



Ana Cristina Soares Duarte
Orientador - Prof. Joaquim
Lopes

**INTERVENÇÃO GRUPAL DE ÂMBITO
PSICOEDUCATIVO COM PESSOAS COM
DOENÇA MENTAL DE EVOLUÇÃO
PROLONGADA**

**RELATÓRIO DO TRABALHO DE
PROJETO**

Setúbal, Junho de 2013

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós, deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine De Saint-Exupery

RESUMO

Este Relatório do Trabalho de Projeto surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, integra o Projeto de Intervenção em Serviço realizado em contexto de estágio num Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria, reporta-se ainda para a importância das atividades desenvolvidas no mesmo e o seu subsídio para a aquisição de competências para o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A população alvo do Projeto, portadora de doença mental de evolução prolongada, nomeadamente Esquizofrenia, encontra-se em processo de Reabilitação Psicossocial frequentando uma Unidade Sócio-Ocupacional que tem uma parceria com o Serviço de Saúde Mental onde foi feito o estágio.

No Projeto desenvolvido procurou-se dar resposta às seguintes questões de partida: “Quais os diagnósticos de enfermagem identificáveis nas pessoas portadoras de Esquizofrenia? - Que intervenções de enfermagem podem ser planeadas e realizadas para responder aos diagnósticos identificados? E Qual o resultado dessas intervenções em enfermagem?”

Para dar resposta a estas questões recorreu-se à metodologia de Projeto, delineando-se os seguintes objetivos: “Identificar os diagnósticos de enfermagem das pessoas portadoras de Esquizofrenia que frequentam o Fórum; Planear Intervenções de Enfermagem tendo em vista dar resposta aos diagnósticos apresentados; Desenvolver Intervenções de Enfermagem de forma a satisfazer as necessidades apresentadas pelas pessoas portadoras de Esquizofrenia que frequentam o Fórum; Avaliar as Intervenções de Enfermagem desenvolvidas com as pessoas portadoras de Esquizofrenia que frequentam o Fórum.”

A partir de uma compreensão das necessidades, desta população, em cuidados de enfermagem de saúde mental, como foco de atenção da enfermagem suportado sobretudo no pensamento de Hildgard Peplau, optou-se por uma intervenção em grupo, baseada na sua Teoria das Relações Interpessoais, com uma abordagem psicoeducativa de cariz psicodinâmico.

Os objetivos da Intervenção basearam-se nos diagnósticos de enfermagem emergentes nas entrevistas realizadas a esta população, e visaram: - Promover as relações Interpessoais; Promover o *Empowerment* e o envolvimento dos utentes no seu próprio processo de tratamento; Facilitar a expressão de sentimentos acerca da doença mental e dos tratamentos; Identificar e esclarecer as dúvidas existentes relativamente aos medicamentos que tomam diariamente; Promover a relação terapêutica, ajudando os doentes na identificação e elaboração de estratégias para melhorar a saúde mental; Promover o *Insight*.

Através do Projeto ganhou-se a compreensão que, ao longo de 21 sessões em grupo, a relação enfermeiro-doente, estabelecida logo de início, foi fundamental para a adesão destes na intervenção. A construção de uma Aliança Terapêutica, bem como o olhar centrado na pessoa, e não na doença, como parceiro no seu processo de saúde, foram preditivos da adesão deste grupo bem como foram fundamentais para a melhoria dos diagnósticos apresentados inicialmente por esta população.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Necessidades; adesão aos tratamentos; Intervenção em grupo; enfermagem.

ABSTRACT

The Report of the Project Work arises under the 2nd Master's degree in Mental Health Nursing and Psychiatry, integrates Project Intervention Service performed in the context of training in a Mental Health Service and Psychiatry, refers also to the importance of activities in the same and its subsidy for the acquisition of skills for the degree of Master of Nursing Mental Health and Psychiatry.

The target population of the Project, carrier prolonged mental illness of evolution, particularly schizophrenia, is in the process of Psychosocial Rehabilitation attending a Unit Socio-Occupational who has a partnership with the Mental Health Service where he was made the stage

In Project developed sought to respond to the following questions start: "What are the nursing diagnoses identified in people with schizophrenia? - What nursing interventions can be designed and built to meet the identified diagnoses? And what is the result of these interventions in nursing? "

To answer these questions we used the methodology of design, outlining the following goals: "Identify nursing diagnoses of people with schizophrenia who attend the Forum; Planning Nursing Interventions aimed at addressing the diagnostics presented; developing Nursing Interventions to meet the needs presented by people with schizophrenia who attend the Forum; evaluate Nursing Interventions developed with people with schizophrenia who attend the Forum."

From an understanding of the needs of this population, nursing mental health, as the focus of attention of nursing supported especially in thought Hildgard Peplau, we chose a group intervention, based on his Theory of Interpersonal Relations, with a psychoeducational approach-oriented psychodynamic.

The goals of the intervention were based on nursing diagnoses emerging in interviews with this population, and aimed at: - Promoting Interpersonal relations; Promoting Empowerment and involvement of users in their own treatment process, facilitate the expression of feelings about the disease mental and treatments; identify and clarify the doubts regarding the drugs that they

daily; promote the therapeutic relationship, helping patients in identifying and developing strategies to improve mental health; Promoting Insight.

Through Project earned itself the understanding that over 21 group sessions, the nurse-patient relationship, established early on was crucial for the accession of the intervention. Building a Therapeutic Alliance as well as the look centered in the person, not the disease, as a partner in their health process, were predictive of membership in this group and were fundamental to improvements in diagnosis initially presented by this population.

Keywords: Schizophrenia; Needs; treatment adherence; Intervention Group; nursing.

AGRADECIMENTOS

O Professor Doutor Joaquim Manuel de Oliveira Lopes, orientador deste Relatório, pela disponibilidade, notável habilidade e rigor pedagógico e científico que proporcionou neste Projeto.

À Equipa do Serviço de Saúde Mental que integrei em estágio, por todos os momentos de aprendizagem que me proporcionaram, pelo empenho e envolvimento dedicado ao Projeto, pela vivência gratificante vivida com uma verdadeira equipa multidisciplinar.

À Cristina Ribeiro Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que orientou o meu estágio, lado a lado, permitindo-me genuinamente aprender e crescer.

À Dra. Paula Teresa de Carvalho, Psiquiatra Grupalista, pela pessoa que é, pelo seu profissionalismo, pela sua dedicação e carinho.

À Mafalda Silva Psicóloga Clínica e ao Nuno Borda D Água Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pelo trabalho de equipa neste projeto, pela partilha dos saberes, das dificuldades com o grupo, pela amizade e o sucesso.

À equipa da Unidade Sócio-ocupacional, pela colaboração e disponibilidade.

Aos colegas do Serviço onde exercia funções pelos momentos de sobrecarga que me permitiram usufruir de horas de formação para realizar o estágio e elaborar este relatório.

Às pessoas portadoras de doença mental de evolução prolongada que participaram no projeto, pela riqueza das suas partilhas dos seus sentires e dos seus vividos e da sua disponibilidade que sempre demonstraram para a realização deste.

Aos meus pais por todo o apoio e suporte incondicional.

Aos meus filhos pela compreensão dos momentos em que estive menos presente e menos disponível nas suas vidas.

INDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	13
<u>PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO</u>	18
1 - <u>PROBLEMÁTICA</u>	18
2 - <u>CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO</u>	23
2.1 - MISSÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	23
2.2 - ORIENTAÇÃO TEÓRICA E TÉCNICA DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	23
2.3 - ATIVIDADES DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	23
2.4 - ESPAÇO FÍSICO	24
2.5 - RECURSOS HUMANOS	24
2.6 - ARTICULAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS E INSTITUIÇÕES DA COMUNIDADE	25
3 - <u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	28
3.1 - ESQUIZOFRENIA	28
3.2 - NECESSIDADES DA PESSOA PORTADORA DE ESQUIZOFRENIA	33
3.3 - A ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS COM A PESSOA PORTADORA DE ESQUIZOFRENIA	36
4 - <u>QUESTÃO DE PARTIDA</u>	44
5 - <u>OBJETIVOS</u>	45
6 - <u>METODOLOGIA</u>	46
6.1 - ETAPA DIAGNÓSTICA	47

6.1.1 -	<u>Colheita de dados</u>	47
6.1.2 -	<u>Análise de dados</u>	50
6.1.3 -	Síntese da compreensão dos dados	50
6.1.4 -	Diagnóstico de enfermagem	52
6.2 -	ETAPA DE PLANEAMENTO	57
6.2.1 -	<u>Justificação da escolha da intervenção</u>	57
6.2.2 -	<u>Objetivos da intervenção</u>	62
6.2.3 -	<u>Periodicidade, duração e local de realização da intervenção</u>	63
6.2.4 -	<u>Recursos necessários</u>	65
6.3 -	EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO	66
6.3.1 -	<u>Descrição da intervenção realizada</u>	67
6.3.2 -	<u>Acompanhamento da intervenção – reuniões de supervisão</u>	68
6.4 -	AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	71
6.4.1 -	<u>Indicadores de avaliação</u>	71
6.4.2 -	<u>Avaliação Intermédia da Intervenção</u>	72
6.4.3 -	<u>Avaliação Final da Intervenção</u>	87
6.4.3.1 -	Evolução dos resultados obtidos com a intervenção terapêutica	93
6.5 -	AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	94
7 -	<u>DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS</u>	100
8 -	<u>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</u>	101

PARTE II – ANÁLISE CRÍTICA / BALANÇO COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM DE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRICA

- 1 - Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem 107
- 2 - Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas 110
- 3 - Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa 113
- 4 - Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos 117
- 5 - Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência 119
- 6 - Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em Enfermagem em particular 121

PARTE III – REFLEXÃO FINAL 123

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 127

ANEXOS 133

APÊNDICES 150

ÍNDICE DE QUADROS

159

Quadro 1 Categorias e subcategorias *à priori* para a análise dos dados

Quadro 2 Evolução dos resultados obtidos com a intervenção terapêutica

.

.

SIGLAS

EESM – Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental

ERASMO – Equipa de Rede Alargada de Saúde Mental

NIASM – Núcleo de Intervenção na Área da Saúde Mental

OE- Ordem dos Enfermeiros

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

1 – INTRODUÇÃO

“Foi uma janela que se abriu para aliviar a dor do *stress* em que a minha vida mergulhou...” P1

Dando início a este relatório, com uma narrativa de uma pessoa portadora de doença mental de evolução prolongada (Esquizofrenia), que participou no Projeto, é nossa intenção inspirarmo-nos nela, para conseguir ao longo deste Relatório transmitir o contributo que os cuidados de enfermagem especializados em Saúde Mental e Psiquiatria, podem trazer nos processos de vida destas pessoas.

Apresentamos este relatório dividido em três partes, segundo a sequência que nos pareceu mais adequada.

A primeira parte composta pela apresentação do Projeto de Intervenção em Serviço, proposto em contexto de estágio realizado num Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria. Iniciou-se este pela contextualização da problemática, a caracterização do Serviço onde foi realizado o estágio, seguindo-se o enquadramento teórico, a questão de partida, objetivos do PIS continuando com a Metodologia e respetivas etapas seguindo-se a apresentação dos resultados finalizando com a avaliação do PIS.

Para contextualizar a problemática pensamos ser importante abordar que a Esquizofrenia é uma doença mental de evolução prolongada que atinge cerca de 1% da população mundial, com elevada taxa de recaídas, representando 50% dos internamentos, sendo uma das dez principais causas de incapacidade no mundo, com custos em saúde muito elevados. Harrison, Geddes e Sharpe (2006)

Esta doença permanece, ainda hoje, segundo Dalery e Amato (2001), “uma patologia difícil de descrever, cobrindo-se de uma heterogeneidade clínica e etiológica”.

No que diz respeito à etiologia da doença, são considerados os fatores genéticos, pois, existe um risco aumentado da doença em pessoas com história familiar de esquizofrenia. Harrison, Geddes e Sharpe (2006)

Embora com um efeito reduzido também se podem considerar os fatores ambientais, tanto biológicos como sociais, havendo uma relação que não é conhecida entre estes fatores, no entanto ambos apoiam a concepção de que a esquizofrenia tem as suas raízes no início do desenvolvimento.

Na sua maioria as pessoas portadoras de esquizofrenia sofreram um défice precoce do sistema vincutivo. Guedney, N; Guedney, A. (2004)

Conhecendo os múltiplos fatores etiológicos que a Esquizofrenia apresenta, este relatório tem um “olhar” para as pessoas portadoras de esquizofrenia baseado nas falhas do desenvolvimento a que estas foram submetidas bem como ao “ataque aos vínculos” a que foram sujeitas.

Partindo da evidência de que estas pessoas tiveram relações primárias insatisfatórias, que se sentem estigmatizadas pela sociedade, e com insight ineficaz para a doença, tornou-se revelador a importância de conhecer as suas necessidades para planear uma intervenção terapêutica eficaz.

Sendo o estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria feito no contexto de um Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria, com parceria com uma Unidade Sócio-Ocupacional (Fórum sócio ocupacional), frequentada por pessoas com doença mental de evolução prolongada com períodos de recaída por falta de adesão terapêutica, o serviço sentiu necessidade que fosse feita uma intervenção terapêutica com os mesmos, tendo em vista a adesão aos tratamentos.

Formulámos as seguintes perguntas de partida:

- Quais os diagnósticos de enfermagem identificáveis nas pessoas portadoras de Esquizofrenia?
- Que intervenções de enfermagem podem ser planeadas e realizadas para responder aos diagnósticos identificados?
- Qual o resultado dessas intervenções em enfermagem?

Metodologicamente, usou-se a Metodologia de Projeto, por estar ligada a uma investigação focada em problemas reais identificados e na definição de estratégias e intervenções para a resolução dos mesmos.

Conhecendo as necessidades da população em estudo, todo o projeto se inspirou na Enfermagem Psicodinâmica de Hildgard Peplau, por a sua Teoria das “Relações Interpessoais” estar em sintonia com as necessidades apresentadas pela população alvo.

Verificando-se, no momento do levantamento de necessidades desta população, a sua adesão aos tratamentos propostos, entendeu-se legítimo atuar a nível da intervenção terciária, reforçando a sua motivação para a adesão.

Assim, e perante os diagnósticos de enfermagem, tendo um entendimento dos mesmos, uma compreensão psicodinâmica, foi planeado desenvolver com estas pessoas um Grupo Terapêutico de cariz Psicoeducativo, fechado com a duração de um ano, tendo uma abordagem psicodinâmica com uma base teórica de compreensão psicanalítica. A esse grupo demos o nome de: “Grupo Terapêutico Remédios para Comunicar”.

A sua designação deveu-se aos apelos para falar de medicamentos que, no entender da equipa, será a forma como estes estão habituados a se comunicar, e também porque só com a adesão aos psicofármacos é possível este tipo de intervenção terapêutica.

Os objetivos da Intervenção basearam-se nos diagnósticos de enfermagem emergentes nas entrevistas realizadas a esta população, e visaram:

- Promover as relações Interpessoais.
- Promover o *Empowerment* e o envolvimento das pessoas portadoras de doença mental de evolução prolongada no seu próprio processo de tratamento.
- Facilitar a expressão de sentimentos acerca da doença mental e dos tratamentos.
- Identificar e esclarecer as dúvidas existentes relativamente aos medicamentos que tomam diariamente.
- Promover uma relação terapêutica, ajudando na identificação e elaboração de estratégias para melhorar a saúde mental.
- Promover o *Insight*.

Tendo em conta a Teoria das Relações Interpessoais de Hildgard Peplau, a enfermagem psicodinâmica, entendemos que a Terapia de Grupo constitui uma forma privilegiada de proporcionar a estas pessoas uma vivência interpessoal e de coesão grupal significativa, sendo ainda possível minimizar o sentimento de ser estigmatizado, aumentando a auto estima e a aceitação da doença, aumentando o *insight*.

“A enfermagem psicodinâmica compreende o comportamento de uns para ajudar outros a identificar as dificuldades sentidas, e a aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência”. H. Peplau citado por Tomey, A. e Alligood, M. (2004:pág.426).

Os resultados obtidos por esta intervenção, deveram-se ao facto dos técnicos terem partido para a mesma, com o desejo de ajudar estas pessoas e de construírem com elas um caminho gratificante.

Dar voz a uma população que carrega o fardo do estigma, tendo tido a possibilidade de sentir, por parte dos técnicos, um olhar isento de juízos, onde podem sentir desejos e fazer escolhas, permitiu criar uma aliança terapêutica facilitadora no melhoramento de todos os diagnósticos de enfermagem apresentados inicialmente.

Segue-se a segunda parte que compreende todas as atividades desenvolvidas no estágio, fazendo um balanço do seu contributo para a aquisição de competências para o grau de Mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

É finalizado com a terceira parte que, através da reflexão deste estudo bem como das aprendizagens e das experiências vividas em estágio, demonstra o impacto que esta vivência trouxe quer pessoal quer profissionalmente.

As referências bibliográficas conjuntamente com os anexos e apêndices concluem este relatório.

PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

1 – PROBLEMÁTICA

A Esquizofrenia é uma doença mental de evolução prolongada que atinge cerca de 1% da população mundial. “Historicamente, está no âmago da Psiquiatria e a mais próxima do conceito público de Loucura”. Harrison, Gedds e Sharpe (2006)

Segundo os mesmos autores estes doentes ocupam 25% das camas em psiquiatria e representam 50% dos internamentos, sendo uma das dez principais causas de incapacidade no mundo, com custos em saúde muito elevados.

Tem uma evolução crónica com reagudizações psicóticas, sendo debilitante, causa inúmeros prejuízos ao indivíduo, família e sociedade, sendo considerado um sério problema de saúde pública.

As evidências demonstram que um dos principais problemas com que o sistema de saúde se confronta é o incorreto cumprimento ou abandono dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, sendo refletido tanto a nível da morbilidade, como da mortalidade, como ainda da redução da qualidade de vida e insatisfação das pessoas. O doente, a família e os prestadores de cuidados têm frustrações e constrangimentos com a não adesão. Ordem dos Enfermeiros (2009)

Nas pessoas portadoras de Esquizofrenia verifica-se que uma percentagem importante de recaídas se deve ao abandono da terapêutica. Segundo Moreno; A. (2008:pag. 533) “Del 60% de los enfermos que dicen que cumplen con el tratamiento, solo lo hace el 10%; el 68% un cumplimiento parcial... entre el 75 y el 80% de los pacientes no cumple el tratamiento tras el primer episodio.”

O fenómeno da não adesão é complexo e multicausal. Por este motivo é importante criar estratégias tendo em conta os fatores implicados de forma a facilitar a adesão. Ordem dos Enfermeiros (2009)

A adesão é menor quando a doença é prolongada, quando o tratamento é profilático (e não curativo) e quando as consequências de se parar o tratamento demoram mais para aparecer (a recaída não é imediata). Nesses transtornos, a adesão diminui progressivamente com o tempo (Fenton et al., 1997).

As variáveis mais importantes relacionadas à adesão ao tratamento incluem os fatores sócio demográficos, as características psicológicas das pessoas portadoras de esquizofrenia, como perda de “*insight*”, negação da doença e percepção do benefício da medicação, a educação destes, o relacionamento com o médico e a complexidade do regime medicamentoso.

Muitos investigadores consideram a esquizofrenia uma perturbação do neuro desenvolvimento, ou seja, que a causa provém de anomalias do desenvolvimento do cérebro induzidas por uma predisposição genética e fatores ambientais precoces. Harrison, Gedds e Sharpe (2006)

Debruçando-nos sobre a repercussão que a teoria da vinculação e do desenvolvimento têm na formação da psicopatologia pode-se perceber que as pessoas portadoras desta doença sofreram no seu desenvolvimento falhas nos relacionamentos primários, sendo, com o evoluir da doença, estigmatizados também pela sociedade e abandonados pelas próprias famílias, o que favorece o seu isolamento repercutindo-se nas relações que vão estabelecendo. Assim, para a sua reabilitação é necessário dar suporte social, e permitir na terapia que estas vivam experiências interpessoais gratificantes. Guedney, N.;Antoine, G.. (2004)

Estudos revelam que o tratamento farmacológico, por si só, não é suficiente para a recuperação, pois cada vez mais existe um interesse por várias formas de intervenções psicossociais, encaradas agora como uma importante componente da abordagem global e compreensiva ao tratamento das pessoas com esquizofrenia. Das várias intervenções psicossociais efetivas destacam-se os programas de treino de competências sociais, o emprego apoiado, as intervenções familiares e a psicoterapia de orientação cognitivo-

comportamental. Em todos os casos, estas intervenções surgem como complemento ao tratamento psicofarmacológico e, como tal, devem ser selecionadas e adequadas às necessidades e preferências de cada pessoa nas várias fases da sua vida e doença (APA, 2004).

As abordagens psicossociais desempenham um papel fundamental no tratamento atual da esquizofrenia, objetivam criar melhores condições de adaptação e de independência, essencialmente através do desenvolvimento e reforço de habilidades individuais.

Assim, as abordagens psicossociais complementam e acrescentam recursos terapêuticos às pessoas portadoras de esquizofrenia.

Segundo a OMS, doenças crónicas são «doenças de duração prolongada e progressão lenta», descrevendo a mesma organização os quadros crónicos como sendo “problemas de saúde que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas”. (WHO 2002)

O mesmo autor diz que “o processo de reforma da assistência psiquiátrica defende ainda uma nova forma de pensar o processo saúde/doença/cuidado. Fortalece a substituição da conceção de doença pela de «existência-sofrimento», na valorização do cuidar e na adoção do território como espaço social de busca constante do pleno exercício de cidadania”.

Assim, o processo de cura é substituído pelos de invenção da saúde e de reprodução social dos sujeitos, contribuindo para a desconstrução do conjunto de aparatos construído em torno do objeto doença.

Considerando o território como estratégia, fortalece-se a ideia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem baseando a atitude terapêutica no cuidado e no acolhimento.

O Conselho Nacional de Saúde Mental definiu a Reabilitação Psicossocial como o “processo pelo qual a pessoa é ajudada a adaptar-se às limitações da

sua incapacidade, a recuperar capacidades perdidas e a desenvolver novas competências, por forma a ultrapassar a situação de desvantagem psicológica e social que lhe veio da sua perturbação psiquiátrica, tendo em vista melhorar a sua autonomia e a sua qualidade de vida”. (2002: pág. 30)

Este é, assim, um processo abrangente. Segundo o Relatório Mundial de Saúde, OMS 2001, «As estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do utente, o contexto no qual é promovida a reabilitação (hospital ou comunidade) e as condições culturais e socioeconómicas do país onde é levado a cabo. As redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem aspetos de reabilitação psicossocial. Os principais objetivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio de longa duração.» Pode ler-se ainda que «A reabilitação psicossocial permite a muitas pessoas adquirir ou recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade e ensinar-lhes a maneira de fazer face às suas incapacidades. Inclui assistência no desenvolvimento das aptidões sociais, interesses e atividades de lazer, que dão um sentido de participação e de valor pessoal. Ensina também aptidões de vida, tais como regime alimentar, higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, fazer orçamentos, manter a casa e usar diferentes meios de transporte.»

Segundo a OMS (2001) a Reabilitação social tem como objetivos:

- Promover o *Empowerment*
- Prevenir e combater o estigma e a discriminação
- Desenvolver competências sociais dos utilizadores
- Criar um sistema de suporte integrado continuado.

No que se refere à enfermagem, esta centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e de uma pessoa ou grupo de pessoas (família/comunidade). Esta relação é de natureza terapêutica e constitui um processo dinâmico que visa

ajudar a pessoa a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde caracteriza-se pela parceria com a pessoa pelo respeito pelas suas capacidades e pela valorização do seu papel. Insere-se num contexto de atuação multiprofissional. O projeto terapêutico reagrupa diferentes campos de saúde: na enfermagem são identificadas necessidades, problemas reais ou potenciais que requerem intervenção de enfermagem e uma estratégia relacional.

Uma das teorias considerada como marco teórico de referência para a prática da enfermagem e, sobretudo, para a enfermagem psiquiátrica é a Teoria das Relações Interpessoais desenvolvida por Hildegard E. Peplau, em 1952. A teorista visualizou o fenômeno de enfermagem como um processo interpessoal cujo foco principal está centralizado na enfermeira e no doente e, na sua teoria, pretende identificar conceitos e princípios que deem suporte às relações interpessoais que se processam na prática da enfermagem de modo que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal.

Esta baseia-se numa abordagem psicodinâmica capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar outros a identificar as dificuldades sentidas, e a aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência. H. Peplau citado por Tomey e Alligood (2004)

O pensamento psicodinâmico pode ter um impacto importante no que diz respeito a aceitação da prescrição medicamentosa. Segundo Gabbard Glen O. (2008 pág.: 113) “ Sob uma perspectiva psicodinâmica, conceitos como transferência, contratransferência, resistência e aliança terapêutica são tão importantes na prescrição da medicação como na condução da psicoterapia.”

Os profissionais de enfermagem estão mais próximos das pessoas que desenvolvem planos de gestão de regime terapêutico, esclarecem orientações provenientes de diferentes profissionais de saúde, terapêutica medicamentosa, modificações do estilo de vida e acompanhamentos que podem ser difíceis para as pessoas e as suas famílias.

2- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Este projeto foi realizado num Hospital, no Serviço de Ambulatório de Saúde Mental e Psiquiatria.

2.1- MISSÃO DO SERVIÇO DE SAUDE MENTAL E PSIQUIATRIA

A equipa de Psiquiatria e Saúde Mental tem como missão:

- Contribuir para a prevenção e tratamento da doença mental bem como para a promoção e proteção da saúde mental da pessoa, das famílias, dos grupos e da comunidade entendendo a saúde como um *continuum* entre doença e o bem-estar, e proporcionando o tratamento mais adequado baseado na evidência.

2.2 – ORIENTAÇÃO TEÓRICA E TÉCNICA DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

A equipa do serviço tem uma abordagem psicodinâmica com uma compreensão psicanalítica. A Diretora do Serviço e Psiquiatria é grupanalista, sendo quem faz a supervisão dos casos em acompanhamento tanto individuais como em grupo pela restante equipa.

2.3 - ATIVIDADES DO SERVIÇO DE SAUDE MENTAL E PSIQUIATRIA

- Consultas individuais – Consulta de Psiquiatria; Consulta de Terapia Familiar e Intervenções Familiares; Consulta de Enfermagem de Saúde Mental; Consulta de Psicogeriatría.
- Terapias de grupo – Neste momento com 11 grupos terapêuticos a funcionarem.

A funcionar três equipas Comunitárias de Saúde Mental.

Formação

Uma das áreas de interesse da equipa de Psiquiatria e Saúde Mental é a formação, tanto dos pares como da comunidade – Workshops, Seminários, Formação em Serviço, Formação na Comunidade.

2.4 - RECURSOS FÍSICOS

A equipa de Psiquiatria e Saúde Mental desenvolveu a sua atividade num espaço físico com as seguintes características:

- 3 Gabinetes;
- 1 Sala de reuniões / biblioteca;
- 1 Sala de atividades;
- 1 Sala de espera;

2.5 - RECURSOS HUMANOS

A equipa de Psiquiatria e Saúde Mental, no ano de 2010, foi constituída por Dois Psiquiatras, três enfermeiros Especialistas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, sendo que um deles tem formação em Terapia Familiar e seis psicólogas, uma com formação em Terapia Familiar e duas em Grupanálise. Em regime de voluntariado está a prestar funções uma Psicomotricista.

Relativamente ao Projeto Inovador em Saúde Mental a que a equipa se candidatou em fevereiro de 2009, este teve início em junho de 2010, dando início às equipas comunitárias.

2.6 – ARTICULAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS E INSTITUIÇÕES DA COMUNIDADE

Reuniões do NIASM

Estas reuniões multi-profissionais realizaram-se mensalmente durante o ano de 2010, na 1ª quinta-feira de cada mês, na sala de reuniões do Hospital, onde a equipa de Psiquiatria e Saúde Mental exerce funções. Nelas, foram discutidos projetos terapêuticos para múltiplos casos clínicos trazidos pelos próprios intervenientes na reunião e por intervenientes comunitários, nomeadamente Professores e Diretores de Turma de escolas dos concelhos de abrangência, entre outros.

Estas reuniões mantiveram uma crescente adesão e representam, além de uma importante estratégia de trabalho em rede, um importante momento formativo para todos os intervenientes.

As reuniões ERASM decorreram mensalmente na última terça-feira de cada mês, e contou com a presença de profissionais de saúde da área da Saúde Mental dos concelhos, nomeadamente Enfermeiros, Psicólogos, Técnicos de Serviço Social, Sociólogos, Médicos e Terapeutas Familiares.

Nesta reunião também são discutidos casos clínicos de forma a otimizar a resposta terapêutica proporcionada a cada pessoa e a ajudar os diferentes profissionais na gestão de cada situação clínica.

Movimento “MENTES SOLIDÁRIAS

Este movimento teve o seu início em 2009, e pretende fundamentalmente a captação de recursos para a promoção de diversas iniciativas empreendedoras na área da saúde mental, nomeadamente:

- (Des)construir o conceito de doença mental na comunidade;
- Envolver a população de forma a integrar as pessoas com doença mental, atuando ao nível da cidadania e solidariedade social;

- Angariar e promover meios para desenvolver várias iniciativas sócio-ocupacionais, nomeadamente as oficinas de pintura, de escultura, dança e atividades terapêuticas.

