



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

**CUIDADOS INTEGRADOS DE RECUPERAÇÃO
NO ÂMBITO DA DOENÇA MENTAL**

Carla Maria de Faria Custódio

Orientador:
Professora Dulce Cabral de Magalhães

ÉVORA

2012

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

**CUIDADOS INTEGRADOS DE RECUPERAÇÃO
NO ÂMBITO DA DOENÇA MENTAL**

Carla Maria de Faria Custódio

Orientador:

Professora Dulce Cabral de Magalhães

CUIDADOS INTEGRADOS DE RECUPERAÇÃO NO ÂMBITO DA DOENÇA MENTAL

RESUMO

Problemática: Acompanhamento progressivo dos doentes mentais e disponibilização de cuidados especializados nas Unidades de Ambulatório (vs. internamento), numa perspectiva de cuidados integrados no âmbito da doença mental, ao abrigo do Programa CIR.

Objectivo: Desenvolvimento de competências no processo de avaliação diagnóstica e intervenção a uma população portadora de doença mental.

Metodologia: Seguimento de 10 doentes com patologia mental diversa através de Entrevistas de Ajuda e dos Materiais Informativos do Programa CIR nas sessões realizadas, favorecendo o desenvolvimento de competências.

Resultados: A minha aquisição e desenvolvimento de competências conduziram os doentes a aprenderem a conhecer e a gerir os sinais/sintomas da sua doença e respectivo plano terapêutico, tornando-os mais capazes e autónomos.

Conclusões: Corroborando outros estudos na área, conclui-se que a prática de cuidados integrados no âmbito da doença mental, capacita o doente para um melhor conhecimento/gestão da doença e favorece o desenvolvimento de competências pessoais e rentabilização dos recursos disponíveis.

Palavras-chave: Doença mental; Cuidados Integrados de Recuperação; Reabilitação psicossocial; Entrevista/Relação de ajuda.

INTEGRATED RECOVERY CARE WITHIN THE FIELD OF MENTAL ILLNESS

ABSTRACT

Problem: Progressive follow-up of mental patients and availability of specialized care in the Ambulatory Units (vs. hospitalization), in a perspective of integrated care within the field of mental illness, under the CIR Program

Goal: Skill development in the diagnostic assessment and intervention process in a population with mental illness.

Methodology: Follow-up of 10 patients with various mental pathologies via Help/Aid Interviews and the Informative Materials of the CIR Program in the sessions held, favoring the development of skills.

Results: My acquisition and skills development led the patients learned to recognize and manage the signs/symptoms of their illness and its treatment plan, making them more capable and independent.

Conclusions: Supporting other studies in the field, it was concluded that the practice of integrated care within the field of mental illness, enables the patient for a better knowledge/understanding/management of his/her illness and favors the development of personal skills and the maximizing of the available resources.

Keywords: Mental illness; Integrated Recovery Care, Psychosocial rehabilitation; Help/Aid Interview/Relationship

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que a elaboração deste relatório fosse possível.

