e conteúdo do pensamento, à percepção, rendimento cognitivo, à afetividade e ao comportamento. São agrupados em sintomas positivos (delírios, alucinações, desorganização do pensamento), negativos (diminuição da vontade e da afetividade, o empobrecimento do pensamento e o isolamento social), cognitivos (dificuldade na atenção, concentração, compreensão e abstração) e afetivos (a depressão, a desesperança, e as ideias de tristeza, ruína e, inclusive, autodestrutivas) (25) (26).

A idade média de início do primeiro episódio psicótico de esquizofrenia situa-se na primeira metade da casa dos 20 anos para homens e final da casa dos 20 para as mulheres e a prevalência da esquizofrenia durante a vida geralmente é estimada entre 0,5 e 1%, sem distinção de raça, sexo ou classe social (26).

O carácter recorrente da doença, aumenta em cada crise a incapacidade crónica, necessitando frequentemente de hospitalização, pelo que necessita de acompanhamento, regra geral por tempo indeterminado, de forma a identificar a evolução da doença e prevenir a recaída.

Com efeito, os atuais avanços da psiquiatria contribuíram para a perda de significado de algumas políticas e movimentos (como os antipsiquiátricos) com uma visão romanceada e até incorreta da doença mental como refere Pedro Afonso (27). Oferecendo-se atualmente, segundo o autor “[...] uma melhor compreensão da doença e tratamentos mais eficazes [...] a par de uma visão humanista, mais voltada para a intervenção comunitária e de reabilitação, privilegiando a reinserção socioprofissional dos doentes psiquiátricos e a sua permanência junto da comunidade” (p. 18).

Consideramos assim a área da Reabilitação Psicossocial, como uma das prioritárias a intervir pelos enfermeiros, promovendo a reintegração na comunidade e a reinserção na vida diária da pessoa com diagnóstico médico de esquizofrenia, diminuindo assim o número de internamentos prolongados.

Este é um processo contínuo, baseado em projetos de reabilitação individualizados, visando a promoção da autonomia, realização pessoal e até intervenção nas incapacidades resultantes da própria doença, melhoria no desempenho dos papéis sociais e diminuição do número de recaídas (25).

Temos como ponto de partida a reflexão para a ação, a partir da qual têm início na prática diária os mais diversos questionamentos que se relacionam intimamente com a nossa preocupação pela pessoa e pelos outros envolvidos no contexto de cuidados. Inevitavelmente, a procura pela compreensão das problemáticas recorrentes, acontece em simultâneo com o desejo de nos sentirmos implicados no exercício de uma atividade profissional responsável que intervém baseada em princípios e metodologias argumentadas e referenciadas.

De facto, os aspetos associados ao internamento hospitalar do doente com esquizofrenia, são multifatoriais e complexos e isso está também presente numa primeira análise que efetuámos a vários autores.

Um trabalho de pesquisa de caracterização sociodemográfica realizado pelo serviço de psiquiatria-internamento de agudos do hospital onde decorre esta intervenção, revela que foram registados 117 internamentos correspondentes a pessoas com diagnóstico médico de esquizofrenia. Este diagnóstico representa a principal causa de internamentos neste serviço tanto no ano de 2009 como em 2011, representando 24,9% e 25% do total de internamentos.

Num trabalho idêntico realizado em 2011, determina-se que 19,7 % destes doentes são reinternados pelo menos mais uma vez durante aquele ano e comparativamente, foram reinternados apenas 11,5 % dos doentes a realizar terapêutica farmacológica de longa duração, sendo que se encontram a efetuar aquele tipo de terapêutica 42,7 % da totalidade de doentes internados ao longo do ano.

Esta é uma realidade que merece especial interesse pelos enfermeiros uma vez que se relaciona diretamente com a qualidade de vida e bem-estar físico, social, económico e mental do utente e suas famílias. São assim fatores que contribuem para a predição de mau prognóstico, incapacidade, resistência ao tratamento e que exigem elevado esforço socioeconómico.

Para a compreensão da temática em estudo, torna-se agora pertinente o formular da questão à qual pretendemos obter maior compreensão, indo ao encontro de Hesbeen para quem “[...] o trabalho consiste em empreender uma pesquisa para conseguir perceber com maior nitidez uma questão sobre a qual se interroga” (3) (p.127).

Propomo-nos assim a colocar como questão de partida: “*Quais as necessidades dos utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia no período de ambulatório?*” A qual iremos percorrer e trabalhar reconhecendo as suas múltiplas facetas, até mesmo à eventual necessidade de a reformular, transformando-a assim num precioso instrumento de crescimento para o exercício de funções. Esperamos que neste caminho surja, pouco a pouco, a compreensão da mesma, pois ainda segundo o autor “[...] o importante não é tanto encontrar uma resposta quanto compreender a pergunta [...] o seu alcance, a sua complexidade e as suas ramificações sobre o exercício profissional que o espera” (3) (p.128).

1.3 Contributos do modelo teórico de Hildegard Peplau na compreensão do processo de cuidar da pessoa com doença mental

Na procura de uma identificação com um quadro de referência teórico em enfermagem seguimos aquele que foi para nós um caminho lógico, percorrendo o trabalho desenvolvido por algumas teóricas como Hildegard E. Peplau; Martha E. Rogers e até Josephine E. Patterson e Loretta T. Zderad. A análise que realizamos é progressivamente mais interessante quanto mais se esmiuça os seus trabalhos, quanto mais se exploram as por vezes tão diferentes, teorias do cuidar, mas a nosso ver, tão confluentes. Foi nesta fase que nos deparámos com uma questão fundamental. Como recorrer a apenas um referencial teórico para a compreensão dos fenómenos de saúde mental? Sendo que aquilo que os diferencia são por vezes linhas tão ténues?

Peplau, com sua visão interpessoal do cuidar, refere-se à enfermagem enquanto uma “experiência de aprendizado para a própria pessoa assim como para os outros indivíduos envolvidos na ação interpessoal” citado por George (28) (p.46).

Quando, envolvidos num processo interpessoal, enfermeiro e paciente têm uma meta comum, que se constitui como incentivo ao processo terapêutico o qual, por sua vez tem por base o respeito mútuo e a aprendizagem onde o crescimento surge como um resultado esperado. Cada pessoa é encarada como detentora de individualidade própria fruto da sua estrutura biológica, psicológica, espiritual e sociológica que lhe atribuem uma resposta única e singular perante um problema. Enfim, é nestas diferenças de perceção do

mundo que se abre o caminho da ação do processo interpessoal. Abre-se caminho aqui para o trabalho e crescimento conjunto na compreensão dos diferentes papéis e na busca por uma solução para o problema (28).

A teórica encara assim a enfermagem como uma “experiência de aprendizagem do eu, bem como da outra pessoa envolvida na ação interpessoal” (28) (p.50). A compreensão dos outros que ocorre á luz do crescimento do *eu* do enfermeiro e do trabalho do autoconhecimento, toma aqui extrema importância e é, como reconhecemos, parte integrante do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais do perfil do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

Na sua teoria, o trabalho de resolução do problema parece ser mais focado em torno da pessoa, indivíduo objeto de cuidados, das suas singularidades, focalizando o “interior do indivíduo” (28) (p.56) no seu ajustamento ao hospital.

Para desenvolvemos uma melhor compreensão da complexidade da pessoa, sentimos necessidade de analisar outra perspectiva pois, ainda que esteja implícito na sua teoria, Peplau parece deixar como que em aberto outras influências preponderantes para o processo terapêutico do indivíduo, como as do ambiente e da sua identidade no seio da família e sociedade. Parece-nos dirigida para um paciente que aparenta alguma passividade no reconhecimento do seu problema e identificação das suas necessidades, compreendendo-se que aquele é ou, se deixa ser, “guiado” no processo interpessoal de procura das soluções.

Não obstante, a singularidade da teoria de Peplau remete-nos para a atualidade do cuidar em enfermagem, cujo agir acontece em interação com o outro e emerge das suas singularidades. Existe um verdadeiro interesse pela pessoa, o que personaliza os cuidados e que como Hesbeen (29) afirma, deve ser “[...] um interesse particular, requerido pela particularidade da existência de determinada pessoa” (P.XI).

A focalização da autora para uma especificidade na relação entre enfermeiro e paciente deixa-nos como que um vazio, um espaço para a relação daquele e o seu meio, numa perspectiva mais coletiva do grupo, família ou comunidade em que se insere. Para isto carecemos de uma visão mais global do paciente. Para dar resposta a este nosso dilema, procuramos aprofundar o nosso conhecimento sobre outros modelos teóricos.

Segundo George, Martha Rogers visualiza o cuidado de enfermagem tendo por base uma ciência humanista e humanitária voltada para a descrição e explicação do ser humano, recorrendo aos princípios da homeodinâmica. Entendemo-los como uma forma de encarar os indivíduos na sua totalidade e por sua vez, inseparáveis do seu ambiente, do qual também a enfermeira faz parte. Ficando claro ainda, que esta interação mútua do indivíduo e do ambiente faz do cliente um *participante desejoso* do processo de enfermagem, estando como parte integrante dele. Compreendemos da teoria, a focalização de Rogers no cuidado de enfermagem individualizado, trabalhando-se *com* e não *para* ou *pelo* cliente, para que alcance o seu potencial máximo de saúde (28).

Reconhecemos aqui a indissociabilidade da preocupação pela pessoa, que não se reduz a um indivíduo, mas que é pensada em toda a sua globalidade ou seja, “[...] como um todo, ao invés de por um só aspeto, um só problema, ou um segmento limitado de satisfação de necessidades” (28) (p.197). O cuidado de enfermagem dirige-se aqui para a avaliação da saúde e do potencial de saúde do indivíduo, o que também não o reduz à sua situação de doença. Consideramos isto como uma mais valia na nossa compreensão do cuidar em enfermagem pois o foco está, não só no indivíduo, mas também no seu ambiente, as medidas implementadas não são apenas voltadas para a doença mas para as mudanças esperadas da interação ambiente/indivíduo.

A teoria de Rogers traz-nos uma perspetiva refrescante sobre a pessoa e o seu mundo. É no entanto uma teoria repleta de complexidades, que condicionam a sua aplicabilidade à prática. Ainda assim, contempla para nós princípios e orientações incontornáveis para a compreensão dos fenómenos de saúde mental. É esta complexidade que nos impele em procurar uma outra perspetiva, numa tentativa de obter uma maior elucidação do caminho a percorrer.

A teoria humanista da enfermagem trazida por Josephine Paterson e Loretta Zderad focaliza-se mais uma vez nas relações do ser humano, em como este *vem-a-ser* através do *diálogo*, que permite o verdadeiro partilhar na experiência intersubjetiva. Aqui, também a saúde é descrita como mais do que a ausência de doença, perspetivando o indivíduo no seu potencial de se tornar tudo o que é capaz de ser. A enfermagem “[...] trata-se de uma resposta de cuidado de uma pessoa para com outra, num período de necessidade que visa ao desenvolvimento do bem-estar e do estar melhor” (28) (p.244).

Introduz-se aqui uma noção de contínuo no entendimento da saúde em que o indivíduo trabalha o processo de estar melhor até atingir o máximo do seu potencial de bem-estar.

A enfermagem prevê um chamado e resposta intencionais tanto verbal como não-verbal e não prescinde da realidade do mundo do indivíduo, uma vez que o diálogo em si é vivido e vivenciado na experiência das pessoas, naquele que as autoras chamam o *fenómeno da comunidade*, onde “[...] as pessoas encontram o significado da sua existência, através do partilhar e relacionar-se com os outros”, onde “[...] é possível vir-a-ser” (28) (p.246). Tendo como base a enfermagem fenomenológica, preocupa-se com a exploração das experiências humanas que, numa abordagem existencial-fenomenológica-humanista, “[...] valoriza a necessidade de interação humana, para que se determine o significado que vem da maneira peculiar que o indivíduo tem de vivenciar o mundo” (28) (p. 243).

Há algo de fascinante que este referencial no traz para o projeto que desenvolvemos no contexto do estágio, é a forma como compreendemos as múltiplas possibilidades da intervenção de enfermagem e da reflexão na ação que ela introduz. Na prática do dia-a-dia torna-se usual a quase “cega” procura da resolução de problemas no processo de enfermagem, que se nos coloca quase que inconscientemente, talvez pelas bases da formação que tivemos. No entanto, a ótica de *ver, sentir e fazer* enfermagem, com a preocupação de simplesmente estar com o outro, na forma como ele vive o seu fenómeno de saúde, como experiencia as suas necessidades, bem como partilhar com ele um encontro único onde, na relação e no diálogo se alcança a meta de estar melhor e de bem-estar, pode apesar de ambiciosa, tornar-se assustadora.

Nesta teoria o foco de atenção vai para a compreensão e descrição dos fenómenos e não tanto para a formulação de um diagnóstico ou problema.

A importância dada à intuição da enfermeira na compreensão inicial da situação consegue, a nosso ver, colocar-se lado a lado com a primeira fase da metodologia de projeto mas, mais do que isso está em sintonia com a primeira das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. Aquilo a que numa fase inicial, chamamos de diagnóstico de situação, poderá enquadrar-se aqui, não mais do que, como uma expressão da compreensão do enfermeiro após a síntese das ideias, dos dados e da experiência?

Deparamo-nos assim com múltiplas questões que nos remetem ao exercício de profundas reflexões teóricas e metodológicas. A necessidade de clarificar, aqueles que são os pressupostos que marcam o nosso agir leva-nos paradoxalmente à necessidade de algum distanciamento de cada um deles. Porque quando o fazemos, quando olhamos à distância, é por vezes mais fácil encontrar as pontes que os ligam e também o percurso que nos parece mais lógico seguir em cada momento da nossa prática.

O trabalho de reflexão permite-nos acrescentar uma característica dinâmica às práticas pois é por ele que introduzimos mudança nas conceções e fundamentos da nossa ação. Traz um enriquecimento pessoal e profissional que a experiência por si só não gera. Esta última tem que ser refletida, discutida e conceptualizada para que se alie o verdadeiro conhecimento à competência. Seguimos uma lógica em que não nos limitamos à mera aquisição de conhecimentos, memorização de procedimentos ou execução de intervenções, trabalhamos assim para nos tornarmos profissionais reflexivos.

Reconhecemos este como um caminho indispensável ao processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em saúde mental pois como afirma Hesbeen (30) “Essa reflexão é incontornável nas profissões dos que cuidam desde que eles queiram decididamente abordar a pessoa e não apenas o seu corpo” (p.65).

O autor remete-nos para a visão filosófica do humanismo, onde pensamos a vida humana, que é na realidade o sujeito do nosso cuidar. Quando intervenções e práticas atribuem primazia à doença em detrimento da singularidade da pessoa e da promoção da sua saúde estão, na realidade, a dar um valor muito relativo ao *corpo sujeito*, “[...] com tudo o que caracteriza o seu ser, a sua existência, as suas aspirações, o seu devir e, também o seu sofrimento e a sua ansiedade” (30) (p.5).

Quando estamos preocupados essencialmente com a saúde do indivíduo podemos valorizar a personalização dos cuidados, a escuta, a relação e a sua humanidade, em detrimento de transforma-lo num mero *corpo objeto* ao qual se procura, por vezes insistentemente objetivar uma doença, um problema ou uma necessidade (30).

Este trabalho não ficaria completo sem o fazermos sob o olhar do indivíduo, do nosso *corpo sujeito*, aquele a quem queremos personalizar o cuidar e que tem uma forma particular de ver e sentir aquele mesmo fenómeno, só sua, que o enfermeiro não pode

ignorar. Encontramos aqui a derradeira importância do “diagnóstico de situação” em si, que jamais poderia atingir a sua plenitude sem percorrer este caminho.

O trabalho de Paterson e Zderad complementa-nos nesta compreensão, pela noção de que ao trabalhar com o indivíduo o potencial de tudo o que ele é capaz de ser, acrescenta à saúde a noção de algo longe de ser estática, mas sim recreada e reconstruída como uma capacidade, não para ignorar a doença, mas para a conseguir enfrentar, tratar ou minimizar as suas consequências.

Propomo-nos também a trabalhar para a promoção da saúde global do indivíduo, o que segundo Hesbeen, significa que “cuidar, numa perspetiva de saúde, é ir ao encontro de outra pessoa para a acompanhar na promoção da sua saúde” (30) (p.23).

Este encontro que, segundo o autor tem como resultado criar laços de confiança, é-nos novamente compreensível á luz da visão da relação interpessoal da enfermagem por Peplau. Num encontro no qual ambos os intervenientes crescem e se constroem, fruto das suas singularidades e onde existe um verdadeiro interesse, que permite personalizar os cuidados. Isto deverá a nosso ver, acontecer com sentido e não deriva “[...] da solução apresentada pelo prestador de cuidados, mas sim da que está associada à natureza íntima do problema numa dada situação” (30) (p.26).

Os subsídios da teoria de Peplau foram para nós de grande importância, na medida em que permitiram facilitar a nossa compreensão dos fenómenos de saúde mental. Assim e reforçando a extrema importância que tiveram as restantes teorias referidas, no exercício reflexivo que realizamos, consideramos que Peplau nos ajudou na compreensão de todo o processo de intervenção de enfermagem na área da reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental grave.

À luz da sua teoria pudemos compreender o nosso papel na prestação de cuidados, resultado do relacionamento interpessoal com a pessoa com doença mental grave. É aliás a este reconhecimento mútuo de papéis que se deve, segundo Peplau, a compreensão dos fatores do problema e onde “[...] ambos colaboram e compartilham as metas comuns até à resolução do problema” (28) (p.46).

George refere que encontramos esses diferentes papéis do enfermeiro ao percorrer as várias fases da relação interpessoal, descrevendo-os como (28):

Professor: Cabendo ao enfermeiro o papel de transmitir conhecimentos relativos a uma necessidade identificada ou interesse;

Recurso: Proporcionando as informações necessárias e específicas que ajudem na compreensão de um problema identificado ou situação nova;

Conselheiro: Onde o enfermeiro, recorrendo ao uso de habilidades e atitudes, ajuda o outro a reconhecer, enfrentar, aceitar e resolver problemas;

Líder: Compreende o papel do enfermeiro enquanto alguém que, através da interação inicia e mantém as metas de um grupo;

Especialista Técnico: Onde é o enfermeiro a pessoa que é detentora das habilidades clínicas necessárias para o atendimento físico;

Substituto: O Enfermeiro que ocupa o lugar do outro;

No processo de relação interpessoal, a enfermeira e a pessoa cuidada encontram num trabalho conjunto uma meta comum, a qual segundo a autora se constitui como incentivo para todo o processo terapêutico. A determinação dessa meta acontece então segundo uma sequência de passos, que George defende serem equiparáveis ao processo de enfermagem em si. Desta forma, no processo interpessoal têm início um conjunto de ações para a resolução de um problema, as quais se desenrolam em quatro fases que se interrelacionam, sobrepõe e variam em duração (28).

Na fase de *Orientação*, descrita como o primeiro contato entre dois estranhos, parte-se de uma “necessidade percebida” podendo ou não a mesma ser identificada ou plenamente compreendida pela pessoa. O papel do enfermeiro dirige-se para que juntos trabalhem a definição do problema, facilitando a sua compreensão e aceitação. É nesta fase que, da conjugação de esforços e de relacionamento interpessoal, se determina que tipo de resposta se dará ao problema e/ou que encaminhamento é sugerido. Nesta fase o relacionamento exige um trabalho de consciencialização de ambos para as suas reações no processo de ajuda (28).

As singularidades da pessoa na fase de *Identificação* condicionam a sua resposta, na forma como percebe a ajuda e na expectativa que tem no processo terapêutico e na satisfação das suas necessidades. Esta complexidade estende-se às próprias expectativas do

enfermeiro que, abrindo-se à experiência do outro reconhece as suas experiências anteriores. É determinante nesta fase a consciencialização das atitudes de cada interveniente para a construção da relação terapêutica (28).

É numa fase seguinte, na *Exploração*, que a relação interpessoal estabelecida até então se revela de grande importância pois à enfermeira cabe agora o papel de “[...] encorajar o seu paciente a reconhecer e explorar os seus sentimentos, conhecimentos, emoções e comportamentos” (28) (p.49). O paciente torna-se assim ativamente interessado e ativamente envolvido nos seus auto-cuidados. Desenvolve assim responsabilidade por si mesmo, acreditando nas suas potencialidades e começando a estabelecer as suas próprias metas e a trabalhar para atingir um melhor estado de saúde. Desta forma quando tem a sua “saúde prejudicada” o paciente oscila entre um comportamento de dependência dos outros e o funcionamento independente, naquilo que Peplau define como o “nível ideal de saúde”. Nesta fase, cabe à enfermeira recorrer ao uso dos instrumentos de comunicação, escuta, aceitação, ensino e interpretação. Daqui resulta um trabalho de colaboração que permite à pessoa vencer os seus desafios e atingir o nível máximo de saúde (28).

Na última fase do processo interpessoal acontece o término do relacionamento terapêutico, ou seja a *Resolução*. Estão preenchidas as necessidades do paciente e este inicia a procura de novas metas, apresentando-se agora, enfermeiro e paciente como indivíduos mais fortes e amadurecidos (28).

Compreendemos a aplicabilidade da teoria da relação interpessoal de Peplau, na própria intervenção de enfermagem na reabilitação psiquiátrica, onde a abordagem centrada na pessoa se diferencia da abordagem de reabilitação médica tradicional. Aquela que aspiramos desenvolver tem assim foco no bem-estar e na saúde e não nos sintomas; é baseada nas suas capacidades e no comportamento funcional numa relação de adulto para adulto. A gestão do caso acontece em parceria com o utente e a ênfase é dada nas qualidades, auto-ajuda e interdependência do paciente (7).