Parceria com o Fórum Sócio Ocupacional

Esta Unidade é uma Cooperativa de Solidariedade Social fundada nos anos 70. Pela natureza da sua atividade, a instituição tem estatuto jurídico equiparável a Instituição Particular de Solidariedade Social e é Pessoa Coletiva de Utilidade Pública. A organização tem abrangência regional, fazendo atendimento a residentes dos concelhos.

Desde a sua fundação, dedica-se à prestação de serviços que promovam a qualidade de vida de pessoas com incapacidades, e das suas famílias, com vista ao desenvolvimento das condições de acesso aos seus direitos de cidadãos, em igualdade de oportunidades. Visa participar ativamente na construção de uma sociedade que olha a diferença com igualdade, visando a qualidade de vida e a integração social. O planeamento, a execução e o acompanhamento da ação são cumpridos com exigência, e de forma criteriosa, de acordo com procedimentos legais e padrões éticos.

Os resultados e metas decorrem do trabalho conjunto e de intervenções multidisciplinares, quer entre os colaboradores da organização, quer em parceria com outras entidades e outras partes interessadas.

A candidatura à criação de um Fórum Sócio-Ocupacional pretende desenvolver atividades que cumpram objetivos de reabilitação e inserção social de adultos com doença mental através da dinamização de atividades ocupacionais - criativas (expressão dramática e livre, audiovisuais, informática, atividades físicas e de reabilitação funcional, atividades no exterior); relacionais – terapêuticas (grupos terapêuticos e de autoajuda, apoio psicológico individual, apoio psicoeducativo à família); e formativas - produtivas (formação pessoal e social, competências profissionais, atividades produtivas em meio protegido: jardinagem, cerâmica, serralharia, floricultura, restauração, carpintaria), dando

cumprimento aos objetivos de desenvolvimento e treino das capacidades essenciais para um melhor funcionamento pessoal e adaptação social. Acima de tudo, procurando contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas e suas famílias, numa perspectiva de maior justiça e equidade social.

Esta parceria visa criar condições que possibilitem uma intervenção articulada da saúde e da ação social dirigida às pessoas em situação de dependência, de modo a responder às necessidades que apresentam e também em função do tipo e amplitude de dependência e dos contextos sócio-familiares em que se inserem. As respostas dadas às necessidades de pessoas com doença mental e psiquiátrica são desenvolvidas de forma articulada demonstrando uma completa simbiose da saúde/ação social com envolvimento de vários parceiros e o aproveitamento e racionalização dos recursos existentes.

No âmbito da doença mental e psiquiátrica, foi criado o fórum sócio-ocupacional que é um espaço de pequena dimensão destinado a pessoas com desvantagem, transitória ou permanente, de origem psíquica, visando a sua Reinserção sócio-familiar, e/ou profissional, ou a sua eventual integração em programas de formação ou de emprego protegido.

No momento do nosso estágio o fórum era frequentado sobretudo por pessoas portadoras de esquizofrenia.

3 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1 - ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é uma doença mental grave, crónica e muito incapacitante, que atinge diretamente cerca de 1% da população a nível mundial. É uma psicose que, em regra, se manifesta nos adultos jovens. Brito, N. (2005)

Segundo Rézette (2010: pag.177) “A esquizofrenia significa na sua etimologia grega (schizo, “clivar”, e phrèn, “espírito””, a dissociação de que a pessoa é vítima como se fosse cortada em duas personalidades distintas unidas numa só pessoa.”

Esta patologia conduz-nos a “uma imagem de desdobramento da personalidade (...) trata-se do fenómeno de clivagem psicótica em que duas partes do ego muito divergentes coexistem sem entrar em conflito e sem se contradizerem”. Rézette (2010: pág. 177)

A Esquizofrenia designa um grupo de doenças de etiologia desconhecida, que apresenta sintomas mentais característicos que levam à segmentação da personalidade, constituindo uma questão grave da patologia mental de carácter evolutivo, excluindo-se os estados deficitários e as degenerescências neurofisiológicas. Historicamente existem vários estudos no sentido de atribuir um significado a esta doença mais de carácter psicopatológico assentando na evolução da doença, análise das formas clínicas e, nos moldes do adoecer esquizofrénico. Cardoso (2002).

Diferencia-se das outras psicoses porque tem um percurso cognitivo que leva a um quadro demencial. Manifesta-se de formas distintas, extraindo-se traços de: “Incoerência de pensamento, ações e afetividade, desligamento da realidade com regressão para si, desinvestimento dos objetos exteriores e retorno a um estado auto erótico no qual o outro não existe, uma atividade delirante mais ou menos marcada segundo os casos, mas num delírio não sistematizado, ou seja fragmentado, dissociado e ilógico.” Rezette (2010:pag177).

O esvaziamento a que esta muitas vezes conduz, deixando a personalidade, ao que comumente se designa por defeito psicótico. Apresenta-se das seguintes formas: Simples (vacuidade intelectual, deterioração afetiva, superficialidade); Hebefrénica (Perturbação afetiva, depressão/exaltação, perplexidade, extravagância. Afeta os jovens); Catatónica (Perturbações da vontade e psicomotoras) e Paranoide (delírios alucinações ou seja perturbações senso preceptivas). Cardoso, C. (2000)

Sendo que neste relatório, devido à população a que o mesmo se reporta, as formas de esquizofrenia mais incidentes são a forma simples, e paranoide embora se tenha verificado na mesma pessoa duas recaídas na forma catatónica.

Na forma simples de esquizofrenia a desagregação da personalidade evolui quase em silêncio verificando-se unicamente progressiva incapacidade do doente para o desempenho das suas obrigações sociais, de trabalho e de estudo sem qualquer razão válida. Evolui muito lentamente ou permanece na sua fase inicial a partir da adolescência e juventude e raramente em idades mais avançadas. Esta forma pode apresentar alucinações difíceis de detetar. Habitualmente têm uma evolução crónica. Gameiro, A. (1971 pag:293)

Na forma Paranoide dominam os sintomas positivos. Alterações delirantes do pensamento. Delírios não sistemáticos de conteúdos vários: persecutórios, místicos de influência, eróticos, de grandeza, etc.

Na forma catatónica predominam as perturbações psicomotoras, tais como, a falta de iniciativa motora, sendo raros os casos de imobilização catatónica prolongada. Cardoso, C. (2000)

No primeiro período da doença diz-nos Conrad, citado por Cardoso (2002 pág.:322), "...o doente sente que o mundo à sua volta se aperta, roubando-lhe espaço de manobra, de que resulta a diminuição da liberdade. Progressivamente, acentua-se uma espécie de espessamento dos muros ao redor da personalidade que lhe limitam o campo e estorvam a ação".

Surgem entre o indivíduo e o meio novas dificuldades que lhe comprometem ainda mais a liberdade. A tensão que veicula as relações do indivíduo com o meio, por interferência do aperto constante do campo e do acantonamento do sujeito, aumenta brutalmente esmagando o eu do sujeito contra si mesmo. Cardoso (2002),

Nesta patologia, por vezes, negligenciam-se os problemas de memória que estas pessoas apresentam. Sendo que os domínios mais afetados são a atenção, a memória semântica e a de trabalho. Os défices são, como os sintomas negativo, estáveis e independentes dos sintomas positivos. Apresentam um declínio, por vezes antes da doença se declarar e prosseguindo durante o primeiro episódio, seguindo-se um período de estabilidade antes da deterioração conduzindo muitas vezes a demência. Harrison; Geddes e Sharpe (2006)

A Esquizofrenia permanece ainda hoje segundo Dalery e Amato (2001: pág. 20,21) “uma patologia difícil de descrever, cobrindo-se de uma heterogeneidade clínica e etiológica”.

No que diz respeito à etiologia da doença são considerados os fatores genéticos, pois existe um risco aumentado da doença em pessoas com história familiar de esquizofrenia.

Embora com um efeito reduzido também se podem considerar os fatores ambientais, tanto biológicos como sociais, havendo uma relação que não é conhecida entre estes fatores. No entanto, ambos apoiam a conceção de que a esquizofrenia tem as suas raízes no início do desenvolvimento.

Uma das explicações bioquímicas para esta doença colocada como fator de risco é a hiperdopaminergia, pois verifica-se nas pessoas portadoras de esquizofrenia um aumento de transmissão de dopamina. Esta hipótese assenta em três linhas de evidência, nomeadamente, na indicação de que as substâncias antipsicóticas são potentes antagonistas dos recetores D2 da dopamina; os antagonistas da dopamina podem provocar psicose paranoide, e por último, estudos do líquido cefalorraquidiano e do cérebro da esquizofrenia

indicam níveis anormais de dopamina, dos seus metabólitos, enzimas ou recetores. Harrison, Geddes e Sharpe (2006)

Existe evidência de que a hiperdopaminergia ocorre durante a esquizofrenia aguda, nos gânglios basais (estriado). É provável que exista insuficiente atividade dopaminérgica no córtex pré-frontal em doentes com esquizofrenia crónica, o que contribui para os sintomas cognitivos e negativos. Harrison, Geddes e Sharpe (2006)

O subtipo NMDA de recetores do glutamato é outro fator de risco para a esquizofrenia, tanto por achados genéticos como pelo facto de os antagonistas dos recetores NMDA (quetamina, fenciclidina) produzirem uma síndrome de tipo esquizofrénico. Harrison, Geddes e Sharpe (2006)

Muitos investigadores consideram a esquizofrenia uma perturbação do neuro desenvolvimento, ou seja, que a causa provém de anomalias do desenvolvimento do cérebro induzidas por uma predisposição genética e fatores ambientais precoces. Harrison, Geddes e Sharpe (2006)

Os fatores psicossociais e familiares têm também influência no desenvolvimento da doença.

Foi apresentada por Erik Eriksson a teoria psicossocial do desenvolvimento humano, em que este descreve etapas cruciais na relação da pessoa com o mundo social, fundamentando-se no conceito de epigénese. Kaplan; Sadock; Grebb (1999)

O princípio epigenético sustenta que o desenvolvimento humano ocorre em 8 estágios do ciclo vital marcados por uma ou mais crises internas, período em que as pessoas se encontram em estado vulnerável. Quando uma crise é ultrapassada com sucesso, a pessoa ganha força e é capaz de avançar para o estágio seguinte. Kaplan; Sadock; Grebb (1999)

Se um dos estágios não for ultrapassado com sucesso a pessoa pode levar para o estágio seguinte problemas residuais que vão afetar todos os outros estágios, podendo originar psicopatologia.

Os estágios do ciclo vital definidos por Erik Eriksson são os seguintes:

“Estágio 1 – Confiança básica versus desconfiança básica (do nascimento até cerca de 1 ano de idade);

Estágio 2 – Autonomia versus vergonha e dúvida (de 1 a 3 anos de idade);
estágio 3 – Iniciativa versus culpa (3 aos 5 anos);

Estágio 4 – Indústria versus inferioridade (6 aos 11 anos);

Estágio 5 – Identidade versus difusão de papéis (11 ao final da adolescência);

Estágio 6 – Intimidade versus isolamento (21 aos 40 anos);

Estágio 7 – Generatividade versus estagnação (40 aos 65);

Estágio 8 – Integridade versus desespero (mais de 65).” Kaplan; Sadock; Grebb (1999: pág. 253)

Sendo este trabalho direcionado a pessoas portadoras de esquizofrenia, será importante focar os estágios do desenvolvimento humano marcados por uma ou mais crises que não foram satisfatoriamente resolvidos contribuindo para o aparecimento desta patologia. Havendo um prejuízo no primeiro, segundo e quinto estágio haverá uma maior probabilidade em surgir esta patologia.

Assim, se houver um prejuízo no primeiro estágio (Confiança básica do nascimento até cerca de um ano) desenvolve-se a desconfiança básica. Este segundo Kaplan; Sadock; Grebb (1999:pag.255) “ é um contribuidor importante para o desenvolvimento do transtorno da personalidade esquizoide e, nos casos mais severos, para o desenvolvimento da esquizofrenia”.

No segundo estágio (Autonomia versus vergonha e dúvida) segundo Kaplan, Sadock, Grebb (1999: pág. 256) “As personalidades paranoides acham que os outros as tentam controlar, um sentimento que pode ter a sua origem durante o estágio de autonomia/vergonha e dúvida. Se associados com a desconfiança estão lançadas as sementes para delírios persecutórios. Os transtornos impulsivos podem ser explicados como uma recusa da pessoa a ser inibida ou controlada.”.

O quinto estágio ocorre no período da adolescência em que segundo Kaplan, Sadock, Grebb (1999: Pag.256) “Muitos dos transtornos da adolescência podem ser atribuídos a uma confusão de identidade. O perigo é a difusão de papéis (...) Outros transtornos durante o estágio identidade versus confusão de papéis incluem transtorno de conduta, transtorno de comportamento disruptivo, transtorno de identidade de gênero, transtorno esquizofreniforme e outros transtornos psicóticos.”

Os restantes estágios de desenvolvimento quando têm uma resposta insatisfatória também evoluem para o desenvolvimento de psicopatologia, que embora não seja a esquizofrenia, acrescentam a esta outras patologias como a depressão; doenças psicossomáticas; transtornos de ansiedade; hipocondria...

A Esquizofrenia é uma doença recorrente, aumentando em cada crise a incapacidade crónica até ser atingido um determinado nível. O resultado final é, muitas vezes, a excentricidade, a inadaptação social ou a invalidez crónica, requerendo frequentemente internamentos prolongados. O seu curso pode ser alterado por tratamentos e os seus efeitos sociais moderados pela orientação profissional.

Os psicofármacos têm alterado o perfil clínico das psicoses esquizofrénicas, não só na vertente psicofarmacológica e comportamental, mas sobretudo, no prognóstico da doença.

Porém, os fármacos têm pouca ação para combater os chamados sintomas negativos (apatia, falta de vontade, isolamento dificuldade de contacto) e estimular a parte sadia destas pessoas, sendo a combinação destes com a psicoterapia uma prática mais eficaz nesta doença. Gabbard Glen O. (2008)

3.2 – NECESSIDADES DA PESSOA PORTADORA DE ESQUIZOFRENIA

A Doença Mental Grave (DMG) é uma doença psiquiátrica que, pelas suas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada e contínua, a funcionalidade da pessoa. Esta refere-se à capacidade da pessoa,

para realizar tarefas de subsistência, se relacionar com o meio envolvente e participar na vida social.

A perturbação mental, está relacionada com a condição de vulnerabilidade do indivíduo. Esta manifesta-se através de sintomas psicóticos, frente a situações stressantes no ambiente familiar, social ou de trabalho interferindo com as suas habilidades. (Liberman, Ciompi, Saraceno 2006)

Os fatores geradores de *stress* são, habitualmente, sócio-ambientais, e são referentes a acontecimentos de vida (ausência de suporte emocional) e à vulnerabilidade biopsicossocial. Este grupo de pessoas com esta patologia é alvo da reabilitação psicossocial, surgindo esta, como um fator protetor a estes stressores no desenvolvimento de competências individuais e com a introdução de mudanças ambientais. Liberman (1993)

Na sua maioria, as pessoas portadoras de esquizofrenia sofreram um déficit precoce do sistema vincutivo. Este tem um contributo significativo para a formação de perturbações mentais, sendo visto como um modelo de vulnerabilidade ou de resiliência, complementar dos outros (em particular durante a infância) que afetam o sistema de vinculação. Guedeney, N. (2004).

Para Bowlby citado por Guedney, N.;Antoine, G. (2004: pag:157), “ o sistema de vinculação tem um papel ao longo de toda a vida”.

Este autor compara o sistema de vinculação em psiquiatria ao de imunologia em Medicina. Para ele, ambos têm um papel naquilo que facilita a integridade e a segurança do indivíduo.

A psicose para Winnicott é uma «doença provocada por falha do ambiente» Este não ignora os fatores genéticos descritos anteriormente mas considerava como fator principal a “privação” nos cuidados durante as fases mais precoces da formação do *self*. Ou seja, define a psicose como “a resultante de um fracasso inicial desastroso da relação, embora seja um fracasso muito difícil de evitar nalgumas crianças de especial vulnerabilidade”. Winnicott citado por Gomez, I. (2004 pág.: 99)

Ao falar de pessoas portadoras de esquizofrenia Bion (2008: pág.122) descreve o fenómeno de “ataque aos vínculos” referindo que “... o esquizofrénico vive num mundo fragmentado, sem conjugação e discriminação das diferentes partes de si mesmo ou dos objetos diferentes. Esse paciente sente-se aterrorizado, cercado e ameaçado por fragmentos de objetos estranhos e bizarros...”

As consequências desses ataques aos vínculos perceptivos segundo Bion (2008: pág.122) “são importantes e várias, porém, todos eles são desencadeados entre si e levam a distúrbios do pensamento, da capacidade de formação de símbolos, de sonhos, da linguagem, da percepção, do conhecimento, etc.”

Sendo talvez a esquizofrenia a doença mental mais estigmatizante, continua a ser alvo de vergonha e isolamento, apesar dos esforços e dos avanços terapêuticos no controlo das manifestações da sintomatologia. Estas pessoas continuam a ser marginalizadas, passando despercebido o sofrimento humano e a tragédia pessoal e familiar que a doença causa, a própria designação é socialmente banida. (Figueira, 2002).

Sendo este um fenómeno que afeta de significativamente a vida de muitas pessoas com doença mental de evolução prolongada, condiciona-as de atingir os seus objetivos de vida, incluindo entre outros o acesso ao emprego e a habitação. O medo de ser rotulado socialmente como “doente mental” pode diminuir a probabilidade da pessoa procurar ajuda.

Segundo o relatório sobre a Saúde no Mundo 2001, na prática, não tem sido atribuída às perturbações mentais em particular e à saúde mental em geral a mesma importância que é dada a saúde física (OMS, 2001).

Assim, é frequentemente “deixada à maioria das pessoas com perturbações mentais graves a tarefa de carregarem como puderem o fardo particular de depressão, demência, esquizofrenia, e dependência de substâncias”, pelo que “muitos se convertem em alvos de estigma e discriminação” (OMS,2001 pag:5)

A recaída é um processo gradual, habitualmente precedido por uma variedade de alterações perceptíveis pelo próprio doente e/ou pelos seus familiares (sintomas prodrómicos), com uma duração que pode variar entre alguns dias e várias semanas. Estas alterações, podem incluir sentimentos de ansiedade intensa, irritabilidade e diminuição da atenção, seguidos de apatia, isolamentos, passando depois a manifestar-se alguma desinibição do tipo hipomaníaco, que culminará então na desorganização psicótica. Herz e Lamberti (1995)

Um dos fatores que contribuem para a recaída é a falta de *insight* para a doença. A ausência de *insight* é um fator preditivo importante no curso das perturbações psicóticas, principalmente em relação à adesão ao tratamento e consequentes recaídas a que estas pessoas ficam sujeitas. (Amador; Strauss,1993;Fenton; Mcglshan, 1994; Young et al., 1998)

Sendo este um fenómeno complexo e multidimensional, na década passada, os investigadores aumentaram a sua atenção para a falta de *insight* como uma importante característica da Esquizofrenia.

3.3 – A ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS COM A PESSOA PORTADORA DE ESQUIZOFRENIA

Nos anos 60 o foco de enfermagem começou a mudar para a implementação de cuidados de saúde na comunidade. Esta mudança deu-se devido a conscientização do valor de se tratar pessoas na comunidade e de se evitar a hospitalização sempre que possível.

A criação em 2006 da Comissão Nacional para a reestruturação dos Serviços de Saúde Mental deu origem à publicação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 que visa, “Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das famílias” (Resolução do Conselho de Ministros nº49/2008, de 6 de Março, p. 1395)

Neste trabalho, damos ênfase aos cuidados de saúde terciários, uma vez que se refere a doentes com doença mental grave em fase crónica, pois, este nível de prestação de cuidados envolve a redução do prejuízo residual ou de deficiência resultante da doença.

As atividades de enfermagem referentes aos cuidados terciários promovem o treino ocupacional e de reabilitação, bem como a organização de cuidados pós atendimento de doentes com alta hospitalar para facilitar a sua transição hospitalar para a comunidade e oferta de opções de hospitalização parcial.

Segundo a OMS, doenças crónicas são «doenças de duração prolongada e progressão lenta», descrevendo a mesma organização os quadros crónicos como sendo problemas de saúde que implicam tratamento contínuo por um longo período de anos ou décadas. (WHO 2002)

Segundo foi referido no capítulo anterior, as pessoas portadoras de Esquizofrenia têm, de uma forma geral, necessidade de viver relações interpessoais gratificantes e de se sentirem menos estigmatizadas pela sociedade. Neste sentido procuramos uma base referencial para a prática da enfermagem que dê primazia às relações interpessoais, tendo-nos feito sentido enquadrar neste relatório a base teórica de Hildegard Peplau (1952), Teoria das Relações Interpessoais.

O núcleo desta teoria é o processo interpessoal de cuidados de enfermagem. Este fomenta que a experiência interpessoal corretiva baseada na ideia de que ao vivenciar um relacionamento saudável com o terapeuta, a pessoa pode aprender a ter relacionamentos interpessoais mais gratificantes. Sendo o enfermeiro quem transmite um aumento de confiança, relacionando-se, sendo autêntico, com ele e com quem partilha sentimentos e reações, pode-se considerar um processo de reeducação.

A pessoa é ajudada a identificar problemas interpessoais e depois procura estimular tentativas de estilos mais afetivos de relacionamento.

Para que o processo seja bem-sucedido H. Peplau define algumas etapas, nomeadamente:

- Quando se verifica o reconhecimento e a resposta à disposição para crescer demonstrando iniciativa pela pessoa;
- O poder da relação passa para a pessoa à medida que esta adquire potencial para investir na aquisição de objetivos;
- O processo está concluído quando a pessoa já consegue estabelecer relações humanas de qualidade;
- O término é uma etapa importante do processo, esta deve ser partilhada pelo terapeuta e pela pessoa, permitindo a aprendizagem de que a separação envolve dor sendo ao mesmo tempo uma oportunidade de crescimento.

Hildegard Peplau define enfermagem psicodinâmica porque o seu modelo surge através deste tipo de enfermagem. A sua teoria traz a noção de “crescimento pessoal” que é partilhado pela enfermeira e pela pessoa a partir do relacionamento interpessoal desenvolvido.

O termo “enfermagem psicodinâmica” pretende descrever o relacionamento dinâmico entre enfermeira e a pessoa. A enfermagem psico-dinâmica envolve reconhecer, esclarecer e construir uma compreensão acerca do que acontece quando a enfermeira se relaciona de forma útil com a pessoa no processo interpessoal. As etapas da enfermagem psicodinâmica afastam a enfermeira de uma orientação de doença para outra através do qual o significado psicológico dos eventos, sentimental e comportamental pode ser explorado e incluído nas intervenções de enfermagem. Tomey, A. e Alligood, M. (2004).

A enfermagem psicodinâmica “está a ser capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar outros a identificar as dificuldades sentidas, e a aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência”. H. Peplau citado por Tomey, A. e Alligood, M. (2004: pág. 426).

H. Peplau desenvolve os conceitos estruturais do processo interpessoal, que são as fases da relação enfermeira-doente.

A estrutura conceptual das relações interpessoais procura desenvolver a competência da enfermeira na utilização desses conceitos.

Segundo o seu modelo, são descritos 6 papéis de enfermagem que surgem nas diversas fases da relação sendo estes o papel de estranha; de pessoa de recurso; professora; líder; substituta e de conselheira. H. Peplau acredita que o papel de aconselhamento tem um maior ênfase na enfermagem psiquiátrica. Refere ainda que o propósito das relações interpessoais é ajudar “o doente a lembrar e a compreender totalmente o que lhe está a acontecer na situação atual, de modo a que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada de outras experiências de vida”. Stuart & Laraia (2001: pág.428)

Um dos principais fatores de recaída das pessoas portadoras de doença mental é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, tendo consequências tanto a nível da morbilidade, como da mortalidade, e ainda na redução da qualidade de vida e insatisfação das pessoas. A pessoa portadora de esquizofrenia, a família e os prestadores de cuidados têm frustrações e constrangimentos com esta problemática. Ordem dos Enfermeiros (2009)

A adesão ao regime terapêutico é um foco de atenção do Enfermeiro definido pelo International Council Of Nurses (ICN) como um tipo de Gestão do Regime Terapêutico com as seguintes características específicas: desempenhar atividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso do tratamento prescrito com o prestador de cuidados ou apoiante.

Assim, os enfermeiros têm um papel preponderante na avaliação do risco da não adesão, na identificação dos diagnósticos e motivos da não adesão bem como no planeamento de intervenções adequadas e ajustadas a cada pessoa no sentido de otimizar a adesão aos tratamentos ao nível do indivíduo, da família e da comunidade, sendo fundamental a avaliação das suas intervenções relativamente aos seus efeitos.

O pensamento psicodinâmico pode ter um impacto importante no que diz respeito à aceitação da prescrição medicamentosa. Segundo Gabbard Glen O. (2008: pág.113) “Sob uma perspectiva psicodinâmica, conceitos como transferência, contratransferência, resistência e aliança terapêutica são tão importantes na prescrição da medicação como na condução da psicoterapia.”

A forma como a medicação é prescrita ou outros tratamentos por parte do médico ao indivíduo, pode predizer um comportamento de não adesão. Segundo Gabbard Glen O. (2008: pág. 113) “Para os pacientes, a decisão de aceitar ou não as recomendações do médico ativa temas inconscientes sobre as expectativas dos pais”.

As repercussões de que estas pessoas são alvo, podem ser colmatadas e compensadas através do processo de reabilitação psicossocial. Esta é definida como uma abordagem terapêutica que encoraja a pessoa a desenvolver as suas capacidades através do ambiente e processos de aprendizagem. Gabbard Glen O. (2008)

Deve ser contínua e incidir na recuperação e aprendizagem de competências pessoais e sociais, bem como na criação de suportes sociais adequados que possibilitem integrar e promover a autonomia destas pessoas e sua realização pessoal, proporcionando uma maior qualidade de vida para a pessoa.

Os Enfermeiros de Saúde Mental na Comunidade têm um papel relevante nesta área de atuação, sendo responsáveis por promover a reabilitação e integração psicossocial da pessoa no seu ambiente familiar, no sentido de melhorar a qualidade de vida e o combate ao estigma e discriminação a que estas pessoas são sujeitas. Intervir junto dos familiares destas pessoas, fomentando programas psicoeducativos.

Capacitar as pessoas com doença mental para o *insight* permite uma compreensão daquilo que se passa consigo, levando a que esta tenha uma cooperação ativa e adquira capacidades que possibilitem a aquisição de novos comportamentos que tenham um impacto positivo na forma como vivem a doença para que seja possível desenvolver a sua recuperação. Todo o

processo de reconhecimento e aceitação possibilita uma compreensão acerca da realidade interna e externa que envolve a pessoa permitindo perceber as suas resistências necessidades e capacidades sendo possível a integração desses fatores.

É fundamental promover o *Empowerment* destas pessoas, tendo em vista facilitar a participação ativa na definição e implementação de medidas que favoreçam a sua autonomização.

O *Empowerment* corresponde a um conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização e é visto como um processo através do qual as pessoas ou as comunidades adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde (Health PromotionGlossary, Geneve: WHO, 1998)

O compromisso por parte da pessoa doente com o tratamento e com os profissionais de saúde representa um fator importante para um melhor prognóstico.

Uma vez que estas pessoas tendem para o isolamento social e que uma das suas grandes dificuldades é o estabelecimento de relações satisfatórias e partindo da teoria de Hildegard Peplau da enfermagem psicodinâmica, entendemos que a Terapia de Grupo constitui uma forma privilegiada de proporcionar a estas pessoas uma vivência interpessoal e de coesão grupal significativa.

Na perspectiva de Yalon, I. (2008: pag.39) “O transtorno mental, ou a sintomatologia psiquiátrica em todas as suas manifestações variadas, deve ser traduzido em termos interpessoais e tratado dessa forma”.

As pessoas com esquizofrenia mantêm relações interpessoais desadequadas à situação social uma vez que estas se relacionam com as outras pessoas, não apenas como são, mas em termos de imagens distorcidas baseadas em quem representam no passado. Este comportamento desajustado também se deve à sua rigidez. Por este motivo, o tratamento deve ser direcionado para a correção

da distorção interpessoal, permitindo que as pessoas tenham uma vida mais saudável, participem e trabalhem com outras pessoas. Yalon, I. (2008)

O foco da intervenção em grupo é melhorar a comunicação interpessoal, pois a falta desta origina sentimentos de desamparo e falta de efetividade pessoal que muitas vezes conduz a comportamentos e respostas hostis.

Neste tipo de intervenção há um reforço da coesão com fortalecimento de sentimentos de pertença ao grupo e aceitação fortalecendo a auto estima a auto confiança auto revelação, empatia. Segundo Yalon, I. (2008 pag:51) “ A necessidade de fazer parte é inata em todos nós”.

O grupo fornece uma interação dinâmica entre os membros e o ambiente do mesmo. Cada elemento molda o seu microcosmo e este, por sua vez, reproduz comportamentos defensivos de cada um dos outros elementos do grupo. O grupo representa um microcosmo social onde os comportamentos desadaptativos são demonstrados mas também se torna segundo Yalon, I. (2008 pág.: 53) ”um laboratório onde se demonstram, muitas vezes com grande clareza, o significado e a dinâmica do comportamento”.

Assim a Terapia de Grupo em que participam pessoas com esquizofrenia focaliza-se nos planos para a vida real, nos problemas e nos relacionamentos.