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro nº 1 – Caracterização sócio-demográfica dos utentes em CIR | 32 |
| Quadro nº 2 – Caracterização do estado de saúde dos utentes e a adesão ao Programa | 34 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 – Evolução da Auto-estima (P1) | 38 |
| Gráfico 2 – Evolução da Auto-estima (P3) | 39 |
| Gráfico 3 – Evolução da Auto-estima (P6) | 39 |
| Gráfico 4 – Evolução da Auto-estima (P9) | 40 |
| Gráfico 5 – Evolução da Solidão (P3) | 41 |
| Gráfico 6 – Evolução da Solidão (P6) | 41 |
| Gráfico 7 – Evolução do Controlo do Pensamento Distorcido (P1) | 42 |
| Gráfico 8 – Evolução do Controlo do Pensamento Distorcido (P6) | 43 |
| Gráfico 9 – Evolução do Controlo da Ansiedade (P1) | 44 |
| Gráfico 10 – Evolução do Controlo da Ansiedade (P3) | 44 |
| Gráfico 11 – Evolução do Controlo da Ansiedade (P6) | 45 |
| Gráfico 12 – Evolução do Equilíbrio do Humor (P1) | 46 |
| Gráfico 13 – Evolução do Equilíbrio do Humor (P2) | 46 |
| Gráfico 14 – Evolução do Equilíbrio do Humor (P3) | 47 |
| Gráfico 15 – Evolução do Equilíbrio do Humor (P7) | 47 |
| Gráfico 16 – Evolução do Equilíbrio do Humor (P9) | 48 |
| Gráfico 17 – Evolução do Ajuste psicossocial: mudança de vida (P1) | 49 |
| Gráfico 18 – Evolução do Ajuste psicossocial: mudança de vida (P2) | 49 |
| Gráfico 19 – Evolução do Ajuste psicossocial: mudança de vida (P3) | 50 |
| Gráfico 20 – Evolução do Ajuste psicossocial: mudança de vida (P6) | 50 |
| Gráfico 21 – Evolução do Ajuste psicossocial: mudança de vida (P7) | 51 |
| Gráfico 22 – Evolução do Ajuste psicossocial: mudança de vida (P9) | 51 |
| Gráfico 23 – Evolução da Auto-contenção contra o suicídio (P3) | 52 |
| Gráfico 24 – Evolução do Controlo de riscos: uso de álcool (P3) | 54 |

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 0 – INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 1 – CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DO CONTEXTO CLÍNICO..... | 12 |
| 1.1 – PROGRAMA CIR | 16 |
| 2 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES E DOS CUIDADOS DE SAÚDE..... | 20 |
| 2.1 – A POPULAÇÃO ALVO..... | 22 |
| 3 – PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 23 |
| 3.1 – DESENVOLVIMENTO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA | 30 |
| 3.2 – DESENVOLVIMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E EVOLUÇÃO CLÍNICA DOS UTENTES EM CIR | 34 |
| 4 – ANÁLISE DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 55 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 58 |
| ANEXOS: DISPONÍVEIS EM SUPORTE INFORMÁTICO (CD – NO FINAL DO TRABALHO) | |

0 – INTRODUÇÃO

A complexidade do ser humano, numa perspectiva multidimensional, requer cada vez mais, uma abordagem alargada, no sentido de diagnosticar problemas e dar respostas efectivas e eficientes às suas necessidades. Sendo a Saúde Mental uma área transversal a todas as outras áreas da saúde do indivíduo/família/comunidade, em qualquer fase da vida, importa conhecer e desenvolver competências para efectivar com qualidade essas respostas.

Em conformidade com o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, os estudos epidemiológicos realizados nos últimos 15 anos revelam que as perturbações psiquiátricas e os problemas de Saúde Mental constituem a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais.

A doença mental comporta perturbações e desequilíbrios mentais dos quais resultam disfunções relacionadas com a angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, que acarretam pesados custos, perdas e sobrecargas aos cidadãos e às redes sociais (Livro Verde, 2005).

A doença mental está incluída no grupo das doenças crónicas, como tal, deve assumir uma abordagem integrada e continuada, no sentido de proporcionar ao doente mental/família uma vivência pautada pela autonomia, pelo ajuste psicossocial e pela qualidade na relação consigo e com os outros. Assente nesta premissa, torna-se fulcral desenvolver competências que facilitem e permitam gerir a doença sob o ponto de vista sintomático, terapêutico e relacional, o que deve acontecer em contexto clínico, pois é na área clínica que é possível alcançar-se a perícia e obter resultados, sustentados na conjugação de atitudes e habilidades, bem como na reflexão constante sobre todo o processo de desenvolvimento de competências, o qual, ainda que em diferentes perspectivas, é vivido tanto pelo doente como pelo profissional.