PARTE II – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Este é para nós o momento do “poder começar”, o espaço onde iniciaremos um exercício de autonomia e liberdade para construir o nosso pensamento perante as questões que colocámos. A pretensão de que reflita o nosso caminhar, no nosso próprio projeto, não ignora a importância de reconhecermos que outras possibilidades e áreas de interesse existiam para percorrer este mesmo caminho. Apresentamos aqui aquele que é, pessoalmente significativo e por isso, autêntico, mas que pretende ainda ser dotado de sentido, nos pressupostos que o balizam e nas conceções teóricas que o enquadram, sem no entanto nos tornar reclusos deles mesmo.

Considerando a realização de estágios como o momento de aplicação das aprendizagens adquiridas, que conduzem ao desenvolvimento de competências especializadas, tivemos oportunidade de operacionalizar a metodologia de projeto subjacente a um Projeto de Intervenção em Serviço.

Com este surge a pretensão de desenvolvimento de intervenções que reflitam o conjunto de conhecimentos adquiridos ao nível do planeamento, intervenção, avaliação e investigação de processos associados às competências do Enfermeiro Mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Nesta linha metodológica, através das etapas de pesquisa, análise e resolução/estudo de problemas reais da prática promove-se o exercício da enfermagem baseada na evidência. Neste sentido, a investigação centra-se na resolução de problemas, projeção e implementação de intervenções que lhe atribuem um carácter de mudança e de transformação de uma realidade sentida, estudada, pensada e expressa.

No exercício profissional como enfermeira, desde cedo o interesse pessoal enveredou pela área de cuidados em saúde mental e psiquiatria. Mais recentemente a prestação de cuidados decorre num serviço de Psiquiatria, internamento de agudos. Este é um contexto onde acompanhamos diariamente o processo de recuperação, a alta e onde tivemos uma perceção inicial do problema, verificando frequentemente o reinternamento num curto espaço de tempo.

A metodologia de projeto permite percorrer, à semelhança do processo de enfermagem as suas fases, desde a identificação de problemas até à resolução ou minimização dos mesmos. Permite ainda, mesmo que sem a preocupação imediata da resolução de problemas ou identificação de necessidades, a possibilidade de lançar um olhar profundo às problemáticas e por conseguinte aos fenómenos de saúde mental.

Esta é a fase que contempla a seleção do problema a investigar e que nos remete para “O reinternamento não programado do doente com diagnóstico de esquizofrenia”.

A sua escolha prende-se em parte com a perceção empírica de que as respostas existentes, quer a nível intra como extra-hospitalar, no que diz respeito às estruturas de cuidados na comunidade, carecem de eficácia para prevenir a recaída, o abandono do projeto terapêutico (farmacológico e não farmacológico) e a gradual perda de qualidade de vida do doente o que reflete elevados níveis de prevalência de reinternamentos.

Torna-se ainda relevante saber que, também estas preocupações são objeto de atenção por parte do Alto Comissariado da Saúde, refletindo-se nas atuais políticas de saúde projetadas no Plano Nacional de Saúde Mental 2011-2016. Neste âmbito a taxa de internamentos não planeados por esquizofrenia consta de um conjunto de indicadores de qualidade que permitem definir e calcular “*ganhos em saúde*” através da avaliação dos internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório (31).

2.1 O Diagnóstico de Situação

A intenção de realizar um projeto na área da saúde prevê que o mesmo seja sustentável e com capacidade de prosseguir a sua continuidade e benefícios num longo período de tempo. Assim sendo o diagnóstico de situação constitui-se como a ferramenta principal para que posteriormente se planeiem e executem intervenções que correspondam às necessidades de saúde dos indivíduos, justificando assim as atividades realizadas.

Iremos proceder à descrição da fase de desenvolvimento do diagnóstico de situação, o qual “[...] visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (1) (p.10).

Provido de um carácter dinâmico, partimos de um ponto inicial que é aperfeiçoado ao longo de todo o processo e percorremos as quatro etapas da fase de diagnóstico a que Ferrito, et al (1) fazem referência:

“Identificação das causalidades dos problemas; Caracterização qualitativa e quantitativa do problema e das eventuais causalidades; Análise da evolução do problema no passado e perspectivas da sua evolução futura; Identificação dos atores intervenientes, das suas diferentes perceções do problema e expectativas face à sua resolução; Levantamento de experiências concretas já existentes de intervenção face ao problema; Clarificação dos recursos e forças que ajudam à resolução do problema ou que são obstáculo; Definição das prioridades de intervenção, face à análise do problema”. (p.16).

Estratégias e Atividades

Para a concretização do diagnóstico de situação recorremos a várias estratégias e atividades, que passaremos a descrever.

Para a recolha de dados secundários foi efetuada revisão da literatura através de pesquisa bibliográfica, recorrendo à consulta de livros e periódicos da especialidade e de forma eletrónica, utilizando o sítio da Ordem dos Enfermeiros nas bases de dados disponibilizadas, através da utilização dos termos: *intervenções em esquizofrenia; reinternamento em esquizofrenia; intervenções de enfermagem em saúde mental/ psiquiatria.*

Os métodos de recolha de dados primários utilizados pretenderam a recolha de informação de natureza qualitativa e objetiva através de:

- Consultas aos processos clínicos informatizados;
- Identificação de necessidades reais expressas pelos profissionais através de criação de momentos informais de discussão da problemática;
- Aplicação de um Questionário Sociodemográfico aos utentes a frequentar a consulta de psiquiatria;
- Aplicação de um Inquérito (Inquérito de Avaliação de Necessidades Camberwell – versão adaptada e parcialmente validada para a população

portuguesa) aos utentes da consulta de psiquiatria e ao enfermeiro de referência dos mesmos;

Ao longo do primeiro estágio foram desenvolvidas as atividades necessárias para a concretização desta etapa de diagnóstico. A importância da permanente necessidade de aprofundamento de conhecimentos e busca de subsídios através do levantamento de dados bibliográficos, conduziu a que esta atividade acompanhasse todo o período de estágio e não se extingue apesar do término do mesmo. Isto relaciona-se, no nosso entendimento, com o carácter dinâmico deste tipo de metodologia uma vez que esta pesquisa visa definir, com mais clareza, os diversos aspectos a serem objeto de levantamento de campo.

Relativamente à revisão de literatura e elaboração do referencial teórico, também esta atividade acompanhou todo o estágio e permanece “em aberto”, pois pressupõe acompanhar o desenvolvimento de todo o projeto. Procurámos que esta atividade construísse uma base conceptual sistematizada daquilo que foram os conhecimentos pertinentes a serem pesquisados, complementando-se com a síntese de teorias, abordagens e estudos que clarificassem as múltiplas perspectivas através das quais podemos compreender o fenómeno.

Porque considerámos importante o conhecimento das várias “sensibilidades” de todos os envolvidos neste projeto e como apenas se previa a recolha objetiva da opinião do enfermeiro de referência dos utentes (neste caso da consulta), procurámos em diversas situações informais promover o diálogo com os pares acerca da problemática em estudo.

O instrumento de pesquisa utilizado foi o inquérito, com recurso à técnica de amostragem não probabilística e de conveniência. Foram aplicados questionários sociodemográficos e inquéritos aos utentes da consulta de psiquiatria do hospital a efetuar terapêutica anti psicótica de longa duração (*depot*). Esta opção prendeu-se com questões relacionadas com a maior facilidade em encontrar os elementos da amostra uma vez que se tratam de utentes, na sua maioria com fracos recursos económicos e que se dirigem com frequência aos serviços, seja para consulta médica ou consulta de enfermagem com a administração de *depot*. Outro dos motivos para a seleção de utentes a realizar *depot* prende-se com a maior probabilidade de se encontrarem numa fase de estabilidade da doença.

Neste trabalho foram ainda incluídos apenas os utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia há pelo menos um ano e que tinham tido um internamento prévio no internamento de agudos. Este aspeto relaciona-se com a importância que atribuímos à criação de uma relação de confiança com o utente, considerando a presença por vezes frequente de sintomatologia que facilita a desconfiança, será em nossa opinião, importante que o utente tenha conhecimento prévio do investigador, uma vez que a nossa presença era estranha à consulta.

Foram então definidos os seguintes critérios de inclusão: Diagnóstico médico de esquizofrenia (de acordo com o DSM IV) (26); idade compreendida entre os 18 e os 65 anos; Efetuar terapêutica anti psicótica de longa duração; Ter tido pelo menos um internamento prévio no serviço de internamento de agudos. Como critérios de exclusão: Uteses cujo diagnóstico médico remeta para contexto de primeiro surto; Uteses com especial dificuldade em responder ao questionário devido a intensidade de sintomas como negativismo, comportamento ou discurso desorganizado ou catatonia.

O mesmo inquérito foi utilizado para aplicação ao enfermeiro de referência da consulta, permitindo assim aferir e cruzar dados com recurso a um único instrumento.

A seleção do inquérito a aplicar prendeu-se com o objetivo de planear intervenções direcionadas à pessoa com diagnóstico médico de esquizofrenia no período pós-alta, bem como com o reconhecimento de que avaliar as suas necessidades deve ter em conta a complexidade das mesmas e as várias dimensões dos cuidados que envolvem.

Neste sentido a avaliação de necessidades, sendo realizada de forma sistemática e com recurso a um instrumento traduzido e validado para a população portuguesa, contribuirá para o desenvolvimento de intervenções mais individualizadas.

Ao longo da pesquisa bibliográfica que efetuámos pudemos verificar que os Exmos Srs Professor Doutor Joaquim Gago, J. Caldas de Almeida e Miguel Xavier, na Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental fizeram a adaptação e validação parcial do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell. Este instrumento foi por nós considerado relevante para uma maior compreensão deste foco de intervenção na doença mental pois apresenta sólidas qualidades psicométricas para a população portuguesa e, conseqüentemente, para a realização do diagnóstico inicial contribuindo para a avaliação e monitorização dos cuidados prestados. Uma mais-valia do instrumento em questão

relaciona-se com a possibilidade de permitir cruzar as necessidades identificadas pelos utentes com as necessidades identificadas pelos respetivos técnicos, tornando-se interessante a aferição de ambas as perspetivas.

O Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN, versão R2.0, para investigação) trata-se de um “[...] instrumento desenvolvido para efetuar a avaliação compreensiva das necessidades das pessoas com doença psiquiátrica, em particular dos que têm doença grave ou de evolução prolongada, independentemente do diagnóstico” (17) (p. 69). Nele constam características como a sua aplicabilidade de forma breve e fácil, permitindo identificar necessidades e separá-las em necessidades cobertas ou parcialmente cobertas. Tem como um dos seus pontos fortes a possibilidade de identificar necessidades que podem ser *não identificadas* pelos técnicos e pelos serviços de saúde mental.

Com o objetivo de não se resumir ao processo de investigação, o instrumento foi desenvolvido tendo em conta a sua aplicabilidade na prática clínica, sendo de rápida aprendizagem, não necessita de formação específica e é desta forma utilizável pelos diversos técnicos de saúde mental, permitindo a sua utilização como um dos instrumentos de avaliação dos serviços. Nele os pontos de vista dos técnicos e dos utentes são considerados com igual importância.

O Inquérito pode ser aplicado a qualquer pessoa com doença mental, sendo que os técnicos e os utentes devem ser inquiridos separadamente. Na seleção do técnico deve-se considerar o que melhor conhece o utente, funcionando como elemento de referência do mesmo. O tempo médio de aplicação é de trinta minutos e deve-se ter como referência o período de tempo de um mês que antecede a sua realização (17).

A aplicação de um questionário sociodemográfico permitiu-nos caracterizar a amostra.

Para aplicação do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell – versão adaptada e validada para a população portuguesa, foi solicitada e concedida autorização pelo Prof. Dr. Joaquim Gago.

Foi solicitada e concedida autorização para aplicação dos questionários sociodemográfico e de necessidades ao Diretor do Serviço de Psiquiatria em questão e à Comissão de Ética do respetivo hospital.

Foi dado o consentimento expresso após esclarecimento de todos os utentes e técnicos que participaram no estudo.

Foram respeitados todos os princípios e normas éticas, com garantia da confidencialidade abrangida pelo segredo profissional, ao longo de todo o processo de recolha, análise e divulgação dos dados. A participação dos utentes e enfermeiros foi voluntária e garantido o anonimato.

Análise e Discussão dos Resultados

Consideramos este o momento de efetuar a síntese das conclusões que retirámos dos levantamentos bibliográficos que efetuámos, do aprofundamento de conhecimentos que efetivámos e dos instrumentos de diagnóstico a que recorreremos.

Iniciaremos com a apresentação e posterior discussão dos resultados obtidos com o Inquérito de Avaliação de Necessidades (CAN) e o questionário sociodemográfico.

O inquérito foi aplicado a seis utentes seguidos em consulta de psiquiatria de um hospital, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Tratando-se de um método de amostragem não probabilística, adequa-se ao momento do trabalho em que nos encontramos, uma vez que este tipo de amostra não é aconselhável quando se pretende extrapolar os resultados, é no entanto, aplicável ao início de uma investigação, por exemplo, para testar as primeiras versões de um questionário.

Uma vez que, pelos critérios estabelecidos, os elementos da população de utentes da consulta não teriam as mesmas probabilidades de serem escolhidos, não se pretende que a amostra seja representativa da população uma vez que foram escolhidos por uma questão de conveniência (acessibilidade ao serviço, participação voluntária, restrições de tempo disponível para a recolha dos dados, entre os aspetos já anteriormente mencionados). Deste modo não existe a exigência de se garantir um número mínimo de elementos, pois os resultados só se aplicam a ela própria e a este trabalho podendo, tal como refere Coutinho, ser usada com êxito em situações nas quais seja mais importante captar ideias gerais, identificar aspetos críticos do que propriamente a objetividade científica (32).

Da aplicação do questionário sociodemográfico obtivemos a caracterização dos utentes inquiridos, tendo uma média de idades de 43 anos, de ambos os sexos, solteiros ou divorciados, na sua maioria desempregados e cuja fonte de rendimentos provem de

reforma. Residem maioritariamente em residência de familiares e com o cuidador informal, sendo que contactam com os serviços de saúde há mais de uma década. Em média o primeiro internamento ocorreu cerca dos 25 anos e estiveram internados pelo menos mais uma vez em serviços de psiquiatria. Concluimos ainda que, a maioria dos utentes nunca frequentou nenhum programa de reabilitação psicossocial. Estes factos vão ao encontro das características identificadas noutros trabalhos, como sendo prevalentes na pessoa com diagnóstico médico de esquizofrenia.

O questionário CAN é constituído por quatro partes:

- Na primeira, que corresponde à identificação de uma área de necessidade em três níveis, considerámos à semelhança do autor que validou parcialmente o inquérito para a população portuguesa os seguintes: *Ausência de necessidades relevantes, necessidade coberta ou parcialmente coberta e necessidade sem resposta*;
- A segunda parte refere-se ao suporte que os utentes recebem de cuidadores informais e/ou amigos em relação a essa mesma necessidade;
- A terceira corresponde à ajuda que o utente *recebe* por parte de profissionais e outros serviços locais, sendo ainda questionado qual a ajuda de que o mesmo *necessita*, optando-se por três graus crescentes de ajuda;
- Na quarta parte questiona-se a ambos, técnico e utente se a pessoa está a receber a ajuda adequada e apenas ao utente, se está satisfeito com a globalidade de cuidados e suporte que recebe.

Da análise realizada podemos concluir que **existem diferenças entre o número de necessidades identificadas pelos técnicos e pelos utentes**, o que para nós é demonstrativo da importância da necessidade de inquirir separadamente os indivíduos envolvidos no projeto de cuidados.

As necessidades mais identificadas pelos utentes como *não tendo resposta* foram: o **sofrimento psicológico**, as **atividades diárias**, necessidades de alojamento e as tarefas domésticas básicas. Pelos técnicos, foram referidas com maior frequência como *não tendo resposta* as **atividades diárias**, seguidas do **sofrimento psicológico**.

Por sua vez teremos também em conta as necessidades identificadas como *estando cobertas ou parcialmente cobertas* uma vez que traduzem a existência de um espaço de intervenção terapêutica pois são consideradas como existentes pelos inquiridos. Os utentes identificam a este nível, com maior frequência a **informação sobre a doença e tratamento** e aspetos relacionados com os **subsídios/benefícios sociais** e os técnicos identificam, além das anteriores o **sofrimento psicológico** e as **tarefas domésticas**.

Atendendo ao facto de, por opção metodológica relacionada com o tipo de amostra selecionado, todos os utentes inquiridos se encontrarem a efetuar terapêutica medicamentosa de longa duração. A identificação das necessidades correspondentes aos sintomas psicóticos (item 7), tanto dos utentes como dos técnicos correspondeu a que esta fosse uma necessidade que se encontrava coberta, porque pressupunha que a ajuda recebida era efetivada pela medicação. Por este motivo optámos por não ter em consideração este item aquando da análise da primeira parte dos dados do inquérito.

Concluimos ainda que, na totalidade das necessidades identificadas, os utentes se consideram maioritariamente **satisfeitos** com a ajuda global que recebem.

Como contributo para o diagnóstico de situação do projeto de intervenção em serviço, a utilização do Inquérito de Avaliação de Necessidades (CAN) permitiu-nos obter resposta à questão inicial colocada: “*Quais as necessidades dos utentes com esquizofrenia no período de ambulatório?*”

Para maior facilidade na interpretação dos resultados seguimos a subdivisão efetuada por Gago, dividindo as necessidades em subgrupos: Necessidades **básicas** (alojamento, alimentação e atividades diárias); Necessidades de **Saúde** (saúde física, sintomas psicóticos, sofrimento psicológico, drogas, álcool, risco de danos para o próprio ou para outros); Necessidades **sociais** (contactos sociais, relações íntimas e relacionamento sexual); Necessidades de **funcionamento diário** (tarefas domésticas básicas, cuidados pessoais, cuidar dos filhos, educação básica e dinheiro) e necessidades em **termos de serviços** (informação sobre a doença e tratamento, utilização de telefones, transportes e subsídios/benefícios sociais) (17).

Tratando-se de um inquérito direcionado para a área da reabilitação psicossocial, é aqui dada especial importância ao papel do utente dos serviços de saúde, numa perspetiva mais atual e reflexo da evolução observada nas últimas décadas. Caminhamos no sentido

da autonomia do utente, no seu processo de reintegração na comunidade, retirando-o de uma postura passiva e meramente recetora de cuidados, para uma atitude ativa, participativa e responsável pelo seu projeto de saúde. Ainda que possamos obter resultados algo “distorcidos” pela dificuldade que utentes com doença psicótica possam ter em avaliar as suas próprias necessidades, as informações obtidas podem ser igualmente valiosas e relevantes (17).

Concluimos assim que as necessidades encontradas nos utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia em ambulatório, englobando as sensibilidades dos técnicos que mais diretamente estão envolvidos no processo de cuidados e dos utentes da consulta de psiquiatria, foram:

- **Necessidades de saúde**, pela identificação de sofrimento psicológico;
- **Necessidades em termos de serviços**, nomeadamente ao nível da informação acerca da doença e tratamento, de subsídios/benefícios sociais;
- **Necessidades de funcionamento diário**, ao nível das tarefas domésticas básicas;
- **Necessidades básicas** relacionadas com as atividades diárias;

Os achados obtidos com a realização deste inquérito interrelacionam-se ainda com os achados obtidos nas pesquisas bibliográficas efetuadas.

De facto, conforme temos vindo a verificar ao longo deste relatório, as necessidades dos utentes em termos de reabilitação psicossocial, estão intimamente relacionados com o internamento hospitalar da pessoa com esquizofrenia.

Desta forma consideramos uma mais valia acrescentar aos resultados anteriormente definidos, outros fatores previamente identificados e que traduzem aquelas que são as sensibilidades retiradas dos contributos teóricos e de investigação analisados.

Consideramos como determinante para a conclusão do diagnóstico de situação ter em conta fatores como: as incapacidades resultantes da própria doença; a afetação no desempenho dos papéis sociais; a baixa integração social; a menor probabilidade de desenvolver relacionamentos significativos; o desemprego e dependência de terceiros que,

por sua vez se interligam com limitações ao nível da ocupação/perícias laborais; resolução de assuntos pessoais; realização de tarefas domésticas básicas e gestão do dinheiro.

A estes acrescem outros fatores associados à não adesão ao projeto terapêutico que, conforme vimos contribuem para aumentar o risco de recaída e reinternamento, tais como: atitude para com o tratamento e a doença; nível de “insight”; medo de ser internado; manutenção de sintomas psicóticos; maior desorganização; hostilidade e desconfiança; inexistência de uma aliança terapêutica positiva e o suporte social e familiar.

Criado está um espaço de liberdade, finda esta tão complexa etapa, onde sentimos satisfação ao divagar pelas múltiplas possibilidades de refletir no nosso cuidar o exercício especializado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Um exercício que se pretende baseado na evidência e que se apresenta promissor para a fase de planeamento e implementação que se segue.

Torna-se agora eminente a necessidade de objetivar a área de intervenção a que nos dedicaremos, pelo que nos propomos a dar resposta às necessidades identificadas pelos utentes e classificadas como **Necessidades em termos de serviços**, em particular as necessidades ao nível da “informação acerca da doença e tratamento”.