Estas pessoas são, segundo Yalon, I. (2008 pag:325) “emocionalmente bloqueadas, isoladas e distantes, e procuram a terapia de grupo por uma sensação vaga de que algo está faltando: eles não conseguem sentir, não conseguem amar, não conseguem brincar, não conseguem chorar. São espectadores das suas vidas, não habitam os seus corpos, não experimentam a sua própria experiência”.

Na experiência da terapia de grupo estes obtêm benefícios consideráveis, pois são indivíduos com níveis altos de risco e recompensa. Yalon, I. (2008)

As pessoas portadoras de esquizofrenia necessitam de figuras terapêuticas que lhes facilitem a compreensão dos medos e fantasias que muitas das vezes as impedem de aderir aos planos terapêuticos prescritos. Necessitam ter

alguém que se preocupe com elas que lhes ofereçam relações humanas de compaixão para que as protejam das ameaças de um mundo ameaçador. Gabbard Glen O. (2008).

Uma revisão de estudos controlados sobre terapia de grupo da esquizofrenia descobriu evidências sobre uma maior eficácia desta em unidades de crônicos do que em agudos. Como modalidade ambulatoria, a terapia de grupo nestas pessoas pode servir para ganhar confiança e proporcionar um apoio que possa permitir expor preocupações acerca da forma como lidar com as alucinações auditivas e com situações estigmatizantes que a doença mental apresenta na sociedade. Gabbard Glen O. (2008)

4- QUESTÃO DE PARTIDA

Na articulação entre o conhecimento que tivemos da população utente que frequenta a Unidade Sócio Ocupacional, em particular pessoas portadoras de Esquizofrenia e no que o enquadramento teórico permitiu conhecer destas em geral, formulamos as seguintes questões de partida:

- Quais os diagnósticos de enfermagem identificáveis nas pessoas portadoras de Esquizofrenia?
- Que intervenções de enfermagem podem ser planeadas e realizadas para responder aos diagnósticos identificados?
- Qual o resultado dessas intervenções em enfermagem?

5 – OBJETIVOS

- Identificar os diagnósticos de enfermagem das pessoas portadoras de Esquizofrenia que frequentam o Fórum.
- Planear Intervenções de Enfermagem tendo em vista dar resposta aos diagnósticos apresentados.
- Desenvolver Intervenções de Enfermagem de forma a satisfazer as necessidades apresentadas pelas pessoas portadoras de Esquizofrenia que frequentam o Fórum.
- Avaliar as Intervenções de Enfermagem desenvolvidas com as pessoas portadoras de Esquizofrenia que frequentam o Fórum.

6 - METODOLOGIA DE PROJETO

Perante os objetivos formulados anteriormente e tendo em conta as orientações para o estágio, foi a Metodologia de Projeto que orientou a intervenção no serviço.

O Trabalho de Projeto é uma metodologia, um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas, Leite et al citado por Ruivo MA; Ferrito C; Nunes L, (2001:pág.4).

A Metodologia de Projeto é definida segundo Ruivo MA; Ferrito C; Nunes L (2010: pág. 3) como um “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real”.

O trabalho de projeto segundo Ruivo MA; Ferrito C; Nunes L (2010:pag 5), “ é uma metodologia reflexiva, pois é, baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas. A própria população destinatária do projeto é envolvida como sujeito ativo o que contribui para conhecer e transformar a sua própria realidade”.

Está ligada a uma investigação focada em problemas reais identificados e na definição de estratégias e intervenções para a resolução dos mesmos. Ruivo MA; Ferrito C; Nunes L (2010:pag 5),

Assume algumas características, sendo uma atividade intencional pressupõe autonomia, iniciativa e autenticidade por parte de quem o realize, Envolve complexidade e incerteza com carácter prolongado e faseado, sendo constituído pelas seguintes fases:

- Diagnóstico da situação

- Planeamento das atividades
- Execução das atividades planeadas
- Avaliação
- Divulgação.

6.1 - ETAPA DIAGNÓSTICA

Esta é a primeira etapa da Metodologia de Projeto e consiste na identificação do problema, ou seja, é o descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar.

Foi nesta fase que se realizou uma análise integrada das necessidades da população, com o intuito de desenvolver estratégias e ações aproveitando os recursos existentes, para a resolução das mesmas.

O Diagnóstico da situação decorreu de acordo com uma abordagem qualitativa exploratória e descritiva.

Segundo Fortin (1999), o objetivo do estudo exploratório descritivo é explorar o domínio profundamente e explorar o conceito para retirar dele todas as revelações com o objetivo de descrever o fenómeno.

Segundo a mesma autora a abordagem de natureza qualitativa evidência os aspetos holísticos, individuais e dinâmicos, da experiência humana na tentativa de apreender tais aspetos na sua integridade e no contexto daqueles.

6.1.1 – Colheita de dados

A escolha das técnicas de colheita de dados foi feita respeitando os objetivos do Projeto e ao mesmo tempo que permitissem dar resposta à questão levantada. Foram utilizadas duas técnicas, nomeadamente a observação e a entrevista.

A entrevista foi complementada pela observação, tendo sido fundamental para avaliar o estado físico e psíquico dos indivíduos, embora num curto espaço de tempo. Foi importante perceber as suas atitudes perante o grupo, perante pessoas estranhas como foi o nosso caso, e observar individualmente as suas reações e atitudes durante a entrevista. Foi ainda feita consulta de processos clínicos referente às pessoas em estudo.

Optamos pela técnica da entrevista por ter como objetivo ampliar a área livre de ambos os interlocutores no que diz respeito à matéria da entrevista, diminuindo, por consequência, a área oculta do entrevistado e a área cega do entrevistador. CARMO (1998).

Utilizamos a entrevista parcialmente estruturada por esta permitir ao participante desenvolver melhor a sua ideia acerca da questão colocada. Fortin (1996)

Neste tipo de entrevista segundo Fortin (1996: pag.247) “o entrevistador apresenta uma lista de temas a cobrir, fórmula questões a partir destes temas e apresenta-os ao respondente segundo uma ordem que lhe convém”.

Apresentamos o guião de entrevista em apêndice II.

Este instrumento foi o meio que permitiu a obtenção de maior informação uma vez que as pessoas tiveram oportunidade de refletir e de se exprimirem sem condicionalismos. Esta população oferece um discurso pobre em termos de vocabulário com grande dificuldade de expressão, pelo que me parece ter sido o instrumento mais adequado para obter algo relevante no Projeto.

As entrevistas decorreram no Fórum numa sala com alguma privacidade onde tivemos oportunidade de estabelecer um contacto mais próximo destas pessoas. Consciente da importância deste contacto para a participação destes no projeto, procuramos estabelecer uma relação de confiança e empatia.

Foi emergente a necessidade de serem ouvidos, de falar nas suas vidas e dos seus problemas como se já nos conhecessem há muito tempo. Todos tiveram uma atitude de simpatia e humildade como se tivessem necessidade de nos

agradar. Os seus discursos eram marcados por tristeza e revolta face à doença.

As entrevistas foram realizadas em dois tempos distintos.

Houve um primeiro contacto com um grupo ao qual foi feita a apresentação dos elementos envolvidos no Projeto e dos objetivos do mesmo, tendo sido feito o pedido de autorização para as mesmas.

Após a apresentação em grupo passou-se à fase de entrevistas individuais, em que cada um escolheu a sua vez. Neste dia foram feitas seis entrevistas com uma duração de trinta a quarenta e cinco minutos cada uma.

Uma semana mais tarde, voltamos ao Fórum para nos apresentarmos a um segundo grupo, tendo estes demonstrado um comportamento similar ao primeiro: participativos com espírito de grupo e disponíveis para as entrevistas individuais, tendo, desta vez, concluído as sete entrevistas que faltavam com a mesma duração que as primeiras.

Todos se mostraram interessados em participar no projeto desde que estivessem sempre todos juntos, esta foi quase uma condição imposta pela maioria.

Na realização das entrevistas, consideramos ser pertinente, pedir que nenhum técnico do fórum estivesse presente, para que este não induzisse as pessoas a darem respostas com algum efeito de desejabilidade, no sentido de “agradar” ao técnico.

Os registos das entrevistas foram feitos por escrito, parcialmente durante a entrevista e outros, tais como, a observação de comportamentos e expressões ou de certos factos e acontecimentos, imediatamente após.

6.1.2 - Análise dos Dados

A análise dos dados colhidos durante as entrevistas consistiu essencialmente em proceder a uma análise de conteúdo que, segundo Bardin (1977), é um combinado de técnicas de análise das comunicações.

Segundo Berelson, citado por Bardin (1977), a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo notório nas comunicações, tem como finalidade a interpretação das mesmas.

Segundo a mesma autora, as unidades de significação são consideradas “os constituintes que demarcam o contexto do fenómeno explorado e que incluem obrigatoriamente a parte de significação intrínseca a este contexto.

Numa fase ainda preliminar à análise organizaram-se os dados seguindo criteriosamente as quatro fases delineadas por FORTIN, começando por:

1. Colocar em evidência o sentido global do texto;
2. Identificar as unidades de significação naturais;
3. Desenvolver o conteúdo das unidades de significação;
4. Fazer a síntese do conjunto das unidades de significação.

Esquematizamos as categorias e subcategorias que consideramos *à priori* para proceder à análise dos dados. Utilizamos as unidades de sentido referentes aos temas: Perceção do estado de saúde mental; Consequências do estado de saúde; Gestão do estado de saúde. (apêndice III)

6.1.3 – Síntese da Compreensão dos Dados

Do desenvolvimento das unidades de significado emerge um sentimento de solidão com uma manifesta necessidade de amor e pertença, de reconhecimento, de saber e de auto realização.

Na sua maioria, atribuem à sua doença a grande dificuldade em se relacionar com outras pessoas e criar amizades, têm a percepção que, por serem portadores de uma doença mental são estigmatizados pela sociedade, apresentando um estilo interpessoal inadaptado.

A dificuldade em estabelecer e manter relações gratificantes e a incapacidade de atingir a intimidade, quer no campo da amizade quer no sexual, bem como a incapacidade de arranjar ou manter um emprego, leva a uma baixa autoestima que também se sente nestes sujeitos.

Manifestam ainda sofrimento causado pelos efeitos da doença e por tudo o que se relaciona com ela.

Apresentam um *coping* ineficaz para a resolução dos seus problemas.

Quanto ao *Insight*, este encontra-se comprometido em alguns casos: se por um lado referem ter uma doença mental, por outro, referem sentir-se bem e sem queixas mesmo manifestando sentimentos de tristeza, angústia, isolamento, avaliando a sua saúde mental numa escala de 0 a 10 em 8 e alguns em 10. Esta percepção alterada de estar bem pode vir a afetar a adesão aos tratamentos, por sentirem que já não precisam.

Quanto à gestão do seu estado de saúde, a maioria refere a necessidade de esclarecimento relativamente aos medicamentos e aos seus efeitos secundários e reações adversas, bem como interação com outros medicamentos que necessitem, como por exemplo os antibióticos.

Emerge na análise dos dados a adesão aos tratamentos contrapondo a percepção inicial. Apenas um sujeito referiu não ter tomado os medicamentos no dia da entrevista porque o irmão não os comprou mostrando-se revoltado por isso. Todos referiram ter consciência da importância dos medicamentos para andarem bem, muito embora alguns refiram que preferiam não precisar de os tomar. Todos referem ter acompanhamento de consulta de psiquiatria e gostar da/o psiquiatra. Referem que as atividades do Fórum são importantes para as suas vidas preenchendo melhor os seus dias e sentindo-se mais acompanhados e aceites.

Os resultados das entrevistas foram complementados com os processos clínicos, verificando-se também que estas pessoas estão a aderir aos tratamentos não havendo no último ano história de recaídas.

No entanto, e apesar de estar perante um grupo que no momento está numa fase de adesão aos tratamentos, não deixa de fazer sentido intervir ao nível da prevenção terciária. O objetivo desta é, segundo Stuart & Laraia (2001), ensinar as pessoas com défices devido à sua doença mental a trabalhar e viver independentemente, a superar obstáculos tanto em oportunidades quanto na motivação a seguir hábitos de vida que tendem a manter ou restaurar o nível mais alto possível de bem-estar. Além disso, dizem os mesmos autores que “muitos precisam de apoio para desenvolver novas habilidades e encontrar formas de superar os défices funcionais.

Torna-se, assim, fundamental preservar a motivação destas pessoas para se conseguir manter o plano de reabilitação.

6.1.4 – Diagnóstico de Enfermagem

Após a síntese compreensiva dos dados, passamos à formulação dos diagnósticos, estes correspondem às necessidades de saúde da população em estudo. Esta etapa permite criar um mapa cognitivo sobre a situação- problema identificado sobre a qual se pretende atuar e mudar.

Quanto à classificação dos Diagnósticos, utilizamos a CIPE B2 como fonte e instrumento orientador.

FOCO - Bem-estar psicológico: Bem-estar com as características específicas: Imagem mental de estar em boas condições psicológicas, satisfação com o controlo do *stress* e do sofrimento.” (Cipe 2002)

Diagnóstico – Bem-estar Psicológico comprometido em grau elevado

FOCO – Autoestima - “Autoestima é um tipo de auto conceito com as seguintes características específicas: opinião que cada um tem de si próprio do seu

mérito e capacidade, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafio das imagens negativas de si, aceitação do elogio e do encorajamento da mesma maneira que da crítica construtiva”. Amaral, A. (2010 pág.49)

Diagnóstico – Autoestima prejudicada em grau elevado

FOCO - Tristeza “Emoção com as características específicas: sentimentos de desalento e de melancolia associados com a falta de energia” (Cipe, 2002)

Diagnóstico – Tristeza demonstrada em grau reduzido

FOCO – Sofrimento “Sofrimento é um tipo de Emoção com as características específicas: sentimentos prolongados de grande pena associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, por exemplo, sintomas físicos crônicos como a dor, desconforto ou lesão, stress psicológico crônico, má reputação ou injustiça” (Cipe 2002)

Diagnóstico – Sofrimento demonstrado em grau moderado

FOCO Ansiedade – “Tipo de emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, pupilas dilatadas e voz trémula”. Amaral, A. (2010 pág.38)

Diagnóstico – Ansiedade demonstrada em grau elevado

FOCO Socialização – “Comportamento Interativo: Intercâmbio social mútuo, participar em atividades sociais. (Cipe 2002)

Diagnóstico – Socialização comprometida em grau elevado

FOCO Delírio – “Processo de pensamento distorcido” Amaral, A. (2010 pág.54)

Diagnóstico – Delírio demonstrado em grau reduzido

FOCO Adesão ao regime terapêutico - “Adesão ao Regime Terapêutico é um tipo de Gestão do Regime Terapêutico com as características específicas:

desempenhar atividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante.” Amaral, A. (2010 pág.35)

Diagnóstico – Adesão ao Regime Terapêutico demonstrado

FOCO *Coping* – “Atitude com características específicas: disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto protetores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da autoestima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico”. Amaral, A. (2010 pág.53)

Diagnóstico – *Coping* ineficaz

FOCO Estigma – “Crença com as características específicas: Prática de associação de desonra ou vergonha com outros pela presença de um fator distintivo; frequentemente associada com doença mental, incapacidade física, religião ou história de comportamento criminoso.” (Cipe, 2002)

Diagnóstico – Estigma Presente em grau elevado

Tal como se verifica na nossa população alvo, num estudo qualitativo com grupos, que incluiu 146 sujeitos portadores de esquizofrenia e 80 cuidadores provenientes de cuidados primários e secundários de saúde de Argentina Brasil, Chile, Espanha, Inglaterra e Venezuela. Cada grupo composto por 6 a 10 participantes. Procurou conhecer as suas necessidades no quotidiano, Luciane C. Wagner *et all* (2011).

No referido estudo foram identificadas quatro questões existenciais, tais como: a necessidade de realização como pessoa e encontrar um sentido para a vida; a necessidade de ser respeitado e não sofrer discriminação; perda de autonomia; a importância de compreender a doença e de se reconhecer como doente. Estas questões prendem-se fortemente com necessidades objetivas

como falta de ocupação e trabalho, resultando numa vida sem sentido. Luciane C. Wagner *et all* (2011).

Tal como a nossa população alvo, há uma necessidade de apoio psicológico que se prende com esta necessidade de realização e necessidade de encontrar um sentido na vida, traduzindo-se em sofrimento, falta de socialização prejudicada pelo estigma sentindo que há uma perda de vínculos e de oportunidades.

Este revela ainda que as pessoas portadoras de esquizofrenia referem nos seus discursos dor, tal como neste projeto emerge o sofrimento, também revelam depressão e vontade de morrer. A população deste projeto apresenta tristeza e ansiedade. Na verdade, para quê viver se as suas experiências subjetivas não são consideradas importantes, sentem-se sozinhos, rejeitados, não têm projetos, não se realizam profissionalmente e são dependentes dos outros. É surpreendente que encontrem razão para viver. Luciane C. Wagner *et all* (2011).

Segundo estes autores, as pessoas verbalizam que se sentem discriminadas havendo um estigma presente, tal como apresenta a população alvo do projeto, havendo uma necessidade de se sentirem respeitados e aceites. A dependência dos outros rouba-lhes autonomia. A importância de tomar consciência da sua doença reforça a capacidade de *insight* que, por sua vez, motiva a adesão aos tratamentos.

Segundo Graham Thornicroft *et all* (2009), num estudo transversal com 732 pessoas portadoras de esquizofrenia que pretendeu descrever a natureza, direção e gravidade da discriminação experimentada e antecipada relatada por estas pessoas, realizado em 27 países, em centros afiliados à rede de pesquisa INDIGO (INDIGO Research Network) fazendo entrevistas cara a cara com os 732 participantes com Esquizofrenia revela que as taxas de discriminação experimentada e antecipada são consistentemente altas, nos países pesquisados, entre pessoas com doença mental. Medidas como leis contra a discriminação de deficiência podem não ser efetivas sem intervenções para aumentar a auto estima das pessoas com doença mental.

Estudos sobre estigma na África, Ásia, América Latina e no Caribe, Sudoeste da Ásia e Europa geralmente têm apresentado resultados consistentes. Há poucos países, sociedades ou culturas em que as pessoas com doença mental sejam valorizadas da mesma forma que outras pessoas sem doença mental. Exemplo disso é o pequeno investimento em serviços de saúde mental. Há ligações claras entre a compreensão popular da doença mental, a procura de ajuda por parte dos que têm a doença ou a sua vontade de revelar a sua doença. As experiências de vergonha e culpa são comuns, variando conforme a cultura. As consequências comportamentais do estigma afetam mais as pessoas com doença mental, Graham Thornicroft *et al* (2009).

Segundo os mesmos autores “A discriminação pode causar baixas taxas de procura de ajuda, falta de acesso ao tratamento, subtratamento, pobreza material e marginalização social”. (2009: pág. 144)

O estigma produz alterações que afetam a pessoa e família, tendo como consequência a baixa auto estima pouco cuidado consigo mesmo e o isolamento, Graham Thornicroft *et al* (2009).

Segundo Hélio Tonelli & Cristiano E. Alvarez (2007: pág.:1) num artigo de revisão sistemática acerca da Cognição social na esquizofrenia focado em habilidades Teoria da Mente, a “ ...esquizofrenia é um transtorno mental que costuma cursar grave comprometimento do funcionamento social... além disso o prejuízo do funcionamento social aumenta as taxas de recaída da esquizofrenia, tornando imprescindível o desenvolvimento de intervenções que melhorem essas funções”.

O delírio segundo Freud, citado por Gomez, E. *et al* (2000: pág. 1) “ Surge como forma de manter os laços com a realidade, com o mundo, depois do isolamento inicial, de se retirarem do mundo. O delírio é uma forma de relacionar se com os outros, ainda que no seu imaginário”.

Torna-se evidente que os diagnósticos de enfermagem apresentados neste projeto são comuns às necessidades encontradas em estudos com pessoas portadoras de esquizofrenia.

6.2 – ETAPA DE PLANEAMENTO

Esta constitui a segunda fase da metodologia de projeto, altura em que é elaborado um plano detalhado das atividades a desenvolver, meios e estratégias, tendo em vista os objetivos previamente estabelecidos, bem como a elaboração do cronograma.

Tendo em conta os diagnósticos formulados e após a sua apresentação à equipa do Serviço de Saúde Mental, foi sugerida a formação de um Grupo Terapêutico de cariz Psicoeducativo, fechado, de duração de um ano, tendo uma abordagem psicodinâmica com uma base teórica de compreensão psicanalítica. A esse grupo demos o nome de:

“Grupo Terapêutico Remédios para Comunicar”

6.2.1 – Justificação da escolha da Intervenção proposta

Apesar de estarmos perante um grupo que, no momento, está numa fase de adesão aos tratamentos, não deixa de fazer sentido intervir ao nível da prevenção terciária.

O objetivo desta é, segundo Stuart & Hilarai (2001), ensinar as pessoas incapacitadas devido a sua doença mental a trabalhar e viver independentemente, a ultrapassar obstáculos tanto em oportunidades quanto na motivação a seguir regimes de vida que permitam manter ou restaurar o nível mais alto possível de bem-estar.

Além disso, dizem os mesmos autores, muitos necessitam de apoio para desenvolver novas habilidades e encontrar forma de superar os seus défices funcionais, Stuart & Hilarai (2001), pelo que é fundamental preservar a motivação destas pessoas para se conseguirem manter o plano de reabilitação.

Relembrando os diagnósticos de enfermagem identificados/formulados verificou-se existir:

- Bem-estar Psicológico comprometido em grau moderado
- Autoestima prejudicada em grau elevado
- Tristeza demonstrada em grau reduzido
- Sofrimento demonstrado em grau moderado
- Ansiedade demonstrada em grau elevado
- Socialização comprometida em grau elevado
- Delírio demonstrado em Grau Reduzido
- Adesão ao Regime Terapêutico demonstrado
- *Coping* ineficaz
- Estigma presente.

A base referencial para a prática da enfermagem tal como foi referida no enquadramento teórico foi a de Hildegard Peplau (1952), Teorias das Relações Interpessoais.

A necessidade de constituir um grupo terapêutico prende-se com as suas necessidades que vão de encontro ao que diz Bloch (1999): “ Os problemas que podem ser, e geralmente são, tratados numa terapia de grupo incluem:

Interpessoais – as dificuldades persistentes em iniciar e manter relacionamentos são a indicação principal...

Emocional – falta de consciência dos sentimentos em si e nos outros, incapacidade de expressar sentimentos como amor ou raiva, controlo emocional pobre...

Auto-conceito – identidade difusa, baixa autoestima, alta de objetivos e direção...”

Muitos dos problemas emocionais destas pessoas com doença mental surgem de relações perturbadas dentro dos grupos nos quais aprenderam a ser quem são, pois foi neles que cada um encontrou a expressão da sua identidade.

Proporcionar a formação deste grupo é devolver a estas pessoas a vivência de experiências interpessoais mais gratificantes.

Segundo Bloch (1999), o objetivo de qualquer psicoterapia é permitir a pessoa satisfação das necessidades legítimas de afeto, reconhecimento e sentido de domínio, ajudando a corrigir atitudes, emoções e comportamentos desajustados que impedem a obtenção de tais satisfações. Desta forma, a psicoterapia procura melhorar a sua interação social e diminuir a sua angústia, enquanto a ajuda a aceitar o sofrimento.

Segundo, (Fernandes, Svartman & Cols) “A psicoterapia psicodinâmica de grupo é uma forma de psicoterapia grupal em que, além da meta terapêutica (como alívio ou eliminação de sintomas, desenvolvimento de comportamentos mais saudáveis, etc.), existe também a procura do auto-conhecimento e do desenvolvimento, proporcionado pelo aprendizado que ocorre nas relações interpessoais e na vivência com o grupo como um todo, entidade que reproduz a sociedade em que vivemos.” (2003: pág.188)

Apesar de não ser uma psicoterapia, a intervenção proposta é de cariz psicoterapêutico com inspiração psicodinâmica.

A escolha de ser um grupo fechado tem as suas vantagens no que diz respeito à maior coesão, muito embora os grupos abertos tenham aspetos benéficos pois, segundo Bloch (1999), “... as vantagens do modelo aberto incluem o facto de um graduado com êxito inspirar o resto do grupo, tanto pacientes e terapeutas, como os recém-chegados, revigoram e oferecem novas oportunidades de aprendizagem interpessoal.” No entanto, devido à patologia que estes elementos apresentam, parece-nos mais organizador e estruturante manter o grupo fechado. Também é limitado temporalmente por ter uma duração pré-determinada de um ano.

A formação do grupo permite a manutenção da liberdade, da capacidade e da oportunidade de expressar sentimentos, envolvendo o consumo de medicamentos e em contexto de grupo não só facilita a adesão, mas também permite o surgimento de importantes questões psicodinâmicas como atuação,

dependência e conflitos relativos a autoridade, encorajando a resolução desses temas para todos os membros do grupo.

Muitas vezes a única forma destas pessoas se conseguirem impor ao outro e mostrar alguma autoridade é decidir não tomar os medicamentos, pelo que consideramos ser fundamental na condução deste grupo fazê-los sentir que este vai ser um espaço deles onde as suas vontades e decisões vão prevalecer e serão respeitadas. Assim, este é um caminho feito com eles e não para eles...

Este “estar com” e “atuar com” são processos de ajuda importantes para a expressão e compreensão dos significados da vivência do sofrimento, sendo este reconhecimento essencial para a humanização dos cuidados. Fonseca (2006).

Tendo sido referida por todos a necessidade de falar de medicamentos, de efeitos secundários e reações dos psicofarmacos com outros medicamentos, é fundamental descodificar no grupo o que é que, para cada um, representam os medicamentos. E quando falam de medicamentos o que será que nos estão a querer comunicar?

Após a leitura de um artigo de revisão teórica “Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia”, de Ignacio Garcia Cabeza (2008), acerca das modalidades psicoterapêuticas mais importantes (psicodinâmicas, cognitivas, familiares, e de grupo) aplicadas a pessoas portadoras de esquizofrenia, verificamos a importância que atribuíam à abordagem de orientação psicoterapêutica psicodinâmica na Esquizofrenia, valorizando a abordagem grupal.

Kanas, citado por Ignacio Garcia Cabeza (2008), ao rever todos os estudos de terapias de grupos encontrou resultados favoráveis no âmbito ambulatorio, como é o caso da população alvo do PIS. A terapia de grupo além de ser mais económica comporta uma série de benefícios tais como um contexto realista, igualitário, seguro, onde se desenrolam múltiplas interações que proporcionam *insight* e aprendizagem interpessoal, podendo proceder à ajuda de qualquer membro do grupo e não apenas o terapeuta. Assim o grupo exerce uma ação

multiplicadora dos afetos terapêuticos, facilita as relações entre os membros, facilita um melhor conhecimento e auto conhecimento e ainda facilita e acelera o processo terapêutico, I. Garcia Cabeza (2008).

Segundo Jung, citado por I. Garcia Cabeza (2008: pág.10), "... a psicoterapia permite a possibilidade de integrar a experiência como algo cheio de significado no seu contexto pessoal e cultural".

A psicoterapia grupal, combinada com psicofármacos, permite uma evolução eficaz pois amplia a relação dual da psicoterapia individual possibilitando a introdução de "terceiro" através dos outros membros, do coordenador, da observação do próprio grupo. O grupo forma uma estrutura que se vai organizando ao longo do processo terapêutico através das relações interpessoais entre os membros do grupo. Quando se consolida os membros do grupo começam a usar o pronome "Nós". Esta estrutura facilita a contenção e a estrutura intra psíquica do psicótico melhorando a comunicação permitindo também o vínculo com os outros. Permite não só um lugar de apoio mas também um espaço de reflexão e integração do afeto e pensamento que está dissociado, Gómez Esteban, R. et *all* (2000).

No artigo "Reflexiones Acerca de Un Grupo Terapêutico com Pacientes Esquizofrénicos", foi-nos possível enquadrar a população alvo do PIS e perceber, perante os diagnósticos apresentados, o benefício que uma intervenção a este nível a podia favorecer. Este artigo descreve a intervenção psicoterapêutica de grupo de orientação dinâmica, com 12 pessoas portadoras de esquizofrenia, também incluídas em atividades de Centro de Dia, num período de três anos, Gómez Esteban, R. et *all* (2000).

Diferentes estudos propõem que, graças aos avanços da psicofarmacologia, hoje em dia juntamente com abordagens psicossociais, se obtêm resultados favoráveis no cumprimento dos tratamentos, melhores relações familiares, melhoram as habilidades sociais que por sua vez favorecem a sua integração social prevenindo desta forma as recaídas. Efetivamente, estando a população alvo deste projeto integrada numa Unidade Socio-ocupacional, verificamos o cumprimento dos tratamentos, no entanto, a sua reabilitação psicossocial, não

é eficaz no que diz respeito aos sintomas negativos, às relações Interpessoais apresentando um *coping* ineficaz, falta de Insight e sentimentos de Estigma que são destrutivos no seu quotidiano.

A combinação do modelo de psicoeducação e psicoterapia de grupo permite às pessoas com psicoses recorrentes que sejam capazes de adquirir uma maior independência e integração na comunidade, Gómez Esteban, R. et *all* (2000).

A Intervenção Psicoterapêutica de Grupo em contraposição à Intervenção Individual favorece as transferências laterais com os outros membros do grupo, diminuindo a transferência massiva para o terapeuta, não sendo os afetos tão intensos com o terapeuta facilitando o processo de autonomia e independência da pessoa, Gómez Esteban, R. et *all* (2000).