O desenvolvimento de competências em contexto clínico deve ser suportado por todo um processo de supervisão clínica, a qual, de acordo com a definição de Alarcão & Tavares (2003), contempla o desenrolar de todo um conjunto de mecanismos através dos quais uma pessoa com experiência e bem informada, acompanha e conduz o aluno no desenvolvimento humano, educacional e profissional. Na óptica dos autores, a orientação do aluno baseia-se numa atitude de monitorização sistemática da prática,

largamente apoiada por momentos de reflexão e experimentação primordialmente promotores de mudanças e de construção de saberes, que foi no fundo o que aconteceu ao trabalhar lado a lado com a Enfermeira Especialista que supervisionou o Ensino Clínico.

Decorrente do terceiro semestre do I Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, foi-nos proposto realizar um relatório (com vista à obtenção do grau de Mestre) descritivo das experiências profissionais, da aquisição de competências específicas na área da Saúde Mental e Psiquiatria e das intervenções de enfermagem específicas (avaliação diagnóstica, planeamento, execução de intervenções terapêuticas e avaliação destas), dirigidas a uma população de doentes mentais, no contexto clínico do estágio final.

Tanto o local do Ensino Clínico, como a população junto da qual se desenvolveram as intervenções de enfermagem, foram seleccionados com base nos interesses profissionais e pessoais de cada um, pelo que me pareceu pertinente integrar a equipa de cuidados de Saúde Mental e Psiquiatria da Unidade de Ambulatório do Hospital de São Bernardo (HSB) e colaborar na implementação do Programa de Cuidados Integrados de Recuperação (CIR), nomeadamente para a aquisição e desenvolvimento de competências fundamentais que considero necessárias a um desempenho eficaz e eficiente por parte do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Mental e Psiquiatria.

O Programa CIR contempla a recuperação de pessoas com doença mental grave (cuja representação do conceito é conferida de um carácter subjectivo e singular a cada indivíduo, de acordo com o manual que define e caracteriza o Programa), mediante uma série de sessões, com uma periodicidade semanal e com uma duração que pode ir de três a seis meses. Estas sessões têm lugar com o técnico de saúde, em equipa ou individualmente, e têm como principal finalidade, estabelecer uma estreita parceria com os utentes/pessoas significativas, no sentido de desenvolver competências e estratégias personalizadas que os ajudem a lidar com a sua doença mental e a prosseguir com a sua vida.

Nesta fase inicial de implementação do CIR, era objectivo do serviço e de acordo com o documento de trabalho que sustenta o Programa, a participação de indivíduos com doenças mentais graves (as quais, de acordo com o referido Programa incluem a esquizofrenia, a depressão e a doença bipolar), com funções cognitivas preservadas,

referenciados pelo médico assistente na consulta, ou pelo enfermeiro, dando especial atenção à vontade do doente em integrar o Programa, dado que a participação é voluntária. Assim, optei por intervir junto das pessoas portadoras deste tipo de patologias do foro psiquiátrico, dando especial enfoque à avaliação da sintomatologia clínica experienciada e passível de intervenção terapêutica.

Tendo em conta a singularidade dos utentes, bem como as particularidades organizacionais do serviço onde decorreu o Ensino Clínico, foram feitas as então consideradas oportunas e ajustadas adaptações ao desenvolvimento do programa no sentido de o melhor rentabilizar face aos recursos existentes.

Para além de contextualizar o serviço e os recursos existentes, este relatório tem como principais objectivos, caracterizar os doentes que participaram no Programa CIR durante o Ensino Clínico e dar a conhecer os principais benefícios da minha intervenção na evolução clínica dos utentes e no meu próprio desenvolvimento de competências.

É constituído por vários capítulos onde serão caracterizados e analisados o contexto clínico, os utentes e as necessidades de saúde, a par da metodologia e intervenções desenvolvidas na persecução dos objectivos. Por último inclui uma análise reflexiva das aprendizagens efectuadas e competências desenvolvidas durante este período e que de algum modo reflectem o meu novo “*eu*” pessoal e profissional.