A conclusão desta fase da metodologia de projeto coaduna-se com a compreensão de que aquele se constitui não apenas como um instrumento de pesquisa, aprofundada, refletida e vivenciada durante os contextos de estágio, mas uma peça determinante para a tomada decisão que acompanhou o percurso de aprendizagem.

Encontramo-nos por isso numa fase fulcral, a da determinação de prioridades e objetivos a atingir e ainda o início da visualização dos resultados que se pretende alcançar.

Ao longo de toda a exposição teórica e conceptual deste trabalho a tónica colocada na reabilitação psicossocial é clara, materializando desta forma o nosso desejo em priorizá-la no ato de planificação.

De facto, desde a fase da perceção inicial do problema até à concetualização do diagnóstico de situação, poderemos agora debruçar-nos sobre o objetivo geral a que nos vamos propor. Este, enquanto enunciado de intenções que se colocam a um nível mais abrangente, como conclui de Mão de Ferro (1999) citado em (1) “[...] fornecem-nos indicações acerca daquilo que o formando deverá ser capaz de fazer após o seu percurso

formativo” (p. 18). Ainda segundo a mesma autora, este diz respeito e competências amplas e complexas, como o é o próprio campo da reabilitação psicossocial.

Temos em consideração a reabilitação psicossocial enquanto “um processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o auto-cuidado, atividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade.” (8) (p.5).

Margarida Cordo (6) amplifica-lhe a aplicabilidade nomeadamente ao nível deste projeto ao dizer que “*o campo da reabilitação constitui-se como um corpo teórico interdisciplinar e uma série diversificada de programas de intervenção*” p. 44.

Ainda ao nível da reabilitação de pessoas com doença mental e relembrando que mesma tem variadíssimas definições, Cordo (6) sintetiza-as, o que para nós se tornou ainda mais esclarecedor, quando “olhamos” os problemas identificados na fase anterior, ao verificar que todos eles podem ter resposta com a implementação de um programa de reabilitação. A autora resume-as “para sabermos de quê e como estamos a falar, da seguinte forma:

- Ajudar os doentes a melhorarem a sua qualidade de vida;
- Aumentar-lhes a probabilidade de sucesso;
- Ajudá-los a reconhecerem e a gerirem a sua doença e as suas limitações;
- Ajudá-los a recuperarem/readquirirem/adquirirem as aptidões e competências possíveis e úteis;
- Ajudá-los a implementarem estratégias para melhor gerirem as suas capacidades”. (p.44).

Sendo que neste projeto teremos em consideração o Recovery, temos como finalidade aquilo a que Kim Mueser e outros se referem, quando a pessoa com doença mental grave descobre e/ou redescobre as suas capacidades e forças na persecução dos seus objetivos pessoais e desenvolve um sentido de identidade que lhe permite o crescimento pessoal para além da sua doença mental (33). Um aspeto crítico que os autores encontraram no artigo de revisão em questão, tem a ver com a formulação de objetivos

personais de recuperação o que ajuda as pessoas a desenvolver domínio sobre os seus sintomas e recaídas.

Neste projeto adotámos a denominação de “recuperação pessoal” e definimos como objetivo geral:

Contribuir para a recuperação pessoal da pessoa com o diagnóstico médico de esquizofrenia a frequentar a consulta de ambulatório no serviço de psiquiatria.

Nesta linha de pensamento, segue-se a definição de objetivos específicos que traduzam as aptidões e competências adquiridas ao longo do percurso de formação:

- Ajudar a pessoa a estabelecer objetivos pessoalmente significativos nos quais se empenhe, no sentido da recuperação;
- Promover educação sobre doença mental em particular a esquizofrenia e estratégias de tratamento;
- Ensinar a pessoa a reconhecer os sintomas de recaída e a desenvolver estratégias de prevenção das mesmas;
- Reforçar a importância da adesão ao tratamento;

2.2 Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço

Projeto “GARE”

Esta apresenta-se como a fase em que determinamos as atividades a desenvolver, os métodos e técnicas de pesquisa, se efetuam o levantamento dos recursos e se equacionam as limitações condicionantes do próprio projeto (1). Entendemos que o desenvolver de uma resposta que pretendesse resolver ou diminuir, no fundo *agir*, perante as necessidades encontradas nos utentes no diagnóstico de situação se colocava como uma tarefa de elevada complexidade. Na realidade após múltiplas pesquisas, aferições acerca das experiências concretas já existentes e de intervenções preconizadas face ao problema, não tivemos a menor dúvida de que o único caminho a seguir seria aquele centrado na relação interpessoal e que, nesse sentido coloca o enfermeiro enquanto terapeuta numa posição de retaguarda dando lugar à posição de ator do utente.

Esta será inevitavelmente uma abordagem centrada na pessoa e na sua experiência, de cariz humanista, que vê nos fatores de ordem relacional a facilitação e promoção da mudança, criando um espaço de liberdade para o crescimento pessoal, para a aceitação de si próprio, para a autonomia, e para a auto-atualização (34).

Em vários estudos analisados na bibliografia, se fazem referências acerca das múltiplas possibilidades de intervenções psicossociais, em parte graças aos avanços da psicofarmacologia, podendo-se abordar atualmente aspetos na esquizofrenia que anteriormente eram intratáveis (35).

No trabalho de Gómez, o autor descreve que estas intervenções visam melhorar a adesão terapêutica, as relações familiares, as habilidades sociais e favorecer a inserção no mundo laboral. São intervenções fundamentadas em três tipos de modelos: o modelo psicoeducativo, o psicodinâmico e o interpessoal e revelam que estes tratamentos aumentam o funcionamento cognitivo e social na esquizofrenia e previnem as recaídas. Também se terá concluído que a coesão grupal e a aprendizagem interpessoal são os fatores terapêuticos mais valorizados pelos utentes nas intervenções grupais (35).

Quando se analisam os resultados das diferentes técnicas, apesar de alguns se mostrarem contraditórios também se conclui que a psicoeducação tanto com famílias como com pacientes parece ter um efeito benéfico no funcionamento social dos pacientes e no custo económico do tratamento.

O tratamento cognitivo-comportamental parece também ter um efeito na redução de sintomas além de no custo de tratamento e ainda outra técnica que tem tido resultados satisfatórios na adesão terapêutica tem sido o role-playing. Puderam concluir ainda, da análise de quase todos os estudos, que os *grupos* constituem uma ferramenta poderosa para o acompanhamento das pessoas com esquizofrenia, promovendo relações mais funcionais, melhor contacto com a realidade, melhor adaptação ao ambiente e diminuição do risco de recaída de 50% para 15%.

SchiraKawa (36) debruça-se nos aspetos gerais da manutenção do tratamento de pacientes com esquizofrenia e afirma que “O objetivo principal do acompanhamento psiquiátrico é a prevenção de recaídas” (p. 56). Faz referência ainda à necessidade de encaminhamento para abordagens psicossociais de forma a ajudar a pessoa a recuperar as

habilidades sociais perdidas, diminuir o isolamento, facilitar o regresso à atividade laboral e a cuidar das suas atividades de vida.

Aqui também, o tratamento de pessoas com esquizofrenia, tratando-se de uma doença ampla segundo o autor, exige o tratamento em equipa multidisciplinar. Resume ainda os passos recomendados pela Associação Psiquiátrica Americana para o tratamento da pessoa com esquizofrenia, entre eles encontram-se: “Estabelecer e manter a aliança terapêutica”; “Promover educação sobre a esquizofrenia e seu tratamento”; “Reforçar a adesão ao plano de tratamento”; “Ajudar a reconhecer precocemente as recaídas, promover as mudanças no tratamento e identificar fatores que precipitam ou perpetuam os surtos” (36) (p. 58).

Foi ainda determinante para a nossa tomada de decisão, a leitura do artigo de revisão de Mueser (33). Nele são equacionadas as várias intervenções existentes e comparados resultados obtidos ao nível do *Illness Management*¹ e *Recovery* de pessoas com doença mental grave. De facto os autores concluem que os resultados de 40 estudos controlados indicam que a psicoeducação melhora o conhecimento sobre a doença mental, os programas de prevenção de recaídas reduzem os sintomas e re-hospitalizações e que o treino de estratégias de *coping* utilizando técnicas cognitivo-comportamentais reduzem a severidade do *stress* associado aos sintomas persistentes e melhoram a adesão terapêutica.

Os resultados obtidos nos diversos estudos apontam para algumas divergências da eficácia das intervenções quando estas acontecem de forma isolada, mas usadas de forma combinada enquanto um grupo de intervenções específicas, tornam-se numa prática baseada na evidência. A maioria dos estudos analisados eram baseados em manuais de tratamento o que, segundo os autores, é um aspeto crítico para a implementação em larga escala destas práticas, permitindo a monitorização da adesão aos próprios modelos, políticas e procedimentos, bem como os seus achados, não sendo à partida mais dispendiosos e não requerendo grandes reestruturações organizacionais na sua implementação (33).

Reconhecemos a importância das intervenções em grupo pois, além dos benefícios anteriormente apontados através da pesquisa bibliográfica, debruçámo-nos

¹ Definição dos autores para o termo *illness management* “Um amplo conjunto de estratégias destinadas a ajudar as pessoas com doença mental grave a colaborar com os profissionais, reduzir sua suscetibilidade à doença, e lidar eficazmente com os seus sintomas”

ainda no aprofundamento teórico sobre as intervenções grupais no contexto das instituições.

Atendendo às atuais mudanças de políticas relativas ao atendimento dos utentes nos serviços de saúde mental e a pretensão de reintegração daqueles utentes no seu seio familiar e na comunidade, surge a necessidade de expandir o acompanhamento e assistência à pessoa em contexto ambulatorial. Assim, a criação de grupos de apoio de curta duração constitui-se como uma das modalidades terapêuticas fundamentais, sobretudo nas instituições (37). Estes revelam-se uma possibilidade de encontro entre os intervenientes no processo terapêutico e um recurso para que os profissionais desenvolvam as suas habilidades, encontrando simultaneamente meios para a criação de novas realidades no agir.

Um outro aspeto a ser tido em conta no que respeita ao recurso à intervenção grupal em instituições, nos utentes acompanhados em ambulatório, relaciona-se com a necessidade de potencializar a produtividade do terapeuta e o equacionar as vantagens dos custos associados comparando-os com as outras opções terapêuticas existentes. No entanto, o emprego dos grupos com fins terapêuticos enquanto estratégia de intervenção, não se deve apenas justificar em função das vantagens económicas, mas nas potencialidades que os mesmos têm na criação de modelos de assistência alternativos.

Atualmente, fruto das políticas de desinstitucionalização, as características dos próprios utentes atendidos em ambulatório modificaram-se, apresentando-se os utentes com cada vez maiores necessidades a precisar de resposta, pelo que neste contexto as práticas grupais podem representar uma tentativa de reduzir o sofrimento psíquico dos pacientes. São as conclusões a que chegaram as mesmas autoras, num outro trabalho de análise de grupos de apoio (38). Definem ainda que o grupo “[...] constitui-se como espaço terapêutico ao possibilitar a atuação de determinados fatores terapêuticos que ajudam o indivíduo em sua tomada de consciência como ser social” (p.135).

Na enfermagem o recurso à atividade grupal já não é novo e as suas finalidades quer sejam de carácter educativo, informativo, de reflexão ou de suporte enquadram-se na classificação de grupos operativos introduzidos na década de 40 por Henrique Pichon-Rivièri. Os grupos eram então “[...] considerados como instrumento de trabalho, um método que cumpria uma função terapêutica” segundo Simões, F e Stipp, M. (39) (p. 140),

num trabalho acerca da classificação, terminologias e formas de abordagem dos grupos na enfermagem. As mesmas autoras acrescentam ainda que atualmente o conceito de grupos operativos vai mais além da ideia de método, associado quase exclusivamente aos grupos psicoterápicos.

Os grupos trabalhados por enfermeiros, podem ser considerados à luz da visão da psicologia médica, não-terapêuticos pois não fazem habitualmente recurso à psicoterapia, no entanto citando as autoras “[...] entendendo-se terapêutica pela origem da palavra grega *therapeía*, *therapeúein*, que significa [cuidar], [servir], [assistir], este termo pode ser empregado pelos benefícios estabelecidos através da diminuição de ansiedades alcançada” (p.141).

Consideram-se assim os grupos operativos como uma espécie de “*continente*” de todos os demais grupos, em que os classificados como *terapêuticos* têm em vista a melhoria de alguma situação de patologia dos indivíduos. São exemplo disso os grupos com pacientes somáticos onde as autoras citam Melo Filho que alerta para “[...] a vantagem em reunir pessoas com uma patologia comum, pois percebem melhor seus problemas quando os veem nos outros...passam a admitir uma melhor resolução da doença, também com o que aprendem com os demais” (p. 142).

São ainda referidas outras vantagens relacionadas com o recurso a grupos terapêuticos, como permitindo oferecer aos utentes possibilidades ao nível preventivo que não se conseguem, ou apenas parcialmente se conseguem, com as consultas individuais, bem como a promoção de maior adesão ao tratamento, ampliar a consciência sobre a patologia, desenvolver maior capacidade de assimilação de informações e estimular a capacidade do utente para agir na sua comunidade (39).

Estes aspetos são para nós determinantes da importância da utilização do grupo terapêutico enquanto instrumento de trabalho dos enfermeiros e especialmente no contexto do projeto GARE uma vez que as suas finalidades vão, como pudemos verificar, ao encontro das necessidades identificadas no diagnóstico de situação.

Neste sentido, após várias pesquisas e uma experiência de estágio numa unidade de saúde comunitária (acerca do qual retomaremos mais adiante), tomámos conhecimento da existência de um Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária “PROFORM”, no âmbito do módulo CIR (Cuidados Integrados e Recuperação) – *Case Management*,

onde foram realizados cursos de formação e sessões de *follow-up*. Este programa contribuiu significativamente para a implementação de melhores práticas na prestação de cuidados a pessoas com doença mental grave. Por outro lado, o processo formativo deu um impulso importante para a apresentação de projetos inovadores em saúde mental por parte dos serviços de saúde mental (40).

O programa PROFORM é um programa de formação que prevê, em consonância com os objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental, realizar formação profissional de forma a acrescentar práticas adicionais às competências dos profissionais que trabalham na área de psiquiatria e saúde mental. Desenvolve-se em três fases sendo as fases I e II correspondentes à “*formação para qualificação como terapeutas de referência*” e “*psicoeducação para Famílias*” tendo como público-alvo profissionais dos departamentos/serviços e unidades de psiquiatria, a fase III diz respeito a formação no âmbito dos cuidados de saúde primários (41).

Com base nestes dados, acreditamos que as respostas para os problemas encontrados no nosso diagnóstico de situação, deverão ser compostas por um conjunto de intervenções que se tenham revelado eficazes em trabalhos já existentes e, preferivelmente integrando a participação de vários profissionais da equipa multidisciplinar. Propusemos assim a criação de um Grupo de Acompanhamento e Recuperação em Esquizofrenia – “Projeto GARE”.

Com o intuito de investigar as opções viáveis existentes no próprio contexto de estágio e identificar o trabalho já desenvolvido, partilhámos com os restantes técnicos do serviço de psiquiatria os nossos objetivos com a criação deste projeto.

Tomámos conhecimento da existência de um “grupo terapêutico de treino de competências sociais” dinamizado pela terapeuta ocupacional do serviço, com utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia, que se reuniam semanalmente. Trouxemos para discussão com a terapeuta ocupacional em questão, a nossa perspetiva acerca da implementação de um grupo terapêutico que trabalhasse com os utentes tendo por base a aplicação do programa CIR, contemplando ainda a possibilidade de efetuarmos a respetiva formação pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Assim, num esforço conjunto de reconhecimento dos benefícios e potencial que se poderia alcançar com a reunião das

competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e das competências do terapeuta ocupacional, iniciámos um trabalho colaborativo.

A proposta encontrada neste projeto foi ainda ponderada junto do enfermeiro orientador e enfermeira chefe do serviço, que se constituíram como elementos fundamentais para que se dessem os primeiros passos. Contribuíram com sugestões práticas e palavras de encorajamento, desmistificando alguns “medos” e inseguranças inerentes à experiência que para nós se mostrava como assustadoramente inovadora no serviço, tendo em vista a inexistência de projetos idênticos a decorrer ou anteriormente desenvolvidos, com grupos de utentes e a participação de enfermeiros.

Havíamos anteriormente tomado conhecimento de que se previa a realização, através do departamento de formação do hospital em que se desenvolveu o estágio, do curso de “*Gestão de Cuidados Integrados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental*” da responsabilidade da Coordenação Nacional para a Saúde Mental a decorrer entre 26 de Junho e 11 de Julho de 2012, para o qual nos inscrevemos.

O que propusemos para dar resposta aos problemas encontrados no diagnóstico de situação, foi a implementação de um grupo terapêutico, de âmbito psicoeducativo, com recurso ao modelo de cuidados integrados e recuperação (CIR) para o acompanhamento e recuperação de utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia a frequentar a consulta de psiquiatria e o grupo de terapia ocupacional.

Faremos algumas referências a aspetos práticos e de conceção do projeto em questão (GARE – Grupo de Acompanhamento e Recuperação em Esquizofrenia) que consideramos pertinentes aprofundar, bem como a descrição das limitações, atividades/estratégias e meios planeados para a implementação do projeto.

Um dos aspetos que a nosso ver poderia condicionar o planeamento e execução deste projeto, era a pouca ou quase inexistente experiência pessoal e profissional no trabalho com grupos terapêuticos, com a particularidade de que o grupo de utentes com o qual nos propusemos trabalhar, encontrava-se já formado há cerca de um ano e meio. Para minimizar esta limitação uma das atividades que realizámos foi o acompanhamento presencial das sessões que o grupo tinha com a terapeuta ocupacional semanalmente, o que fizemos durante o mês e meio anterior ao início do “projeto GARE”.

Encontrando-nos numa fase inicial do planeamento do projeto GARE e estando já determinado que se trataria de uma intervenção grupal com recurso à aplicação do programa CIR, deparámo-nos com alguns constrangimentos. Por um lado o carácter de continuidade inerente ao próprio programa, sendo previsto que a duração do mesmo seja de três a seis meses, o que não se coadunava com o tempo de que dispúnhamos nesta fase dos estágios. Por outro lado, a necessidade que sentíamos em acrescentar conhecimentos e informações específicos relativos à implementação do próprio modelo CIR, o que iria acontecer aquando da realização do curso de gestão de cuidados integrados a que já fizemos referência. No entanto, aquele curso apenas iria decorrer durante as últimas três semanas de estágio, motivo pelo qual tomámos a decisão de iniciar a intervenção em grupo terapêutico, tendo por base as orientações e instrumentos de trabalho do respetivo manual CIR a que já tínhamos tido acesso anteriormente.

Na realidade, o manual apresentou-se como um instrumento de grande importância pois trata-se de um documento de leitura e compreensão fácil, com grande especificidade no que se refere ao planeamento, organização e avaliação das sessões e com o qual nos sentíamos bastante seguras em trabalhar.

Esta foi para nós, uma decisão primordial uma vez que, reconhecendo que possuíamos acesso a um instrumento de trabalho com orientações credíveis e baseadas em evidência, aquele constituía-se como uma mais-valia para a execução deste projeto, mas não se extinguia aquando o término do estágio. Na realidade seria esta a nossa aspiração desde o início deste percurso formativo, sentindo que o resultado das horas de pesquisa, do aprofundamento de conhecimentos e aquisição de novas aprendizagens, ao refletir-se numa prática baseada em evidência, não se deveria resumir a um agir limitado ao *timing* dos estágios.

Poderíamos com certeza ter enveredado por um outro caminho, aparentemente mais seguro, planeando uma intervenção que se “encaixasse” na logística dos estágios, mas a verdade é que reconhecíamos que o seu carácter de eficácia estaria comprometido limitando-se provavelmente os resultados ao próprio tempo de duração da intervenção. Assim, não pudemos ignorar a utilização de um recurso tão determinante como o programa CIR e demos início à execução do projeto, mesmo reconhecendo que poderíamos estar a condicionar ou inevitavelmente, a adiar a avaliação do nosso PIS.

Por essa razão, neste relatório iremos descrever a execução de apenas parte do projeto GARE, contemplando-se aqui a discussão e avaliação do primeiro tema/módulo - “Estratégias de recuperação”, que decorreu ao longo de cinco sessões semanais.

No Programa de Cuidados Integrados, é mencionada a figura do *terapeuta de referência*, que surge associado ao conceito de *case management*, enquanto um sistema que permite garantir a qualidade dos cuidados dos serviços de saúde mental, o que pressupõe que haja uma congregação e coordenação dos diferentes serviços. Desta forma é concordante que os serviços sejam capazes de promover cuidados personalizados às pessoas, idealmente fornecidos pela pessoa designada de “gestor de casos”¹ (8).

No serviço de psiquiatria do hospital onde se implementou o projeto, a metodologia de trabalho do internamento e ambulatório que acompanha os utentes residentes naquele concelho não utiliza o recurso à gestão de caso. Apesar disso considerámos que existiriam condições para a aplicação do CIR neste projeto, prevendo-se que os benefícios apontados poderiam ainda assim, ser alcançados e que este poderia ser até, um dos primeiros passos para se trazer à discussão das equipas multidisciplinares a importância de adoção de novas metodologias de trabalho.

2.3 Execução

Uma das atividades e estratégias que consideramos importante salientar tem a ver com a realização do curso de *Gestão de Cuidados Integrados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave* sendo que, as aprendizagens, nos permitiram aplicar o modelo de intervenção do CIR de forma mais eficiente e ainda contribuíram para uma melhor aplicação dos meios necessários para a execução das sessões.