Os atuais protocolos e recomendações baseados na evidência recomendam para pessoas portadoras de esquizofrenia uma Intervenção que inclua a psicofarmacologia, psicoterapia, psicoeducação e programas de reabilitação, Gómez Esteban, R. et *all* (2000).

Concluimos, após a leitura de vários autores e estudos, que estes favorecem a psicoterapia de grupo em vez da psicoterapia individual, mostrando uma vez mais que a psicoterapia de grupo é um recurso fundamental na assistência psiquiátrica em pessoas portadoras de esquizofrenia. Tendo esta três abordagens fundamentais, tais como o modelo psicoeducativo; psicodinâmico e Interpessoal. Estas têm-se aplicado com bons resultados na evolução da doença. A coesão grupal e a aprendizagem interpessoal são os mais valorizados pelos membros do grupo, Gómez Esteban, R. et *all* (2000).

6.2.2 - Objetivos da Intervenção

Os objetivos enquadram-se na metodologia de projeto como sendo uma representação prévia tendo em vista a ação.

A definição dos objetivos segundo Ruivo MA; Ferrito C; Nunes L. (2010 pag:18) é “o ponto fulcral da planificação e do desenvolvimento”.

Assim perante os problemas emergentes na fase de diagnóstico definimos os seguintes objetivos tendo em vista a resolução dos mesmos:

- Promover as relações Interpessoais.
- Promover o *Empowerment* e o envolvimento dos utentes no seu próprio processo de tratamento.
- Facilitar a expressão de sentimentos acerca da doença mental e dos tratamentos.
- Identificar e esclarecer as dúvidas existentes relativamente aos medicamentos que tomam diariamente.
- Promover relação terapêutica, ajudando os doentes na identificação e elaboração de estratégias para melhorar a saúde mental.
- Promover o *Insight*.

6.2.3 - Periodicidade, duração e local de realização da Intervenção

Grupo fechado, constituído por 16 elementos, 13 utentes, um terapeuta, um co-terapeuta e uma estagiária, com frequência quinzenal, realizado à sexta-feira, às 11 horas, no Hospital, com duração de uma hora, com termo em maio de 2012.

Grupo fechado por serem só estas as pessoas que estavam integradas no Fórum sócio ocupacional.

Dezasseis elementos, apesar de alguns autores referirem que a formação ideal seja de um mínimo de três a um máximo de doze pessoas, sendo que doze pessoas ainda permitem uma integração grupal com menor probabilidade de se formar subgrupos e dispersões nas comunicações. Yalon, I. (2008)

Tal limitação no número de elementos do grupo está também ligada “à capacidade do terapeuta em perceber as ligações e as comunicações e

estabelecer vínculo com os elementos do grupo.” Fernandes, Svartman&Cols (2003: pág.:168).

O grupo foi formado por dezasseis elementos, sendo que um era terapeuta um co-terapeuta e uma estagiária de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Consideramos todas as pessoas por acharmos não ser benéfico excluir quatro elementos do Fórum.

Frequência quinzenal devido a dificuldades logísticas para marcar encontros semanais, que seria o ideal para aumentar a intensidade e encaminhar o grupo de forma mais efetiva.

A duração das sessões foi justificada segundo Yalom, I. (2008 pág.:228) “ A maior parte dos terapeutas de grupo concorda que, mesmo em grupos bem estabelecidos, são necessários pelo menos 60 minutos para o intervalo de aquecimento e para o desdobramento e trabalho com os principais temas da sessão. Também existe consenso entre os terapeutas de que, após mais ou menos duas horas, a sessão atinge um ponto de diminuição nos retornos: o grupo fica cansado, repetitivo e ineficiente.”

Duração de um ano, pois um grupo fechado mais duradouro podia ter dificuldade para manter a estabilidade dos membros, por estes poderem vir a enfrentar alguma incompatibilidade inesperada no horário ou alterações de morada ou apresentarem recaídas. Segundo Yalom, I. (2008 pág.228) “Um formato de grupo fechado de longa duração pode ser usado em um cenário que garanta estabilidade considerável, como uma prisão, uma base militar, um hospital psiquiátrico de longa duração e, ocasionalmente, um grupo ambulatório no qual todos os membros estejam concomitantemente em psicoterapia individual com o líder do grupo.”

O *Setting* escolhido prendeu-se com o facto das pessoas se deslocarem do Fórum, por vontade própria, sem se sentirem obrigados a participar. Foi também uma forma de avaliar a adesão aos tratamentos. Se fosse feito nas instalações do Fórum as pessoas já se encontravam no local podendo sentir-se obrigadas a participar. Assim, foi escolhida uma sala no Hospital, tendo sempre

em conta que fosse uma sala com privacidade. A disposição do grupo foi em círculo para que permita uma observação visual de todos por todos. Se houver participantes ausentes, as respetivas cadeiras vazias eram mantidas.

Assim, as sessões foram calendarizadas da seguinte forma:

1ª Sessão – 17 junho 2011	10ª Sessão – 11 novembro 2011	17ª Sessão – 16 de março de 2012
<u>Supervisão no Serviço</u>		
2ª Sessão – 01 julho 2011	11ª Sessão (Avaliação do grupo) – 02 de dezembro de 2011	18ª Sessão – 30 de março de 2012
3ª Sessão – 15 julho 2011	Apresentação da avaliação intermédia do Grupo à equipa do local de estágio/ <u>Supervisão no Serviço</u> foi a 09 de dezembro de 2011.	19ª Sessão – 13 de abril de 2012
4ª Sessão – 29 julho 2011		20ª Sessão – 27 de abril de 2012
5ª Sessão – 09 setembro 2011		
6ª Sessão – 23 setembro 2011	12ª Sessão – 06 janeiro de 2012	21ª Sessão – 11 de maio de 2012
<u>Supervisão no Serviço</u>	13ª Sessão – 20 janeiro de 2012	<u>Supervisão no serviço</u>
7ª Sessão – 07 outubro 2011	14ª Sessão – 03 de fevereiro de 2012	22ª Sessão – 25 de maio de 2012
8ª Sessão – 21 outubro 2011	15ª Sessão – 17 de fevereiro de 2012	Reencontro do grupo a 23 de novembro de 2012
<u>Supervisão na Escola</u>		
9ª Sessão – 28 outubro 2011	16ª Sessão – 02 de março de 2012	
Promover o <i>Empowerment</i> numa reunião com a equipa do Fórum e a equipa do serviço de saúde mental e psiquiatria e os participantes do grupo – 06 de dezembro de 2012		

6.2.4 – Recursos necessários

Os recursos humanos necessários para a realização da intervenção foram:

- Uma Psicóloga, um enfermeiro especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, uma enfermeira estagiária a frequentar o Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria e uma Psiquiatra para fazer supervisão do grupo.

O recurso físico necessário foi apenas de uma sala no Hospital, que reunisse as condições necessárias de privacidade e conforto, para a realização das sessões do grupo.

6.3 – EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO

Esta foi uma etapa da Metodologia de projeto que visou colocar em prática todas as atividades definidas anteriormente.

Esta fase foi significativa para os participantes do projeto uma vez que permitiu realizar as vontades e necessidades através das ações planejadas. Nogueira (2005)

Na execução segundo Carvalho et al., (2001), citado por Ruivo MA; Ferrito C; Nunes L (2010 pág. 23) “É assumida uma praxeologia que possibilita a evidência dos princípios que norteiam a ação e a sua eficácia, isto se consideramos que a execução foi transformadora como resultado duma análise da experiência”.

O grupo foi iniciado, como planejado. Este foi um momento desejado pelos técnicos, partindo para ele com grande expectativa.

No início, foram sentidas algumas dificuldades de ordem logística, tendo o primeiro espaço encontrado falta de privacidade, com salas de espera ao lado onde se ouvia o grupo. O segundo espaço oferecia problemas sonoros o que dificultava que nos ouvíssemos uns aos outros. Acertamos no terceiro espaço no qual se desenrolaram as seguintes sessões, tratando-se de um espaço confortável, agradável e com privacidade. Todos estes movimentos no sentido de oferecer um espaço seguro e de qualidade foram importantes para o grupo perceber a nossa preocupação para com eles favorecendo a relação terapêutica.

Após a primeira sessão, houve necessidade de fazer uma supervisão com a equipa, no sentido de esclarecer algumas dúvidas levantadas pelos terapeutas no que diz respeito ao tipo de abordagem terapêutica. Apesar de ter sido definida previamente, ainda persistia esta dúvida. Foi importante esta supervisão que serviu, no fundo, para relembrar em equipa este tipo de abordagens, bem como a formação dos terapeutas para as mesmas.

A apresentação de todas as sessões foi feita, como planeado, apresentadas à equipa nas datas de supervisão.

6.3.1 - Descrição da Intervenção realizada

Durante a realização das sessões foram feitos alguns registos relevantes, que ajudaram mais tarde a avaliar a evolução do grupo. Os elementos foram informados da necessidade destes tendo dado autorização que fossem feitos.

Após as sessões, os terapeutas reuniam-se sempre cerca de meia hora, para falarem dos seus sentires, das interpretações feitas por cada um, e para ajustar o que seria importante “pegar” na sessão seguinte, tendo em vista atuar de forma concertada.

Na execução das sessões foi importante desenvolver habilidades de escuta e prestar atenção aos processos de transferência e contratransferência.

Na 7ª Sessão fomos surpreendidos com a presença de um Elemento que supostamente não pertencia ao grupo. Entrou, sentou-se e apresentou-se como sendo formador do Fórum estando a fazer Erasmus tendo sido enviado pelo Fórum.

Houve uma dificuldade da nossa parte em impedir a entrada desta pessoa. Foi feita a sua apresentação no grupo. Os elementos do grupo já o conheciam e acharam normal a sua presença. A atitude deste foi de conter o grupo mandando calar quem interrompesse quem estava a falar.

Sentimo-nos desconfortáveis com a presença deste elemento e aborrecidos com os técnicos do fórum, que o enviaram, conhecendo *a priori* as regras.

Esta foi uma atitude que revelou a nossa inexperiência que não foi protetora para o grupo. Na sessão seguinte devolvemos ao grupo o nosso desagrado e pedido de desculpa por termos permitido a presença de um elemento estranho, pois, inicialmente falamos que este era um espaço só nosso, confidencial. Houve reação do grupo, pois perceberam que podiam mostrar também eles o

deu desagrado livremente e que isso pode ser reparador. Surgiram opiniões referindo-se ao invasor como o "... cliente mistério".

6.3.2 – Acompanhamento da Intervenção – Reuniões de Supervisão

Durante o acompanhamento do grupo fomos vivenciando a nossa própria Grupanálise, Esta experiência anterior deu-nos suporte pelo conhecimento das nossas vivências, da importância das regras, da forma de estar do terapeuta, dos limites terapêuticos.

O conhecimento que adquirimos sobre nós, quer na psicoterapia pessoal quer na grupanálise que fizemos, desempenhou um papel preponderante na capacidade de perceber as nossas respostas de contratransferência, de reconhecer as nossas distorções pessoais e pontos cegos, permitindo a nossa efetividade.

Fomos compreendendo todo o processo da condução de um grupo e apercebemo-nos que neste espaço a intervenção do terapeuta quanto menor for, maior será a intervenção dos elementos do grupo, proporcionando a sua interação.

Fomos ajustando os nossos conhecimentos teóricos a par e passo com o desenrolar das sessões.

Desde a entrevista que iniciou todo este processo, percebemos que a assistência de enfermagem ao portador de transtorno mental é alicerçada principalmente na relação interpessoal terapêutica.

Neste sentido Furegato (1999) aponta cinco funções que o enfermeiro deve desenvolver para ter uma efetiva atuação profissional. Uma dessas funções é a de manter relações interpessoais terapêuticas estáveis, tanto com os clientes como com a equipa multiprofissional, relação esta que ocorre entre duas ou

mais pessoas, com o objetivo de ajudar a pessoa naquilo que ela necessita, naquele momento.

Segundo Lazure (1994), a função do enfermeiro é assistir a pessoa na exploração da situação atual e ajudá-la para que desenvolva uma compreensão pessoal dos objetivos que pretende atingir. Ou seja, ajudar a pessoa naquilo que ela apresenta como o seu problema e não pré julgar ou atuar na perspectiva do que julga importante sob seu ponto de vista.

Na condução do grupo seguimos os pressupostos da relação de ajuda, valorizando sempre a pessoa e não o problema que a pessoa apresenta. Este pensamento é reforçado por Lazure (1994) que coloca o presente como uma característica importante a necessidade em se centrar no problema atual, ou seja, ajudar o que a pessoas traz, no aqui e o agora.

Tivemos sempre em conta que os objetivos de um relacionamento terapêutico se voltam ao crescimento da pessoa e incluem, segundo Stuart & Larai (2001: pág. 47):

- “- Auto-realização, auto-aceitação e incentivo de auto respeito genuíno;
- Um claro senso de identidade pessoal e um nível intensificado de integração pessoal;
- Capacidade para formar um relacionamento íntimo, interdependente e interpessoal, com habilidades para dar e receber amor;
- Melhora no funcionamento e maior capacidade para satisfazer necessidades e atingir metas pessoais realistas.”

Assim, foi permitido aos elementos do grupo expressarem pensamentos, emoções e que os relacionassem às ações observadas e relatadas, podendo assim classificar áreas de conflito e de ansiedade.

O grupo foi sempre encaminhado tendo em vista corrigir problemas de comunicação e modificar padrões desadaptados de comunicação, testando

novos padrões de comportamento e mecanismos de enfrentamento mais adaptados. Respeitando sempre as diferenças de valores dos elementos do grupo.

Ao longo das sessões foram explorados stressores relevantes e promovido o desenvolvimento do *insight* dos elementos, ligando percepções, sentimentos e ações. Segundo Stuart & Laraia (2001) esses *insights* devem manifestar-se em ação e ser integrados nas experiências de vida das pessoas portadoras de doença mental.

Verificou-se, ao longo das sessões, que, à medida que o relacionamento terapêutico se aprofunda, os elementos do grupo começaram a falar de sentimentos mais profundos e de desejos, libertando-se de estruturas defensivas. Só assim foi possível verificar um crescimento na interação do grupo.

Houve sessões em que ocorreu a *Catarse* emocional de alguns elementos. Segundo Stuart & Laraia (2001: pág. 75) “A *catarse* traz a tona os medos, os sentimentos e as experiências, de modo que possam ser examinados e discutidos com o enfermeiro. A expressão dos sentimentos pode ser muito terapêutica por si só, mesmo quando não resulta em mudança comportamental”.

É importante que a resposta a esta *catarse* seja feita pelos terapeutas com empatia. Conforme descrita por Stuart & Laraia (2001: pág. 75) é como “sentir o mundo particular do cliente como se fosse o seu próprio mundo, mas sem perder a qualidade de “como se””.

Procuramos ter uma compreensão empática com os elementos do grupo, pois acreditamos que, tal como diz Rogeres, citado por Stuart & Laraia (2001: pág. 70) “um alto grau de empatia é um dos fatores mais potentes para causar mudança e aprendizagem ... um dos modos mais delicados e poderosos que temos do uso de nós mesmos”.

6.4 – AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO






Esta fase da Metodologia de Projeto foi feita em simultâneo com a execução do projeto, com momentos de Supervisão e com a utilização de mediadores de expressão numa fase intermédia e outra no final do projeto.

A avaliação do grupo e do progresso dos seus membros, segundo Stuart & Laraia (2001: pág. 702) É “ Um processo contínuo, que começa na entrevista de seleção. As anotações descrevendo as sessões do grupo foram descritas para ajudar na identificação de conquista de objetivos”.

A avaliação intermédia permitiu-nos interpretar a evolução do grupo e reformular atitudes terapêuticas para atingir os objetivos com maior eficácia.

A avaliação final permitiu-nos responder se os objetivos da intervenção foram atingidos bem como pensar em intervenção futuras com pessoas portadoras de esquizofrenia.

6.4.1 – Indicadores de Avaliação (Qualitativos. Individuais e grupais).

- Perceções dos terapeutas (registos, reflexões e interpretações, supervisão);
- Na observação os terapeutas basearam-se na:
 -  - Assiduidade / pontualidade
 -  - Cumprimento de regras
 -  - Relações Interpessoais no grupo
 -  - Participação e aceitação do trabalho com mediadores de expressão
 -  - Evolução do *status* dos diagnósticos de enfermagem identificados.
- Perceções dos utentes (verbalizações e mediadores de expressão).

6.4.2 – Avaliação Intermédia da Intervenção

Partindo da **observação** dos terapeutas, ao longo das sessões, foi sendo feito um ajustamento das regras e à medida que foram entendidas foram sendo cumpridas, nomeadamente no que diz respeito à pontualidade. Verificando-se nas primeiras sessões alguns “atrasos”, tendo sido acordado com o grupo que no fim de 5 minutos se daria início à sessão com quem estivesse presente. A partir da 5ª sessão verificou-se que passaram a ser pontuais, salvo algumas exceções que eram justificadas com idas ao centro de saúde para fazer injetáveis. Em relação ao termo da sessão, houve um elemento que iniciava ele a despedida dizendo que tinha de sair, saía sempre 10 minutos antes de terminar deixando sempre uma frase de reflexão. Todos os outros ficavam até ao fim tendo alguma dificuldade de separação e tentavam prolongar a sessão.

Relativamente à assiduidade, as faltas apresentadas foram justificadas com problemas de saúde, tais como gripes, doença de familiares (um enfarte agudo do miocárdio da mãe de um elemento), tendo este ficado a tomar conta dela após a alta hospitalar. Houve um relacionamento amoroso entre dois elementos que terminou e levou a que um deles abandonasse temporariamente o Fórum e o grupo, necessitando de um espaço para gerir a situação mas tendo acabado por voltar. Apenas houve uma recaída, com internamento hospitalar em estado catatónico, mas assim que melhorou voltou de imediato ao grupo. Ainda não foi possível perceber a causa desta recaída, muito embora nas sessões anteriores fosse notório que este elemento estava com comportamento obsessivo compulsivo e infantilizado, e um discurso mais desorganizado.

No que diz respeito às relações interpessoais, observou-se um sentimento de **pertença** e um aumento da **coesão grupal** com uma **preocupação pelo outro** (EX: quando um dos elementos foi internado e regressou a casa houve quem manifestasse vontade de o ir visitar tendo perguntado como isso era possível). Revelou-se no grupo um espírito de **solidariedade** face aos problemas uns dos outros com uma identificação projetiva (efeito de espelho).

A coesão grupal foi-se evidenciando ao longo do processo terapêutico, havendo uma utilização do pronome “nós”.

As dificuldades de comunicação e de relação são centrais no processo grupal. Os doentes expressam, com frequência, no desenvolvimento do grupo, os seus problemas de comunicação e a sua necessidade de comunicar-se, bem como os seus medos quando surgem estas situações, o que justifica que no início fiquem retraídos, acompanhados de ansiedades paranoides e de fantasias que os outros elementos falem mal deles. Pouco a pouco, com a continuidade nos encontros semanais, experimentam no grupo um lugar onde falam dos delírios e descarregam as tensões emocionais de que sofrem, sem tanto medo e sem se sentirem criticados. Ao longo das sessões foi-se verificando uma maior abertura dos elementos do grupo, pois, inicialmente apresentaram dificuldades de integração aparecendo ansiedade. Aos poucos foram dando importância a palavra, sendo um processo gradual e diferente para cada membro do grupo, Gómez Esteban, R. *et al* (2000).

Verificaram-se também nas últimas sessões algumas revelações de problemas familiares e desilusões amorosas o que transmite que o grupo adquiriu confiança e a sentir apoio naquele espaço.

Numa reflexão com um Grupo Terapêutico similar com pessoas portadoras de esquizofrenia, os autores reforçam as dificuldades de relação que estas pessoas apresentam com a família sendo um problema comum para todos os elementos do grupo. Alguns expressaram que a comunicação com a família nunca foi possível, referindo alguns que esta dificuldade teve como consequência o contacto com o mundo exterior, refugiando-se em si mesmos, isolando-se. Outros referem nas suas vivências terem sido mal tratados dentro do grupo familiar. Este aspeto justifica o facto de estas pessoas terem uma postura tão defensiva, Gómez Esteban, R. *et al* (2000).

Manifestaram mais livremente nas últimas sessões os seus sentimentos, inicialmente manifestavam apenas revolta e sofrimento face à sociedade onde vivemos, acrescentando a estas os seus medos e desejos, chegando a relembrar amores antigos que já tiveram ou “paixonetas”.

As manifestações de sofrimento e tristeza, continuaram a ser observadas, mas já foi possível falar nelas atribuindo-lhes sentido.

Houve sessões em que alguns elementos apresentaram delírios, sendo tolerados pelo grupo.

Para Freud, citado por Ignacio Garcia Cabeza (2008: pág), o delírio surge com a tentativa de restabelecer os laços com a realidade, com o mundo, depois do isolamento inicial. O delírio é uma forma de relacionar-se com os outros, mesmo sendo patológico, sendo uma forma de ter lugar no mundo, mesmo que seja imaginário.

Um dos elementos inicialmente apresentava-se sempre de cabeça baixa e mal se percebia o que dizia, para o fim das sessões estava com um olhar mais aberto, com cabeça levantada e mais sorridente.

Outro que apresentava delírios já conseguia autocriticar-se, referindo que, às vezes era “chato”...

O elemento que fugia com frequência voltou ao grupo e conseguiu estar presente o tempo todo da sessão.

Outro elemento falou dos problemas familiares, e da forma como já os conseguia enfrentar e defender, sendo aplaudido pelos outros elementos o que reforçou a sua autoestima e autoconfiança.

A intervenção dos terapeutas foi sendo cada vez menor, e os elementos começaram agora a intervir e a conterem-se, demonstrando algum cuidado na utilização de frases como “...tem cuidado aqui comigo senão também dou em louco” querendo com isto, calar o outro para poder falar.

Sendo os terapeutas, duas mulheres e um homem, foi possível fazer uma triangulação, construindo um padrão de relação diferente dos vividos nas relações primárias. A maioria só vivia com a mãe, não tinha uma vivência de triangulação com mãe e pai, tinha uma história de uma experiência extremamente insatisfatória do seu primeiro e mais importante grupo que é a família primária.

Segundo Yalom, I. (2005) o grupo de terapia é semelhante a uma família em muitos aspetos: tem figuras de autoridade/parentais, figuras de irmãos/fraternas, relações pessoais intensas, assim como sentimentos com base no reforço direto, demonstrou de forma experimental que a imitação é uma forma terapêutica efetiva.

Vivemos numa “matriz relacional”, segundo Mitchel citado por Yalom, I. (2005: PÁG.:37) “A pessoa somente é compreensível dentro dessa rede de relacionamentos passados e presentes”.

Quando se pensa numa intervenção terapêutica, cria-se uma matriz onde a comunicação funcione, há uma predisposição para comunicar. O grupo foi-se construindo conforme os seus elementos afetos/sentimentos que não são reconhecidos no exterior, vão sendo reconhecidos no grupo. De facto, é muito importante haver uma contenção psicofarmacológica, muito embora não seja suficiente, porque estas pessoas estão muito afetadas no aspeto afetivo.

No início do grupo foi sentida uma certa pressão por alguns elementos em querer sessões estruturadas e objetivas, tendo havido grande dificuldade em entender que era um espaço deles onde podiam decidir o que lhes interessa falar. Eles não estavam habituados a poder decidir, habitualmente esta autonomia não lhes era atribuída.

A **Supervisão** é uma condição *sine qua non* na formação dos terapeutas. Foi feita pela Psiquiatra do serviço. Teve uma contribuição valiosa e única como modelador dos valores e da ética da profissão. Segundo Yalom, I. “Sem supervisão e avaliação contínuas, os erros originais podem ser reforçados pela simples repetição.” (2003: pág. 425)

A supervisão foi sempre um pedido dos terapeutas à medida que surgiam dúvidas. Contribuiu muito para a aprendizagem dos terapeutas possibilitando o seu crescimento e potenciando a evolução do grupo.

Segundo Yalom, I. “ Grupos conduzidos de forma responsável, que são claros com relação as suas normas e limites, facilitam a comunicação e relacionamentos de trabalho construtivos.” (2005: pág. 426)

Foram feitas três Supervisões ao grupo quando consideramos ser necessário no serviço e uma na escola.

A primeira supervisão já mencionada atrás, contribuiu para o desenvolvimento do trabalho dos terapeutas no que diz respeito ao tipo de abordagem.

A segunda supervisão feita com uma orientação analítica com a equipa do serviço, surgiu por necessidade nossa e alguma inquietação pelo facto dos terapeutas terem posturas diferentes no grupo, havendo algum mau estar, que tinha de ser desmontado. Também por haver alguma inquietação, pelo facto de não estarem a ser dadas respostas que eram colocadas pelo grupo e que eram devolvidas ao mesmo continuando sem resposta. Houve assim necessidade de orientação. Desta supervisão emergiu:

- O facto de serem levantadas questões sobre medicação no final das sessões pode ser uma forma de antecipar a separação da sessão.
- Estar a surgir um espaço para a fantasia e para a sexualidade.
- O grupo estar a descobrir que afinal sabia mais coisas do que pensava que sabia, o que o tornava um grupo psicoeducativo.
- Haver espaço para falar de medicação como suporte de vida para eles, devendo os terapeutas dar ênfase ao lado emocional.
- Não dar respostas diretas com medo de que eles não voltem, por serem pessoas com limiar baixo para a frustração. Isto devia ser trabalhado ficando na decisão deles voltar ou não.

Entre a segunda e a terceira supervisão no serviço, foi feita uma supervisão na escola pelo Orientador.

Esta foi importante para perceber e aprender a resolver as nossas próprias frustrações. Ao perceber que nem sempre as respostas solicitadas pelas pessoas no grupo eram satisfeitas, e que geravam frustração, nós temíamos que, ao não darmos a resposta no imediato, eles podiam desistir do grupo. Fomos percebendo a importância de fazer sentir que aquele espaço era

contentor e suporte para essas mesmas frustrações. Que as respostas vão sendo encontradas e que o importante era eles perceberem que as suas questões não foram esquecidas, pegando nelas em momentos oportunos dando tempo e espaço para que fossem dadas de preferência pelo grupo e não por nós.

A terceira supervisão foi feita quando apresentada a avaliação do grupo. Nesta avaliação foi feita a apresentação das últimas seis sessões, e feita avaliação segundo o trabalho de Mediadores de expressão do grupo e o parecer dos três terapeutas.

Os terapeutas referiram que o grupo não era estruturado mas sim espontâneo e interagia livremente.

O sucesso do grupo foi considerado por todos devido à forma como foi pensado, e sobretudo pela relação que foi estabelecida nas entrevistas individuais. O facto de ter como princípio que não estivesse nenhum técnico do Fórum presente, permitiu o estabelecimento de uma relação de ajuda.

Criar um espaço fora do Fórum foi fundamental para a sua autonomia e respeito pelas suas decisões de vir ou não ao grupo, permitindo fazer uma separação do espaço Fórum e do espaço grupo terapêutico “espaço neutro”.

Os terapeutas partiram para este grupo com interesse e curiosidade de descobrir o que iria acontecer e não com estereótipos.

Partimos do pressuposto que íamos aprender também, descobrir facilitando a comunicação numa atitude em que tudo é questionado. O respeito, a tolerância para com as necessidades de cada um deles, estando numa disposição para os entender.

Segundo Stuart & Laraia (2001: pág. 47) “O relacionamento terapêutico entre enfermeiro e paciente é uma experiência de aprendizagem mútua e uma experiência emocional corretiva para o paciente. Está baseada na humanidade básica do enfermeiro e do paciente, com mútuo respeito e aceitação de diferenças étnicas e culturais.”

Modelos de relação e de estar, onde é possível falar-lhes também do nosso desconforto, permitiram que eles sentissem as coisas e pudessem dizer que não gostavam e que ficavam incomodados.

Segundo Stuart & Laraia. (2001) as pesquisas têm indicado o poder dos modelos na moldagem do comportamento adaptado, tal como do comportamento desajustado. Portanto o enfermeiro tem o dever de modelar um comportamento adaptado e impulsionador de crescimento.

Foi um espaço onde se permitiu a possibilidade de triangulação, criatividade, simbolizar/integrar pensamento e afeto, criando um padrão de relação diferente.

Rivalizar/competir/fantasiar também foi possível através de uma avaliação que puxou as suas criatividade e possibilidade de simbolizar. Embora tudo isto também os pudesse ter assustado, pois criou, uma excitação que iria ter de ser contida nas sessões seguintes.

Ao longo das sessões perceberam que eram pessoas de quem se podia gostar.

Considerou-se assim, em Supervisão, que o fenómeno terapêutico deste grupo passou muito pelo prazer de estar dos terapeutas; correr o risco embora um risco suportado com uma rede (Supervisão).

MEDIADORES DE EXPRESSÃO

Após uma aula de mediadores de expressão e a participação, com o grupo, de um trabalho de realização de um desenho, percebemos que esta podia ser uma forma enriquecedora de analisar a coesão do “grupo remédios para comunicar”, bem como de perceber o que significava o grupo para eles.

A palavra, a escrita, o desenho, as atitudes e a mímica, têm a sua razão de ser na transmissão de informação. Segundo Fernandes, Svartman & Cols (2003 pág. 254) a “Arte entra aqui para construir, por meio do sentir e do fazer estéticos – a fonte – do verdadeiro entendimento, expressando a percepção da harmonia. A arte, em suas cores e sons, melodias, ritmos, usando seus

materiais sensoriais, descobrindo e obedecendo as leis imanentes a cada material e usando suas possibilidades de composição e expressão, cria um mundo de criação universal, religando o sentir a sua origem.”