1 – CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DO CONTEXTO CLÍNICO

O Ensino Clínico, decorreu na consulta externa de psiquiatria do Hospital de São Bernardo em Setúbal, com acompanhamento em ambulatório, dos doentes/família com sintomatologia clínica do foro psiquiátrico.

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E., engloba a Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA), a Unidade de Ambulatório (Consultas Externas e as Consultas Comunitárias no Alentejo) e a Unidade de Doentes de Evolução Prolongada (UDEP), a qual se situa a cerca de três quilómetros de distância do hospital. De acordo com o regulamento interno deste Centro Hospitalar, no seu Artigo 3º, a visão e missão do mesmo, assenta numa metodologia de trabalho que visa o reconhecimento desta entidade como uma instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento em ambulatório e internamento, ao mesmo tempo que perspectiva diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com o doente, assumindo-se como um centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação na prestação de cuidados.

A missão deste Centro Hospitalar, engloba também, a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizada e intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referência, cumprindo os contratos programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde.

A singularidade da missão do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, traduz-se na prestação de cuidados de psiquiatria ao indivíduo portador de doença mental, em todo o seu ciclo vital e em qualquer tipo ou estágio da mesma. Este departamento divulga também o desenvolvimento de programas de promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e inclusão social dos utentes de acordo com a respectiva área de abrangência, numa parceria articulada entre centros de saúde, as múltiplas entidades envolvidas nos processos cujo âmbito é a Saúde Mental, o apoio social e de uma forma mais alargada, a comunidade em geral. Assim, a principal finalidade deste departamento

passa por desenvolver uma rede de serviços locais, organizados numa perspectiva multidisciplinar e capazes de garantir a equidade na acessibilidade, bem como a eficiência e a qualidade na prestação dos cuidados.

A consulta externa do Hospital de São Bernardo em Setúbal, fica dentro da estrutura física da instituição, e tem como área de influência as localidades dos concelhos de Setúbal, Palmela, Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines, Odemira e Sesimbra.

A equipa que presta cuidados na UDEP e na Unidade Ambulatória, é constituída por 13 enfermeiros, sendo que na Unidade Ambulatória existe um enfermeiro responsável pela coordenação e um enfermeiro para a consulta externa. No âmbito dos cuidados em ambulatório, são ainda disponibilizados cuidados de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria à população de Sines e Santiago à segunda-feira e aos residentes na área de Grândola à quinta-feira. Nesta unidade colaboram ainda, 9 psiquiatras, uma assistente social, três secretárias de unidade e uma auxiliar de acção médica.

Os utentes são acompanhados pelo médico responsável da sua área de residência e também pelo enfermeiro de referência da área correspondente. Os utentes da consulta são encaminhados pela unidade de agudos após a alta, ou por outros serviços de saúde pertencentes às áreas de influência do hospital.

O serviço da consulta externa de psiquiatria e saúde mental do HSB é constituído, sob o ponto de vista físico e estrutural, por um guichet de serviço administrativo, uma sala reservada ao serviço social e vários gabinetes onde decorrem as consultas de psiquiatria geral, de pedopsiquiatria, terapia da fala e psiquiatria forense. Existe apenas uma sala de enfermagem, equipada com computador, mas onde os registos ainda são efectuados manualmente, uma vez que ainda não foi instalada programação informática de acesso aos dados dos utentes e que possa ser utilizada pelos enfermeiros. Nela é administrada terapêutica e são realizadas Entrevistas (de avaliação diagnóstica e de ajuda), aos doentes que aí recorrem. A coordenadora de enfermagem tem que partilhar um gabinete médico de acordo com a disponibilidade deste (2ª feira todo o dia, 3ª feira à tarde e por vezes de manhã e 4ª feira de manhã), sendo também este o espaço de que dispõe para desenvolver o Programa CIR, pelo que o agendamento das sessões está sempre condicionado pela existência ou não de consultas médicas, sendo programado em função do espaço disponível. O computador existente neste e nos outros gabinetes de