O programa de Cuidados Integrados e Recuperação de pessoas com doença mental grave (CIR), propõe-nos uma forma de os profissionais de saúde mental ajudarem as pessoas com experiência de sintomas psiquiátricos a desenvolver estratégias personalizadas para lidar com a sua doença, alcançar os seus objetivos, oferecendo uma variedade de informações, estratégias e competências que podem usar para alcançar a sua

¹ A gestão de casos “incluía a gestão geral dos sintomas, a gestão e a administração da terapêutica, mas também o desenvolvimento de todas as funções que têm impacto ao nível do funcionamento social” (8) (p.6).

recuperação. Consiste numa série de sessões semanais durante um período estimado de três a seis meses, podendo ser utilizado em formato individual ou em grupo e aborda os seguintes temas organizados em módulos (8):

1. *Estratégias de recuperação*
2. *Dados práticos sobre a doença mental*
3. *O modelo de Vulnerabilidade-Stress e Estratégias de tratamento*
4. *Criar redes de suporte social*
5. *Utilizar a medicação de modo eficaz*
6. *Reduzir as recaídas*
7. *Lidar com o stress*
8. *Lidar com os problemas e sintomas*
9. *Obter resposta às suas necessidades através do sistema nacional de saúde mental*

O programa CIR foi desenvolvido a pensar nos benefícios que pessoas portadoras de doença mental grave, mais especificamente esquizofrenia, doença bipolar e depressão major possam obter, embora outras pessoas com outras necessidades e patologias possam da mesma forma, beneficiar em aprender mais com os seus sintomas e desenvolver competências para lidar com os problemas. É composto por uma série de materiais informativos para os profissionais e para os utentes, de acordo com cada um dos temas referidos anteriormente (8).

Relativamente às competências dos profissionais que utilizam o CIR, além de frequentarem a formação respetiva, devem ter conhecimentos consideráveis sobre a doença mental e os princípios dos tratamentos, com competências relacionais, de comunicação e de escuta, bem como competências pedagógicas. Sendo por isso adequado à utilização pelos vários profissionais dos serviços de saúde mental, nas suas variadas áreas de intervenção (8).

O ensino do CIR envolve a integração de técnicas pedagógicas motivacionais, educacionais e cognitivo-comportamentais. Sendo que o “[...] desenvolvimento da motivação é um processo contínuo e feito em colaboração no decurso do programa” (8) (p.13) e se a pessoa não considerar importante para si “[...] aprender informação e competências para obter resposta às suas necessidades e desejos, essa pessoa não estará

motivada para investir o suficiente na aprendizagem” (p.13), o que se constitui como um fator determinante para a mudança. O CIR pressupõe o recurso a várias técnicas educacionais para que o ensino da informação seja eficiente e assegure que se compreende qual a relevância que tem para as suas vidas. Pressupõe ainda a aplicação de princípios e técnicas de aprendizagem para “[...] ajudar as pessoas a obter e a utilizar a informação e competências discutidas no CIR” (8) (p.13).

Tratando-se este de um programa cuja duração e eficácia estão intimamente relacionados com o desempenho das áreas cognitiva e de funcionamento psicossocial dos utentes, procurámos desenvolver uma maior compreensão sobre estes aspetos, no sentido de planearmos a intervenção de forma adequada.

De fato, as pesquisas que realizámos a vários autores, verificaram que existe pertinência no aprofundamento desta temática pois como identificam Rocha, et al, a pessoa com esquizofrenia pode apresentar graves limitações do funcionamento psicossocial, que se verificam entre outros na capacidade de atenção, velocidade de processamento de informação, aprendizagem verbal e visual, o raciocínio e a resolução de problemas (42). Os autores analisam o construto da autoeficácia, através do papel que aquela pode ter no funcionamento psicossocial, uma vez que a mesma se reporta “[...] às crenças acerca das capacidades que possuímos para desempenhar um comportamento ou tarefa” (p.589). Concluem que qualquer programa de reabilitação psicossocial deve, entre outras, características “integrar apoio e intervenção que promovam o desenvolvimento de percepções mais positivas da eficácia pessoal” (p.598).

A Ordem dos Enfermeiros acrescenta que a crença na eficácia pessoal afeta a forma como as pessoas fazem as suas escolhas de vida, podendo ser tradutor do seu nível de motivação e tem relação com aspetos particulares como a vulnerabilidade ao *stress* e a depressão, sendo que “As pessoas com forte senso de autoeficácia mostram menor tensão psicológica e fisiológica em situações stressantes” (9) (p.13).

O trabalho desenvolvido por Ribeiro (43), na adaptação de uma Escala de Avaliação da Autoeficácia Geral, reforça a importância de também neste projeto, pretendermos aplicar esta escala, como medida de avaliação da eficácia da nossa intervenção e até como preditor do desempenho individual dos utentes. Como refere a autora a autoeficácia refere-se ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca da sua

capacidade de organizar e implementar atividades, em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress. O que nos dirige para o que esperar por parte dos utentes que farão parte deste grupo de recuperação e até, que aspetos foram melhorados com a intervenção. Sendo de esperar que utentes com maiores perceções de autoeficácia, apresentarão maior convicção e persistência em realizar uma tarefa para atingir um determinado objetivo, ainda que perante situações desconhecidas e imprevistas. Quanto maior a expectativa de eficácia em determinada situação maior a motivação para a enfrentar, verificando-se ainda, mais facilidade em adotar comportamentos de promoção da sua saúde, bem como ao nível da resposta fisiológica ao *stress*, reduzindo o seu impacto negativo (43).

Neste projeto procederemos à avaliação da autoeficácia através da aplicação da Escala de Avaliação de Auto-Eficácia Geral (EAAG), publicada na revista Percursos (44) e adaptada por Ribeiro. É uma escala destinada a jovens adultos, composta por uma escala ordinal de tipo Likert de sete pontos, em que a versão adaptada pelo autor contém 15 itens. As notas podem ser utilizadas como um perfil das diferentes subescalas ou como uma nota global. Quanto mais baixa a nota, menor a perceção de eficácia.

Acerca das Sessões

A preparação das sessões realizou-se maioritariamente de acordo com as orientações dadas pelo manual do CIR, tendo sido ainda preparado um *contrato terapêutico* que seria objeto de discussão na primeira sessão com o grupo, com a finalidade de dar a conhecer aos utentes as características e objetivos das intervenções previstas neste projeto, a previsão do tempo durante o qual iria decorrer e o contexto académico em que se desenvolvia.

Foram ainda feitas revisões do material informativo e orientações dadas, bem como analisados os objetivos principais das sessões, adequando-os com o tema/módulo a ser tratado, as perguntas iniciais, tabelas sugeridas e material de apoio fornecido pelo manual.

Foi elaborado um *instrumento de registo de evolução das sessões* com base no instrumento sugerido no manual do CIR que permitiu aferir, sintetizar e reestruturar, se caso disso as intervenções realizadas, os temas tratados e as competências trabalhadas.

A estrutura prevista das sessões está apresentada na tabela seguinte (Tabela I):

Estruturação das sessões	Duração
1. Aspectos informais e identificação de problemas/intercorrências durante a semana.	1-3 min
2. Revisão da sessão anterior	3-5 min
3. Revisão/discussão dos trabalhos/reflexão para fazer em casa	3-5 min
4. Apresentação do plano/objetivos da presente sessão	1-3 min
5. Apresentação/discussão de nova informação, materiais, conteúdos	30-40 min
6. Sumário da sessão (resumo do progresso feito) e apresentação dos exercícios para casa	5-10 min

As sessões têm uma duração prevista de 45 a 60 minutos, sendo realizadas após o grupo de treino de competências sociais que os utentes fazem habitualmente com a terapeuta ocupacional, com encontros semanais à quinta-feira, sendo inicialmente realizadas separadamente com um intervalo entre cada sessão, havendo a previsão de se integrarem posteriormente as duas intervenções num período mais alargado de 90 minutos, com a presença de um terapeuta e um coterapeuta.

O espaço onde se realizam as sessões é o da sala de reuniões disponível na consulta do serviço de psiquiatria, com uma área aproximada de 20 m², onde estão dispostas cadeiras, uma mesa oval e vários meios materiais. O local apresenta boas condições de luminosidade e de arejamento possuindo duas portas de acesso, conservando ainda as condições de privacidade necessárias.

Para seleção dos participantes no projeto “GARE” foram efetuados convites aos utentes que se encontravam já a frequentar o grupo terapêutico dinamizados pela terapeuta ocupacional, sendo esclarecida a sua livre participação e reserva do direito de desistência a qualquer momento em que o utente o decida. No projeto GARE constituiu-se um grupo de características fechadas, uma vez que estão implicadas a aprendizagem de informações e aquisição de competências, intimamente relacionadas entre si e dependentes de encontros contínuos no tempo através do qual se percorrem os vários temas. Pelo que a entrada e

saída de membros poderá criar um espaço de instabilidade e o risco de comprometer a evolução dos restantes elementos que já frequentam.

Neste relatório e no período decorrido nos estágios, como já foi mencionado anteriormente, é tido em conta apenas o planeamento, execução e avaliação do primeiro módulo do projeto GARE referente ao primeiro tema do programa do CIR: “Estratégias de Recuperação”.

Acerca do Módulo 1 – Estratégias de Recuperação

Este primeiro tema, segundo as orientações do programa do CIR, vem afirmar um tom otimista e positivo em torno da temática e do conceito de recuperação pessoal/*recovery*, transmitindo que as pessoas com doença mental não se resumem a ela e portanto podem progredir na sua vida, para além da doença. Introduce discussão e reflexão em torno do conceito individual de recuperação e incentiva as pessoas a compreender e a conceber a sua própria definição de recuperação. É ainda neste módulo que a pessoa é ajudada a definir os seus objetivos pessoais e as estratégias para os ultrapassar, acompanhando-os ao longo de todo o programa (8).

Prevê-se que o módulo “Estratégias de Recuperação” esteja completo em cerca de 4 sessões. Para o presente módulo foram propostos os objetivos:

- 1- Ajudar a pessoa a desenvolver um sentimento de confiança de que poderá realizar objetivos pessoais importantes;
- 2- Estimular a pessoa a conceber a sua própria definição de recuperação;
- 3- Ajudar a pessoa a identificar objetivos pessoais que lhe sejam significativos;
- 4- Ajudar a pessoa a desenvolver um plano “passo a passo” para atingir pelo menos um dos seus objetivos pessoais;
- 5- Ajudar a pessoa a identificar e a por em prática algumas estratégias que a ajudarão no processo de recuperação;

As sessões decorrem com recurso a estratégias motivacionais, pois pressupõe-se que a pessoa encontre uma condição fundamental que a ajude a identificar os benefícios em aderir a este programa, estar motivado. No que se refere ao próprio conceito de recuperação, algumas pessoas podem ter dificuldade em apreender o conceito em si e

necessitam que as ajudem a avaliar as vantagens e desvantagens de um percurso em direção à recuperação ou em deixar as coisas como estão, o mesmo acontece para a mudança.

As estratégias motivacionais contribuem ainda para ajudar a pessoa a focar-se no futuro e no seu potencial quer na identificação de objetivos pessoais importantes como nas estratégias que encontra para os alcançar. Para isto procura-se aumentar a confiança na procura e na realização de objetivos, fazendo por vezes referência aos objetivos atingidos no passado. É importante ainda que a pessoa compreenda que o seu sucesso pode não estar relacionado com as situações mais importantes e difíceis de alcançar, mas sim com aspetos mais simples do quotidiano, como executar tarefas diárias, gerir bem o dinheiro, conhecer melhor aspetos da sua doença. Ajudar a pessoa a reenquadrar estratégias encontradas no passado para superar dificuldades pode ser importante, demonstrando ainda compreensão empática sobre os problemas ou desilusões anteriores e simultaneamente ajudando a pessoa a centrar-se no futuro e no potencial que já demonstrou e naquilo que pode alcançar (8).

As estratégias educacionais previstas neste módulo relacionam-se com a aprendizagem do conceito de recuperação e dos passos a dar que podem ajudar na sua progressão quanto aos seus objetivos. Uma forma de o fazer pode ser através da leitura de parágrafos ou frases associadas à temática encorajando a discussão em torno do material, ajudando assim a pessoa a identificar aquilo que pode ser importante e/ou significativo para si. São importantes as pausas ao longo da disponibilização da informação, respeitando os tempos próprios de cada pessoa, com verificações frequentes daquilo que foi compreendido e para se conhecer os diferentes pontos de vista. Nesta altura poderá ser importante recorrer à entrega de material de apoio, quadros de síntese dos conteúdos abordados e colocar questões relacionadas com os diferentes tópicos, como por exemplo: “O que pensou desta parte da sessão? Quais pensa serem os pontos principais dos temas que temos vindo a tratar? Quais os temas que lhe trazem mais significado? Teve ou tem alguma experiencia semelhante? Concorda com o que aqui foi dito?” (8).

Outros aspetos que são ainda importantes são as capacidades comunicacionais, mantendo a comunicação em ambos os sentidos, reservando bastante tempo para a interação e para que a pessoa possa compreender o que lhe foi dito, colocar questões de forma pausada deixando a pessoa confortável no processo de aprendizagem que iniciam

agora os intervenientes. É importante não avançar na transmissão de conteúdos além do que a pessoa mostra ser capaz de apreender, devendo os mesmos ser subdivididos em pequenas partes.

As estratégias cognitivo-comportamentais contribuem para que a pessoa desenvolva competências para procurar e agir ativamente na concretização dos seus objetivos, desenvolvendo assim um pensamento mais positivo sobre ela própria e as suas capacidades. Um exemplo para a utilização destas técnicas pode ser através do recurso à lista “Estratégias de Recuperação” fornecida no manual, lançando a discussão e reflexão em torno de uma estratégia que a pessoa identifique que a ajudará na recuperação. Seguidamente ajudando a pessoa a decidir como usar essa estratégia, pode-se ainda praticar a estratégia na sessão. Neste caso, com recurso à modelagem (demonstração) e dramatização (ensaio comportamental) enquanto estratégias para praticar (8).

No que se refere ao uso das estratégias cognitivo-comportamentais este é um campo de atuação de grande especificidade, sendo que o sucesso na utilização destas estratégias poderá, a nosso ver ser comprometido pela pouca experiência e formação profissional que temos na área. Deste modo, procurando colmatar esta lacuna, desenvolvemos um trabalho de complementaridade com a terapeuta ocupacional que recorria já anteriormente à utilização de estratégias cognitivas e estratégias comportamentais neste grupo de utentes, procurando assim constituir uma equipa terapêutica cuja formação e conhecimentos individuais se complementassem.

Uma outra estratégia recomendada no manual do CIR é o recurso aos “*trabalhos de casa*” cujo objetivo é o de aprofundar ou rever um determinado tema ou os pontos abordados, rever o que foi conversado ou terminar um trabalho iniciado. Pode ainda consistir em pôr em prática uma estratégia trabalhada em grupo e para isso a pessoa é ajudada a desenvolver um plano para o fazer. A pessoa pode sentir dificuldade ou deparar-se com obstáculos na realização dos trabalhos de casa, devendo ser ajudada a resolver este problema de forma a evitar situações de ansiedade. Por outro lado os trabalhos para casa podem ter um papel integrador das pessoas da rede de apoio do utente, adequando-se trabalhos que contem com a participação da família, por exemplo.

Para além destas atividades e estratégias, foi ainda planeada a criação de um “*bloco de apoio*” que se constituía por frases e quadros contendo, de forma resumida a

informação falada ao longo das sessões. Por exemplo, a primeira frase a colocar no respetivo bloco dizia respeito à definição individual de recuperação que os utentes fizeram, a qual foi plastificada e anexada através de uma argola de metal. Pretendia-se que o bloco individual fosse, a cada sessão, complementado com os conteúdos trabalhados, apresentados de forma sintetizada, em frases/palavras/quadros chave e significativos, que possam facilitar a retenção, compreensão e memorização dos conteúdos apreendidos. O bloco constituiu-se como um importante instrumento de trabalho para as várias sessões e dele constam entre outros, as *definições individuais de recuperação* de cada um dos utentes, os seus *objetivos pessoais*, as *áreas de vida* com as quais estão mais ou menos satisfeitos e os *planos passo a passo* que elaboraram. Neste sentido, seria um instrumento personalizado de cada utente que se constituiu como um importante recurso na aprendizagem.

2.4 Implementação da Intervenção

Esta etapa da metodologia de projeto é de longe uma das mais complexas e simultaneamente entusiasmantes de todo o percurso que efetuámos até aqui. É o “tornar real” todos os aspetos do nosso projeto que até agora pertenciam apenas a um espaço que construámos no imaginário. Este, que descreveremos em seguida é o espaço onde pela primeira vez fomos confrontados com o *aqui e agora* de tudo o que desejámos fazer, de tudo o que tencionámos reproduzir no nosso agir e de tudo o que nos propusemos a resolver.

Foram realizadas cinco sessões na totalidade, com encontros semanais à quinta-feira com um grupo de quatro utentes da consulta de psiquiatria do hospital onde decorreu o estágio. Os utentes tinham idades compreendidas entre os 29 e os 39 anos, do sexo masculino e com diagnóstico médico de esquizofrenia.

Conforme previsto e após ter acompanhado o grupo de treino de competências sociais que os utentes frequentavam com a terapeuta ocupacional durante sete sessões, foram convidados a participar no projeto “GARE” todos os utentes que frequentavam o grupo anterior. Foi-lhes solicitado que na semana seguinte, na data prevista de início do grupo, se realizasse um intervalo após o treino de competências sociais, retomando depois

à sala. Dos seis utentes convidados, aceitaram participar quatro, tendo sido marcada uma entrevista inicial com cada um deles.

Durante a entrevista inicial aos utentes foi apresentado e explicado o contrato terapêutico e solicitado que o mesmo fosse assinado e entregue na primeira sessão do grupo, dando-se relevância ao envolvimento de uma pessoa significativa. A duração média das entrevistas foi de 30 a 45min, tendo-se este revelado como um espaço privilegiado de encontro, onde se estabeleceram as primeiras interações e contactos para clarificação e compreensão das expectativas do utente em relação à sua participação no grupo. Aquele foi ainda o primeiro momento em que nos reconhecemos finalmente no papel de “terapeuta”, em que no contacto inicial procuramos demonstrar toda a nossa disponibilidade física e emocional, conscientes da importância que a comunicação e as atitudes terão no resultado da entrevista.

Apesar de este não se ter constituído como o primeiro contacto com o utente, foi ainda um encontro dotado das características próprias da relação de ajuda profissional onde segundo Chalifour (45) “[...] a qualidade do contacto tem efeito direto...no estabelecimento de um clima de confiança, na pertinência do diagnóstico estabelecido, nas intervenções a ser realizadas e na natureza da mudança que o cliente transportará para a sua vida fruto das soluções adotadas” (p.83).

Assim e de acordo com o autor, a entrevista revestiu-se já ela própria de um carácter terapêutico, onde além da recolha de dados pessoais, história familiar e pessoal de saúde, contemplou o preenchimento do instrumento de avaliação inicial (escala de avaliação da auto-eficácia geral - EAAG), centrado nos atributos positivos e competências, habilidades e ocupação da pessoa e não apenas nos seus problemas ou défices.

Para a primeira sessão do GARE foi efetuada uma receção aos utentes tendo em conta a manutenção e continuidade da relação de confiança, bem como alguns cuidados com aspetos revestidos de certa cordialidade e convivência, que consideramos importantes para a manutenção de uma sensação de bem-estar e descontração, num encontro que se pretendia rico em partilha interpessoal. Assim, foi oferecido um pequeno lanche antes do início “oficial” do trabalho do grupo.

Colocando-nos neste “novo” papel de terapeuta, procurámos adequar a nossa intervenção mostrando-nos ativos, criando um clima de compreensão respeito e empatia, monitorizando a expressão dos afetos e evitando criar altos níveis de tensão.

Apesar de existir um planeamento para as sessões procurámos não ser demasiado diretivos, estimulando a participação do grupo, organizando a conversa e simultaneamente encaminhando os assuntos para os temas previstos. Adequámo-nos por isso ao “papel do terapeuta” descrito por Zanini (46) cujas intervenções podem ser de “Afirmção, conselho, validação, encorajamento, reforço, clarificação, confrontação [...]” (p. 47).

O decorrer da primeira sessão aconteceu com alguma ansiedade, mais notória a princípio, pois apesar de nos esforçarmos ao máximo para nos aproximarmos do universo e linguagem dos utentes, por vezes ficava a sensação de que estavam a olhar para nós algo “assutados” ou “assoberbados”. Procurámos por diversas vezes consciencializar-nos da importância do ritmo e velocidade a que verbalizávamos os assuntos e nesses momentos, aproveitámos para utilizar algumas das questões sugeridas no manual do CIR como “*compreendem de que estamos a falar?*” ou “*O que pensam disto?*”, o que acabou por ser eficaz, uma vez que estimulava à participação dos utentes e contribuía para fixar a sua atenção.

Conseguimos que os utentes demonstrassem compreender os assuntos tratados e os conteúdos apresentados, foram expostas opiniões e debatidos significados de “recuperação pessoal” e o momento de leitura das freses propostas, colocadas em cima da mesa e lidas individualmente, teve grande participação. Foram ainda apresentados os “quadros de bolso” das estratégias de recuperação e abordadas as várias estratégias sugeridas, com alusões práticas e exemplos vivenciados pelos utentes. Os momentos de conversa foram assim informais e constituíram-se num espaço privilegiado de partilha de experiências e integração dos temas propostos.