A expressão é a manifestação exterior do pensamento e dos estados psíquicos. Segundo Fernandes, Beatriz citada por Fernandes, Svartman & Cols (2003:pág.253) “Ela é uma conduta de comunicação nascida das necessidades da vida social e contribui para manter a sua coesão”.

A expressão é inicialmente vista como: “ (...) a ação de exprimir, ou seja, de compor um dado atual que corresponda analogamente a um dado ausente ou escondido. Para Leibniz, a projeção de um sólido sobre um plano constitui assim sua expressão geométrica. É neste sentido que se afirma que a linguagem exprime o pensamento (sem implicar a sua anterioridade do último sobre o primeiro) ou que as atitudes, os gestos e as mímicas exprimem mais ou menos conscientemente os estados subjetivos.” (Durozoi e Roussel, 1990) Citado por Fernandes, Svartman & Cols (2003: pág. 253)

Ainda segundo os mesmos autores “A estética é a qualidade que uma obra apresenta para evocar sentimentos, uma situação afetiva ou moral, etc, todavia, que ela é independente da sinceridade do artista, que pode muito bem exprimir afetos que não viveu, mas sentiu.” (2003:pág:253)

Os mediadores de expressão podem promover *insights* e resolução dos conflitos, Fernandes, Svartman & Cols (2003),

Assim, colocámos à consideração da equipa utilizar esta terapia para avaliação e foram concordantes, apesar de nunca a terem utilizado no serviço.

Foi assim que, no dia da 11ª sessão, dia 02 de Dezembro de 2011, foi proposto a todos os elementos do grupo que expressassem numa folha de papel cenário:

- O que significava o grupo para eles?

Aceitaram a tarefa de imediato e dispuseram-se à volta do papel cenário colocando a questão se podiam em vez do desenho escrever, à qual

assentimos. Nesta sessão faltaram quatro elementos que foram o P4;P7; P9;P12.

A tarefa durou 20 minutos Após o término desta, cada um leu o que escreveu e o que desenhou, tendo explicado o seu significado. Foi uma experiência muito rica. Cada um limitou-se ao seu espaço e manifestou individualmente o seu sentir.

Escreveram de uma forma muito primária, apesar de terem no geral, um nível escolar normal elevado.

Leram com prazer o que escreveram dando a sua explicação para os desenhos.

Curiosamente, um dos elementos entendeu que como era o dia de avaliação terminaria aqui o grupo, fazendo a esta despedida a associação da morte de um amigo que, num dia muito especial, se matou com um cinto à volta do pescoço...

Descreveu com amargura e indignação a atitude do amigo e questionou o facto de o fazer num dia especial... Ficou mais tranquilo e contente quando lhe foi explicado que não terminava o grupo nesse dia, que este só terminaria em maio. Apesar do nosso estágio terminar nessa sessão, foi explicado que nós não íamos abandonar o grupo, pois iríamos continuar em voluntariado até este terminar.

Começam por dizer o que escreveram:

P1 – Escreveu: “Foi uma janela que se me abriu para aliviar a dor do stress em que minha vida mergulhou, sobretudo agora devido à vida tão atribulada em que meu dia a dia se desenrola”. (Anexo I)

P2 – Escreveu: “É um grupo comemorativo da nossa psicologia e da nossa sanidade constante e tristeza com a vida que nós temos levado até aqui. E social também”. Não fez nenhum desenho. (Anexo II)

P3 – Escreveu: “Sinto-me bem estar aqui em grupo pois é sempre bom participar a nossa experiência de vida, isto, quero dizer o que tivemos no nosso passado. “Este grupo é muito mais que um grupo é um lugar onde me sinto bem comigo mesmo. E vejo outras pessoas contarem os seus problemas de saúde mental.” (Anexo III)

Este fez três caras que o representavam a ele, a mim e à psicóloga, tendo excluído o terapeuta homem...

P5 – Escreveu: “Este desenho é a enfermeira de óculos de sol na cabeça. Além desta enfermeira temos também a psicóloga e o Enfermeiro. Nunca tinha estado num grupo de psicoterapia. Estou a gostar deste grupo, falamos entre nós, o nosso grupo. Devia de haver mais grupos destes para as pessoas poderem falar. Grupo caldas da rainha.” Fez uma cara a rir com óculos de sol na cabeça que me representa a mim. (Anexo IV)

P6 – Escreveu: “No grupo sinto uma ajuda, pois, posso falar de assuntos, que noutros locais não poderia falar. Por outro lado, o facto de ser ouvido nas minhas dúvidas é um grande alívio para mim.” Desenhou uma cara sorridente que é ele quando está no grupo. (Anexo V)

P8 – Desenhou um boneco sem mãos e sem pés, referiu que era ele no grupo. Significa que embora fuja com frequência ele sente que pertence ao grupo. (Anexo VI)

P10 – Escreveu: “Sinto-me bem no grupo de terapia, não percebi bem em grupo para conversarem. Grupo hospital termal em caldas da rainha.” (Anexo VII)

Queria ela dizer que nem sempre percebe o que se diz no grupo mas gosta na mesma do grupo. É surda-muda.

Também fez três caras a rir que representam os terapeutas.

P11 – Escreveu: “Este grupo para mim é muito importante. O grupo terapêutico ocupacional.” (Anexo VIII)

P13 – Escreveu: “O grupo de terapia psiquiatra é uma grande ajuda para os doentes no que diz respeito à sanidade mental.” “IM fine”! “Tank god”. (Anexo IX)

Após as suas explicações acerca dos desenhos e do que escreveram, as suas expressões eram de agrado. Percebemos o quanto se sentem bem no grupo.

Quase todos representaram caras sorridentes referindo serem os terapeutas ou eles no grupo, como se mostra no resultado geral deste trabalho (anexo X)

Este foi um trabalho muito elucidativo acerca dos seus sentires no grupo. Este *feed-back* foi fundamental para a avaliação do mesmo, dando assim voz aos elementos do grupo.

Em algumas sessões foi focado o tema medicação e sintomas das doenças, e com isto percebemos que eles têm informação de tudo e que tais questões são apenas um pretexto para se comunicarem connosco e para nos transmitirem outras dificuldades.

Quando, na última sessão nos falamos de Medicação Maligna, logo após falarmos de um elemento que se infiltrou no grupo, um terapeuta estagiário do Fórum, fizeram o paralelismo entre estas duas situações referindo-se a qualquer coisa que está ali para fazer bem mas que pode fazer mal. Referiram-se ainda “às pessoas que devem ajudar não ajudam”, podendo esta ser uma queixa dos próprios terapeutas que permitiram a sua entrada numa das sessões.

Apesar de termos falado no nosso desconforto em ter deixado ficar o elemento não os tendo protegido do mesmo, permitindo que também eles se sentissem a vontade para dizerem que não gostaram, concluíram que para eles não tinha feito mal, mas criaram outra forma de nos chegar o desagrado falando de medicação maligna.

Introduzir a possibilidade de se dizer o que se sente podemos ou não confiar... Tem de se ter confiança para depois se poder por em causa.

Quando nos dizem frases como:

-“Fui abandonado pelo trabalho”.

- “Para tudo é preciso ter juízo”.

Eram sinais de que se estava a tocar em desconforto e agressividade aparecendo temas de sexualidade e era ”preciso ter juízo”.

Na supervisão foi dado um alerta de que, de facto, era preciso conter a excitação que emergia neste grupo. De facto eles tinham *insight* para alguns dos seus limites, a psicofarmacologia dá origem a impotência. Tendo eles noção disso, o criar-lhes expectativas neste sentido pode ser maligno. Há muita coisa que não é possível mudar para estas pessoas, tinham *handicaps* que não lhes iam permitir criar relações familiares deles, tínhamos que perceber como os íamos ajudar a viver isso.

Devíamos pegar nas suas frases e tentar organizá-las no grupo, porque nós percebemos mas eles não. A sua grande dificuldade era objetivar o que estava a ser sentido. Transformar elementos desagregados e dar-lhes sentido. Quando começaram a trazer as coisas era importante organizar-lhes o pensamento conjuntamente com os afetos fazendo passar da dispersão para integração dos afetos e conteúdos relacionais. Desenvolver a capacidade de integração que fique dentro deles para além da nossa presença.

Eram pessoas que nos traziam relações sádicas com prazer de impor coisas, dos hospitais onde eram internados e das relações primárias. Neste grupo eles tiveram possibilidade de viver uma relação com pessoas que tinham prazer em estar com elas, logo estávamos a dar-lhes um padrão de relacionamento mais satisfatório.

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem encontrados na entrevista na fase de Diagnóstico encontramos, nessa altura da evolução do grupo a seguinte situação:

- ❖ Bem-estar Psicológico comprometido em grau moderado – Após 11 sessões, avaliamos o seu bem-estar psicológico comprometido em grau

reduzido, por sentirem que este espaço era um apoio e um suporte, que os aceitava e os respeitava.

- ❖ Autoestima prejudicada em grau elevado – Ao longo das sessões foram aparecendo com uma higiene pessoal mais cuidada, roupa sem nódoas, alguns começaram a fazer desportos por estarem a aumentar de peso.
- ❖ Tristeza demonstrada em grau moderado e *Coping* ineficaz – Ao longo das sessões foi-se evidenciando cada vez mais, nas expressões e conteúdos, esta tristeza, embora começasse a ser possível vivê-la no grupo e percebê-la, estando o grupo a sugerir estratégias de uns para os outros, emergindo um *coping* mais eficaz.
- ❖ Sufrimento demonstrado em grau moderado – Este sofrimento foi sendo manifestado com expressões e contares de momentos vividos, que se evidenciaram nas suas vivências nos internamentos com os profissionais de saúde. Foi nestes internamentos que se sentiram mais marginalizados e relembrou-nos com angústia e revolta. Pensamos que este sofrimento podia ser minimizado com o padrão de relacionamento que está a ser possível viver com os terapeutas do grupo.
- ❖ Ansiedade demonstrada em grau moderado – Esta ansiedade ainda foi manifestada por alguns elementos sob forma de algum humor desajustado, como anedotas picantes e risos exagerados.
- ❖ Socialização e Estigma comprometido em grau elevado – Ao longo das sessões, foi-se verificando um aumento das relações interpessoais e uma maior participação, havendo cada vez menos necessidade da intervenção dos terapeutas, e uma maior contenção feita por eles na relação de uns com os outros. No entanto, a socialização fora do espaço do grupo ainda lhes era difícil uma vez que se sentiam estigmatizados pela sociedade. Apesar disso, já iam havendo convites para almoçar entre os elementos e

vontade de se visitarem quando ficam doentes. O espírito de solidariedade entre eles foi-se intensificando.

- ❖ Delírio demonstrado em grau moderado– Verificaram-se alguns delírios místicos e não atividade alucinatória.

- ❖ Adesões ao Regime Terapêutico demonstrado – Todos os elementos tinham conhecimento da importância da medicação para minimizar o seu sofrimento e para viverem com melhor qualidade de vida. Apenas houve uma recaída ao longo das sessões mas não foi possível esclarecer o que a originou. No entanto, alguns elementos revelaram que os seus familiares “boicotam” a medicação.

Relativamente aos tratamentos, os participantes consideraram o grupo uma forma de tratamento e são assíduos, o que significou que, ao se sentirem tratados com respeito pela sua autonomia, serem tratados como adultos, num espaço feito por eles com os assuntos que traziam, sem haver rigidez nem sessões estruturadas com objetivos nossos, onde eles podiam falar do que não gostavam sem penalizações nem se sentissem estigmatizados, voltavam sempre, mesmo que não se lhes dessem as respostas que lhes pareciam ser importantes no momento. A adesão foi um sucesso.

A adesão requer um enfoque multidisciplinar, desenvolvimento de estratégias e formas objetivas, a partir do conhecimento da motivação, habilidades comportamentais e da informação dada às pessoas. A informação é o que se faz logo de início, a motivação é o elo de ligação entre a informação e as habilidades comportamentais. A motivação seria como o desejo, necessidade, esforço, motivo, aspiração, meta. Esta motivação por vezes está alterada e quando não há suporte social é agravada, sendo que por vezes a motivação de não tomar a medicação ou ir a consultas, pode-se prender com o desejo de tomar decisões, de chamar a atenção pela pior forma, constituindo a forma como se conseguem fazer ver.

Todas as pessoas do grupo eram conhecedoras desta informação, bem como do conhecimento da sua doença. Sempre que faziam perguntas acerca das mesmas era quase que uma necessidade de confirmação do que já sabiam.

Durante as sessões foi perceptível como a importância do apoio social e a relação com os profissionais de saúde fortaleciam a aliança terapêutica. Alguns elementos traziam vivências de relações sádicas e de poder dos internamentos, estas conseguiram no grupo criar um relacionamento saudável e eram assíduas (ainda que faltassem por algum motivo, voltavam). O que nos levou a concluir que esta aliança lhes deu motivação para a adesão. Talvez a construção de relacionamentos saudáveis, respeito pela sua autonomia sem rigidez, sejam preditivas de adesão. Eles podiam-se afirmar através de coisas boas não tendo que se afirmar pela sua auto destruição.

Curiosamente foram sentidas as suas preocupações em tomar os medicamentos, em ir às consultas, com *insight* para a doença e os comportamentos que lhes faziam bem. Ainda que fizessem perguntas como se não soubessem, era a forma que encontravam de comunicar, se não fosse falar da doença e dos tratamentos não havia assunto. Quando falavam de medicação maligna, falavam de relações perigosas que lhes podiam fazer mal, falavam de insegurança.

A associação da avaliação ser final, as ideias de morte onde surgiam emoções e o medo das relações se tornarem perigosas, falando de relações malignas, tirando-lhes o equilíbrio e poderem ser destrutivas, estando a proporcionar relacionamentos amorosos entre elementos do grupo, levou-nos a pensar na responsabilidade de conter estas emoções nas próximas sessões, significando que este espaço estava a mexer com sentimentos e emoções muito fortes no seu interior que tinham de ser acauteladas.

Assim, demos ênfase à importância dos terapeutas se reunirem antes de cada sessão e reformularem objetivos uma vez que apenas faltavam 5 meses ao grupo para terminar.

6.4.3 – Avaliação final

A avaliação final decorreu nos mesmos moldes da avaliação intermédia, foi feita na 21ª Sessão tal como planeado, a 11 de maio de 2012. Faltaram 5 elementos do grupo, um deles deixou de vir antes da avaliação intermédia, outro não veio nesta sessão por ter a mãe doente ao seu cuidado, os restantes que faltaram fizeram a avaliação intermédia.

Após a realização do trabalho proposto com mediadores de expressão o resultado obtido superou as nossas expectativas.

Assim descrevemos o que cada um desenvolveu:

P3 desenha o Mundo e diz que é **o nosso mundo**. Acrescentando que “...somos um mundo à parte quando estamos todos juntos” (Anexo X)

P5 desenha uma casa e diz que é a “...**nossa casa...**” (Anexo IX)

P4 desenha **um novelo e uma cadeira** e explica que é o novelo com que nós começamos o grupo. “É um espaço de convívio e partilha de experiências”.(Anexo)

P8 desenhou vários bonecos e referiu que é **o grupo numa roda sem mesa**, e que gosta mais sem a mesa entre nós. Isto porque hoje nos sentamos a volta da mesa para fazer a avaliação, o que não era costume. Houve uma evolução grande, pois, na primeira avaliação ele apenas se desenhou como estando presente e nesta avaliação ele colocou-se a ele e ao grupo. Explicou tudo isto de uma forma perceptível de cabeça levantada a olhar para nós. Foi muito gratificante... (Anexo)

P9 O que levo deste grupo é o convívio, conhecimento a participação no grupo foi importante para mim e também falar de saúde. (Anexo)

P10 falar faz bem à saúde mental... Gosto de falar com os **amigos do grupo**. Desenha balões e várias caras a sorrir que são as caras do grupo. (Anexo VIII)

P13 muito confuso nesse dia e com grandes falhas de memória sem fio condutor diz que as pessoas só falam quando não estão em paz com os seus

pensamentos. Faz um **risco que o liga** a P10 na folha onde estão a fazer a avaliação do grupo mostrando que se sente ligado. Diz ainda que este grupo serviu para três fases 1ª aquisição de conhecimentos, 2º Concentração e 3º **partilha de amizade**.

Perguntamos aos outros se se queriam ligar a alguém como o P13 e todos começaram a fazer ligações, emergiu um trabalho riquíssimo, a P9 fez um círculo porque quis passar por todos na sua ligação. Recorde-se que este grupo não colaborou no jogo do novelo na 1ª sessão.

Após todos terem falado da sua avaliação e da representação dos seus desenhos, programamos a última sessão todos juntos.

P5 sugeriu que se fizesse um jantar anual com o grupo...

Foi uma sessão muito rica com afetos, bem notórios, ganhos neste grupo.

No geral, olhando o papel cenário, verificou-se uma ligação vincada entre todos com cor e sentimentos que revelaram uma construção de relações interpessoais forte que marcaram o desejo de querer continuar.

A última Sessão decorreu no dia 25 de maio de 2012 e ficou marcada pela forma como este grupo interagiu comparativamente com o início do grupo. E esta sessão também foi fundamental para a nossa avaliação.

Como combinado entre todos no grupo o desfecho foi feito com uma festa.

Todos quiseram participar trazendo música, copos, guardanapos e bolachas.

Iniciamos a sessão falando do que foi proposto na supervisão.

Aceitar a sugestão proposta do P5 em nos voltarmos a encontrar anualmente num jantar, fazendo a sugestão de que esse encontro fosse semestral e em vez do jantar que se fizesse um lanche na sala onde se fizeram sempre as sessões com um lanche em colaboração com todos. Ficaram muito contentes tendo o P12 (este elemento nunca participou nas avaliações) feito a tentativa de renegociar para três meses... todos se riram....

Ficou acordada a data do lanche para dia 25 de Novembro por ser uma sexta-feira (dia da semana em que o grupo se reunia).

Foi ainda proposto ao grupo se gostariam de ser eles próprios a dar o seu testemunho em conjunto connosco à equipa do Fórum e à equipa do Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria, acerca do que sentiram com a formação deste grupo bem como para serem feitas propostas futuras.

Foi surpreendente como aceitaram felizes por se fazerem ouvir aos outros... Esta reunião ficou de ser combinada conforme disponibilidade dos outros profissionais e do grupo fazendo-se chegar esta data a todos através do Fórum.

Todos tiveram necessidade de repetir a importância que o grupo teve para cada um sendo reforçado por todos a importância da confidencialidade e de terem um espaço onde são ouvidos sem estigma.

Também nós terapeutas transmitimos o nosso sentir ao grupo.

O P12 pediu à psicóloga que falasse de como se sentia dentro e fora do grupo dela (uma vez que esta comentou numa sessão de que estava a fazer grupo análise). Foi interessante a curiosidade dele e necessidade de sentir que não são só eles a passar por isto.

Demos início à nossa festa com os CD'S que eles trouxeram, comeram bolo de chocolate e bolo da noiva com satisfação, utilizando garfo, e beberam sumos. Todos à volta da mesa a conversar animados.

O P9 chorou de saudade e trouxe um postal ao enfermeiro de "Parabéns por ter sido Pai". Anteriormente, este já tinha feito acompanhamento individual à mesma havendo já uma relação terapêutica anterior.

Foi um final carregado de emoção.

Foi o fim de uma experiência riquíssima quer pessoal quer profissional, onde nos envolvemos, aprendemos, crescemos, e demos vida ao nosso projeto. Valeu a pena mesmo terminando o estágio continuar num regime de voluntariado a fazer parte deste grupo e participar neste final tão preenchido.

Vermos o grupo sair causou-nos uma forte angústia e, em simultâneo, satisfação porque eles vão mais fortes para se relacionarem e defenderem no seu meio. Sentiram-se queridos e protegidos por nós e levam com eles uma experiência relacional satisfatória. Onde foi possível ter desejo, manifestá-lo, erotizá-lo e viver tudo isso com um suporte relacional gratificante.

Um artigo de reflexão acerca de um grupo terapêutico com pessoas portadoras de esquizofrenia refere que este serviu para falar nas dificuldades que têm para compreender o que sucede nas relações. Aos poucos foi descoberta a importância de falar, partilhar experiências e vivenciar que estas têm sentido e significado à medida que dialogam com os outros. Esta promessa de sentido também vem acompanhada pela fantasia de adaptação e comunicação com o grupo familiar. Alguns referem que o grupo terá sido um lugar onde puderam pensar, partilhar e decidir, donde terão aprendido o valor da palavra para diminuir o seu sofrimento e experimentar o bem-estar de pertença a um coletivo, Gómez Esteban, R. *et all* (2000).

Ter um final onde os envolvemos numa reunião com ambas as equipas, a equipa do fórum e a equipa do serviço de saúde mental, a serem ouvidos onde puderam falar do que foi bom para eles, do que eles queriam para eles. Foi dar luz ao verdadeiro *Empowerment*.

Algo de inovador onde a pessoa é envolvida no seu processo terapêutico do princípio ao fim.

Nesta reunião que foi feita 8 meses após o termo do grupo, e apenas compareceram 6 elementos. Iniciou-se com a apresentação de todos a ambas as equipas.

P12 inicia o diálogo pedindo a todos que digam o que acharam da primeira experiência de grupo se foi boa ou má e pergunta às equipas: _ “O que acham de fazerem alguma coisa connosco para a frente?”

Continuando diz que antes do grupo se **sentia isolado como uma noz com casca dura**. Abrimos como queremos e para quem queremos neste grupo tive **Liberdade de expressão** era muito fechado e comecei a abrir e a participar os meus colegas são todos diferentes e foi um grande apoio. No início senti-me desconfortável.

Na primeira sessão estávamos de pé atrás. Não se deve forçar ninguém tinha vergonha. “ Hoje sinto-me um homem novo... conto aqui porque é um grupo”.

P12

Todos os outros elementos estavam constrangidos, talvez fossem demasiados técnicos presentes o que os intimidou. O P13 estava muito verborreico mas com um discurso incoerente, não sendo possível dialogar com ele.

No entanto foi possível construir pontos de diálogo. Pensar como os sistemas de saúde estão organizados fomentando o Estigma. Por parte do grupo fica o desejo de continuar o grupo com os mesmos técnicos.

Como ficou combinado, na última sessão, foram feitas duas reuniões semestrais, acompanhadas de um lanche.

Curiosamente compareceram, não se esqueceram, trouxeram com eles a saudade das sessões, as novas experiências e a forma como já se conseguem impor e como estão mais autónomos.

Apareceram com aspeto cuidado, bem-dispostos e manifestando sempre o desejo de voltar a ser feito outro Grupo futuramente.

De todos os elementos do grupo apenas um deixou de vir havendo suspeitas de que a família não se deu bem com as mudanças que este apresentou, mais seguro, mais autónomo, pondo em causa a forma como estes o tratavam denunciando quer na consulta com a Psiquiatra quer com o grupo os maus tratos a que estava sujeito. Este elemento descreveu o grupo como “...“Foi uma janela que se abriu para aliviar a dor do *stress* em que a minha vida mergulhou...”.

Está a ser feito um trabalho pela equipa deste serviço no sentido de continuar a ajudar esta pessoa através da família, mas está a ser difícil comunicar com estes.

No último encontro além do elemento referido faltou outro que teve o cuidado de telefonar para um dos elementos presentes para pedir desculpa por não


poder comparecer mas queria enviar cumprimentos, sendo ouvido por todos em alta voz.

6.4.3.1. Evolução dos diagnósticos de enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem Inicial		Avaliação Intermédia			Avaliação Final		
Foco	Status	Foco	Status	Justificação	Foco	Status	Justificação
Bem estar psicológico	Comprometido em grau elevado	Bem estar psicológico	Comprometido em grau moderado	Ao longo das sessões foram verbalizando o bem estar e o apoio que sentiam no grupo	Bem estar psicológico	Comprometido em grau reduzido	"Este grupo é muito mais que um grupo, é um lugar onde me sinto bem"
Auto estima	Prejudicada em grau elevado	Auto estima	Prejudicada em grau elevado	Foram aparecendo com uma higiene pessoal mais cuidada, começam-se a valorizar mais.	Auto estima	Prejudicada em grau moderado	Aparência muito mais cuidada, roupa sem nódoas. Verbalizam coisas boas a cerca de si.
Tristeza	Demonstrado em grau reduzido	Tristeza	Demonstrado em grau moderado	Demonstrada nas expressões e conteúdos durante as sessões.	Tristeza	Demonstrada em grau elevado	Este aspeto é positivo pois foi possível trabalhar esta tristeza no grupo e entendê-la.
Ansiedade	Demonstrada em grau elevado	Ansiedade	Demonstrada em grau Moderado	Manifestada sob a forma de humor desajustado, risos exagerados.	Ansiedade	Demonstrada em grau reduzido	Apresentam uma forma de estar mais adequada e segura.
Sofrimento	Demonstrado em grau moderado	Sofrimento	Demonstrado em grau moderado	Expresso em narrativas de momentos vividos.	Sofrimento	Demonstrado em grau reduzido	Referem que o Grupo lhes abriu uma janela que os aliviou, embora o sintam sem apoio.
Socialização	Comprometida em grau elevado	Socialização	Comprometida em grau elevado	Foi-se verificando um aumento das relações interpessoais, com maior intervenção.	Socialização	Comprometida em grau moderado	Maior solidariedade entre todos, manifestando vontade em se encontrar lá fora.
Estigma	Presente em grau elevado	Estigma	Presente em grau elevado	Sentem-se muito estigmatizados pela sociedade e profissionais de saúde.	Estigma	Presente em grau moderado	Já manifestam que não saiem dos sitios (cafés) quando olham para eles. Mais seguros
Adesão ao regime terapêutico	Demonstrado	Adesão ao regime terapêutico	demonstrado	Conhecem a sua importância. Houve uma recaída durante a Intervenção.	Adesão ao regime terapêutico	Demonstrado	Refugiam-se nos medicamentos quando não trazem assunto, continuam a vir ao grupo.
Coping	Ineficaz	Coping	Ineficaz	Começaram a fazer desporto. Começaram a dar sugestões uns aos outros.	Coping	Eficaz	Ajudam-se uns aos outros a encontrar soluções para os problemas que trazem.
Delírios	Presente em grau reduzido	Delírios	Presente em grau moderado	Pelo menos dois elementos apresentam dlírios misticos	Delírios	Presente em grau moderado	Mantiveram se ao longo das sessões nos mesmos elementos.

Após intervenção (com 10 sessões)

Após intervenção (com 20 sessões)

 Evolução positiva.

6.5 - AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Todo o desenho que se foi construindo, em equipa, para o projeto de intervenção foi-se tornando real de uma forma natural, prazerosa e ajustada, quer às necessidades das pessoas que iam constituir o grupo, quer às condições físicas que reuníamos, quer aos objetivos que elaborámos para o mesmo.

Como todos os projetos, este também se confrontou com alguns desajustes que foram sendo limados no seu desenrolar. O espaço físico procurado para proporcionar bem-estar, privacidade e segurança só foi encontrado na terceira sessão, tendo a equipa sido persistente em encontrá-lo para que todos se sentissem confortáveis. Pensamos que esta preocupação e a relação individual que se estabeleceu nas entrevistas individuais foram o pilar para que este fosse tão bem sucedido.

A forma genuína, disponível, empática e de tolerância dos terapeutas, para com todos os elementos do grupo foi determinante para que se conseguisse estabelecer uma melhoria significativa nas relações interpessoais que se foram criando.

Todo o desenrolar deste projeto teve um impacto fundamental no desenvolvimento de competências, sendo percebidos com maior clareza os processos de transferência e contra transferência, na definição dos limites terapêuticos para clarificar as nossas resistências e compreender e gerir algumas frustrações e angústias. No processo houve melhoras significativas de habilidades de escuta.

Percebemos como o “Cuidar exige aceitar o risco do desconhecido que só a confiança supera. Exige confiar nas minhas capacidades para cuidar do outro, no meu juízo para avaliar as suas necessidades e nos meus erros, na possibilidade de crescimento.” Vieira, M. citada por Neves e Pacheco (2009 pág. 300)

Proporcionou-nos trabalhar em equipa numa atitude de respeito e um querer aprender que favoreceu a postura de todos face ao grupo, bem como às

aprendizagens. Todos aprendemos, pois este foi o primeiro Grupo Terapêutico com pessoas com doença mental grave que acompanhamos, partindo todos com curiosidade e abertura para aprender e facilitar a comunicação e com disponibilidade para entender as necessidades do grupo. Houve uma preocupação constante em fazer sempre melhor em procurar respostas em supervisão e em aplicar das orientações sempre numa atitude de honestidade e respeito com o grupo e entre nós.

Inicialmente, também houve necessidade de fazer compreender aos técnicos da instituição de onde vinham os elementos do grupo, que não era necessário vir acompanhar as pessoas ao hospital, que era um objetivo do grupo dar-lhes autonomia, respeitar as suas opções de vir ou não, em vez de os infantilizar e decidir por eles. Só assim seria possível perceber a sua adesão aos tratamentos e só assim seria possível que eles se sentissem livres e respeitados pois o respeito pela pessoa, segundo Neves (1997), "...implica o reconhecimento da sua autonomia que surge então, em termos gerais, como capacidade do indivíduo, racional, livre, de tomar decisões acerca de si próprio".

De acordo com o princípio da autonomia o doente terá direito a decidir de livre vontade se quer ou não submeter-se a um determinado tratamento, já que é ele quem melhor pode avaliar acerca do que julga ser melhor para si, devendo respeitar-se a sua vontade. Neves e Pacheco (2009).

Na verdade, não se consegue demonstrar existir uma autonomia moral nos doentes com patologia mental, que ainda são considerados incapazes para tomar decisões. A Declaração de Barcelona (1998) alerta, por isso, para a urgência da construção de um escudo que circunscreva e, em conformidade, proteja, adequadamente, a noção de pessoa humana tendo como orientação da ação os princípios da autonomia, da dignidade, da integridade e da vulnerabilidade.

Na Declaração de Barcelona, é reconhecida à vulnerabilidade uma dimensão bioética internacional, apontando esse mesmo artigo para a obrigatoriedade do respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade pessoal. Leia-se:

“ (...) A vulnerabilidade humana deve ser tomada em consideração, o que corresponde ao seu reconhecimento como traço indelével da condição humana, perspetivando na sua irredutível finitude e fragilidade como exposição permanente de ser “ferida”, não podendo como tal jamais ser suprida (...) indivíduos e grupos especialmente vulneráveis devem ser protegidos sempre que a inerente vulnerabilidade humana se encontre agravada por circunstâncias várias, devendo aqueles ser adequadamente protegidos.”

O princípio que é atribuído à noção de vulnerabilidade acarreta um caráter de obrigação moral, um caráter por definição prescrito, que acentua o sentido do dever para com o vulnerável, na ação da prestação dos cuidados. Archer, L. (2006)

Ao longo das atividades com pessoas altamente vulneráveis, como as pessoas portadoras de doença mental, fomos nos deparando com dificuldades relacionadas com questões éticas e morais, colocando a nós mesmos questões acerca do que será mais ou menos correto responder às pessoas, como atuar perante determinadas abordagens, tendo percebido a necessidade de desenvolver maiores conhecimentos éticos.

Percebemos a importância de sermos transparentes e verdadeiros nas nossas opiniões... Numa das sessões um elemento perguntou à psicóloga se o achava chato e ela assentiu só mais tarde percebemos o quanto isso foi terapêutico. Ele percebeu que ela foi verdadeira e poderia, a partir daí, confiar nela.

Segundo Neves e Pacheco (2009: pág. 269) “... qualquer ajuda relacional vive da verdade.” Referindo os mesmos autores que “a sensibilidade e o cuidado das palavras serão a medida que, sem mentir, permitirá a esperança que todos no fundo de si desejam ouvir dizer.”

Ao considerarmos a concordância entre o que pensamos e o que dizemos, entramos, segundo Neves e Pacheco (2009) “no domínio da verdade moral, o que, para vários autores como Leibniz, é o mesmo que veracidade.” (2009: pág. 265)

Este projeto permitiu-nos assim desenvolver competências no âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar saúde.

Estar num grupo e olhar todos os elementos numa perspetiva de grupo, não foi fácil, porque ao mesmo tempo permanecia a necessidade de manter a individualidade de cada um, tendo em conta as necessidades individuais.

Kant defende que a individualidade é o elemento incondicional do valor absoluto do ser pessoa “O homem, e, duma maneira geral, todo o ser racional, existe como fim em si mesmo, não só como meio para uso arbitrário desta ou daquela vontade. Pelo contrário, em todas as suas ações, tanto nas que se dirigem a ele mesmo como nas que se dirigem a outros seres racionais, ele tem sempre de ser considerado simultaneamente como fim” Kant (2001).

Cada um tem de ser visto como um ser que está em constante construção, ou seja, um ser psicossomático inacabado. Esta construção vai acontecendo ao longo da vida, dado que nunca acabamos de nos construir.

Assim, o grupo é, segundo Yalom, I. (2009), um “ microcosmo social”, onde cada um experimenta um padrão relacional gratificante, mas onde não podemos permitir que esta individualidade se dilua.

As Supervisões foram momentos de avaliação do desenvolvimento do grupo e da atuação dos profissionais. Sentimos que esta foi crucial para nossa orientação e condução do grupo. Importante para perceber e dar respostas aos receios e à conduta dos técnicos, percebendo que é tão ou mais importante ouvir do que intervir, o que minimizou a nossa ansiedade pois receávamos estar a intervir pouco. Através da Supervisão, percebeu-se que se estava a fazer um grande trabalho.

Também foi para nós uma grande aprendizagem estar com pessoas portadoras de patologia mental grave e desmistificar a ideia errónea que tínhamos acerca destas pessoas: desconhecíamos a possibilidade de comunicar com elas de uma forma tão enriquecedora e que eles tinham *insight*. O contacto que tivemos com estas pessoas foi no internamento em que se encontravam impregnadas de psicofármacos. Fechavam-se no mundo delas e não havia diálogo, só havia espaço para o medo de lidar com elas. Hoje sentimo-nos bem com elas, não temos medo, pelo contrário, temos uma enorme vontade de as continuar a ajudar a construir um caminho melhor para as suas vidas.

Este projeto permitiu-nos construir desenhos maiores para a nossa vida profissional no futuro, constituiu um incentivo de querer continuar com este grupo mesmo que para isso tenhamos de fazer voluntariado, mas sentimos que a nossa missão com o grupo não termina com o finalizar do estágio, estas pessoas contam connosco e não as podemos abandonar, pelo que propusemos à equipa continuar até Maio tendo sido aceite o nosso pedido. Assim, este projeto surge como um trabalho proposto em estágio, ou seja, com alguma obrigatoriedade e vai terminar num voluntariado pelo compromisso que sentimos que temos para com o grupo, pela nossa curiosidade em ver o impacto que terá nelas, pela nossa dificuldade em nos despedirmos de todos inclusive do campo de estágio e porque queremos continuar a aprender e a crescer como pessoa e profissional.

Refletir sobre a forma como se iria fazer a avaliação do grupo foi outra etapa de grande trabalho, recorreremos a todas as aprendizagens que foram sendo feitas ao longo do semestre e encontrando uma forma para o grupo expressar as suas emoções e sentires. Foi enriquecedor utilizar esta aprendizagem e levá-la ao serviço onde ainda não tinha sido utilizada pelos profissionais e que a viram como uma fonte rica de obter feedback do trabalho do grupo.

Foi um projeto que desenhamos e ao qual se deu vida com um empenho intenso da parte dos terapeutas, com um apoio incondicional de todos os elementos do serviço que, ao assistirem nas supervisões à evolução do grupo, manifestaram vontade de serem os terapeutas deste grupo. Só com este

grande empenho e disponibilidade para aprender foi possível levar este projeto em frente e vislumbrar-se um bom desfecho para o mesmo.

Não esquecendo, claro, a adesão das pessoas que constituem este grupo. Sem ela não teria sido possível.

Focando o aspeto da adesão é de salientar que se partiu para este projeto, tendo como pressupostos a Não Adesão desta população aos tratamentos.

Só foi possível através das entrevistas perceber que esta população adere aos tratamentos, sendo uma população com grande vulnerabilidade, suscetível de perder a motivação para manter o comportamento de adesão, sendo, de facto, importante um apoio sustentado para que a adesão se mantenha, adquirindo conhecimentos e habilidades relacionais que suportem as suas motivações.

7 - DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Esta é a última fase da Metodologia de Projeto. Os resultados da intervenção devem ser divulgados respeitando a proteção do Anonimato e da Confidencialidade dos Dados.

No que concerne à divulgação dos resultados, é do nosso entendimento que esta consiste num dever ético do investigador. Tendo em conta que a investigação pretende acrescentar conhecimento à comunidade científica, revela-se fundamental a divulgação dos resultados.

A divulgação dos resultados permite a melhoria dos cuidados de enfermagem visando a saúde e o bem-estar de quem é cuidado.

A divulgação destes resultados já foi feita no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde - No Ciclo de Debates ESS 2012 _ Projetos de Intervenção Comunitária e Investigação.

Pretendemos ainda fazer a publicação de um Artigo (apêndice III) e ainda a sua apresentação Pública na discussão deste projeto.

8 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em todas as fases, referidas anteriormente, do Projeto de Intervenção em Serviço, tivemos em consideração proteger as pessoas que participaram, bem como, os seus dados e as Instituições, com as quais se relacionam, sendo uma prioridade recorrer aos princípios éticos e deontológicos. Tivemos ainda em conta o regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem. Neste normativo, assume-se que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”. (art.º 8.º)

Sendo a enfermagem considerada uma profissão com pressupostos ético-morais, é seu objetivo promover a saúde e a qualidade de vida e acautelar um ambiente humano e seguro. Queirós, A. (2001)

É na prática do cuidado que surgem múltiplos confrontos entre “o que se faz” e “o que se deveria fazer”; é a partir do contexto de cuidados que surgem questões de ética relativamente a algumas ações. Porém, uma sabedoria informada pela prática deverá mobilizar princípios bioéticos, normativos e morais. Neves & Pacheco (2009)

Foi necessário, ao longo do projeto, aferir algumas atitudes na execução do grupo terapêutico, para que não fossem cometidos erros que causassem danos. A Supervisão teve um papel fundamental neste sentido.

Na nossa prática, houve princípios que não pudemos dispensar, como os princípios da Beneficência, da não Maleficência, da Justiça, da Dignidade e da Integridade.

Estes últimos princípios foram assumidos pela Comissão da União Europeia, na Declaração de Barcelona, como referência fundamental para o cuidado de outrem.

Tendo sido utilizada, no projeto, a metodologia de projeto, que integra, várias fases, tal como foi referido anteriormente, desde o seu início foi tida em linha

de conta o princípio de Autonomia dos quais deriva a privacidade e a confidencialidade, sendo estes últimos essenciais para estabelecer uma relação de confiança e de segurança.

A privacidade é reconhecida como uma necessidade humana básica consagrada como um direito fundamental da pessoa na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (CDDD), no art.º 11º citado por Neves e Pacheco (2009: pág. 254) “ O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato médico”. Este direito, segundo os mesmos autores “inclui a necessidade de intimidade e respeito pelo pudor, orientando os profissionais para o dever de manter o recato e a reserva do acesso das pessoas ao doente”. (2009:pág. 254)

Ainda, segundo Neves e Pacheco (2009: pág. 254) “A privacidade relaciona-se com a necessidade de proteger a intimidade como necessidade fundamental e essa proteção só é possível se a pessoa for capaz de controlar o acesso a si.”

Tendo em conta a privacidade dos participantes no Projeto, foi necessário encontrar um *setting* que reunisse as condições de privacidade adequadas. Bem como logo na primeira sessão foram alertados para algumas regras de funcionamento, nomeadamente, a importância da privacidade e de manter em reserva, tudo o que era falado no grupo ficaria no grupo.

Este princípio foi quebrado numa das sessões quando permitimos a entrada a um elemento estranho no Grupo, tendo esta ficado a assistir a toda a sessão. Foi um erro que revelou alguma imaturidade dos terapeutas e que colocou em causa toda a privacidade do grupo. Assumir perante eles esse erro reforçou, sob o nosso ponto de vista, a aliança terapêutica.

Sendo a população alvo, portadora de doença mental de evolução prolongada, com uma condição humana de extrema vulnerabilidade, acentua o nosso dever ético e deontológico na ação da prestação de cuidados.

Na Declaração de Barcelona, é reconhecida à vulnerabilidade uma dimensão bioética internacional, apontando esse mesmo artigo para a obrigatoriedade do respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade pessoal. Leia-se:

“ (...) A vulnerabilidade humana deve ser tomada em consideração, o que corresponde ao seu reconhecimento como traço indelével da condição humana, perspetivando na sua irredutível finitude e fragilidade como exposição permanente de ser “ferida”, não podendo como tal jamais ser suprida (...) indivíduos e grupos especialmente vulneráveis devem ser protegidos sempre que a inerente vulnerabilidade humana se encontre agravada por circunstâncias várias, devendo aqueles ser adequadamente protegidos.”

Estas pessoas têm vivências anteriores de relacionamentos onde não houve respeito pelas suas vontades nem espaço para poderem decidir por elas o que é de sua vontade, pelo que na relação que fomos estabelecendo com elas foi dada prioridade à importância destes princípios que se encontram desrespeitados nas suas experiências de vida.

Assim, para ser possível estabelecer uma relação baseada na confiança tem que se partir para a mesma com respeito pelo outro tendo em conta a sua vontade e as suas escolhas de querer ou não ser cuidado, segundo Filipe, P. citado por Neves & Pacheco (2009: pág.: 239) “A confiança mutua entre enfermeiro e doente deve atender sempre, por um lado, ao preceituado no Código Deontológico do Enfermeiro que refere que o enfermeiro, no acto de cuidar, deve privilegiar a relação; por outro, deve dar também atenção à obtenção do consentimento para cuidar.”

Cada um dos princípios éticos segundo Queiróz, A. (2001: pág.:57) “ pressupõe a exigência de respeito por determinado valor: a autonomia ou a liberdade das pessoas (pacientes ou sujeitos de experimentação), o seu bem-estar, a igualdade ou a imparcialidade”.

A autonomia segundo Queiróz, A. (2001: pág.:57) “ É a capacidade de ser o seu próprio legislador, é a capacidade de se conduzir a si mesmo, é a capacidade de decidir sem se demitir: é a capacidade de se comprometer na conversação social apesar do que se dirá e até por isso mesmo, é a capacidade de assumir os seus próprios condicionalismos e de se apoiar neles para se tornar a pessoa que se é.”

Na prática este Princípio implica uma promoção de comportamentos autônomos tanto quanto possível. A nossa população alvo, por ter sido sempre muito infantilizada e ao mesmo tempo “olhada” como incapaz nunca lhe foi dada a oportunidade e a liberdade de tomarem as suas próprias decisões.

Assim para que as pessoas sintam que têm a possibilidade de decidir é importante que lhes seja dito que podem ter a liberdade de não participar no que lhes é proposto, sem com isso sofrer algum dano.

O facto de o *Setting* ter sido escolhido fora do Fórum, teve a intenção, de lhes dar essa liberdade de não se sentirem obrigados, a deslocação implicou uma escolha feita por eles. Houve alguma dificuldade com os técnicos do fórum para que não viessem trazer estas pessoas ao Serviço de Saúde Mental nem que as viessem buscar.

O consentimento é o processo que assegura que os participantes entendem os riscos e benefícios, ficando também informados dos seus direitos, incluindo o de não participar.

Assim, foi elaborado e esclarecido o termo de consentimento livre, que foi apresentado e explicitado a todos os participantes, sendo estes convidados a colaborar neste projeto. Foram devidamente informados relativamente às entrevistas individuais e posteriormente à formação do grupo e objetivos da intervenção, permitindo uma vontade esclarecida e liberdade para decidir participar no Projeto. (Apêndice I)

O consentimento para os cuidados de saúde visa também assegurar a dignidade da pessoa, respeitando os princípios éticos de autonomia, beneficência e justiça para podermos promover boas práticas clínicas e caminhar em direção à excelência dos cuidados.

A execução das atividades no grupo terapêutico teve sempre por base a construção de uma relação de ajuda baseada na congruência, na empatia e no carinho não possessivo.

Segundo Watson, citado por Neves e Pacheco (2009) a congruência refere-se à autenticidade do enfermeiro; a empatia diz respeito à capacidade de aceder ao mundo interior do outro que ajuda e, por fim, o carinho possessivo por ser fundamental que a relação seja calorosa sem, contudo, degenerar em maternalismo ou paternalismo, sem que seja imposto o quadro de valores do profissional à pessoa cuidada.

O respeito pela pessoa, segundo Neves & Pacheco (2009), implica o reconhecimento da sua autonomia como sendo a capacidade do indivíduo, racional, livre, de tomar decisões acerca de si próprio.

Na verdade, não se consegue demonstrar existir uma autonomia moral nos doentes com patologia mental, que ainda são considerados incapazes para tomar decisões. A Declaração de Barcelona (1998) alerta, por isso, para a urgência da construção de um estudo que circunscreva e, em conformidade, proteja, adequadamente, a noção de pessoa humana tendo como orientação da ação os princípios da autonomia, da dignidade, da integridade e da vulnerabilidade.

A Verdade é um marco na construção da relação ...Ficamos admirados quando numa das sessões um elemento perguntou à psicóloga se o achava “chato” e ela assentiu... Só mais tarde percebemos o quanto isso foi importante na relação. Ele percebeu que ela foi verdadeira e poderia a partir daí confiar nela. Desta forma estabelecem-se mais facilmente laços de confiança, com a verdade e não com o que é bom ouvir.

Segundo Biscaia, J. citado por Neves & Pacheco (2009: pág:133) “... qualquer interajuda relacional vive da verdade.” Referindo os mesmos autores que “A sensibilidade e o cuidado das palavras serão a medida que, sem mentir, permitirá a esperança que todos no fundo de si desejam ouvir dizer”. (2009: pág:133)

Ao considerarmos a concordância entre o que pensamos e o que dizemos, entramos, segundo Parente, P. citado por Neves & Pacheco (2009: pág:265)

“no domínio da verdade moral, o que, para vários autores como Leibniz, é o mesmo que veracidade.”

Estar num grupo e olhar todos os elementos numa perspetiva de grupo, não foi fácil, porque ao mesmo tempo permanecia a necessidade de manter a individualidade de cada um, tendo em conta as necessidades individuais.

Cada um tem de ser visto como um ser que está em constante construção, ou seja, um ser psicossomático inacabado. Esta construção vai acontecendo ao longo da vida, dado que nunca acabamos de nos construir.

Assim, o grupo é, segundo Yalom, I. (2009), um “microcosmo social”, onde cada um experimenta um padrão relacional gratificante, mas onde não podemos permitir que esta individualidade se dilua.

Segundo Vieira, M. (2009) o cuidado exige confiança, que conduz à aceitação e ao respeito, também nos erros e incapacidades. Só a sensibilidade ao outro e a mim me permitirá ser concordante entre o que digo e o que sinto, para que a confiança brote.

Foram considerados dois momentos de avaliação, nomeadamente um intermédio, que nos permitiu tomar consciência do que se está a fazer menos bem para criar novas estratégias a implementar tendo em vista eliminar/minimizar os “erros” ou aspetos menos conseguidos.

Recorremos à Supervisão Clínica no sentido de obter *feed-back* construtivo que promovesse o desenvolvimento de competências dos terapeutas visando a meta dos objetivos a atingir.

Foi tratado em Equipa quais os indicadores mais adequados para avaliar o trabalho até aí realizado, tendo sido considerado, os Mediadores de Expressão, um bom indicador, associado à observação dos terapeutas e diálogos/comportamentos dos participantes.

Nesta fase deve-se ter em conta a Fidelidade e a Validação da informação recolhida bem como a clareza dos comportamentos observados.**PARTE II –**

ANÁLISE CRÍTICA / BALANÇO COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

No sentido de adquirir competências para o grau de Mestre foi necessário desenvolver saberes teóricos e práticos de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, suportados na evidência.

1 – Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem

Ao longo dos estágios fomos desenvolvendo uma autonomia cada vez maior na avaliação, análise e gestão dos casos que surgiam na consulta de avaliação inicial de saúde mental (CAISM).

Esta consulta tinha como finalidade avaliar a saúde mental do doente avaliar os problemas apresentados pelo mesmo e seguidamente era apresentado à equipa em reunião de supervisão para ser dado encaminhamento à pessoa para consulta de enfermagem, psicologia ou Psiquiatria, esta tomada de decisão era feita em equipa. Nos casos encaminhados para consulta de enfermagem que acompanhamos, elaboramos os planos de cuidados tendo em conta as necessidades apresentadas pela pessoa tendo em vista atingir os seus objetivos. As tomadas de decisão eram feitas em parceria com a pessoa.

As intervenções de enfermagem gerais e especializadas eram feitas na consulta pelo enfermeiro e colocados os resultados em supervisão sempre que necessário. Também houve casos em que se tomou a decisão de fazer uma próxima consulta com a família da pessoa no sentido de ajudar a resolver aspetos práticos do dia-a-dia que poderiam contribuir para a evolução da pessoa que acompanhávamos.

Houve casos que, além de continuarem a ser acompanhados na consulta de enfermagem, foram conduzidos a participar em terapias de grupo para melhorar as relações interpessoais.

Foram referenciados casos nos serviços do Hospital, nomeadamente na maternidade e medicina que necessitaram de intervenção de enfermagem especializada em saúde mental tendo-nos deslocado aos serviços, avaliado as

necessidades e feito os devidos encaminhamentos, no sentido de assegurar a continuidade dos cuidados.

Quer nas consultas de enfermagem de saúde mental quer nos grupos terapêuticos em que participamos houve sempre intervenções psicoeducativas tendo em vista proteger e promover a saúde prevenindo e prevenir as doenças. Dos casos individuais que estávamos a acompanhar conjuntamente com a orientadora, um terminou por vontade da utente, que considerou estar muito melhor e não fazer sentido para ela continuar. Foi um terminar complicado que nos deixou algum vazio. Esta utente deixou de vir e depois marcou consulta apenas para nos vir dizer que estava ótima e não queria continuar. Do nosso ponto de vista o processo não tinha acabado, mas tivemos de perceber, respeitar e aceitar que, para ela, bastava o que tinha sido feito, ela não queria, ou não se sentia preparada, para mexer em mais nada, tendo percebido isso. Foi um momento de aprendizagem que mais uma vez nos mostrou que é a pessoa que faz as suas escolhas e que tem a consciência dos seus limites. De qualquer forma tivemos de fazer uma avaliação do trabalho feito e consideramos que houve uma evolução de facto grande nesta pessoa que nos chegou inicialmente à consulta com baixa auto estima, tendo passado, ainda assim, por um processo difícil, chegando a apresentar doença física com uma micose nos dedos dos pés e unhas e das unhas das mãos. Foi impressionante de ver como esta mulher deprimida nos dava sinais somáticos. Foi encaminhada para a dermatologia e feita uma consulta de psiquiatria de urgência para alteração da terapêutica. Os resultados foram visíveis, melhorou significativamente ao longo de toda a nossa intervenção.

Este caso interferiu muito connosco, causando-nos algum sofrimento, sofrimento do qual tivemos de aprender a distanciar e a resolver. Esta mulher estava a atravessar um processo parecido com o que nós tínhamos passado na nossa vida pessoal, queria respostas que pensávamos ter para ela, mas rapidamente percebemos que era ela que tinha de encontrar as respostas dentro dela tal como nós encontramos as nossas, e que essas podiam não ser

iguais. Não tendo feita as mesmas opções, soubemos respeitá-las. Este caso constituiu uma grande aprendizagem.

A outra situação que acompanhamos juntamente com o enfermeiro Especialista tem tido altos e baixos, estando nesta última fase encaminhada para um grupo psicoeducativo “Viver em Equilíbrio”. Posteriormente, será importante integrar esta pessoa no Fórum. Esta solução foi por nós proposta, tendo a utente considerado que poderia ser importante porque não tem nada para fazer nem tem amigos. Sentimos, ao longo destes estágios, uma maior capacidade na resolução de problemas, tendo sido possível desenvolvê-la com o maior conhecimento dos recursos existentes.

Também foi possível nas entrevistas individuais feitas às pessoas que frequentam o fórum avaliar e analisar as necessidades que apresentavam e foi possível tomar a decisão de que tipo de intervenção estas beneficiaram.

Na condução do grupo terapêutico por nós acompanhado foi possível ter a perceção de problemas que necessitaram de outro tipo de intervenção complementar tal como acompanhamentos psicoterapêuticos individuais em simultâneo e intervenções familiares que vieram a ter um efeito terapêutico benéfico para o próprio.

Houve ainda um contacto feito com o Centro de Saúde no sentido de ser gerida pelo enfermeiro deste centro a medicação semanal de uma pessoa que estava a frequentar o grupo Terapêutico e que apresentou uma fase Catatónica com necessidade de internamento. Após alguns meses de ser ajudado na gestão da terapêutica, apresentou melhorias significativas.

Em todos os acompanhamentos, quer individuais quer em grupo, tivemos em conta o regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem. Neste normativo assume-se que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (art.º 8.º). Sá assim foi possível assegurar cuidados de saúde profissionais, éticos equitativos e de qualidade.

2 – Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

Olhando para o passado e relembando algumas fases significativas da nossa vida, ressaltam vivências enriquecedoras que, identificamos como estruturantes e organizadoras construindo a pessoa que somos hoje. Estas vivências referem-se a intervenções psicoterapêuticas, uma individual e, posteriormente, uma de grupo. Permitiram-nos passar por um processo que conduziu a um melhor conhecimento de quem somos. Hoje, num papel diferente, o de interveniente, inevitavelmente, quando em consulta, relembremos todas essas experiências. Acabando por sentir um misto de emoções, vimo-nos obrigadas a geri-las, inclusivamente durante o estágio, de forma a não interferir na nossa atividade. O acompanhamento de duas pessoas em consulta de enfermagem de saúde mental, transportou-nos para vivências passadas, tendo-nos identificado com alguns problemas que também no passado tivemos de resolver e para os quais tivemos de tomar decisões.

Algumas vezes, saímos das consultas com uma carga emocional difícil de contornar, sendo possível falar nelas e refletir sobre as mesmas com a orientadora, o que permitiu gerir esses sentimentos e simultaneamente torná-los em momentos de grande aprendizagem.

Fizemos um trabalho interior para nos distanciar dessas identificações, tendo em vista os limites da relação terapêutica e os fenómenos de transferência e contra transferência, tentando separar o que é nosso e o que é da pessoa que acompanhamos.

Também ao longo dos estágios foi melhorado o nosso poder de escuta quer relativamente aos doentes quer à equipa. Todo o percurso feito para trás nos está a ajudar, conjuntamente com as nossas aprendizagens, a saber distinguir e separar aquilo que são as nossas emoções, sentimentos e vivências, das das pessoas que acompanhamos e que, embora nos possamos identificar com elas, estamos despertas para perceber onde nos tocam e como respondemos.

Essa percepção ajuda-nos a estabelecer os limites da relação e a controlar as nossas reações e impulsos.

Na Supervisão Clínica, há casos de vida mais difíceis e que parecem não ter solução *à priori*, no entanto, há sempre uma resposta para contornar o problema tendo sido possível ficarmos despertos para as várias formas de ajuda que se podem dar e que acompanhamentos fazer.

A própria relação que fomos estabelecendo com a equipa do serviço e do fórum foi para nós um crescimento, na medida em que nos confrontamos com resistências tanto por parte das equipas, como pela nossa parte. Tomar esta consciência permitiu-nos obter disponibilidade para negociar, ouvindo mais os pontos de vista dos outros e ainda refletir sobre a forma como gerimos alguns conflitos que surgiram na realização das entrevistas, conseguindo contornar os obstáculos através do diálogo.

Perante uma emergência que ocorreu no serviço, a orientadora teve de se ausentar e pediu-nos que se iniciasse a consulta de enfermagem de um dos casos em que estávamos a participar como observadoras. Tivemos consciência dos limites e a nossa intervenção foi pouco além da escuta ativa com curtas intervenções muito ponderadas. No final, a orientadora já estava presente, tendo tido um retorno positivo da consulta por parte da doente que se sentiu confortável connosco e, em supervisão do que foi feito com a mesma, o seu parecer foi positivo. Para nós, foi um desafio ultrapassado com a noção de que encaminhamos a consulta de acordo com a resposta que conseguimos ir dando, tendo sempre em conta os limites como mestrandos.

Muito há a fazer para melhorar esta competência no seu todo. No entanto, este estágio permitiu-nos refletir sobre a nossa forma de ser e de estar, despertando-nos para aspetos focados nas aulas do Módulo Técnicas de Intervenção, tais como gerir os fenómenos de transferência e contra transferência, e foi sobretudo um período refletivo sobre as emoções e sentimentos que têm sido despertados dentro de nós na relação terapêutica, bem como nas nossas reações na mesma.

Este foi um percurso construído com os saberes adquiridos e muito também com as experiências vividas que têm vindo a enriquecer a nossa formação pessoal e profissional.

No final deste estágio sentimo-nos uma pessoa consideravelmente diferente com todos os momentos vividos. O nosso desenvolvimento interior foi muito enriquecido. As nossas competências relacionais são, sem dúvida, diferentes, bem como o nosso olhar para o “outro” e para nós mesmos.

Sentimos que faria sentido desenvolver esta competência futuramente com uma pós graduação em Psicoterapia de compreensão analítica.

3 – Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa.

Esta competência foi desenvolvida nas reuniões do NIASM (Núcleo de Intervenção na Área da Saúde Mental). É um projeto de intervenção comunitária assente no princípio de parceria que visa a integração pessoal, social e profissional da pessoa com doença mental crónica. Tem como objetivos: promover a integração pessoal, social e profissional da pessoa com doença mental; rentabilizar recursos humanos e materiais; definir estratégias sustentadas de diagnóstico e acompanhamento e sensibilizar a comunidade para as questões da saúde mental.

Estas reuniões multi-profissionais realizavam-se mensalmente, com as equipas comunitárias. Tinham lugar no Hospital, na sala de reuniões do serviço de Saúde Mental e Psiquiatria.

Faziam-se ainda Reuniões ERASM (Equipa de Rede Alargada de Saúde Mental). As reuniões ERASM ocorreram mensalmente, e contaram com a presença de profissionais de saúde da área da Saúde Mental dos Concelhos, nomeadamente Enfermeiros, Psicólogos, Técnicos de Serviço Social, Sociólogos, Médicos e Terapeutas Familiares.