A duração da sessão verificou-se, maior do que o previsto, com cerca de 90 minutos, o que acreditamos ter tido a ver com a necessidade constante de reformulação dos assuntos e os momentos de esclarecimento de dúvidas. Por esse motivo, o preenchimento da “folha de revisão da sessão” foi mais acelerado, bem como a explicitação do trabalho/reflexão para casa.

Na segunda sessão, após um momento informal em que foi permitido espaço para se falar de assuntos vários (atualidade, cultura, desporto) relacionados com a semana que passou, criou-se condições para a expressão de dificuldades sentidas aquando da realização dos trabalhos de reflexão para casa. Apenas dois dos utentes o teriam terminado e os outros dois verbalizaram que sentiram dificuldades relacionadas com a compreensão do que era pedido, ou não saber como responder. Naquela altura pudemos compreender que esta dificuldade teria acontecido provavelmente devido ao fato de, na última sessão o tempo utilizado ter sido maior do que o previsto, pelo que a explicitação do quadro para trabalho de casa não terá sido feita de forma adequada, comprometendo a compreensão do mesmo.

Esta foi a razão pela qual tivemos que fazer alguns ajustes ao planeamento da sessão que tínhamos feito, uma vez que foi necessário utilizar mais tempo na revisão da informação necessária à realização do trabalho para casa e simultaneamente, dado tempo para que o grupo se organizasse na ajuda aos utentes que não tinham terminado. Esta foi considerada uma oportunidade importante para potenciar as trocas interativas, a coesão grupal, comunicação, bem como as capacidades de escuta, cumprindo assim alguns dos fatores terapêuticos que podem estar presentes em qualquer grupo propostos por Yalon, citado por Guanaes (37) de “Universalidade – Reconhece que não é o único a ter problemas ou percebe que os outros membros do grupo têm problemas iguais ou maiores que os seus; Altruísmo – Mostra-se sensível às dificuldades, aos problemas, aos limites de outro membro do grupo, sentindo desejo de ajudá-lo ou efetivamente fazendo algo para ajudá-lo no contexto do grupo” (p.137).

De facto estas capacidades e interações grupais repetiram-se por muitas outras vezes ao longo das sessões seguintes apercebendo-nos de que, por vezes a compreensão dos conteúdos era mais completa quando reformulada e explicada pelos próprios membros do grupo. Foram assim abordadas as estratégias de recuperação que os utentes identificaram como tendo sido utilizadas anteriormente e ainda as que desejariam conhecer/desenvolver.

Um outro aspeto importante da sessão foi o exercício em que foi solicitado ao grupo que olhasse em volta para as palavras que estavam afixadas nas paredes da sala, que remetiam para diferentes “áreas de vida” sugeridas pelo programa. Foram lidas pelas terapeutas em voz alta, explicados os significados e dados exemplos para cada uma das áreas de vida apresentadas. Aos utentes individualmente, foi distribuído um pequeno

quadro onde, após refletirem sobre cada uma das áreas de vida expostas, deveriam escrever três áreas com as quais se encontravam “mais satisfeitos” e três com as quais estavam “menos satisfeitos” e o porquê. Este foi um exercício com grande adesão por parte dos utentes e que a nosso ver, se revelou de extrema importância, uma vez que todos os utentes conseguiram fazê-lo e partilhar com o grupo, mas acima de tudo foi uma ajuda determinante para identificação dos problemas/objetivos pessoais.

Ao exercício/reflexão para casa foi agora reservado um espaço de prioridade, onde além da explicação do que era pedido, foi dada oportunidade para se colocar dúvidas e de treino com alguns utentes. Foi pedido que transformassem cada área de vida que identificaram como estando “menos satisfeitos”, num problema a resolver ou num objetivo a atingir e identificando formas através das quais consideram que o poderiam resolver/atingir.

Um fator determinante para o sucesso desta sessão deve-se ao fato de ter tido uma duração maior do que o previsto inicialmente, tendo os utentes acordado em passar a durar 90 minutos.

A terceira sessão inicia-se com o apuramento das dificuldades na realização do trabalho para casa, onde todos os utentes conseguiram atingir o esperado. Ou seja, todos registaram sob a forma de problema a resolver ou objetivo a atingir, o que gostariam de melhorar nas suas vidas, com base na reflexão realizada na sessão anterior sobre as várias áreas que compõem as suas vidas. Constatámos assim que, o sucesso na compreensão e resolução dos trabalhos pedidos para casa, dependia da explicação e clarificação de dúvidas na sessão anterior e se possível de exemplificações dadas pelo técnico.

O planeamento da sessão conduzia-nos para o início da elaboração de um “plano de resolução de problemas e objetivos passo a passo”, que fazia parte dos materiais de apoio fornecidos pelo programa CIR. Para a realização desta tarefa, tornou-se importante facilitar informação relativa ao processo de elaboração de objetivos. Assim foram apresentados e discutidos aspetos que serviram para ajudar na execução da atividade proposta: preenchimento do Quadro de Resolução de Problemas e Objetivos Passo a Passo, sendo para tal distribuída uma pequena cábula de orientação para o preenchimento do quadro. Tratando-se esta de uma tarefa de alguma complexidade, uma vez que exigia um

trabalho de reflexão, necessitando de uma maior capacidade de manutenção de atenção, concentração e associação de ideias, foi disponibilizado tempo acrescido para o efeito.

Após cerca de 20 minutos foi solicitado ao grupo que se reunisse em pares para que, com a partilha de ideias com o colega, pudessem continuar e/ou terminar o preenchimento do quadro. Terminando mais um período de 20 minutos e tratando-se esta de uma tarefa complexa, foi solicitado que o quadro fosse concluído em casa, partilhando ideias, dificuldades e opiniões com um elemento da rede de suporte/familiar. Para este efeito foram reforçados conceitos trabalhados no início da sessão, recomendando-se que cada pessoa se centrasse em apenas um objetivo, que fosse claro, prático e pessoalmente significativo, que fosse realizável, ou possível de atingir a curto prazo.

Conforme havíamos previsto, a elaboração de um plano de objetivos e resolução de problemas passo a passo seria uma tarefa difícil de terminar em apenas uma sessão. Para a quarta sessão deste tema foi planeado que em grupo se acompanharia o trabalho já realizado por cada utente. Desta forma, seriam analisados um a um os problemas identificados e para cada situação colocado no quadro branco e solicitada a colaboração dos outros utentes. Assim, durante toda a quarta sessão foi proporcionado um espaço de partilha e reflexão conjunta que se constituiu de grande utilidade, pois as dificuldades individuais foram possíveis de ser ultrapassadas através do recurso às qualidades globais do grupo. Nalguns casos isto verificou-se na dificuldade expressa por alguns utentes em, transformar um problema das suas vidas num objetivo para alcançar que, por sua vez conduziria à resolução do problema inicial. Noutras situações verificaram-se grandes dificuldades na identificação de estratégias/formas para atingir o objetivo pretendido e ainda em avaliar as vantagens e desvantagens em utilizar cada uma das estratégias.

Reconhecemos que esta sessão poderia ser demasiado exigente, consumindo muito tempo, podendo acontecer que utentes a vivenciar sintomas de doença mental, sentissem agravamento de algumas dificuldades desde si já pré-existentes. Sintomas como dificuldade em prestar atenção, recordar informação relevante, processar informação rapidamente, pensar de forma crítica, planear e resolver problemas, podem por si só tornar difícil a participação dos utentes em certas atividades, em saber o que gostam mais de fazer ou até em pensar no que é importante para eles (8). Desta forma, fizemos recurso a estratégias de treino e dramatização, bem como à moldagem e à modelagem. Assim, para uma determinada estratégia selecionada pelo utente para atingir o seu objetivo, o utente foi

ajudado e determinar os passos que daria para o efeito. Estes pequenos passos foram treinados e dramatizados pelos terapeutas e o utente e até por vezes com recurso aos outros utentes do grupo. A presença constante do reforço positivo, encorajamento e enumeração dos progressos feitos, foi determinante para que todos os utentes terminassem os seus quadros de objetivos e planos passo a passo.

O recurso a estas técnicas foi inicialmente previsto que seria utilizado unicamente na quarta sessão, no entanto, uma vez que se demonstraram de grande morosidade e foram necessárias para todos os utentes, resultaram na necessidade de realizar uma quinta sessão para terminar o módulo de estratégias de recuperação.

No final da quinta sessão foi preenchido pelos utentes a folha de “Exercícios de Revisão” do módulo e em grupo foi solicitado que nomeassem palavras, que seriam escritas no quadro branco e que na sua perspetiva, descrevessem o módulo “Estratégias de Recuperação”. Posteriormente com recurso às palavras identificadas, foi elaborada pelo grupo uma frase que, pela opinião de todos traduziu as aprendizagens efetuadas.

2.5 Avaliação

A etapa de avaliação do projeto remete-nos para um certa inquietação, quando nos questionamos acerca da efetividade que obtivemos na resposta às necessidades que identificámos. Antes de mais, torna-se agora mais claro, que a temporalidade deste projeto não poderá ficar resumida ao tempo de estágio e às atividades nele desenvolvidas, pois aquilo que realizámos não é apenas mais do que o começo de um longo percurso.

A intervenção em reabilitação psicossocial é, a nosso ver e pelo aprofundamento teórico e experiencial que fizemos, incompatível com realização de intervenções pontuais e de curta duração num determinado contexto. Sobre este aspeto encontramos agora com múltiplas questões, as quais Cordo (6), melhor que ninguém remete para uma de grande importância, nas seguintes palavras: “Com que direito criamos novas necessidades numa pessoa com patologia psiquiátrica, sem podermos avaliar, previamente, o impacte que estas vão ter e até se, nós próprios, vamos ter respostas para as satisfazer?” (p.45).

Esta representa para nós uma das tarefas mais difíceis de todo o percurso que fizemos até agora, onde enfrentamos a derradeira “prova” de avaliação das nossas opções metodológicas, concepções teóricas e onde se cria o espaço de questionamento da nossa ação. Desde o começo de todo o projeto esteve sempre presente a consciência da importância inegável que tem para o sucesso da nossa intervenção, a avaliação dos resultados obtidos. Mas como obter sucesso em avaliar algo que não pode ser dado como terminado? Como projetar para um futuro próximo a avaliação do produto das nossas intervenções, quando esse “produto” não é tarefa fácil de quantificar, sobretudo quando se relaciona com as necessidades da pessoa? E ainda como poderemos, através do exercício de nos colocarmos no lugar do outro, avaliar o sucesso individual da pessoa quando, o programa que implementámos se pressupõe provido da flexibilidade necessária para que se torne pessoalmente significativo?

Como característica da metodologia de projeto tivemos presente o fato de que existe um caráter de permanência, da avaliação ao longo de todo o projeto, onde se podem distinguir vários momentos (1). Toda a etapa de avaliação apresenta-se assim como um processo dinâmico onde podemos antecipar as formas de avaliação, sem deixar de o fazer ao longo da fase de implementação e assim avaliar o primeiro módulo que realizámos com o “Projeto GARE”.

Pareceu-nos importante realizar uma avaliação intermédia, após o término do módulo 1 – Estratégias de Recuperação, o que coincidiu com o final do tempo de estágio previsto.

Este prevê-se ser um momento de reflexão e questionamento que deixa lugar à eventual alteração e/ou melhoria das opções tomadas e atividades planeadas. Por outro lado, reconhecendo o papel preponderante que tem a avaliação dos resultados das intervenções realizadas, para a criação de um espaço de inovação e melhoria dos cuidados, determinámos algumas formas de avaliação final a ter em conta finda a execução do projeto, a ser realizadas para além do *timing* previsto no contexto do mestrado.

Avaliação Intermédia

Para avaliação deste primeiro módulo, o manual de Cuidados Integrados e Recuperação - CIR faz algumas sugestões de questões para revisão, no sentido de avaliar se a pessoa compreendeu os pontos principais, algumas das quais foram adaptadas e

resumidas numa folha: “Exercícios de Revisão”, composto por questões de resposta aberta e questões de escolha múltipla a ser respondido na última sessão do módulo. Ao longo do decorrer do módulo, os utentes são encorajados a refletir e desenvolver as suas próprias definições de recuperação e as suas estratégias pessoais para dar os passos necessários para atingir os seus objetivos pessoais, sendo para isto, acompanhados pelo terapeuta ao longo de todo o programa de gestão de cuidados.

Foram elaborados os seguintes indicadores de avaliação do módulo 1: “Estratégias de Recuperação”:

- 1) Cada utente é capaz de definir o que é para si recuperação;
- 2) Cada utente é capaz de estabelecer pelo menos um objetivo pessoal e duas estratégias ou passos que porá em prática ao longo dos restantes módulos;
- 3) No exercício de revisão do módulo, todos os utentes são capazes de:
Identificar em que medida os assuntos tratados foram importantes para si;
Reconhecer as duas afirmações que se adequam ao conceito de recuperação e
Identificar pelo menos três das quatro estratégias de recuperação enumeradas.

No que se refere ao primeiro indicador, todos os utentes foram capazes de realizar uma definição de recuperação individualmente, as quais se apresentam no quadro seguinte:

Para si o que é Recuperação?

Utente A *“É uma forma de realizar alguns tratamentos, de maneira a dar um passo em frente”*

Utente B *“A recuperação para mim é passar de uma fase menos boa para uma fase boa”*

Utente C *“A recuperação é passar de um estado de DOENÇA para um estado de SAÚDE controlada”*

Utente D *“É sentir que o nosso tratamento está a melhorar a nossa saúde e também começamos a estabelecer objetivos de vida”*

Quadro N° 1: Síntese de definições de recuperação

No segundo indicador, conforme descrito no capítulo anterior, os utentes foram acompanhados individualmente e em grupo na elaboração do “quadro de resolução de problemas e objetivos passo a passo”, sugerido pelo programa CIR, cumprindo na

totalidade os resultados esperados para o módulo em questão, conforme se apresenta em seguida:

Utente	Objetivo pessoal	Estratégia/Passos para atingir o objetivo
A	<i>“Eu quero aprender a lidar com a situação difícil nas relações familiares”</i> (Referindo-se aos conflitos presenciados entre os pais)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Falar individualmente com cada um” (dos pais) ▪ “Criar oportunidade para falar com a mãe - caminhada” ▪ “Criar oportunidade para falar com o pai - beber um café”
B	<i>“Ter mais atividades de ocupação”</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Voltar a fazer caminhadas” ▪ “Convidar alguém para vir comigo” ▪ “Falar com o meu pai para arranjar uma ocupação na oficina do amigo dele”
C	<i>“Melhorar a relação com a minha irmã”</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Conversar com a minha irmã sobre o que sinto” ▪ “Fazer uma lista de tarefas para casa” ▪ “Ter mais paciência”
D	<i>“Ter mais contato com os meus tios e primos”</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Estabelecer contato por telefone” ▪ “Convidá-los para ir a minha casa” ▪ “Convida-los para ir ver um jogo do Benfica” ▪ “Ir a casa deles”

Quadro N° 2: Síntese de problemas e objetivos

No que se refere ao último indicador de avaliação, todos os utentes responderam individualmente à folha de exercícios de revisão, sendo que os objetivos propostos para este item foram atingidos na sua totalidade, conforme consta do quadro seguinte:

Utente	Identifica em que medida os assuntos tratados foram importantes	Reconhece as duas afirmações que se adequam ao conceito de recuperação	Número de estratégias para recuperação identificado
A	Sim	Sim	4 de 4 corretas
B	Sim	Sim	4 de 4 corretas
C	Sim	Sim	4 de 4 corretas
D	Sim	Sim	3 de 4 corretas / 1 incorreta

Quadro N° 3: Síntese de respostas ao questionário de avaliação

Dos dados agora apresentados, podemos concluir que os objetivos propostos para o primeiro módulo do projeto de intervenção em serviço, “projeto – GARE”, segundo o modelo de cuidados integrados e recuperação – CIR, foram atingidos.

Nos relatos efetuados, explanou-se o fato de os utentes terem desenvolvido sentimentos de confiança em como podem realizar objetivos pessoais importantes. De igual forma ajudámos a pessoa a: identificar objetivos pessoais que lhe sejam significativos; desenvolver um plano “passo a passo” para atingir pelo menos um dos seus objetivos pessoais e a identificar e a por em prática algumas estratégias que a ajudarão no processo de recuperação.

Este é no entanto, apenas reflexo dos primeiros passos que demos neste projeto, muito fica ainda por desenvolver para que se possa realizar uma análise crítica mais aprofundada e conclusiva do mesmo.

Não obstante, relatámos até aqui um percurso que a nosso ver se reveste de grande utilidade e aplicabilidade futura, que é também testemunho da responsabilidade por nós assumida pessoal e profissionalmente, de lhe darmos continuidade e nos constituirmos como agentes determinantes no processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental grave.

Neste sentido, chegamos ao momento presente com a certeza de que este projeto se constitui já como um recurso significativo, para que os utentes que nele participam melhorem o seu desempenho individual, independentemente das limitações e dificuldades que apresentam, através da melhoria das suas capacidades e do desenvolvimento do seu

potencial de saúde, aprendendo estratégias que se revelam fundamentais para lidarem com as adversidades do seu meio.

Da avaliação intermédia agora realizada podemos afirmar que os objetivos específicos determinados para o PIS estão já parcialmente atingidos. Propusemo-nos inicialmente a “ajudar a pessoa a estabelecer objetivos pessoalmente significativos nos quais se empenhe, no sentido da recuperação” e “promover educação sobre doença mental em particular a esquizofrenia e estratégias de tratamento”. Os quais ainda que, se constituam parte integrante de um continuum com vista ao objetivo geral, foram nesta fase trabalhados e demonstrada a sua efetividade.

Avaliação Final

A avaliação final, constitui-se como uma aferição globalizante na verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente, podendo ainda servir para se fazer uma reflexão sobre os ajustes que poderão ser realizados após o projeto terminar, bem como as estratégias que poderão ser objeto de revisão num projeto futuro. Reserva-se ainda espaço para análise dos pontos positivos e negativos, considerando ainda a avaliação dos envolvidos no projeto (1).

Os aspetos referentes à avaliação final do projeto por nós iniciado foram elaborados atendendo ao fato de a mesma ter de ser, inevitavelmente remetida para uma oportunidade futura, após a sua conclusão, que se prevê em cerca de seis meses.

Prevemos para isso o recurso a dois instrumentos, aplicados em diversos momentos. O primeiro, a que já fizemos referência diz respeito à avaliação da autoeficácia, tendo sido determinada a aplicação da Escala de Autoeficácia Geral (EAAG) em três momentos distintos do projeto GARE. O primeiro momento de aplicação da escala aconteceu antes do início do primeiro módulo, após a realização da entrevista de avaliação inicial, sendo apresentados no quadro seguinte os resultados obtidos com o instrumento que foi aplicado aos quatro utentes a frequentar o grupo.

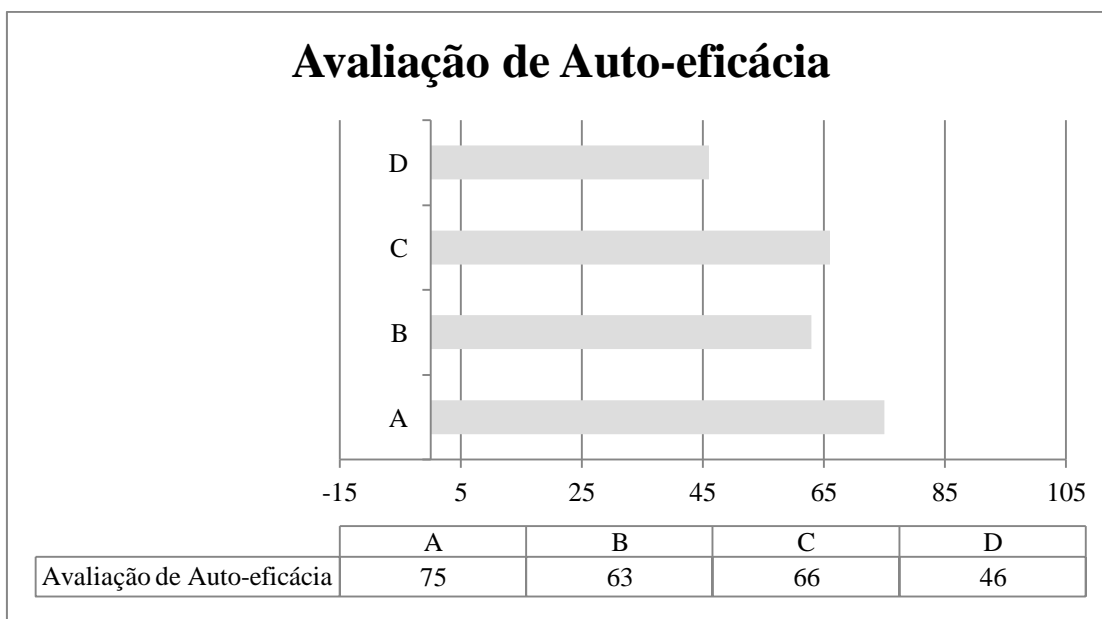


Gráfico N° 1: Níveis de autoeficácia obtidos na aplicação da escala EAAG

No contexto deste trabalho foi efetuada apenas a avaliação global da cotação da escala e não foi tida em conta a avaliação individual nas três dimensões adotadas pelo autor ("Iniciação e Persistência", "Eficácia Perante a Adversidade", "Eficácia Social").

Os dados obtidos com esta avaliação primária revelam níveis médios de avaliação da autoeficácia pelos utentes, tendo este aspeto revelado ser de grande importância no momento da execução das sessões, pois permitiu-nos desenvolver uma maior consciência acerca da necessidade de adequar as estratégias e métodos, de forma a facilitar as aprendizagens individuais e do grupo.