Nestas, os profissionais de Saúde Mental e Psiquiatria expunham casos que acompanham e que entendiam precisar de Supervisão Clínica. Estas reuniões representaram, além de uma importante estratégia de trabalho em rede, um importante momento formativo para todos os intervenientes com uma matriz transdisciplinar.

Foi neste espaço que tivemos conhecimento do que é um verdadeiro trabalho de rede onde se juntam esforços para resolver casos tendo em vista melhorar a qualidade de vida das pessoas, família e comunidade. A dimensão das respostas comunitárias, após uma avaliação das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos contextos sociais e territoriais

ocupados pelo doente, torna-se mais abrangente dada a representação de várias entidades nestas reuniões.

Aqui desenvolvem-se projetos de promoção e proteção da perturbação mental na comunidade.

Uma vez que o nosso projeto de intervenção incidu nas pessoas do Fórum, foi importante conhecer a missão e objetivos deste espaço.

As entrevistas, realizadas às pessoas que frequentavam o Fórum, foram indicadores das suas necessidades, enquanto pessoas, pertencentes a uma família e comunidade.

Também no grupo do fórum nos pudemos aperceber das parcerias que existem para se dar resposta às necessidades deste grupo tendo em vista a sua reabilitação psicossocial.

Estas atividades permitiram-nos perceber todo o impacto que a saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar dos doentes, bem como a sua repercussão na família e na comunidade. Quando se reúnem respostas de todos os sistemas sociais, de saúde, centros de emprego, centros recreativos e/ou desportivos, escolares, consegue-se uma resposta mais eficaz às necessidades das pessoas, permitindo uma reabilitação psicossocial e uma qualidade de vida melhor.

Apercebemo-nos também da dificuldade que muitas situações apresentam na intervenção, tendo de se recorrer a processos judiciais.

Algumas vezes saímos destas reuniões preocupados, por serem apresentados casos muito complexos e violentos, cuja resolução se apresentava difícil e até lá as pessoas continuavam sujeitas a perigos, ficando com uma sensação de impotência e responsabilidade perante os mesmos.

Foi, sem dúvida, enriquecedor participar nestas reuniões, saber que existem estes recursos na comunidade, para que, se um dia, na Instituição onde exercemos funções, nos confrontarmos com algum caso de risco, saber onde podemos recorrer para o expor e dar resposta no sentido de o resolver.

Durante os estágios não nos confrontamos com nenhuma situação que se considerasse pertinente expor nestas reuniões.

No Grupo Psicoeducativo que acompanhamos, apercebemo-nos do emagrecimento de um dos doentes com suspeita de maus-tratos pela família. Este caso foi falado com a Psiquiatra que consultou o mesmo e disse que iria pedir uma consulta com a família do mesmo, no sentido de perceber melhor a situação e de a acionar caso fosse necessário.

Sempre que ocorreu alguma situação menos frequente, trocamos informações com a equipa do Fórum, obtendo assim informações importantes relativamente a alguns comportamentos menos ajustados das pessoas, no sentido de perceber se há alguma alteração com as famílias.

Também participamos num grupo psicoeducativo “Viver em Equilíbrio” feito para pessoas com doença mental com aumento de peso inerente a uma má prática alimentar e a um estilo de vida sedentário. O programa “Viver em Equilíbrio” foi desenhado com o objetivo de ajudar estes doentes a adquirirem hábitos de vida saudáveis. Tem duração de treze sessões, trazendo também como benefícios o aumento da autoestima, vida mais saudável e perda de peso. Os profissionais que participaram foram a dietista, uma psicóloga e uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

O Programa dividiu-se em duas fases: - Alimentação, bem-estar e viver uma vida saudável; sendo a segunda de Forma física e exercício. Teve o patrocínio do Colégio da Especialidade de Psiquiatria, da Associação de Educação e Apoio na Esquizofrenia e da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares.

É um tipo de Grupo completamente diferente, objetivo, diretivo e com pessoas com um *Insight* diferente do grupo que acompanhamos, pelo que veio aumentar a nossa experiência relativamente ao tipo de grupos terapêuticos que se pode constituir.

Assistimos à Supervisão do “Grupo da Depressão”, percebemos a dificuldade da psicóloga e da enfermeira especialista em gerir este grupo, estando

desmotivadas e pouco esperançosas relativamente ao seu desenvolvimento futuro. A supervisão deu diretrizes importantes na sua forma de funcionamento futura.

Assistimos a um Workshop “Identidades” onde se focou a importância da construção de uma matriz transdisciplinar (as caixas e a matriz), na Ordem dos Médicos, organizado pelo Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental. Todos os profissionais manifestaram vontade e necessidade de melhorar a comunicação contribuindo para uma melhor prestação de cuidados.

Do nosso ponto de vista, a comunicação ineficaz entre os profissionais é impeditiva de se dar uma resposta adequada a grande parte das situações. Só quando o doente for visto como um doente de todos e não por parcelas, em que cada clínico trata o órgão da sua especialidade, se pode dar uma resposta às necessidades da pessoa como ser holístico.

Consideramos ter desenvolvido competências nesta área percebendo a sua importância para a saúde mental da pessoa, família e comunidade onde está inserida, bem como conhecendo os recursos existentes.

Participamos no *workshop* subordinado ao tema “Territórios de fronteira – entre a somatização e a depressão” onde foi debatida a questão da vinculação e a sua importância na compreensão dos casos que acompanhamos diariamente.

Assistimos, no serviço, à apresentação de um programa de Psicoeducação para famílias de pessoas com doença mental grave, que vai ser implementado no serviço pela terapeuta familiar. Este é um programa proposto pelo Departamento de Psiquiatria – Escola Médica Universidade de Nápoles - Departamento de avaliação de serviços de saúde.

Partindo da compreensão que os fenómenos em saúde mental são complexos e do reconhecimento de que as necessidades das pessoas com doença mental de evolução prolongada são diversas e crónicas, orientamos todo o estágio para a integração de uma equipa multidisciplinar procurando participar nas atividades que nos foram oferecidas e proagir com propostas baseadas no nosso juízo clínico.

4 – Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos

Enquanto profissão intelectual e científica (Classificação Nacional de Profissões), a enfermagem relaciona-se com o conhecimento por via, também, da teorização.

No projeto de Intervenção apresentado neste relatório foi usada a Teoria de Hildgard Peplau – “Teoria das Relações Interpessoais” por esta ser a base de sustentação de todo o Projeto e de ter ido de encontro à nossa linha de pensamento, baseando-se numa enfermagem psicodinâmica.

Por se ter desenvolvido um trabalho em grupo também nos fez sentido recorrer a Irvin D. Yalon, um ícone contemporâneo da prática psicoterápica e cuja contribuição ao estudo e à divulgação das grupoterapias tem-se mostrado inestimável. O seu estilo e a ideologia humanística vão de encontro ao que procurávamos aplicar no grupo terapêutico que acompanhamos.

Também Erik Erikson, com a sua teoria do desenvolvimento humano sobre todo o ciclo vital fundamentadas no Princípio Epigenético, permitiu-nos relacionar as necessidades das pessoas com doença mental de evolução prolongada, com possíveis prejuízos que tiveram ao longo do seu desenvolvimento, permitindo-nos simultaneamente ter um outro olhar para estes.

A escolha destes Teóricos prende-se sem dúvida, com a forma como “pensamos” os cuidados de enfermagem, tendo uma linha de orientação mais psicodinâmica, todo o percurso pessoal e profissional teve esta orientação. Identificando-nos com esta linha de pensamento orientamos todo o projeto neste sentido.

Nos dias que correm e na atual conjuntura torna-se fundamental pensar nos Cuidados de Saúde fazendo uma análise ao seu custo/benefício. Os recursos quer humanos quer materiais cada vez são mais escassos, tendo de ser feito um bom aproveitamento dos mesmos. Assim sendo, a tomada de decisão de formar um Grupo Terapêutico, com as pessoas portadoras de doença mental

de evolução prolongada, para além dos benefícios já descritos anteriormente, também se traduz em eficácia no que diz respeito ao custo/benefício, pois esta é uma intervenção com duração de apenas uma hora e meia dando resposta a necessidades de 12 pessoas, utilizando apenas dois Técnicos. As intervenções individuais teriam um custo de cerca de 12 horas, estando provado que nestas pessoas o seu benefício em saúde é menor.

Tendo em conta que as pessoas portadoras de Esquizofrenia o seu custo direto mais relevante é o relativo aos internamentos, evitar a recaída através deste tipo de intervenções será um ganho em saúde. Sobretudo, será um ganho em saúde proporcionar diretamente a estas pessoas uma melhor qualidade de vida, evitar o agravamento da situação e a desinserção social promovendo a recuperação não só da pessoa mas também da família. Havendo melhoria da saúde, melhoria da qualidade de vida traduz-se em poupança com cuidados de saúde.

A formação de profissionais especializados em enfermagem de Saúde Mental, com competências específicas, quando bem utilizadas pelos serviços de saúde, torna-se também ela um ganho, pois segundo a OE no regulamento Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2010), o EESM mobiliza na prática clínica saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas.

Apesar de haver uma forte relação Benefício/Custo nas tomadas de decisão em cuidados de enfermagem, é importante que não haja repercussões em sentido Ético e Deontológico que foram sempre tidos em conta na nossa prática.

5 – Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

A Metodologia de Projeto compreende-se como uma metodologia de investigação.

Neste sentido, no desenvolvimento do Projeto de Intervenção em Serviço, a partir de uma pergunta inicial, desenvolvemos um trabalho de projeto que, segundo Ruivo MA; Ferrito C; Nunes L (2010:pag 5), “ é uma metodologia reflexiva, pois é, baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas. A própria população destinatária do projeto é envolvida como sujeito ativo o que contribui para conhecer e transformar a sua própria realidade”.

A fase de Diagnóstico permitiu fazer um levantamento de necessidades da população alvo e nesta fase mobilizamos a evidência tendo em vista comparar os diagnósticos levantados à luz de outros estudos. Esta foi considerada por nós crucial para a eficácia da intervenção, pois foi aqui que se começou a estabelecer uma relação de confiança e um ambiente humano seguro. Foi nesta fase que a população alvo começou a sentir que podia decidir querer participar ou não e por isso foi nesta fase que se começaram a aplicar os princípios de autonomia e respeito pelas suas escolhas, algo que não estão habituados a vivenciar.

Na fase de Planeamento foi importante a evidência no sentido de justificar a Intervenção que sentimos ser a mais adequada na resposta aos diagnósticos de enfermagem formulados.

Na fase de execução não nos debruçamos tanto pela evidência mas sim por convicções teóricas.

Na fase de avaliação a evidência permitiu a discussão dos resultados. Tendo encontrado estudos com os quais nos identificamos na forma como foram descritas as vivências dos elementos de outros grupos terapêuticos.

Ao longo deste trabalho fomos percebendo a importância de incorporar os resultados de investigação na nossa prática, reconhecendo que estes constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

6 – Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Desenvolvemos uma Formação subordinado ao tema “O Outro”, no serviço onde exercíamos a nossa atividade profissional. A escolha deste deve-se a algumas observações que tínhamos vindo a fazer no relacionamento quer dos enfermeiros com os doentes, quer entre a equipa, do qual têm resultado alguns conflitos.

Conhecendo o desgaste em que esta equipa se encontrava, quer no que diz respeito à relação entre os elementos da equipa, quer com os doentes, consideramos importante abordar este tema que engloba as dificuldades na relação com os outros e vice-versa numa perspetiva da comunicação da transferência e contratransferência e nos limites da relação terapêutica, focando os valores éticos e deontológicos. Foi feita recorrendo a uma apresentação com metodologia expositiva/participativa, dirigida à equipa multidisciplinar, que se resumiu aos enfermeiros, assistentes operacionais e uma psicóloga.

Esta formação permitiu falar sobre pontos fulcrais que estavam a distorcer a comunicação entre os pares, bem como a ajudar a compreender algumas reações dos doentes, menos agradáveis e a saber atuar perante as mesmas de uma forma mais assertiva.

Centrando-se o exercício profissional na relação interpessoal é fundamental que a Formação permita compreender e respeitar os outros procurando abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa que cuida.

Também no Serviço onde realizamos o estágio foi possível introduzir um novo modelo de atuação, aceite e valorizado pela equipa do serviço. A equipa do serviço atri

buí a eficácia do grupo à forma como foi tido em conta as necessidades das pessoas e só através destas ter sido planeadas as intervenções. Considerou que esta fase foi fundamental para a adesão do grupo. Considerou que iria ser um modelo a implementar no serviço antes de integrar as pessoas portadoras de doença mental nos grupos.

Também a forma escolhida para avaliação do grupo terapêutico foi considerado um ótimo instrumento para utilizar futuramente.

Assim consideramos que a nossa intervenção foi formativa e criou mudança no seio de uma equipa multidisciplinar.

Consideramos a formação fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados, sendo um forte contributo para a redução de custos em saúde.

PARTE III – REFLEXÃO FINAL

Após um ano de uma experiência vivida intensamente com um Grupo Terapêutico, constituído por pessoas com doença mental crónica de evolução prolongada, com elevada vulnerabilidade e sentimentos de estigma, habitados por memórias de experiências de vida difíceis desde as suas relações primárias às vividas nas Instituições de Saúde, passando por toda a discriminação social a que são sujeitos, manifestou-se por parte destes uma melhoria significativa dos diagnósticos apresentados inicialmente, tendo-se verificado não só a adesão ao grupo terapêutico proposto, como também uma “Entrega” que lhes permitiu partilhar episódios de sofrimento e tristeza.

“...Vamos ver o que isto vai dar...”

Este foi o pensamento que um dos elementos referiu ter quando aceitou participar. Reservou-o no silêncio e manifestou-o na última sessão. Também nós partimos para esta experiência com o mesmo pensamento. Conscientes das limitações, partimos para o grupo com desejo de aprender e de devolver a estas pessoas uma vivência gratificante, construindo um caminho com eles.

Foi uma aprendizagem constante estar com estas pessoas, vê-las partilhar connosco histórias de vida que lhes causa tanto sofrimento, confiando ao grupo os seus desejos, as suas fantasias, os seus medos e os seus sonhos.

Conhecer as suas necessidades foi fundamental, para planear a Intervenção terapêutica mais adequada, bem como, para ajudar a criar estratégias para satisfazer as mesmas.

Os seus apelos finais são reveladores de que esta experiência foi gratificante, deixando a marca da saudade quando um dos elementos diz que, quando o grupo terminar, vai ficar a pensar:

“... Onde é que está aquela sexta-feira...”

Trata-se de uma população com uma grande vulnerabilidade, suscetível de perder a motivação para manter o comportamento de adesão ao tratamento. Apesar de este grupo de pessoas estar de momento numa fase de adesão, foi

importante intervir tendo em vista manter a adesão. Com a intervenção foi possível perceber o que significam a medicação e os tratamentos em geral para eles. Falam de medicamentos benignos e malignos e associam-nos a relações benignas e malignas ou perigosas. Falar de medicamentos é uma forma de se comunicarem connosco.

“...Os medicamentos deviam todos ter benignidade dentro deles...”

A intervenção em grupo permitiu não só satisfazer os seus pedidos iniciais de querer saber mais sobre efeitos secundários dos medicamentos, mas sobretudo fortalecer a coesão deste grupo que já existia num outro contexto mas que não se conheciam verdadeiramente, como melhorou as suas relações interpessoais, aumentando o Insight, diminuindo o estigma sentido e, sobretudo, para experimentarem um espaço que lhes deu autonomia e respeito pelas suas decisões. Foi descrito por um dos elementos que:

“...Somos um mundo à parte quando estamos todos juntos...”

Denunciando o estigma da sociedade e a forma como são tratados com alguma infantilidade e isentos de autonomia, pois, alguém pensa sempre por eles.

Os resultados desta intervenção, apesar da sua subjetividade e grupo restrito, carregam sentimentos importantes e revelam o que é possível construir com pessoas com doença mental de evolução prolongada.

Este trabalho só foi possível por ter integrado uma equipa multidisciplinar que se empenhou em acompanhar a “par e passo” todo o processo, fazendo a Supervisão do mesmo. Disponível para compreender esta nova Metodologia que desconheciam, acabando por reconhecer que foi uma mais-valia para o resultado ser tão satisfatório.

Houve ainda a possibilidade de Inovar o processo introduzindo o *Empowerment*, que permitiu às pessoas com doença mental de evolução prolongada expor aos outros técnicos o que foi para elas este grupo terapêutico e o que gostariam que fosse feito futuramente. Dar “voz” a estas pessoas que

não estão habituadas a que alguém tenha em linha de conta as suas vontades, constituindo assim um momento Terapêutico.

A assistência de enfermagem ao portador de transtorno mental é alicerçada principalmente na relação interpessoal utilizada com uma intencionalidade terapêutica. Na condução do grupo, seguimos os pressupostos da relação de ajuda, valorizando sempre as pessoas e não os problemas que apresentaram. Verificou-se que, à medida que o relacionamento terapêutico se aprofundou, os elementos do grupo começam a falar de sentimentos mais profundos e de desejos, libertando-se de estruturas defensivas. Só assim foi possível verificar um crescimento na interação do grupo e uma melhoria na sua condição de saúde mental.

A frase que deu vida a este relatório evidencia a relação de ajuda que se conseguiu estabelecer, evidencia a amargura, o sofrimento e a revolta dos vividos e a esperança que este grupo terapêutico trouxe para a possibilidade de enfrentar o mundo com menor sofrimento e por sua vez melhorar a sua qualidade de vida.

A intervenção terapêutica desenvolvida revelou, assim, ganhos vários em saúde (mental) no grupo.

É fundamental que os enfermeiros tenham um “olhar” diferente para esta população que carrega sentimentos de revolta e angústia, trazidos também das Instituições de Saúde onde estiveram internados. Cada vez mais se olha para a doença esquecendo que, à frente desta, está uma pessoa com necessidades que precisam ser acauteladas e são estas que legitimam os cuidados de enfermagem.

Assim, sendo é fundamental que seja feita a divulgação deste Projeto de Intervenção em Serviço aos enfermeiros, bem como a outros técnicos de saúde que cuidam de pessoas portadoras de Esquizofrenia, como um subsídio para a melhoria das suas práticas baseadas na evidência.

Para além do PIS, todas as atividades que foram possíveis de realizar constituíram um enriquecimento nas aprendizagens. Este estágio foi muito

enriquecedor. Sobretudo foi de encontro à nossa linha de pensamento psicodinâmico, o que facilitou todo o processo de aprendizagem.

Todas as Unidades Temáticas tiveram o seu contributo para enriquecer o trabalho desenvolvido neste relatório, e todas as atividades realizadas em estágio favoreceram a aquisição de competências para adquirir o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amador, XF. Strauss,D.H. (1993). Poor insight in schizofrenia. Special Issue: fifth annual New York Stat Office of Mental Health Research Conference. Psyhiatric Quarterly, (S.I.),

APA – American Psychiatric Association (2004). Pratices guideline for the tretement of patients with schizofrenia 2ª Ed.

Archer, Luis. (2006). Da Genética à Bioética – Vulnerabilidades – Cadernos de Bioética nº 42 – Revista Portuguesa de Bioética. Gráfica de Coimbra 2, Publicações, Lda. Coimbra.

Autonomia e Responsabilidade da Pessoa. Actas do IV Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Lisboa.

Bardin, L. (1977). Análise de Conteúdo. Edições 70. Lisboa.

Bion, David E. Zimerman (2004). Da Teoria à Prática. 2ª Edição Artmed, Porto.

Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). Intervenções para aumentar a adesão Terapêutica em Patologias Cronicas. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência – Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

Braconner, A. (2000). Psicologia dinâmica e psicanálise. 1ª Ed, Climepsi, Lisboa

ISBN 972-8449-64-X

Brito, Maria Luisa da Silva – Intervenções Psicoeducativas para famílias de Pessoas com Esquizofrenia – In Revista Portuguesa de Enfermagem, nº 5 – 2006, 1.

Carmo, H.; Ferreira, M. (1998). Metodologia de Investigação – Guia para Auto-aprendizagem. Universidade Aberta, Lisboa.

Cardoso, Carlos M. (2002). Os Caminhos da Esquizofrenia. 1ª edição Climepsi Editores, Lisboa.

Catálogo da Classificação Para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2009) - Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros Abril.

Cavieres F, Alvaro y Valdebenito V, Monica. Déficit en el reconocimiento de emociones faciales en la esquizofrenia:Implicancias clínicas y neuropsicológicas. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. 2007, vol.45, n.2, pp. 120-128. ISSN 0717-9227.

Conselho Internacional de Enfermeiros, Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – CIPE: Beta 2, 2ª edição. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e financeira da saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, (2003) ISBN 972-98149-5-3

Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica – Os Fundamentos existencial - humanistas da relação de ajuda. Lusodidacta, Loures.

Comissão Nacional para a reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). Relatório – Proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016.

Consultado a 20 de Novembro em

<http://www.dgsaude.pt/membro.id/ficheiros/i005982.pdf>.

Dalery, J. & D'Amato, T. (2001). A Esquizofrenia - Investigações Atuais e Perspectivas. 1ª edição Climepsi editores. Lisboa.

Declaração De Barcelona, 1998, p. 1.

<http://www.ruhr-uni-de/zme/Barcelona.htm>. [em linha a 13/03/11]

Deodato, S. (2008). Responsabilidade profissional em enfermagem: Valorização da Sociedade. – (teses de mestrado). Luso didata, Loures.
ISBN: 978-972-40-3401-0. P.133

Fenton, W.S.; Blyler, C.R.; Heinssen, R.K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 23 (4): (637-651),

Fernandes, Waldemar J.; Svartman, B.; Fernandes, Beatriz S.. (2003). Grupos e Configurações Vinculares. Artmed Editora, Santana.

Figueira, M. (2002) Prefácio. IN P. Afonso (2002). Esquizofrenia. Conhecer a doença. Climepsi Editores, Lisboa.

Fritzen, S. (2000). Janela de Johari – Exercícios Vivenciais de Dinâmica de Grupo, Relações Humanas e de Sensibilidade. Vozes. 17ª Edição. Petrópolis.

Fortin, F. 1999. O Processo de Investigação: da conceptualização à realização. 2ª. ed. Loures: Lusociência.

Furegato, A.R.F. 1999. Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem. Ribeirão Preto: Scala.

Gabbard , Glen O. (2006). Psiquiatria Psicodinâmica Na Prática Clínica. 4ª Edição, Artmed, – Porto. ISBN 978-85-363-0722-0.

Gameiro, Aires (1989). Manual de Saúde Mental e Psicopatologia. 4ª Edição, Edições Salesianas, Porto.

Garcia Cabeza, Ignacio. Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. 2008, vol.28, n.1, pp. 9-25. ISSN 0211-5735.

Gomez Esteban, R. et al. Reflexiones acerca de un grupo terapéutico con pacientes esquizofrénicos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. 2003, n.88, pp. 17-33. ISSN 0211-5735.

Gomez, L. (2005). Uma Introdução às relações de Objecto. 1ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa.

Guedney, N. e Antoine G. (2004). Vinculação Conceitos e Aplicações. 1ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa, (pág:157).

Harrison P., John. G., Michael S. (2006). Guia Prático de Psiquiatria. 1ªed. Climepsi, Lisboa.

Hertz, Marvin I; Lamberti, J. Steven (1995). Prodromal Symptoms and relapse prevention in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. National Institute of Mental Health.

Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda. Luso didática, Lisboa.

Kant I. (2001). Fundamentação da Metafísica dos Costumes (trad. do original alemão por Paulo Quintela). Edições 70, Lisboa.

Kaplan, Harold. I.; Benjamin, J. Sadock; Jack, A. Grebb, (1997). Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7.ed. Artes Médicas, Porto.

Yalon, Irvin. (2005). Psicoterapia de Grupo. Teoria e prática – Artemed editora, 5ª edição. Porto.

ISBN 0.465.09284.5

Moreno, A. (2007) – Las Esquizofrenias. Sus Hechos Y Valores clínicos y Terapéuticos. Elsevier Espanã, S.L.

ISBN: 978-84-458-1724-7

Neeb, Kathy (2000). Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Neves, Maria do Céu Patrão. Sentidos da Vulnerabilidade: Característica, Condição, Princípio, p. 5.

Neves, M. Patrão; Susana, Pacheco (2009). Para uma Ética da Enfermagem. Desafios. Gráfica de Coimbra, Coimbra. ISBN: 972-603-326-8

Nunes, E.P.L. Que é ser Pessoa. *Cadernos de Bioética*. N.º16, 1998, Maio

Ruivo MA; Ferrito C; Nunes L (2010). Metodologia de Projeto: colectânea descritiva de etapas. Revista Percursos. Nº 15 Janeiro–Março. ISSN 1646-5067

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde Mental: - Nova concepção, Nova Esperança. Genebra: OMS

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005). Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação (W. Vallentini, trad.). Genebra: OMS (Obra Original publicada no mesmo ano)

Ordem dos Enfermeiros (2010) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, Lisboa.

Peplau HE. (1990). Relaciones interpersonales en enfermería: Um marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Masson-Salvat, Barcelona.

Queirós, Ana. (2001). Ética e enfermagem – Quarteto Editora, Coimbra.

Rézette Séverine (2010) – Psicologia: clínica em cuidados de enfermagem. Lusociência, Mafra.

Ricou, M. (2004). Ética e Psicologia: uma prática integrada. Gráfica de Coimbra, Lda. Coimbra.

Rispail, D. (2002). Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar. Uma Abordagem do Desenvolvimento Pessoal Em Cuidados de Enfermagem. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda., Loures.

Rogers, C.R. (1993). Tornar se pessoa. Martins Fontes, São Paulo.

Rudio, F.V. (1999) - Orientação não directiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia. 13ed., Vozes. Petrópolis.

Salomé, Jaques (1995). Relação De Ajuda - Guia para Acompanhamento Psicológico de Apoio Pessoal, Familiar e Profissional. Vozes, 2ª Edição. Petrópolis.

ISBN 85.326.1152-4

Sequeira, Carlos (2006). Introdução à Prática Clínica. Quarteto Editora. ISBN: 97-8989-558083-5

Stefanelli, M.C; Arantes, E.C.; Fukunda, I.M.K. (1982). Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeira-paciente. Revista da Escola de Enfermagem da USP.

Stuart, Gail W.; Michel T.Laraia (2001). Enfermagem Psiquiátrica -Princípios e Prática 6ª Edição, Artmed., Porto.

ISBN 0-8151-2603-4.

ANEXOS

Avaliação Intermédia - do anexo I ao anexo X

Avaliação Final - do anexo XI ao anexo XVIII



Foi uma janela que se me
abriu para aliviar a dor do stress
em que minha vida mergulhou, sobretudo
agora, de vida à vida tão atribulada em que
meu dia a dia se desentola



È un gruppo
comunitario di
massa psicose e di
massa psichide costante
e testata di massa
temor luvide stesque
e social ~~testi~~ temer

Sinto-me bem até aqui
em grupo pois é sempre bom
partilhar a nossa experiência de vida
isto quero dizer o que tivemos menos
Este grupo é muito mais que um
grupo é um lugar onde me sinto bem
e amigo mesmo. Se vejo outras pessoas
contingem em seus problemas de saúde
corretas.

~~Resposta~~

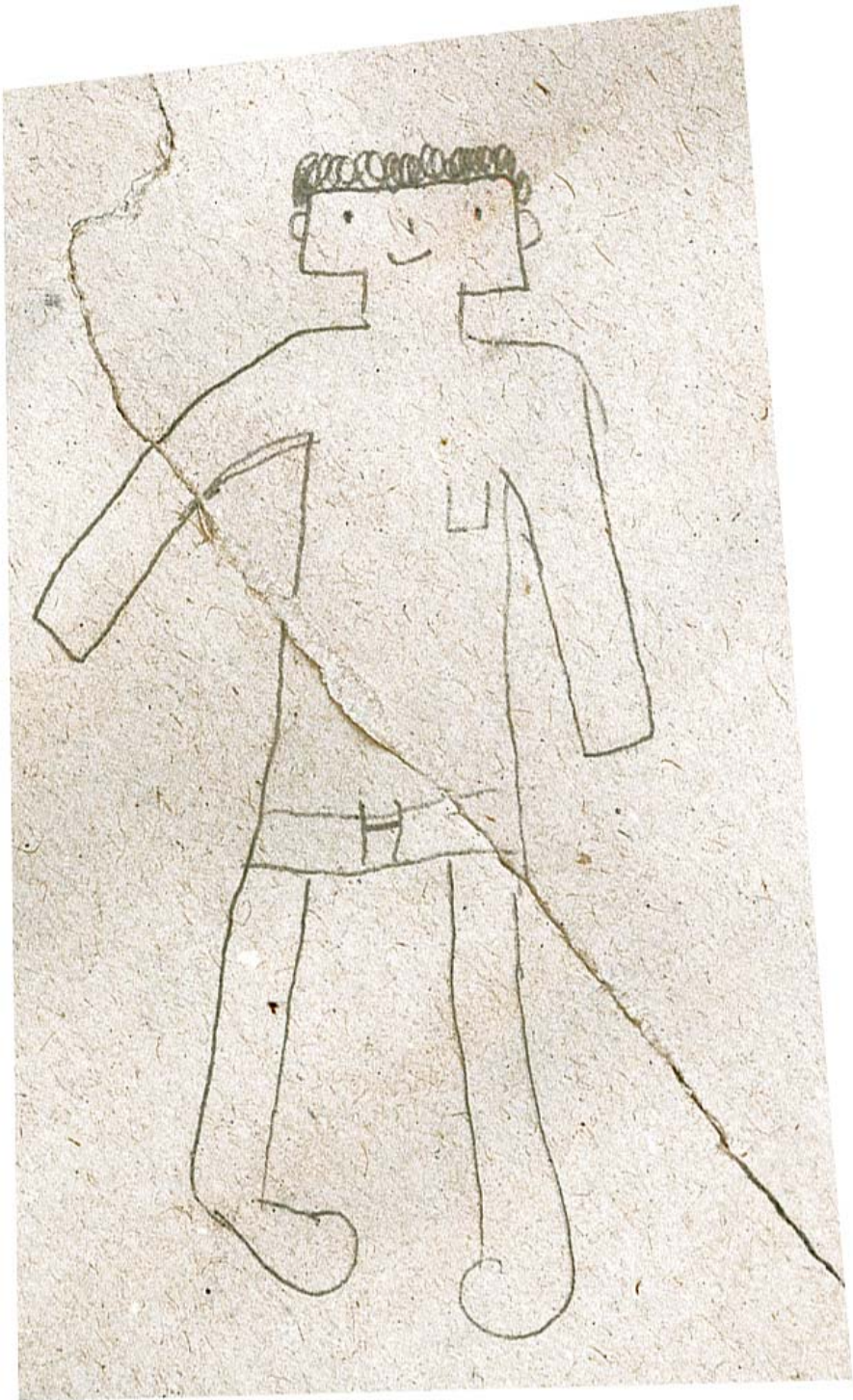




est desenhado e o Engenheiro Cristina de Cêulos de Sol
no colégio. Além do Engenheiro Cristina temos também
o Psicólogo Raphaela e o Engenheiro Bruno. Alguns tinham
estado num grupo de psico-terapia. Estou o gestor deste
grupo, falamos entre nós, o nosso grupo. Não é de
lover mais grupos destes para os pessoas poderem
falar.