Na nossa perspetiva a compreensão global da intervenção que planeámos para este projeto, apenas será completa se fizermos semelhante avaliação em outros dois momentos. Um segundo momento de aplicação da escala deverá ocorrer imediatamente após o terminar do programa CIR e um terceiro momento de avaliação a ser realizado no contexto de um follow-up em seis meses após o programa ter terminado.

Conforme temos verificado ao longo de todo o projeto de intervenção em serviço, a tónica tem sido colocada na atribuição de um papel de maior destaque ao utente, com quem o programa de reabilitação se desenvolve. Assim, não poderíamos deixar de contemplar o reconhecimento pela pessoa, por detrás do utente, tendo em conta o imprescindível ponto de vista da mesma. Esse ponto de vista, ainda que resulte de uma

avaliação subjetiva, poderá a nosso ver ser apurado através da avaliação da satisfação que obteve com a ajuda que recebeu. Neste caso, prevemos a aplicação de um inquérito de avaliação de satisfação com os cuidados recebidos, que se encontra em fase de pesquisa e elaboração, para aplicação em momento posterior.

PARTE III – COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

No contexto do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, enquadramo-nos num curso de formação científica de natureza profissionalizante que, numa perspetiva pós graduada, tem como objetivo a aquisição de saberes teóricos e práticos especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. No que se refere às competências de Mestre, elas são definidas em relação ao ensino superior no Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de março, contemplando-se no plano de estudos das escolas superiores de enfermagem as determinações específicas dos cursos de Mestrado.

Este percurso de formação considerou diversos momentos de articulação teórica e experiencial através da realização de estágios que se constituíram como momentos privilegiados de desenvolvimento de competências especializadas no campo de intervenção da saúde mental e psiquiátrica.

Ao longo das exposições feitas neste relatório, foram já possíveis de relatar muitas das aquisições que fizemos em várias áreas de conhecimento e resultados de aprendizagem esperados para o enfermeiro mestre no campo de especialidade da saúde mental e psiquiatria. Desta forma, compreendemos que a avaliação da aquisição de competências seja conotada de uma perspetiva de integralidade e de continuidade de todo o trabalho até agora desenvolvido por nós e descrito nas páginas anteriores.

O enfermeiro dá sentido à prática, na escolha do seu próprio caminho enquanto pessoa e profissional que se pretende tornar um perito, que vê no caminhar com o outro, o seu agir. É a este nível que aspiramos chegar, ao de um perito que detém nos seus saberes competências que lhe advêm da sua experiência pessoal, profissional e da sua formação. Saberes estes que utiliza, na ajuda à pessoa cuidada, na identificação do seu potencial de saúde e na escolha dos caminhos que percorre na promoção da sua saúde.

Sentimos necessidade de fazer um ponto de situação na nossa compreensão do estado em que nos encontramos e no percurso que efetuámos neste mestrado, recorrendo à análise da frase de Hesbeen (30) quando se refere ao enfermeiro na sua função de perito,

que lhe permite “[...] enquadrar o praticável e aumentar o número de caminhos possíveis” (p.28).

Para a consecução do primeiro aspeto (*enquadrar o praticável*), introduzimos aqui a necessidade de se criar um espaço de criatividade e liberdade onde se define a área de atuação de quem presta cuidados, neste caso plasmado no projeto de intervenção em serviço. A criação do espaço, a partir da prática de cuidados, que serve de alimento para o alargamento, aprofundamento e consolidação de conhecimentos, serve de matéria de trabalho para a investigação, cujo resultado se quer que traduza uma prática profissional ponderada, empenhada e respeitadora da pessoa.

É aqui, em última análise, que pretendemos afirmar a nossa condição de enveredar por um caminho de procura por aquilo que é a compreensão de um determinado fenómeno, em vez de caminhar no sentido de um saber *à priori*, de uma antecipação do que é melhor para o outro e do que ele precisa. De fato, todo o trabalho desenvolvido por nós e expresso nas várias fases da metodologia de projeto subjacentes a este percurso de formação é ele próprio clarificante deste exercício a que se refere Hesbeen.

Poderemos pensar então que este caminho, não devendo ser apenas circunscrito ao tempo da formação, tenha uma projeção de continuidade para além da sua implementação? Sendo previsível, num momento futuro completarmos uma outra função do enfermeiro perito, a de *aumentar o número de caminhos possíveis*?

A própria experiência de aprendizado que obtivemos ao longo deste processo dá-nos essa percepção. Este projeto constitui-se, do ponto de vista do nosso desenvolvimento profissional, como o princípio de um caminho que vislumbramos ser longo e carregado de múltiplas hipóteses de intervenção e de oportunidades de aprendizagem. Num outro exercício reflexivo, podemos entender que poderemos alcançar esta função de perito quando, na nossa compreensão do *outro* o pudermos ajudar na descoberta dos seus diferentes caminhos.

Não poderemos então deixar de nos questionar acerca do estadió em que nos encontramos no nosso cuidar. O enfermeiro perito, tal como nos é apresentado por Benner (47) “[...] tem uma enorme experiência, compreende agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (p.58). Será compatível, com este nível de desempenho, o nosso

desejo, tantas vezes expresso neste trabalho, de aprofundar a nossa compreensão de uma problemática e do significado que a mesma apresenta para a pessoa de quem cuidamos? Será esta compreensão ela própria suficiente para que possamos passar diretamente à apreensão do problema, tal como a autora refere? Ou continuaremos ainda num estadio em que esta necessidade de compreensão de um fenómeno não nos traz mais do que uma contemplação de soluções e diagnósticos por vezes sem efetividade na prática de cuidados?

Estas questões carecem-nos ainda de clarificação, a qual reconhecemos que pode não ser encontrada de forma imediata. É também este mais um dos vários caminhos que iniciámos a par e passo com este percurso de formação. Ainda que possamos enquadrar-nos no nível de experiência que Benner refere, será ela significativamente válida para que transitemos da proficiência na nossa prestação de cuidados para o estadio de peritos? Da forma como a entendemos, não podemos compreender esta transição de forma estática, mas sim reflexo de um processo dinâmico de mudança no nosso agir em enfermagem e do desejo em atingir a excelência. Podemos, no entanto dizer que, no presente momento cremos que caminhamos para adquirir uma das características que diferencia os comportamentos da enfermeira proficiente ao tornar-se perita: “A visão de *o que é possível*” (47) (p.61).

Ainda no que diz respeito à experiência, é também para nós claro que a mesma não se refere apenas àquela obtida com o tempo de prestação de cuidados em si, mas sim como Benner refere, à experiência aliada aos conhecimentos teóricos que guiam a prestação. Do encontro entre as situações reais do nosso percurso de desenvolvimento profissional com as oportunidades de aprofundamento de conhecimentos teóricos criados com este processo de formação, temos também a assunção de Benner quando explicita que “[...] com a experiência e o domínio, a competência transforma-se” (47) (p.63).

A que se refere esta “transformação” da competência e a que nos referimos quando falamos dela? Quanto a este aspeto é novamente Benner (47) que nos “define” um ponto de partida, o qual tem por base a mudança. Pressupondo assim que a passagem pelos cinco níveis sucessivos de proficiência (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito) implica um processo de mudança em três aspetos gerais, sendo o primeiro: “[...] passagem de uma confiança em princípios abstratos, à utilização (...) de uma experiência passada concreta”; o segundo refere-se á “modificação da maneira como o formando se

apercebe de uma situação” e o terceiro a “passagem de observador desligado a executante envolvido” (p.43).

O desenvolvimento de competências colocou-se também para nós neste percurso, como um processo dinâmico, exigindo transformações e mudanças no nosso papel de estudantes e enquanto prestadores de cuidados. Traduziu-se numa prática mais refletida e num agir enquanto participantes ativos, conhecedores das nossas experiências profissionais e pessoais, reconhecendo as influências das mesmas nas nossas opções e nas nossas ações. Trabalhámos assim para modificar a nossa perspetiva acerca dos fenómenos em saúde mental e ainda compreender a dimensão dos resultados que podemos vir a alcançar, e conseguir em última análise ter *a visão do que é possível*.

Procuramos assim atingir aquilo que a Ordem dos Enfermeiros define acerca da competência: “Refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (48) (p.11).

Consideramos que o nosso caminhar desde o início do curso é reflexo daquilo que a Ordem dos Enfermeiros prevê com “aprofundar-se a capacidade para conceber cuidados de enfermagem especializados, refletindo sobre a natureza própria do domínio da enfermagem geral e especializada” (49).

Considerando que a Ordem dos Enfermeiros determina que “[...] o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (48) (p.11). Formulam-se quatro domínios de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, sendo eles o da **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Gestão da Qualidade, Gestão dos Cuidados** e o do **Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o projeto de intervenção em serviço foi sustentado numa prática de cuidados respeitadora dos demais aspetos éticos e deontológicos. A tomada de decisão teve suporte no exercício profissional seguro e responsável desde a seleção dos métodos e estratégias para a recolha de dados implementação e avaliação, até à aferição das melhores opções possíveis no sentido de proporcionar as respostas mais adequadas aos processos identificados. O exercício da autonomia profissional no julgamento e na avaliação da prática clínica, foi fundamentado na recolha de contributos por parte da equipa de enfermagem e dos utentes. Foram

cumpridos todos os procedimentos éticos e legais necessários à proteção da identidade de todos os envolvidos e equacionados os riscos possíveis associados à nossa prática, no respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais. Tendo como pressuposto o desenvolvimento e transmissão de práticas especializadas e seguras foi efetuada a recolha análise e avaliação e partilha da informação.

A escolha da temática em estudo, a delimitação do problema e a proposta de intervenção que apresentamos neste projeto, está assente no reconhecimento da importância de se desenvolverem programas que contribuam para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Assim, no domínio das competências de gestão da qualidade, o nosso trabalho procura apresentar-se como uma contribuição para o desenvolvimento de projetos de âmbito institucional que tenham por base atingir metas e contribuir para a implementação de programas de intervenção especializada baseados na evidência.

O domínio da gestão dos cuidados foi também por nós trabalhado no contexto da aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista. A implementação deste projeto de intervenção reconheceu a necessidade de recolha de informação e oferta de uma maior variedade de soluções de intervenção. Neste sentido foi para nós importante a partilha de experiências e a tomada de decisão contemplando os contributos da equipa multiprofissional. O Projeto de intervenção proposto por nós, teve em consideração a importância da adequação dos recursos da equipa às necessidades identificadas, potencializando a sua rentabilidade, organização e coordenação e sensibilizando para a adoção de práticas inovadoras e para a mudança.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais consideramos ter desenvolvido conhecimentos sólidos na prestação de cuidados especializados e aplicámo-los de forma segura e competente. Tirámos partido das aprendizagens efetuadas e planeamos a sua aplicabilidade, colaborando em processos de investigação e na introdução dos novos conhecimentos na prática clínica. Agimos enquanto facilitadores da aprendizagem no contexto em que prestamos cuidados, no contexto da supervisão de estudantes de enfermagem e na transmissão de conhecimentos aos pares. No âmbito desta competência encontra-se ainda outro aspeto, o do desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade a qual tem lugar de destaque nas competências específicas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, razão pela qual a abordaremos posteriormente.

No domínio das Competências Específicas que reflete a prestação de cuidados especializados, aos quais acrescem as competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, está previsto pela ordem dos enfermeiros que sejam efetivados dois estágios específicos: prática clínica em contexto de serviços de psiquiatria e prática clínica na comunidade.

A necessidade de melhorar a nossa compreensão dos processos globais de saúde mental ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade, direcionou-nos para realização de um estágio numa unidade de saúde comunitária de um departamento de psiquiatria e saúde mental. Esta prática na comunidade aconteceu sob a forma de um estágio de curta duração que se constituiu como uma mais-valia para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos ao nível da implementação de projetos de cuidados e programas de promoção da saúde mental em diferentes contextos.

Compreendemos ter reunido as condições para a aquisição da segunda competência de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: **“Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:**

- a) Identifique os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projeto pessoal/profissional;
- b) Valorize a auto-formação como componente essencial do desenvolvimento” (50) (p.3).

Acresce ainda a complementar a aquisição desta competência, a realização do curso de *Gestão de Cuidados Integrados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*, paralelamente a todo o trabalho de pesquisa e revisão teórica e concetual que acompanhou todo o percurso de formação.

A necessidade de um reconhecimento daquilo que se constituía como a “pedra basilar” do nosso cuidar em enfermagem, revelou-se como uma das maiores fontes de crescimento pessoal e profissional. A perceção de que a conceptualização teórica e até filosófica por detrás da nossa ação marcaram não só a nossa identidade enquanto enfermeiros, prestadores de cuidados, mas acima de tudo traduziu-se no início de uma caminhada de descoberta a vários níveis. Este foi um exercício fundamental para nos alcançarmos na primeira das competências específicas de enfermagem, F1: **“Detém um**

elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto — conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (5). Efetivada através da unidade de competência: “Demonstra tomada de consciência de si-mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” (48) (p.22).

Também esta competência acompanhou de forma transversal todas as aprendizagens realizadas ao longo dos estágios. Todo o nosso processo formativo inerente à especialidade em saúde mental e psiquiátrica foi pautado por múltiplas oportunidades de consolidação do nosso autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. A estes acresce o trabalho de consciencialização de que a relação terapêutica deve estar isenta de aspetos que a podem comprometer o que apenas poderia acontecer com o reconhecimento dos sentimentos, emoções, características pessoais e respostas comportamentais que fazem parte de nós.

Foi para nós determinante o módulo “Narrativas de vida” desenvolvido em contexto grupal, sob supervisão do enfermeiro Joaquim Lopes, trazendo à tona aspetos marcantes da nossa experiência de vida, através do exercício de (des)construção das nossas histórias de vida relacionadas com a saúde, doença e os cuidados. A consciencialização da forma como conhecemos e relatamos as nossas experiências, quando posteriormente nos ouvimos a nós mesmos, no momento de “nos contarmos”, cria uma disponibilidade particular na forma como apreendemos a experiência do outro. Surge assim espaço de abertura para trabalhar as intervenções terapêuticas com o utente e no seio da equipa disciplinar, de forma cada vez mais completa, satisfatória e gratificante (48).

A aplicação dos princípios humanistas ao exercício profissional, em que a valorização da pessoa, pela pessoa em si, com reconhecimento pelas suas diferenças, os seus valores, as suas características, em fim a sua humanidade, contribuíram para o desenvolver de uma sensibilidade particular, especialmente útil no caminho que percorremos com o outro, o sujeito dos nossos cuidados. A estes pressupostos se junta outro, o da finalidade do cuidado em si, a motivação que diferencia a aquilo que tomamos como relevante na prática de cuidados. A intervenção centralizada apenas no corpo ou ao invés, em algo muito mais complexo e abrangente como o intervir pela saúde da pessoa (3) (30). É este caminho que, a nosso ver, permite a ajuda, mas não uma ajuda qualquer, tal como a relação que se pretende também não é ela, apenas “uma qualquer”, trata-se de um

interesse particular pelo outro, inseparável das particularidades individuais dos intervenientes no processo.

O nosso exercício reflexivo acontece quando nos tornamos profissionais preocupados e nos propomos a agir de acordo com a promoção da saúde global do ser humano, do desenvolver do seu máximo potencial em detrimento da ação limitada à ausência de doença.

O projeto de intervenção em serviço apresentado e discutido no capítulo anterior é ele próprio testemunho da efetivação de aprendizagens e clarificação das competências adquiridas por nós. De fato, todo o trabalho reflexivo que acompanhou a nossa ação desde o início do projeto mostrou-se indispensável em todas as dimensões do cuidar. Contribuiu para que não deixássemos de desenvolver a consciência de atribuir o papel principal à singularidade da pessoa de quem vamos cuidar, preocupando-nos com a promoção da sua saúde, em detrimento da sobrevalorização da sua doença ou limitação, declinando trata-la como um mero “objeto de cuidados”.

Em relação a este aspeto, Carl Rogers (2009) referindo acerca da terapia, “Se ela resultasse perfeitamente [...] significaria que o terapeuta tinha sido capaz de estabelecer com o paciente uma relação intensamente pessoal e subjetiva – não uma relação como a do cientista com o seu objeto de estudo, nem como a de um médico que procura diagnosticar e curar, mas como uma relação de pessoa a pessoa. Significa que o terapeuta considera o seu paciente como uma pessoa incondicionalmente válida” (51) (p.218).

Com este caminho percorrido consideramos que demonstrámos as “**competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica nos cuidados de enfermagem**”, referentes à primeira das competências de Mestre que se traduzem com maior especificidade nos seguintes aspetos:

- a) “Realize avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;
- b) Sintetize e analise criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;
- c) Diagnostique e gira problemas e condições de saúde;
- d) Prescreva intervenções de enfermagem geral e especializada;

- e) Inicie e coordene a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;
- f) Referencie e receba referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade de cuidados;
- g) Avalie a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade” (50) (p.3).

Assim também nos constituímos mestres quando no desenvolvimento da prestação de cuidados de enfermagem especializados englobámos os aspetos da recolha de informação e avaliação das respostas do indivíduo face aos aspetos de saúde mental, ao nível da promoção, proteção e prevenção de doença mental. O que por sua vez está intimamente relacionado com a segunda competência específica da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, em que o enfermeiro F2: **“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”** (5), desenvolvendo-se através das unidades de competência: “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente”; “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família”; “Coordena, complementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos” (48) (p.23).

Aqui o nosso trabalho demonstrou-o, nomeadamente ao nível da aplicação da técnica de entrevista, técnicas observacionais, análise e interpretação de registos e mobilização de competências comunicacionais nos diversos contextos sociais e culturais do indivíduo e família, com destaque para a avaliação das necessidades em saúde e conhecimento e descrição da história de saúde mental.

Chalifour (2009) remete-nos para a importância que a entrevista tem na construção da relação de ajuda, pressupondo-se que o enfermeiro seja capaz de: “compreender o problema nos termos em que ele se coloca para aquele indivíduo singular na sua existência singular” e “ajudar o cliente a evoluir pessoalmente no sentido da sua melhor adaptação social” (45) (p. 59).

George referindo-se a Peplau salienta a importância da observação, comunicação e registo como instrumentos básicos para definição das queixas da pessoa como determinantes da identificação das suas necessidades específicas (28).

Para realização desta competência podemos colocar em prática em contexto de estágio o modelo de intervenção de cuidados integrados em recuperação, ele próprio detentor de recomendações na utilização de estratégias que promovem a participação ativa dos utentes na vida social, bem como na promoção do seu empoderamento.

Quando no início da elaboração deste relatório indagávamos acerca da necessidade, quase que inconscientemente imposta, na identificação ou aproximação a uma base teórica que constituísse como que uma afirmação do fundamento da nossa prestação de cuidados, revelámos quase que uma recusa em enveredar apenas por um dos caminhos que se nos apresentava.

A indagação continua, no preciso momento em que elaboramos este relatório, reconhecendo a verdadeira importância das nossas limitações e potencialidades, da procura pelo aperfeiçoamento e um percurso de autoformação que nos instigue à busca permanente da excelência no exercício profissional.

Estabelecido que está o nosso percurso neste processo de formação, ao nível da reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental grave, torna-se imprescindível a adoção de um caminho único que facilite a resolução dos problemas identificados. Desta forma a familiaridade com o modelo teórico de Peplau, torna-se evidente particularmente considerando a forma como define saúde, enquanto “uma palavra simbólica que implica o movimento adiante da personalidade e de outros processos humanos em curso, na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária” (28) (p.50).

De fato o trabalho por nós realizado transparece o papel do enfermeiro como o profissional que orienta o paciente na procura das soluções para o seu problema, onde cada encontro permite o amadurecimento, facilita o contacto consigo mesmo e o desenvolvimento pessoal e profissional. Este é o enfermeiro que, resultado de todo este processo, se torna ele próprio *instrumento educativo* e que influencia diretamente a relação terapêutica, enquanto juntos percorrem as quatro fases que constroem a relação interpessoal. Assim, durante a Orientação, Identificação, Exploração e Resolução o profissional de enfermagem presta auxílio naquele que é um processo interpessoal que, de

forma análoga ao processo de enfermagem tem como finalidade satisfazer as necessidades do paciente (28).

Acresce assim a consecução da terceira competência específica, onde o enfermeiro: F3 **“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”** (5), trabalhada nas suas cinco unidades de competência: “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”; “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental”; “realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade”; “realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente e família, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados”; “recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde” (48) (p. 24, 25).

Assim e dando continuidade ao estabelecimento de diagnósticos de saúde mental da pessoa, família, grupos e comunidade, pode agora desenvolver competências de planeamento, implementação e identificação/avaliação de resultados esperados com a implementação do projeto de saúde discutido e apresentado anteriormente, Projeto “GARE”. A este nível o desenvolvimento de competências não ficaria completo sem a compreensão e respeito pelas áreas de intervenção autónomas e interdependentes no trabalho desenvolvido em equipa multiprofissional. Neste sentido, a implementação de planos de cuidados individualizados tendo por base diagnósticos de enfermagem e resultados baseados em evidência, pressupõe uma consciencialização da necessidade de se darem respostas integradas de apoio à pessoa com doença mental. Tornamo-nos assim detentores da quarta competência de mestre em que se prevê que o enfermeiro: **“Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos”** (50), de forma a que:

- a) “Selecione os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;

b) Avalie os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspectiva das repercussões em sentido ético e deontológico” (50) (p. 4).