No gungo, sento uma ajuda,
pois posso falar de assuntos,
que outros deus não poderiam
falar.
Por outro lado, o facto de ser ouvido
nas minhas ideias é já um grande
alívio para mim.





Lento - me ^{sem} aqui grupo de terapia, não percebi bem em grupo para
conversam: "

grupo hospita

ESTE GRUPO fora
Mim

importante e muito

O grupo terapêutico
depuerados

Departamento = Terapia

Psiquiatria

Terapia

O grupo de

é uma grande ajuda para a saúde mental

que dos restos a sanidade mental

"I am fine" Thank God

Handwritten text in a small rectangular box at the top left of the page.

Small handwritten note with a smiley face at the top right of the page.

Handwritten text in a small rectangular box on the right side of the page.

Handwritten text with four small circular drawings arranged vertically in the center of the page.

Small handwritten note on the right side of the page.

Handwritten text with three small circular drawings at the bottom left of the page.

Small handwritten note at the bottom center of the page.



Handwritten text at the bottom center of the page, below the drawing.

14 de Maio de 2012

Enfermeiro

Estudo
Estor

Alguns não
estão com presente
mas é como
se estivesse

Dirigido Dra. Morgonda, desculpa Dra. Profolda
Enfermeiro Aluno e Enfermeiro Cristine,
sobes este grupo começou com
três técnicos de equipe, mas
acabou com uma equipe grande

A minha opinião é que
este grupo deve continuar com
outro grupo. Este grupo foi
importante para fidejantes.

isto é a coisa
onde estamos a
falar no grupo
de psicoeducativo este
é o nome que eu dou.



É um espaço de convívio
e partilha de experiências.

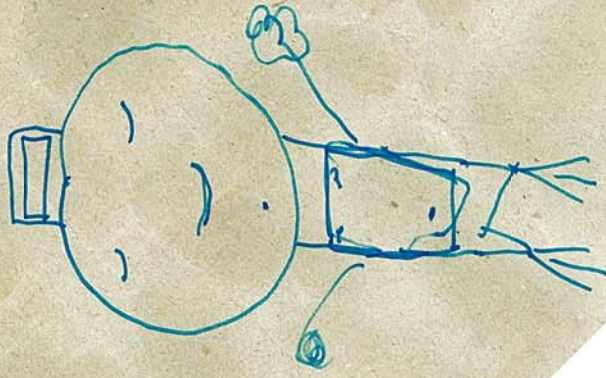


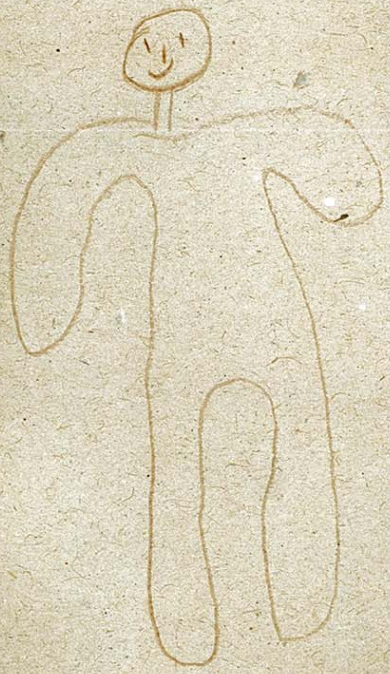
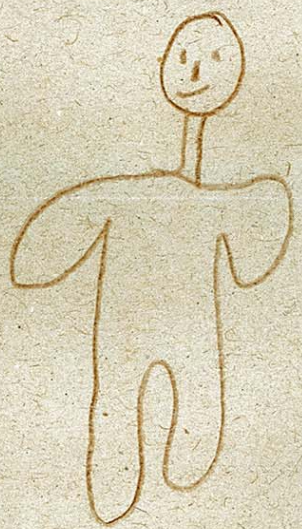
O que eu levo desta grupo:

↳ Convívio com os médicos, bom relacionamento

A Partecitação no grupo Básico e discussões e
importante para mim também e importante
citar no grupo e importante fazer men

↳ falar de saúde também





gosto de ver



14 de Maio de 2012



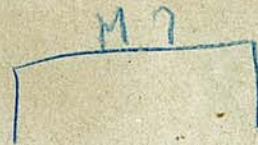
Importante falamos grupos aqui
Eu gosto de no forum

Gostava de sempre no forum porque fazer barros,
pintura uns quadros, fazer carteiros, etc.
falar faz bem saúde mental!



Continuar vou falar com a enfermeira Cristina e o Dr
gosto de falar com os amigos dos grupos.

ΥΗΣ



ΣΟΚΡΑΤΗΣ

May your heart be as light
and as bright and as bright as a song
Today
Tomorrow
and all year long



ΥΟΥΣ ΣΟΚΡΑΤΗΣ

J.H.S

- 1 Aquisição de conhecimentos psicossomáticos
- 2 Concentração
- 3 Partilhar a amizade

APÊNDICE I



Termo de consentimento livre e esclarecido

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
2010/2011

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante na Entrevista

Ana Cristina Soares Duarte, enfermeira e mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a desenvolver o Projecto de Intervenção em Serviço, orientado pelo Professor Doutor Joaquim Manuel de Oliveira Lopes, solicita a minha disponibilidade para ser entrevistado nas instalações do Fórum a fim de colaborar no referido Projecto.

Ao assinar o presente termo de consentimento livre e esclarecido, manifesto:

- Ter conhecimento que o objectivo do Projecto é conhecer as necessidades de cuidados de enfermagem das pessoas com doença mental de evolução prolongada que frequentam esta Unidade Sócio-ocupacional.
- Tomar conhecimento que é uma participação voluntária, com a possibilidade de ser interrompida em qualquer altura, sem qualquer prejuízo para o meu processo de tratamento.
- Saber que vai ser respeitado o anonimato.
- Ter conhecimento que toda a informação recolhida na entrevista é confidencial sendo utilizada exclusivamente para o Projecto em causa.
- Consentir ser entrevistado.

██████████ 18 de Março de 2011

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do investigador: _____
(Ana Cristina Soares Duarte)

APÊNDICE II

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Instituto Politécnico de Setúbal

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES Entrevista de avaliação inicial

Nome _____
Género _____ Idade _____ Etnia _____
Estado Civil _____ Habilitações Literárias _____ Situação Sócio
económica _____ Residência _____
Tempo em que está no Fórum _____ Experiência com serviços de
saúde _____
Problemas de Saúde
anteriores _____
Doença Actual _____

Item em avaliação	Questão	Resposta
Crítica sobre a situação de saúde	1. Sofre de algum problema de saúde 2. Como é que o seu problema de saúde interfere na sua vida 3. Em que medida o seu problema de saúde pode interferir na sua relação com os outros	
Estado de saúde	4. Em relação ao seu estado de saúde mental, como o avalia numa escala de (0-10) 5. Quais as suas queixas	
Tratamentos	6. Que tratamentos recebe actualmente para o seu problema de saúde mental 7. O que acha que pode fazer para que o seu problema de saúde não se agrave.	
Adesão aos tratamentos	8. Adere frequentemente aos tratamentos recomendados. Toma regularmente a medicação. Participa nas actividades do Fórum.	
Expectativas de Tratamento	9. Que tratamentos gostaria de receber para melhorar a sua saúde mental.	

APÊNDICE III



INTERVENÇÃO GRUPAL DE ÂMBITO PDICOEDUCATIVO COM PESSOAS COM DOENÇA MENTAL D EVOLUÇÃO PROLONGADA

Autores: Duarte, C., Lopes, J.

Duarte, C. (anacrisdor@gmail.com)

Lopes, J. (joaquim.lopes@ess.ips.pt)

RESUMO

O interesse pela questão da não adesão aos tratamentos em pessoas portadoras de doença mental de evolução prolongada tem sido motivo de inquietação sentida pelos profissionais de saúde. Sendo este um fator desencadeante de recaídas.

Num serviço de saúde mental e psiquiatria, com parceria com uma Unidade Sócio Ocupacional, frequentada por pessoas com doença mental de evolução prolongada, no sentido de conhecer os fatores que contribuem para a problemática da não adesão, foi feito um Projeto de Intervenção em Serviço utilizando a Metodologia de Projeto. Na fase Diagnóstica, emergiram das entrevistas necessidades que se prendem com as dificuldades nas relações interpessoais, sofrimento inerente à doença, falta de *Insight*, estigma presente. Curiosamente, emergiu nesta fase a adesão aos tratamentos contrapondo a percepção da equipa, mas com apelo a que se lhes explique efeitos secundários da terapêutica. Perante os diagnósticos surge a necessidade de intervir a nível terciário. Inspirados no modelo Teórico das Relações Interpessoais de Hildgard Peplau, planeou-se um Grupo Terapêutico com uma abordagem psicodinâmica com esta população. Durante a execução foi-se assistindo a uma evolução significativa do grupo. A avaliação foi feita em simultâneo com a execução do projeto, com a percepção dos técnicos (registos, reflexões, interpretações e supervisão) e com a percepção dos elementos (verbalizações e mediadores de expressão). **Resultados:** Através deste projeto ganhou-se a compreensão de que a relação enfermeiro-doente, estabelecida logo de início, foi fundamental para a adesão destes na intervenção. A construção de uma aliança Terapêutica, bem como o olhar centrado na pessoa e não na doença, como parceiro no processo de cuidar, foram preditivos em manter a adesão e fundamentais para a melhoria dos diagnósticos de enfermagem apresentados antes da intervenção.

INTRODUÇÃO

A Esquizofrenia é uma doença mental de evolução prolongada que atinge cerca de 1% da população mundial. Historicamente,

está no âmago da Psiquiatria e a mais próxima do conceito público de Loucura. Segundo (Harrison, Geddes e Sharpe 2006.), estes doentes ocupam 25% das camas em psiquiatria e representam 50% dos internamentos, sendo uma das dez principais causas de incapacidade no mundo, com custos em saúde muito elevados.

A equipa multidisciplinar de um Serviço de saúde mental e psiquiatria, de um centro hospitalar português, que acompanha em consultas pessoas com doença mental de evolução prolongada, tem a percepção de que alguns doentes não aderem aos tratamentos, por não verificarem resultados de melhoria na sua reabilitação psicossocial.

Surge, assim, uma necessidade por parte do serviço que sejam tomadas medidas de promoção da adesão aos tratamentos, para reduzir as barreiras ao cumprimento do mesmo.

Este projeto teve como **objetivo Conhecer as necessidades sentidas em cuidados de enfermagem pelas pessoas portadoras de doença mental, tendo em vista a elaboração de uma intervenção em serviço na área da adesão aos tratamentos, segundo os diagnósticos identificados.**

POPULAÇÃO ALVO

Pessoas portadoras de doença mental de evolução prolongada com idades que oscilam entre os 22 e os 53 anos de idade, 8 do género masculino e dois do género feminino. Em termos de formação todos frequentaram o ensino, um elemento com a 4ª classe antiga; um elemento com o 1º ano do 2º ciclo; 2 elementos com 2º ano do 2º ciclo; 2 elementos com o 5º ano antigo; 6 elementos com o 9º ano; um elemento com Curso superior de Filosofia. Apenas um elemento em regime de Emprego protegido.

Na maioria vive com familiares, principalmente com a mãe, apenas 2 vivem na residência.

METODOLOGIA

No sentido de conhecer os fatores que contribuem para a problemática da não adesão, foi utilizada a **Metodologia de Projecto**.

Etapa diagnóstica: Decorreu de acordo com uma metodologia qualitativa, exploratória e descritiva. **Colheita de dados:** Observação e entrevista – As entrevistas decorreram na Unidade, em dois tempos distintos. Na realização das entrevistas, consideramos ser pertinente pedir que nenhum técnico do fórum estivesse presente, para que este não induzisse as pessoas a darem respostas com algum efeito de desejabilidade, no sentido de “agradar” ao técnico. O tratamento dos dados obtidos foi feito através de análise de conteúdo.

Síntese da compreensão dos dados: Emerge um sentimento de solidão com uma manifesta necessidade de amor e pertença, de reconhecimento, de saber e de auto-realização. Na sua maioria, atribuem à doença a grande dificuldade em se relacionarem com outras pessoas e criar amizades, têm a percepção que por serem portadores de uma doença mental são estigmatizados pela sociedade, apresentando um estilo interpessoal inadaptado.

A dificuldade em estabelecer e manter relações gratificantes e a incapacidade de atingir a intimidade, quer no campo da amizade quer no sexual, bem como a incapacidade de arranjar ou manter um emprego, leva a uma baixa auto estima. Manifestam ainda sofrimento causado pelos efeitos da doença e por tudo o que se relaciona com ela. Apresentam um *coping* ineficaz para a resolução dos seus problemas.

Quanto ao *Insight*, este encontra-se comprometido em alguns casos, se por um lado referem ter uma doença mental, por outro, referem sentir-se bem e sem queixas mesmo manifestando sentimentos de tristeza, angústia e isolamento. Avaliam a sua saúde mental, numa escala de 0 a 10, em 8 e alguns em 10. A sua auto avaliação sugere que estes se “conformaram” ao estado de doença, revelando uma clivagem entre o que pensam/sentem e o que

identificam como nível de mau estar mental.

Quanto à gestão do seu estado de saúde, a maioria refere a necessidade de esclarecimento relativamente aos medicamentos e aos seus efeitos secundários e reações adversas, bem como interação com outros medicamentos que necessitem, como por exemplo os antibióticos. Emerge na análise dos dados uma boa adesão aos tratamentos (contrapondo a percepção inicial da equipa).

Todos referiram ter consciência da importância dos medicamentos para andarem bem, muito embora alguns tenham referido que preferiam não precisar de os tomar. Todos referem ter acompanhamento de consulta de psiquiatria e gostar da/o psiquiatra.

Consideram as atividades da Unidade importantes para as suas vidas, preenchendo melhor os seus dias e sentindo-se mais acompanhados e aceites. No entanto não vêm este espaço como parte do seu plano terapêutico.

Os resultados das entrevistas foram confrontados com os processos clínicos, verificando-se também que estas pessoas estão a aderir aos tratamentos, não havendo no último ano história de recaídas.

Diagnóstico da situação: (CIPE B2).

FOCO – Bem-estar psicológico; Diagnóstico – Bem-estar Psicológico comprometido em grau elevado.

FOCO – Auto-estima; Diagnóstico - Auto-estima prejudicada em grau elevado.

FOCO – Tristeza; Diagnóstico – Tristeza demonstrada em grau reduzido.

FOCO – Sofrimento; Diagnóstico – Sofrimento demonstrado em grau moderado.

FOCO Ansiedade; Diagnóstico – Ansiedade demonstrada em grau elevado.

FOCO - Socialização; Diagnóstico – Socialização comprometida em grau elevado

FOCO Delírio Diagnóstico –Delírio demonstrado em Grau reduzido.

FOCO Adesão ao regime terapêutico; Diagnóstico - Adesão ao Regime Terapêutico demonstrado.

FOCO *Coping*; Diagnóstico – *Coping* ineficaz;

FOCO Estigma; Diagnóstico – Estigma Presente em grau elevado

Etapa de planeamento: Apesar de estar perante um grupo que, no momento, está numa fase de adesão aos tratamentos, não deixa de fazer sentido intervir ao nível da prevenção terciária, pelo que é fundamental preservar a motivação destas pessoas para se conseguirem manter o plano de reabilitação.

Tendo em conta os diagnósticos formulados, foi planeada a formação de um Grupo Terapêutico de cariz Psicoeducativo, tendo uma abordagem psicodinâmica com uma base teórica de compreensão psicanalítica. A esse grupo demos o nome de:

“Grupo Terapêutico Remédios para Comunicar”

Periodicidade das sessões e local de realização: Grupo fechado, constituído por 16 elementos, 13 utentes, um terapeuta, um co-terapeuta e uma aluna mestranda em saúde mental e psiquiatria, com frequência quinzenal, com duração de uma hora. 21 Sessões. Teve início a 17 de Junho de 2011 finalizando a 11 de Maio de 2012.

Uma vez que estas pessoas tendem para o isolamento social e que uma das suas grandes dificuldades é o estabelecimento de relações satisfatórias e partindo da teoria de Hildegard Peplau da enfermagem psicodinâmica, entendemos que a Terapia de Grupo constitui uma forma privilegiada de proporcionar a estas pessoas uma vivência interpessoal e de coesão grupal significativa. Procurando melhorar a sua interação social e reduzir a sua angústia, enquanto a ajuda a aceitar o sofrimento.

Objetivos da intervenção: Promover as relações Interpessoais; Promover o *Empowerment* e o envolvimento dos utentes no seu próprio processo de tratamento; Facilitar a expressão de sentimentos acerca da doença mental e dos tratamentos; Identificar e esclarecer as dúvidas existentes relativamente aos medicamentos que tomam diariamente; Promover a relação terapêutica, ajudando os doentes na identificação e elaboração de estratégias para melhorar a saúde mental; Promover o *Insight*.

Etapa de Execução de intervenção:

O grupo foi iniciado, sendo um momento desejado pelos técnicos, partindo para ele com grande expectativa.

No início, foram sentidas algumas dificuldades de ordem logística, em encontrar um *Setting* que oferecesse privacidade ao grupo. Este movimento no sentido de oferecer um espaço seguro e de qualidade foram importantes para o grupo perceber a nossa preocupação para com eles favorecendo a relação terapêutica.

Durante a realização das sessões foram feitos alguns registos relevantes, que ajudaram mais tarde a avaliar a evolução do grupo. Os elementos foram informados da necessidade destes tendo dado autorização que fossem feitos.

Na execução das sessões foi importante desenvolver habilidades de escuta e prestar atenção aos processos de transferência e contra transferência.

O conhecimento que adquirimos sobre nós, quer na psicoterapia pessoal quer na grupal que fizemos, desempenhou um papel preponderante na capacidade de perceber as nossas respostas de contra transferência, de reconhecer as nossas distorções pessoais e pontos cegos, permitindo a nossa efetividade.

Fomos compreendendo todo o processo da condução de um grupo, sendo o papel dos terapeutas muito mais de criação de um ambiente contentor e promotor da comunicação efetiva, do que um papel diretivo e doutrinário.

Etapa de avaliação da intervenção: Esta foi feita em dois tempos distintos, avaliação intermédia e final. Todo o processo foi supervisionado sendo esta condição *Sine qua non* para a evolução do grupo. Relativamente aos diagnósticos que formulamos, verificou-se a seguinte evolução:

Bem-estar Psicológico comprometido em grau reduzido – Por sentirem que este espaço é um apoio e um suporte, que os aceita e os respeita.

Auto-estima prejudicada em grau moderado - Ao longo das sessões, foram aparecendo com uma higiene pessoal mais

cuidada, roupa sem nódoas, alguns começaram a fazer desportos por estarem a aumentar de peso.

Tristeza demonstrada em grau elevado - Ao longo das sessões foi-se evidenciando cada vez mais, nas expressões e conteúdos, esta tristeza, embora comece a ser possível vivê-la no grupo e percebê-la, estando o grupo a sugerir estratégias de uns para os outros, emergindo um *coping* mais eficaz.

Sofrimento demonstrado em grau reduzido – Este sofrimento foi-se manifestando em narrativas de momentos vividos, que se evidenciam nas suas vivências nos internamentos com os profissionais de saúde. Foi nestes internamentos que se sentiram mais marginalizados e relembrou-nos com angústia e revolta. Pensamos que este sofrimento pode ser minimizado com o padrão de relacionamento que foi possível viver com os terapeutas do grupo (numa experiência emocional corretiva).

Ansiedade demonstrada em grau reduzido – Esta ansiedade ainda foi manifestada por alguns elementos sob forma de algum humor desajustado, como anedotas picantes e risos exagerados.

Socialização comprometida em grau moderado – Ao longo das sessões, foi-se verificando um aumento das relações interpessoais e uma maior participação, havendo cada vez menos necessidade da intervenção dos terapeutas, e uma maior contenção feita pelos utentes na relação de uns com os outros. No entanto, a socialização fora do espaço do grupo ainda lhes continuou a ser difícil, uma vez que se sentiam estigmatizados pela sociedade.

Passou a haver convites para almoçar entre os elementos e vontade de se visitarem quando ficaram doentes. O espírito de solidariedade entre eles foi-se intensificando.

Delírios demonstrados em grau moderado Verificaram-se alguns delírios mas não atividade alucinatória.

Adesão ao Regime Terapêutico demonstrado – Todos os utentes tem conhecimento da importância da medicação para minimizar o seu sofrimento e para viverem com melhor qualidade de vida. Apenas houve uma recaída ao longo

das sessões mas não foi possível esclarecer o que a originou. No entanto, alguns elementos, nomeadamente este, revela que os seus familiares “boicotam” a medicação.

Na 16ª sessão começamos a falar do fim do grupo tendo sido possível ir fazendo o desmame. Esta fase foi vivida por eles com muita angústia, estando permanentemente a tentar negociar que o grupo continuasse.

Também nesta fase veio de novo a necessidade em falar de medicamentos, e alguma resistência em falar no assunto. Falar do fim fez com que se fizessem associações a ideias de morte.

A partir desta sessão foi um assunto penoso para todos ficando sempre a questão de se poder continuar noutro lugar.

Conclusão

Desde a entrevista diagnóstica que iniciou todo este processo, percebemos que a assistência de enfermagem ao portador de transtorno mental é alicerçada principalmente na relação interpessoal utilizada com uma intencionalidade terapêutica. Na condução do grupo, seguimos os pressupostos da relação de ajuda, valorizando sempre as pessoas e não os problemas que estas apresentam. As etapas da enfermagem psicodinâmica afastam os enfermeiros de uma orientação de doença para um significado psicológico explorando os seus sentimentos e comportamentos e incluindo-os nas suas intervenções. Verificou-se que, à medida que o relacionamento terapêutico se aprofundou, os elementos do grupo começam a falar de sentimentos mais profundos e de desejos, libertando-se de estruturas defensivas. Só assim foi possível verificar um crescimento na interação do grupo e uma melhoria na sua condição de saúde mental. Trata-se de uma população com uma grande vulnerabilidade, suscetível de perder a motivação para manter o comportamento de adesão ao tratamento.

Falar de medicamentos é, no nosso entender, uma forma de se comunicarem. Associam medicamentos “benignos” e “malignos” a relações “benignas” e “malignas” ou perigosas. A toma da medicação tem de ser vista, por estes, como sendo uma escolha e não uma submissão...

A intervenção em grupo permitiu não só satisfazer os seus apelos iniciais de saber sobre efeitos dos medicamentos, como permitiu fortalecer a coesão do grupo que já existia noutro contexto de cuidados mas que não se conheciam verdadeiramente, melhorou as suas relações interpessoais, aumentou o *insight* diminuiu o *estigma* sentido, e acima de tudo, tiveram oportunidade de experimentar um espaço que lhes deu autonomia e respeito pelas suas decisões. Foi descrito por um dos elementos:

Os resultados desta intervenção, apesar da sua subjetividade e grupo restrito, carregam sentimentos importantes e profundos que revelam o que é possível construir com pessoas portadoras de doença mental de evolução prolongada.

É fundamental que os profissionais de saúde tenham um “olhar” diferente para estas pessoas, que carregam com elas revolta e angústia trazidos também das Instituições de Saúde onde estiveram internadas. Cada vez mais se olha a doença esquecendo que, à frente desta, está uma pessoa com necessidades que precisam ser acauteladas e são estas que legitimam os cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Archer, Luis (2006). **Da Genética à Bioética – Vulnerabilidade** – Cadernos de Bioética nº 42, Publicações, Lda., Coimbra.

Carmo, H.; Ferreira, M. M. (1998). **Metodologia de Investigação – Guia para Auto-aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta.

Catálogo da Classificação Para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2009) – Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros Abril.

Fernandes, W.J.; Betty, S.; Beatriz.F. (2003). **Grupos e Configurações Vinculares**. Artmed editora, Santana.

Figueira, M. (2002) Prefácio. IN P. Afonso (2002). **Esquizofrenia. Conhecer a doença**. Climepsi, Lisboa.

Gabbard Glen O. (2006). **PsiquiatriaPsicodinâmica naPrática Clínica– 4ª edição**. Artmed, Porto.

Lazure, H. (1994). **Viver a relação de ajuda**. Lusodidática, Lisboa.

Yalon, Irvin.(2005).**Psicoterapia de Grupo**. Teoria e prática. Artmed editora, 5ª edição, Porto.

NEVES, Maria do Céu Patrão, - **Sentidos da Vulnerabilidade**: Característica, Condição, Princípio, p. 5.

Neeb, Kathy (2000). **Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental**. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.

NUNES, E.P.L. (1998). **Que é ser Pessoa**. *Cadernos de Bioética*. N.º16.

Peplau HE (1990). *Relaciones Interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermeira psicodinâmica*. Barcelona: Masson Salvat.

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Categorias e subcategorias *à priori* para a análise dos dados

TEMA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE SIGNIFICADO DO GUIÃO
Perceção do estado de saúde mental	- Saúde no geral	-P1; P3; P4, P8 “... Estou bom...” - P2 “Andava mal, ouvia vozes. Sinto-me bem neste momento...” -P5 “Sofro de problema de saúde mental” - P6 “Sofro só de fígado...” - P7 “Tenho Depressão e epilepsia” - P9 “ Tenho depressão” - P10 “ Tenho um problema” - P11 “ Sofro de ansiedade e stress... o Jogo da bola é que estragou tudo...” - P12 “ Tenho doença mental” - P13 “ Tenho fobia ao diabo”
	- Sintomas	P1 – “Não durmo nada... a sexualidade é que me dói” P2; P3; P5; P8;P12 – “Não sinto nada...” - P4 “ Tenho sonolência” - P6 “ Sinto-me inferior lá fora” - P9 “ Não consigo fixar coisas” - P10 “ Tenho nervos...” - P11 “ Ansiedade e stress”

<p>- Avaliação do estado de saúde mental de 0-10</p>	<p>- P13 “ Medo que me façam mal”</p> <p>P1 – Sinto-me mais feliz” – 7</p> <p>P2 “ Quem tem saúde a mais não convence ninguém. Estou mais ou menos – 10</p> <p>P3;P7;P11 “Estou no 8”</p> <p>P4; P10 “Estou no 9”</p> <p>P5; P12“ Estável – 10”</p> <p>P6 “ Tenho problemas de inibição - 5”</p> <p>P13 “ Sinto-me amarrado mas não estou por isso dou 7”</p>
<p>Consequências do estado de saúde</p> <p>No dia a dia como interfere na vida</p> <p>Na reação com os outros</p>	<p>P1;P3;P4;P6;P8;P9;P10;P11;P13</p> <p>“Interfere..”</p> <p>P2 “ Não interfere...”</p> <p>P5 “ Interfere porque tenho de deixar de trabalhar...”</p> <p>P7 “ Não interfere se estiver a tomar os medicamentos...”</p> <p>P1 “ Gostava de casar e não posso...”</p> <p>P2 “Tenho amigos”</p> <p>P3 “Depois da colónia comecei a falar mais... sem os meus pais”</p>

P4 “Sou tímido e o Fórum ajuda”

P5 “ Tenho poucas amizades, gostava de casar...”

P6 “ Não arranjo trabalho...”

P7 “A minha mãe não me deixa conviver com os outros a pensar que me fazia bem fazia-me mal...”

P8;P10 “Não tenho amigos devido ao estigma”

P9 “ Os meus pais põe problemas nas minhas amizades...”

P11 “ Não tenho vida amorosa, não consigo amar... Se me apaixonar não posso dar um futuro porque não me dão trabalho, não há futuro...”

P12 “ Já percebi que os outros não se riem de mim...”

P13 “ Fico com ideias de que os outros me querem fazer mal...”