Consideramos de igual forma enquadrada a quarta competência específica do especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria F4: **“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 ou recuperar a saúde”** (5). As suas unidades de competência preveem que o enfermeiro: “coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental”; “desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação”; “promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade, pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais” (48) (p.26,27).

Dirige-nos claramente para o PIS, com a aplicação do programa de cuidados integrados e recuperação – CIR onde, com base nos resultados obtidos no diagnóstico de problemas de saúde mental e na implementação de intervenções identificadas no plano de cuidados, desenvolvemos o projeto de intervenção no âmbito da reabilitação psicossocial. Coordenámos, desenvolvemos e implementámos um programa de características psicoeducativas. Com recuso a estratégias educacionais, motivacionais e de treino procurámos constituir-nos como parceiro no sentido da ajuda à pessoa na recuperação/manutenção das suas capacidades e em direção ao desenvolvimento do seu potencial máximo de saúde. Entramos assim no domínio da quinta competência de mestre, que prevê que o enfermeiro **“Inicie, contribua para e/ou sustente investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência”** e que “analise, conceba e implemente resultados de investigação e contributos da evidência para resolução de problemas, com especial ênfase no que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes”, “use capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática” (50) (p.4).

Aqui acrescentamos a importância de todo o percurso teórico efetuado essencialmente no primeiro ano deste mestrado que se revelou preponderante para a utilização da metodologia de projeto. Esta, associada a técnicas de investigação também por nós aprendidas, permitiu a elaboração da fase do diagnóstico de situação e consequente utilização de dados que se constituíram como áreas emergentes de atuação especializada. Consideramos assim que, apesar da ainda pouco significativa visibilidade dos resultados obtidos no nosso trabalho, caminhamos no sentido de uma prática de cuidados baseada na evidência.

O desenvolvimento destas competências, a nosso ver não se estagna por si só com o término destes estágios, nem tão pouco com as aprendizagens adquiridas ao longo de toda a formação especializada em saúde mental e psiquiátrica. Existem ainda muitas áreas de intervenção que ficaram por explorar e conhecer em profundidade, o que acontece apenas quando temos oportunidade de as vivenciar em contexto “real” de cuidados. Da mesma forma acreditamos que, o envolvimento de outros profissionais em projetos de características idênticas ao que foi aqui implementado e que permitam a efetivação de respostas integradas às necessidades das pessoas, trará resultados exponenciais ao nível da evidência das intervenções que visam a reabilitação psicossocial da pessoa. Não obstante, foi demonstrada por nós através da implementação do PIS a capacidade de **integração em equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva**, conforme o exige a terceira competência de mestre. Prevê-se assim que o enfermeiro:

- a) “Aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
- b) Conheça os conceitos, fundamentos, teorias e fatos relacionados com as ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;
- c) Sirva como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;
- d) Faça gestão de casos quando aplicável;
- e) Trabalhe em colaboração com entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade” (50) (p. 3).

Neste sentido demos os primeiros passos na realização de intervenções de âmbito psicoeducativo dirigidas a grupos de utentes, que revelaram dados importantes para o futuro trabalho multidisciplinar e nos diferentes campos de intervenção. Iniciámos ainda o trabalho em complementaridade com outros profissionais de saúde, como foi o caso da terapeuta ocupacional, com quem desenvolvemos uma relação de reciprocidade no planeamento e realização das sessões com os utentes. A este respeito temos a referir que tornar-se-ia de extrema importância o recurso à metodologia de gestão de caso e ao desempenho de funções de terapeuta de referência, previstas no modelo de gestão de cuidados integrados que serviu de base de orientação para o projeto que implementámos, o que no contexto clínico de estágio não tivemos oportunidade de desenvolver.

Por fim a última competência de mestre **“Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular”** (50) (p.4); surge no culminar de todo o percurso educativo, pessoal e profissional. Demonstra-se em diversas ocasiões ao longo do curso de mestrado, onde surgiram várias oportunidades de acompanhamento de alunos em estágio, contribuindo em contexto de serviço para a formação de pares e realização de formação específica, nomeadamente no âmbito da supervisão clínica de alunos de enfermagem.

Encontramos agora satisfação, ao contemplar uma perspetiva de cuidados que seja fruto da conjugação de vários saberes e conceções, onde o agir acontece em interação com o outro, emergindo das suas singularidades, tornando-o um participante desejoso do processo e do cuidado de enfermagem, não só individualizado mas, este sim personalizado. Em que a especificidade da relação entre enfermeiro e paciente não reduza a pessoa a um indivíduo apenas, não prescindida da realidade do seu mundo e com ele e pelo diálogo faz dele alguém que vem-a-ser, alguém com potencial para se tornar tudo o que é capaz de ser.

Para a enfermagem em psiquiatria a aplicabilidade plena de competências acontece neste conceito de continuidade, ou melhor, no que Stuart & Laraia (2001) definem como *continuum*, que no cuidado de enfermagem psiquiátrico “permite que os enfermeiros utilizem todo o seu leque de habilidades e talentos em novos contextos e programas inovadores” (7) (p.238).

Neste contexto, o continuum de cuidados apresenta-se para nós como uma confirmação do reforço dos cuidados nos vários níveis de prevenção, atuação em crise e na reabilitação da pessoa, para além de simplesmente tratar a deficiência, ou a doença. Reafirma-se assim a importância do enfoque dos cuidados nas competências da pessoa e na manutenção e promoção da saúde, o que entendemos ir muito além da atenção limitada ao problema.

A intervenção de enfermagem ao nível da prevenção terciária, como o é no caso da reabilitação psicossocial, acompanha as mudanças graduais da sociedade que se afasta do foco na doença para o foco sobre a manutenção da saúde e da qualidade de vida. Constitui-se por isso num campo cada vez mais em expansão que possibilita o recurso à criatividade e ao trabalho autónomo, com programas que compõem um trabalho educativo e motivacional, que são claramente parte dos conhecimentos e competências dos enfermeiros que trabalham na área da psiquiatria e saúde mental (7).

O ciclo de estudos que termina agora e que esperamos nos conduza ao grau de mestre, não pode ser em qualquer momento considerado estanque porque se enquadra num continuum que é o percurso de aprendizagem do estudante, cheio de percalços, contratempos, avanços e retrocessos, mas que é único, porque também este estudante é uma pessoa provida de singularidades.

A compreensão de que enveredámos por um percurso onde, adquirimos competências acrescidas pelo grau de mestre, no campo de atuação da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, consciencializou-nos acerca da importância da aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos. Assim, fica presente na nossa perspetiva, que tais conhecimentos se tornaram na base de atuação da nossa prática de enfermagem em variados cenários e contextos de investigação. Torna-se claro ainda que desenvolvemos uma capacidade de compreensão dos fenómenos de saúde mental perspetivando a resolução de problemas, procura de soluções e comunicando os resultados obtidos no trabalho desenvolvido em práticas multidisciplinares responsáveis. Este aspeto direcionamos para a permanente e contínua tarefa de aprofundamento de conhecimentos e procura de aprendizagens pessoalmente significantes.

CONCLUSÃO

Num olhar retrospectivo ao percurso que o presente relatório marca, consideramos que este é o momento ideal de reflexão nas escolhas que fizemos. Elas mesmas são reflexo do carácter infinito da enfermagem e da consciência da sua multidimensionalidade.

Na compreensão sobre o nosso próprio agir, encontrámos aquilo que lhe dá sentido e no momento que representa o término desta etapa, visualizamos um horizonte repleto de possíveis caminhos e direções a tomar.

Porque a aprendizagem não é circunscrita a um dado momento, o exercício reflexivo do profissional de enfermagem é não mais, do que o seu alimento, que nos traz o sabor da compreensão da complexidade humana no encontro de cuidados.

As mudanças de paradigma no domínio dos cuidados em saúde mental direcionam-nos para um olhar mais atendo ao indivíduo, colocando-o no centro de todas as intervenções, alguém que se pretende que seja o condutor do seu projeto de saúde, aquele que se implica e decide tomar partido da sua existência e reconhece, deste modo aquilo que, só ele é capaz de ser.

É assim claro o caráter indissociável de uma enfermagem preocupada com a pessoa, que age através de um processo contínuo na relação com o ser humano. Esta é a essência da experiência da relação, uma relação baseada na vivência e compreensão da experiência da pessoa de quem cuidamos, mas focada na forma única como a pessoa a descreve.

Nesta compreensão foi determinante a adoção de um referencial teórico, sendo que a teoria da relação interpessoal de PEPLAU nos trouxe um novo sentido e contribuiu para mudar o nosso olhar sobre os fenómenos de saúde mental.

O projeto de intervenção – “Projeto GARE” que implementámos e que expusemos ao longo deste trabalho enquadra-se assim na nossa visão do cuidado especializado de enfermagem balizado em pressupostos teóricos e fundamentos científicos. Nele transparece a nossa visão de saúde mental, dotada de uma característica dinâmica, que se trabalha, recria e se necessário se reconstrói para enfrentar a doença e tratar ou

minimizar as suas consequências. Neste processo procurámos ajudar a pessoa a identificar e (re)conhecer o seu potencial de saúde, na escolha dos seus caminhos de procura de saúde, na sua recuperação. Iniciámos assim um trabalho que esperamos, seja reabilitativo, envolvendo o desenvolvimento de competências individuais da pessoa e a introdução de mudanças ambientais. Consideramos que o resultado do nosso trabalho se revestiu de grande importância, não apenas pela experiência de intervirmos num campo de atuação inovador no âmbito da prevenção terciária, mas também pelos resultados observados nos utentes, ainda que em tão pouco tempo de intervenção.

Desenvolvemos a consciência de que a intervenção no domínio da reabilitação, não traz resultados rápidos e também não se encontra no registo da cura. Talvez o aceitemos mais facilmente, se o nosso agir se refletir numa experiência que não dá primazia à doença e à limitação, mas sim ao encontro com o outro que enriquece os cuidados porque é realista e partilhado.

Neste processo, enquanto enfermeiros desenvolvemo-nos e crescemos, modificando o nosso modo de olhar as coisas, os fenómenos e a finalidade do cuidar. Neste caminho aprendemos a ver além do que surge à superfície de um problema, de uma necessidade ou de um pedido de ajuda.

A realização do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica permitiu-nos dar passos importantes no desenvolvimento de competências. Neste contexto foram fundamentais, a pesquisa bibliográfica efetuada, o planeamento adequado das atividades a realizar, bem como o acompanhamento e orientações recebidas.

Ainda que este tenha sido um percurso à primeira vista fácil foi, antes de mais um continuum de múltiplas mudanças e maturação ao nível pessoal e profissional. Repleto, como todo o processo de mudança compreende, de percalços, contornos difíceis e de resistências. Mas é neste momento, fonte de um sentimento de completude e elucidação acerca do caminho a percorrer daqui em diante no nosso cuidar em enfermagem.

Determina-se agora a necessidade de realizarmos uma análise à consecução dos objetivos inicialmente propostos. Consideramos atingido o primeiro objetivo: “Apresentar os contributos teóricos e conceptuais que fundamentaram as intervenções especializadas de enfermagem”; para o qual contribuiu o trabalho explanado no primeiro capítulo deste relatório. Seguidamente e no que se refere ao segundo objetivo proposto para este relatório,

no capítulo destinado à descrição do projeto de intervenção em serviço, ficaram descritas as fases inerentes à metodologia de projeto, contribuindo desta forma para a consecução do mesmo. Por fim e tendo em consideração o último objetivo a que nos propusemos, o percurso de formação profissional que aqui realizámos não poderia ficar completo sem a realização de uma profunda e reflexiva análise da aquisição das competências de mestre e especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, o que acontece no terceiro capítulo do presente relatório.

Consideramos estar capazes de apreender a experiência da *pessoa sujeito* dos nossos cuidados e compreendê-la na multiplicidade de fatores que a influenciam, inclusive as nossas idiossincrasias. Reconhecemos a influência que a tomada de consciência de nós próprios tem na relação terapêutica e assim consideramo-nos capazes de contribuir para melhorar os resultados esperados com a nossa intervenção.

Acreditamos ter trabalhado ativamente e empenhadamente para nos constituirmos enfermeiros cuja ação se revê no perfil de competências esperado na área de especialidade da saúde mental e psiquiátrica. Um desempenho diferente de todas as áreas clínicas de especialidade, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (52) “permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial”(p.1).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FERRITO, Cândida, NUNES, Lucília e RUIVO, Maria Alice. Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. Percursos. 15, 2010, Vols. Janeiro-Março, Publicação da área disciplinar de enfermagem.
2. XAVIER, Miguel, et al. Avaliação das Necessidades de Cuidados de Indivíduos com Esquizofrenia em Portugal: Estudo comparativo multicêntrico. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2, 2002, Vol. 20, Saúde Mental.
3. HESBEEN, Walter. **Trabalho de Fim de Curso, Trabalho de Humanidade - Emergir como autor do seu próprio pensamento**. s.l. : Lusodidacta, 2006. ISBN 978-972-8930-31-3.
4. LOPES, Joaquim. O Aconselhamento como cuidado de enfermagem numa equipa de tratamento. Revista Toxicodependências. IDT, 2010, Vol. 16.
5. ORDEM DOS ENFERMEIROS. www.ordemdosenfermeiros.pt. [Online] 2011. [Consult.Janeiro.2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompeticenciasEspecifEnfSMental.pdf>.
6. CORDO, Margarida. **Reabilitação de Pessoas com Doença Mental- Das famílias para a instituição, Da instituição para a família**. Lisboa : Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-075-8.
7. STUART, Gail W. e LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática**. Porto Alegre : Artmed Editora, 2001. ISBN 85-7307-713-1.
8. COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL. **Gestão de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave**. Manual de Formação - versão reduzida e adaptada. Lisboa : s.n., 2012.
9. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. www.ordemenfermeiros.pt. [Em linha] 22

- de Outubro de 2011. [Consult.Junho.2013]. Disponível em WWW:<URL:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>>.
10. NETO, David D. e SILVIA, Ana C. scielo. scielo. [Em linha] 2008.
[Consult.Setembro.2011]. Disponível em WWW:<URL:
<http://scielo.isciii.es/pdf/ejpen/v22n2/original2.pdf>>.
11. BERNARDO, Miguel, et al. Medscape. www.medscape.com. [Em linha] 2006.
[Consult.Setembro.2010]. Disponível em WWW:<URL:
<http://www.medscape.com/viewarticle/545767>>.
12. CARREIRO, Susana Vaz e MARTINS, Rui. Psilogos. www.psilogos.com. [Em linha]
Junho de 2008. [Consult.Setembro.2011]. Disponível em WWW:<URL:
http://www.psilogos.com/Revista/Vol5N1/Indice8_ficheiros/Carreiro.pdf. 2182-3146>.
13. ROSA, M.A. e ELKIS, H. Scielo. www.scielo.br. [Em linha] 2007.
[Consult.Setembro.2011]. Disponível em WWW:<URL:
<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a08v34s2.pdf>>.
14. MASAND, Prakash S., et al. PubMed. [Em linha] 2009. [Consult.Setembro.2011].
Disponível em WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736032/>>.
15. AGUGLIA, Eugenio, et al. Psychoeducational Intervention and Prevention of Relapse
among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric. Clinical Practice and
Epidemiology in Mental Health. 7, 2007, Vol. 3.
16. COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE MENTAL. **Relatório - Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e
Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal**. s.l. : Ministério da Saúde,
2007.
17. GAGO, Joaquim F. S. Avaliação de Necessidades em Reabilitação Psicossocial -
Aplicação do inquerito de avaliação de necessidades de Camberwell em três centros de
reabilitação psicossocial e profissional. Lisboa : Universidade Nova de Lisboa, Faculdade
de ciencias médicas de Lisboa - Dissertação de Mestrado em Saúde Mental, 1996.
18. WIKIPÉDIA. Wikipédia. Wikipédia. [Em linha] Outubro de 2011. Disponível em
WWW:<URL:<http://pt.wikipedia.org/wiki/Louco>>.

19. SEQUEIRA, Carlos. **Introdução à Prática Clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica**. Coimbra : Quarteto, 2006. ISBN 989-558-083-5.
20. ALVES, Fátima e SILVA, Luisa Ferreira. Braga : s.n., 2004. **V Congresso Português de Sociologia - Sociedades Contemporâneas - Reflexividade e Acção**.
21. TALINA, António Miguel Cotrim. Internamento Compulsivo em Psiquiatria, estudo comparativo de doentes com internamento compulsivo versus voluntário na grande Lisboa. [Documento pdf] s.l. : Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de ciências médicas, 2004.
22. FREITAS, Eduardo de. Para uma sociologia do sistema psiquiátrico: reflexões sobre a experiência de Gorizia. Análise Social - Revista do Instituto de ciências sociais da universidade de Lisboa. nº33, 1972, Vol. Vol. IX (1.º), pp. 212-217.
23. COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL. **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016** — Resumo Executivo. Lisboa : Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008. ISSN 978-989-95146-6-9.
24. CARDOSO, Carlos Mota. **Os caminhos da Esquizofrenia**. s.l. : Climepsi, 2002. ISBN 972-796-049-9.
25. GRILO, Rui. **Esquizofrenia - Breves Noções**. Slideshare. [Em linha] 2012. [Consult. Outubro.2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.slideshare.net/RuiGrilo1/rui-grilo-esquizofrenia-breves-noes-artigo-2012>>.
26. DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. PsiqWeb - Psiquiatria Geral. [Em linha]. [Consult. Janeiro.2012]. Disponível em WWW:<URL: http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm_janela.php?cod=201>.
27. AFONSO, Pedro. **Esquizofrenia- Para além dos mitos descobrir a doença**. Cascais : Príncipe Editora, Lda, 2010. ISBN 978-989-8131-63-8.
28. GEORGE, Júlia B. e colaboradores. **Teorias de Enfermagem, os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre : Artmed, 2000.

29. . HESBEEN, Walter. **A Reabilitação - Criar novos caminhos**. Loures : Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-43-6.
30. —. **Qualidade em enfermagem - Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures : Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.
31. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. <http://www.acs.min-saude.pt>. [Em linha] Agosto de 2010. [Consult.Novembro.2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/cie2.pdf>>.
32. COUTINHO, Clara. Universidade do Minho. [Em linha] [Consult.Dezembro.2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://claracoutinho.wikispaces.com/M%C3%A9todos+e+T%C3%A9cnicas+de+Amostragem>>.
33. MUESER, Kim T.; CORRIGAN, Patrik W e HILTON, David W. e outros. *Illness Management and Recovery: A Review of the reserch*. Psychiatryonline. [Em linha] volume 53 nº 10, 1 de Outubro de 2002. [Citação: 07 de Junho de 2012.]. Disponível em WWW:<URL: <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=87149>>.
34. RIBEIRO, Eugénia. **Aliança terapeutica - da teoria à prática clínica**. Braga : Psiquilíbrios Edições, 2009. ISSN 978-989-8333-02-5.
35. GÓMEZ, Esteban R., et al. Reflexiones acerca de un grupo terapéutico con pacientes esquizofrénicos. Scielo. [Em linha] Oct-Dic, de 2003. [Consult.Maio.2012]. Disponível em WWW:<URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352003000400003&script=sci_arttext&tlng=pt. ISSN 0211-5735>.
36. SHIRAKAUA, Itiro. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2000, Vols. 22 (Supl.I):56-58.
37. GUANAES, Carla e JAPUR, Marisa. Factores terapeuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiatricos ambulatoriais. Revista Brasileira de Psiquiatria. 23, 2001, Vols. 3: 134-140.
38. —. Grupo de apoio com pacientes psiquiatricos ambulatoriais em contexto institucional: Análise do manejo terapeutico. Psicologia: Reflexão e Crítica. 14, 2001, Vols. 1: pp.191-199.

39. SIMÕES, Fabiana e STIPP, Marluci. Grupos na enfermagem: Classificação, terminologias e formas de abordagem. [Em linha] Abril de 2006. [Consult.Maio.2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a19.pdf>>.
40. DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. www.saudemental.pt. [Em linha] 14 de Fevereiro de 2011. [Consult.Maio.2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.saudemental.pt/saude-mental-de-adultos/programa-nacional-de-formacao-%E2%80%93psicoeducacao-para-familias/>>.
41. COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE. www.acss.min-saude.pt. [Em linha] 2012. [Consult.Setembro.2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Anexo%20III%20-CNSM.pdf>>.
42. ROCHA, Nuno, et al. Implicações da Neurocognição e da Auto-eficácia na Predição do Funcionamento Psicossocial de Pessoas com Esquizofrenia. Análise Psicológica. Outubro, 2008, Vols. 26, nº4.
43. RIBEIRO, José Luis Pais. www.fpce.up.pt. [Em linha] 1995. [Consult.Março.2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm>>.
44. ANTUNES, Ana, et al. A Pessoa em situação crítica - Roteiro Holístico de Instrumentos de Avaliação. Percursos. Janeiro-Março, 2009, Vol. nº11.
45. CHALIFOUR, Jacques. **A intervenção terapêutica - Estratégias de intervenção, volume 2**. Loures : Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-21-5.
46. ZANINI, Márcia H. www.scielo.br. [Em linha] 2000. [Consult.Março.2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500016>.
47. BENNER, Patrícia. **De Iniciado a Perito**. Coimbra : Quarteto editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
48. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Caderno Temático – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) - Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil de competências comuns e específicas

do enfermeiro especialista. Forum enfermagem. [Em linha] Dezembro de 2009. [Citação: 13 de Junho de 2011.]. Disponível em WWW:<URL:

http://www.cogitare.forumenfermagem.org/wp-content/uploads/2010/02/Caderno_Tem%C3%A1tico_MDP_SIEC_VF_08_02_2010.pdf>.

49. —. www.ordemenfermeiros.pt. [Em linha] Maio de 2011. [Consult.Janeiro.2012].

Disponível em WWW:<URL:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/Matrizparaanalise.aspx>>.

50. INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL. **Guia Orientador dos Estágios 2º e 3º Semestres**. Setúbal : s.n., 2010. 1ª Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

51. ROGERS, Carl. **Tornar-se Pessoa**. Lisboa : Padrões Culturais Editora, 2009. ISBN 978-989-8160-46-1.

52. ORDEM DOS ENFERMEIROS. www.ordemdosenfermeiros.pt. [Em linha] Outubro de 2010. [Consult.Fevereiro.2013]. Disponível em

WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Artigo

Título: Intervenções de Enfermagem na Reabilitação Psicossocial da Pessoa com Doença Mental Grave – Uma Proposta de intervenção

Autores: MARTINS, Vânia¹; RAMOS, Lino²; Lopes, Joaquim³; Nunes, Lucília⁴

Resumo: Este trabalho pretende fundamentar uma proposta de intervenção no âmbito da Reabilitação Psicossocial da pessoa com doença mental grave. Com recurso à metodologia de projeto efetuou-se o diagnóstico de necessidades de intervenção através da aplicação do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN, versão R2.0, para investigação). Os cuidados em enfermagem especializados em saúde mental e psiquiátrica, à pessoa, grupo e comunidade no âmbito dos cuidados de saúde mental visam a promoção da qualidade de vida, prevenção de complicações e reintegração do indivíduo na sociedade, numa perspetiva reabilitativa. Enquadrando-se na esfera de ação dos enfermeiros é proposta a implementação do programa de “Gestão de Cuidados Integrados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave” (CIR).

Palavras Chave: Reabilitação psicossocial; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Metodologia de projeto

Abstract: This work intends to base a proposal for intervention within the psychosocial rehabilitation of people with severe mental illness. Using the project methodology, the diagnosis of intervention needs was made through the application of survey Camberwell Assessment of Needs (CAN, version R2.0 for investigation). The specialised Mental and Psychiatric Nursing care, to the individual, group and community in the context of mental health care aimed to promote quality of life, prevention of complications and reintegration of the individual in society, in a rehabilitative perspective. Fitting into the sphere of action of nurses it is proposed the implementation of the "Integrated Care Management in the Recovery of Persons with Severe Mental Illness" program (CIR).

Key words: Psychosocial Rehabilitation; Mental and Psychiatric Nursing; Project Methodology

¹ Licenciada em Enfermagem

² Professor Adjunto da Escola Superior de saúde Setúbal; Mestre em Ciências da Educação na Especialidade de Educação para a Saúde

³ Professor Adjunto da Escola Superior de saúde Setúbal; Doutorado em Enfermagem

⁴ Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Setúbal; Doutorada em Filosofia

1 - Introdução

A mudança de paradigma na Saúde Mental em Portugal conduziu a uma nova perspetiva nos cuidados de saúde prestados à pessoa com doença mental e com ela novos saberes e novas práticas. A saúde mental, anteriormente fechada dentro de portas das grandes instituições psiquiátricas, transferiu algumas discussões para o contexto comunitário alargado, dando ênfase à redução do preconceito e do estigma.

As reformas na política de assistência psiquiátrica em Portugal colocam a tónica na prevenção para a promoção da saúde mental, uma ação terapêutica na vertente do tratamento e uma “ação recuperadora” com a tónica na reabilitação e integração social (1).

A concretização da Lei nº 36/98 – Lei de Saúde Mental, determina a hospitalização de doentes agudos nos hospitais gerais, criação de dispositivos facilitadores da reabilitação e desinstitucionalização dos doentes de evolução prolongada. Bem como o envolvimento dos pacientes, famílias e outras entidades da comunidade nos cuidados de saúde mental (1).

Os dados divulgados pelo Plano Nacional de Saúde Mental revelam que o internamento continua a consumir a maior parte dos recursos. Da mesma forma os serviços de saúde mental são marcados por uma reduzida participação de utentes e família, escassa produção científica no sector da psiquiatria e saúde mental e uma limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis, bem como quase total ausência de programas de promoção/prevenção (2).

O mesmo documento alerta para a importância que as perturbações psiquiátricas e problemas de saúde mental têm na esfera social e económica, uma vez que se encontram entre as principais causas de incapacidade e morbilidade, com especial destaque para as perturbações mentais como a depressão, dependência do álcool e esquizofrenia (2).

A Reabilitação Psicossocial da pessoa com diagnóstico médico de esquizofrenia, constitui-se como uma das prioritárias áreas de intervenção dos enfermeiros. Considera-se para tal que este é um processo contínuo, baseado em projetos de

reabilitação individualizados, visando a promoção da autonomia, realização pessoal e até intervenção nas incapacidades resultantes da própria doença, melhoria no desempenho dos papéis sociais e diminuição do número de recaídas (3).

O presente trabalho incide na implementação de intervenções de enfermagem especializadas em saúde mental, à pessoa, grupo e comunidade no âmbito dos cuidados de saúde mental. Pela convicção da importância que estas representam para a promoção da qualidade de vida, prevenção de complicações e reintegração do indivíduo na sociedade, numa perspetiva reabilitativa.

Considerando a importância de desenvolver uma resposta articulada que compreenda intervenções nesta área de cuidados recorreremos à utilização da metodologia de projeto, procurando-se compreender quais as necessidades dos utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia a frequentar a consulta de ambulatório do departamento de psiquiatria de um hospital central.

Propõem-se os seguintes objetivos:

- Determinar quais as necessidades de cuidados em termos de reabilitação psicossocial dos utentes a frequentar a consulta de ambulatório;
- Propor intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica;
- Apresentar um modelo de intervenção em reabilitação psicossocial - Modelo de Gestão de Cuidados (CIR)

2 - A Reabilitação Psicossocial na Pessoa com Doença Mental Grave – Avaliação de Necessidades

Estudos revelam que existe uma necessidade crescente de se desenvolverem intervenções comunitárias na área da reabilitação psicossocial que envolvam a reintegração familiar e socioprofissional, o grau de autonomia, a melhoria da qualidade de vida e intervenções psicoterapêuticas específicas (4) (5) (6) (7).

A reabilitação psicossocial, definida pela Organização Mundial de Saúde, é “Um processo que oferece aos indivíduos que estão, debilitados, incapacitados ou

deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais” (8) (p.13).

Na perspetiva de enfermagem a reabilitação, segundo Stuart e Laraia, é “[...]um processo que consiste em ajudar para que a pessoa volte ao mais alto nível de funcionamento” (9) (p.275). Através de uma “[...] abordagem centrada na pessoa e de pessoa para pessoa” (p.275).

Os projetos de reabilitação de pessoas com doença mental, segundo Cordo (8) deverão conter objetivos que visem: “Fornecer, ao indivíduo, estratégias que lhe permitam enfrentar o seu meio, em vez de sucumbir a ele; Procurar a saúde, em vez de intervir diretamente e apenas ao nível da redução dos sintomas; Melhorar o desempenho do indivíduo (em geral), apesar das suas capacidades residuais” (p.49).

Concomitantemente com outros autores que defendem que tais intervenções deverão centrar-se em desenvolver os talentos e potencialidades, aprender habilidades para a vida e obter acesso a apoios ambientais (9).

Recorreu-se à metodologia de projeto a qual envolve um conjunto de instrumentos que visam a resolução ou minimização dos problemas identificados. Possibilita desta forma a aprendizagem de gestão das melhores estratégias, realização de estudos e a coordenação de esforços de vários intervenientes e em variadas áreas (10).

O instrumento de pesquisa utilizado foi o inquérito, com recurso à técnica de amostragem não probabilística e de conveniência. Foram aplicados questionários sociodemográficos e inquéritos a seis utentes da consulta de psiquiatria do hospital a efetuar terapêutica anti psicótica de longa duração (*depot*). A aplicação a uma amostra reduzida de utentes pode ser considerada uma limitação deste trabalho, no entanto a utilização desta metodologia não pretende extrapolar os resultados pois aqueles só se aplicam à amostra em si e a este trabalho, sendo no entanto, aplicável ao início de uma investigação (11).

Para avaliar as necessidades dos utentes em termos de reabilitação, foi utilizado O Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN, versão R2.0, para investigação). É um instrumento adaptado e validado parcialmente para a população portuguesa, que apresenta sólidas qualidades psicométricas. Trata-se de um *“instrumento desenvolvido para efetuar a avaliação compreensiva das necessidades das pessoas com doença psiquiátrica, em particular dos que têm doença grave ou de evolução prolongada, independentemente do diagnóstico”* (7) (p. 69). Nele constam características como a sua aplicabilidade de forma breve e fácil, permitindo identificar necessidades e separá-las em necessidades cobertas ou parcialmente cobertas. Tem como um dos seus pontos fortes a possibilidade de identificar necessidades que podem ser *não identificadas* pelos técnicos e pelos serviços de saúde mental. O instrumento permite inquirir separadamente os utentes e os técnicos que lhes prestam cuidados de forma a se poder aferir ambas as perspetivas. A sua utilização neste estudo foi autorizada pelo investigador responsável (7).

2.1 - Resultados

Neste trabalho consideramos como critérios de inclusão: Uteses com diagnóstico médico de esquizofrenia (de acordo com o DSM IV); Idade compreendida entre os 18 e os 65 anos; a efetuar terapêutica anti psicótica de longa duração; Com pelo menos um internamento prévio no serviço de internamento de agudos. Os critérios de exclusão foram: Uteses cujo diagnóstico médico remeta para hipótese de primeiro surto; Uteses com especial dificuldade em responder ao questionário devido a intensidade de sintomas como negativismo, comportamento ou discurso desorganizado ou catatonia. O mesmo inquérito foi utilizado para aplicação ao enfermeiro de referência da consulta, permitindo assim aferir e cruzar dados com recurso a um único instrumento.

Da aplicação do questionário sociodemográfico obtivemos a caracterização dos utentes inquiridos, tendo uma média de idades de 43 anos, de ambos os sexos, solteiros, desempregados ou reformados e cuja fonte de rendimentos provem da reforma. Residem em residência de familiares e com o cuidador informal, sendo que contactam com os serviços de saúde há mais de uma década. Em média o primeiro internamento ocorreu cerca dos 25 anos e estiveram internados pelo

menos mais uma vez em serviços de psiquiatria. Concluimos ainda que, a maioria dos utentes nunca frequentou nenhum programa de reabilitação psicossocial. Estes factos vão ao encontro das características identificadas noutros trabalhos, como sendo prevalentes na pessoa com diagnóstico médico de esquizofrenia (12).

O questionário CAN é constituído por quatro partes. A primeira corresponde à identificação de uma área de necessidade em três níveis: *Ausência de necessidades relevantes, necessidade coberta ou parcialmente coberta e necessidade sem resposta*. A segunda, refere-se ao suporte que os utentes recebem de cuidadores informais e/ou amigos em relação a essa mesma necessidade. A terceira parte corresponde à ajuda que o utente *recebe* por parte de profissionais e outros serviços locais, sendo ainda questionado qual a ajuda de que o mesmo *necessita*, optando-se por três graus crescentes de ajuda. Na quarta parte questiona-se a ambos, técnico e utente se a pessoa está a receber a ajuda adequada e apenas ao utente, se está satisfeito com a globalidade de cuidados e suporte que recebe.

A tabela seguinte apresenta as necessidades identificadas com mais frequência pelos utentes e técnicos inquiridos:

UTENTES	TECNICOS
<u>Necessidades identificadas como <i>não tendo resposta</i></u>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sofrimento psicológico ▪ Atividades diárias ▪ Alojamento e as tarefas domésticas básicas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atividades diárias ▪ Sofrimento psicológico
<u>Necessidades identificadas como estando <i>cobertas ou parcialmente cobertas</i></u>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informação sobre a doença e tratamento ▪ Subsídios/benefícios sociais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informação sobre a doença e tratamento ▪ Subsídios/benefícios sociais ▪ Sofrimento psicológico ▪ Tarefas domésticas

Foram tidas em consideração as necessidades identificadas como estando “cobertas ou parcialmente cobertas” uma vez que traduzem a existência de um espaço de intervenção terapêutica.

Na totalidade das necessidades identificadas, os utentes consideram-se maioritariamente *satisfeitos* com a ajuda global que recebem.

2.2 - Análise dos Resultados

O questionário CAN avalia um conjunto de necessidades que segundo o investigador que a validou podem ser analisadas de forma agrupada em subgrupos: Necessidades **básicas** (alojamento, alimentação e atividades diárias); Necessidades de **Saúde** (saúde física, sintomas psicóticos, sofrimento psicológico, drogas, álcool, risco de danos para o próprio ou para outros); Necessidades **sociais** (contactos sociais, relações íntimas e relacionamento sexual); Necessidades de **funcionamento diário** (tarefas domésticas básicas, cuidados pessoais, cuidar dos filhos, educação básica e dinheiro) e necessidades em **termos de serviços** (informação sobre a doença e tratamento, utilização de telefones, transportes e subsídios/benefícios sociais) (7).

O diagnóstico de necessidades permitiu aferir que as necessidades de cuidados em termos de reabilitação psicossocial dos utentes a frequentar a consulta de ambulatório, se podem agrupar em:

- **Necessidades de saúde**, pela identificação de sofrimento psicológico;
- **Necessidades em termos de serviços**, relacionado com as necessidades de informação acerca da doença e tratamento e de subsídios/benefícios sociais;
- **Necessidades de funcionamento diário**, ao nível das tarefas domésticas básicas;
- **Necessidades básicas** relacionadas com as atividades diárias;

Estes resultados coadunam-se com a necessidade de se desenvolverem intervenções no âmbito da reabilitação psicossocial, as quais se constituem

importantes áreas de intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

3 - Proposta de Intervenção

Temos em consideração a reabilitação psicossocial como *“um processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o auto-cuidado, atividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade.”* (13) (p.5).

Neste trabalho pretendemos apresentar uma proposta de intervenção que se constitua uma resposta às necessidades diagnosticadas. Pelo que temos em consideração Cordo (8) quando refere que *“o campo da reabilitação constitui-se como um corpo teórico interdisciplinar e uma série diversificada de programas de intervenção”* p. 44.

Neste sentido propomos a implementação do modelo de gestão de cuidados integrados (CIR) para o acompanhamento e recuperação da pessoa com diagnóstico médico de esquizofrenia a frequentar a consulta de psiquiatria.

O programa de Cuidados Integrados e Recuperação de pessoas com doença mental grave (CIR), propõe-nos uma forma de os profissionais de saúde mental ajudarem as pessoas com experiência de sintomas psiquiátricos a desenvolver estratégias personalizadas para lidar com a sua doença, alcançar os seus objetivos, oferecendo uma variedade de informações, estratégias e competências que podem usar para alcançar a sua recuperação (13).

Tem por base o programa de Formação em Saúde Mental Comunitária “PROFORM”, promovido pela coordenação nacional para a saúde mental e contribuiu significativamente para a implementação de melhores práticas na prestação de cuidados para pessoas com doença mental grave. Constitui-se como um impulso importante para a apresentação de Projetos Inovadores em Saúde Mental por parte dos serviços de saúde mental (14).

Tem nos seus objetivos:

“Incutir a esperança de que a mudança é possível; Desenvolver uma ação colaborante com a equipa de tratamento; Ajudar as pessoas a estabelecer objetivos pessoalmente significativos nos quais se empenhe; Transmitir informação sobre a doença mental e as opções de tratamento; Desenvolver competências para reduzir as recaídas, lidar com o stress e gerir os sintomas; Disponibilizar informação sobre como aceder aos recursos necessários; Auxiliar as pessoas no desenvolvimento ou melhoria dos seus suportes naturais para lidar com a doença e prosseguir com os seus objetivos” (13) p.10.

Trata-se de um programa que prevê a figura do *terapeuta de referência*, tendo por base o conceito de *case management* enquanto forma de garantir a qualidade dos cuidados dos serviços de saúde mental. O ensino do CIR envolve a integração de técnicas pedagógicas motivacionais, educacionais e cognitivo-comportamentais. Sendo que o “[...] desenvolvimento da motivação é um processo contínuo e feito em colaboração no decurso do programa” (13) (p.13). Tem por base o conceito de que se a pessoa não considerar importante para si “[...] aprender informação e competências para obter resposta às suas necessidades e desejos, essa pessoa não estará motivada para investir o suficiente na aprendizagem” (p.13), o que se constitui como um fator determinante para a mudança. O CIR pressupõe o recurso a várias técnicas educacionais para que o ensino da informação seja eficiente e assegure que se compreende qual a relevância que tem para as suas vidas. Pressupõe ainda a aplicação de princípios e técnicas de aprendizagem para “[...] ajudar as pessoas a obter e a utilizar a informação e competências discutidas no CIR” (13) (p.13).

4 - Conclusão

No que se refere às abordagens na reabilitação psicossocial existem múltiplas possibilidades de intervenção, pretendendo-se que as mesmas sejam centradas na pessoa e de pessoa para pessoa. Este é um fator determinante quando, nas intervenções de enfermagem pretendemos desenvolver uma perspetiva real e aprofundada das necessidades da pessoa com doença mental grave.

A utilização da metodologia de projeto neste trabalho vai ao encontro deste desejo, onde ao questionar os sujeitos da intervenção a planear, estamos a atribuir-lhes um papel de destaque, a torna-los participantes ativos do seu processo de recuperação.

Permite ainda, mesmo que sem a preocupação imediata da resolução de problemas ou identificação de necessidades, a possibilidade de lançar um olhar profundo às problemáticas e por conseguinte aos fenómenos de saúde mental. Visando assim, “*elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar*” (10) (p.10).

A escolha das intervenções a realizar deve ter em conta que existem divergências na eficácia das mesmas quando acontecem de forma isolada, mas usadas de forma combinada enquanto um grupo de intervenções específicas, tornam-se numa prática baseada na evidência. Torna-se por isso necessária a identificação dos aspetos determinantes dos programas de reabilitação existentes e os conteúdos das diversas intervenções realizadas contribuindo para que os mesmos vão ao encontro dos interesses e necessidades dos utentes.

Consideramos que a intervenção proposta, o programa de Cuidados Integrados e Recuperação de pessoas com doença mental grave (CIR), vai ao encontro das necessidades identificadas, uma vez que se trata de um modelo de intervenção devidamente fundamentado, contemplando um conjunto de intervenções que se revelaram eficazes em trabalhos já existentes, integrando a participação de vários profissionais da equipa multidisciplinar.

Referências Bibliográficas

1. ALVES, Fátima e SILVIA, Luisa Ferreira. Braga : s.n., 2004. **V Congresso Português de Sociologia - Sociedades Contemporâneas - Reflexividade e Acção.**
2. COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL. **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016** — Resumo Executivo. Lisboa : Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008. ISSN 978-989-95146-6-9.
3. GRILO, Rui. **Esquizofrenia - Breves Noções.** Slideshare. [Em linha] 2012. [Consult. Outubro.2012] Disponível em WWW:<URL: <http://www.slideshare.net/RuiGrilo1/rui-grilo-esquizofrenia-breves-noes-artigo-2012>>.

4. NETO, David D. e SILVA, Ana C. scielo. scielo. [Em linha] 2008. [Consult.Setembro.2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/ejpen/v22n2/original2.pdf>>.
5. BERNARDO, Miguel, et al. Medscape. www.medscape.com. [Em linha] 2006. [Consult.Setembro.2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/545767>>.
6. CARREIRO, Susana Vaz e MARTINS, Rui. Psilogos. www.psilogos.com. [Em linha] Junho de 2008. [Consult.Setembro.2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.psilogos.com/Revista/Vol5N1/Indice8_ficheiros/Carreiro.pdf. 2182-3146>.
7. GAGO, Joaquim F. S. Avaliação de Necessidades em Reabilitação Psicossocial - Aplicação do inquerito de avaliação de necessidades de Camberwell em três centros de reabilitação psicossocial e profissional. Lisboa : Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de ciencias médicas de Lisboa - Dissertação de Mestrado em Saúde Mental, 1996.
8. CORDO, Margarida. **Reabilitação de Pessoas com Doença Mental- Das famílias para a instituição, Da instituição para a família**. Lisboa : Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-075-8.
9. STUART, Gail W. e LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática**. Porto Alegre : Artmed Editora, 2001. ISSN 85-7307-713-1.
10. FERRITO, Cândida, NUNES, Lucília e RUIVO, Maria Alice. Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. Percursos. 15, 2010, Vols. Janeiro-Março, Publicação da área disciplinar de enfermagem.
11. COUTINHO, Clara. Universidade do Minho. [Em linha]. [Consult.Dezembro.2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://claracoutinho.wikispaces.com/M%C3%A9todos+e+T%C3%A9cnicas+de+Amostragem>>.
12. XAVIER, Miguel, et al. Avaliação das Necessidades de Cuidados de Indivíduos com Esquizofrenia em Portugal: Estudo comparativo multicêntrico. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2, 2002, Vol. 20, Saúde Mental.
13. COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL. **Gestão de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave**. Manual de Formação - versão reduzida e adaptada. Lisboa : s.n., 2012.
14. DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. www.saudemental.pt. [Em linha] 14 de Fevereiro de 2011. [Consult.Maio.2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.saudemental.pt/saude-mental-de-adultos/programa-nacional-de-formacao-%E2%80%93-psicoeducacao-para-familias/>>.