consulta apenas permite ao médico aceder aos dados dos doentes para passar receituário. A Enfermeira Coordenadora já solicitou junto da administração a instalação do programa informático que permite o acesso aos dados dos utentes e a realização dos registos de enfermagem. Actualmente, dispõe dos Materiais Informativos e de colheita de dados relativos ao Programa CIR no computador, porque os transcreveu do suporte de papel para o suporte informático, fazendo os registos das Entrevistas (e outros) por este meio. Esta falta de espaço e de equipamento disponível interferiu por vezes no meu percurso, contudo permitiu desenvolver a capacidade de melhor gerir o tempo e o espaço, no sentido de dar resposta às minhas necessidades enquanto profissional e estagiária, às necessidades dos utentes enquanto clientes dos serviços de saúde e principais alvos da qualidade dos cuidados e às necessidades dos outros profissionais, nomeadamente da Enfermeira Supervisora, pois também ela tem todo um trabalho a desenvolver, muitas vezes condicionado pela minha presença.

Para além do que já foi referido anteriormente, é de salientar que no departamento de Saúde Mental do CHS são realizadas reuniões semanais (4ª feira de manhã) onde deveriam estar presentes todos os médicos que prestam cuidados na consulta e no serviço de internamento, os técnicos do serviço social e de terapia ocupacional, os enfermeiros da UIDA com disponibilidade de participar na mesma e a coordenadora de enfermagem da Unidade de Ambulatório. Esta reunião tem como objectivo a apresentação e discussão clínica dos doentes internados e qual o seu percurso quando tiverem alta, nomeadamente o encaminhamento para a consulta, quer sob o ponto de vista médico, quer de enfermagem (administração de injectáveis, psicoeducação e outras intervenções terapêuticas). Nestas reuniões, apesar dos esforços do director de serviço, nunca estão presentes os médicos todos, estando os outros grupos razoavelmente representados. Uma vez por mês, na última sexta-feira, realiza-se a reunião de departamento, cujo objectivo é a partilha de experiências, a apresentação e discussão de casos clínicos e a informação de alterações à orgânica e dinâmica do departamento, no que se refere à oferta de serviços, procedimentos terapêuticos e recursos materiais e humanos, bem como um espaço de convívio e confraternização entre os vários profissionais. Também nesta reunião, que é extensiva a todo o pessoal do departamento independentemente da sua categoria profissional, se verificam muitas ausências, eventualmente resultantes da organização e cultura próprias desta instituição. Este encontro ocorre nas instalações da UDEP, uma quinta com espaço exterior agradável e

com instalações físicas adequadas para acolher todos os profissionais que queiram participar na reunião.

Luck, citado por Jericó *et al* (2008), perspectiva tanto a cultura como o clima organizacional, como algo que assenta num ideário subjacente à própria organização, bem como no conhecimento, tecnologias e carácter próprios, os quais são expressivos dos sentimentos e das reacções das pessoas que a integram. Para a autora, a cultura organizacional, espelha todo um conjunto de valores e crenças, que pautam as escolhas e tomadas de decisão por parte dos gestores, sendo que em Saúde é notório o efeito da cultura na organização hospitalar.

A consulta externa do departamento de psiquiatria tem vindo a ser reestruturada na sua orgânica funcional desde Janeiro de 2011. A coordenadora de enfermagem tem vindo a promover uma dinâmica inter e multidisciplinar no sentido de melhor atender às necessidades do utente/família e gerir e minimizar os conflitos organizacionais próprios desta cultura institucional.

A emergência de conflitos e a gestão dos mesmos é inerente ao funcionamento de qualquer organização, seja qual for a sua natureza. Múltiplos são os factores que estão na sua origem, sendo que a existência e gestão dos conflitos, tanto constituem um entrave ao desenvolvimento organizacional, como também podem promover o seu progresso e crescimento. Cecílio (2005), sustentado por autores como Burrell & Morgan, Lukes e Motta, descreve os conflitos como uma constante da dinâmica organizacional, quer sob o ponto de vista dos interesses de classe, quer relacionados com os diferentes níveis da estrutura social, no que se refere a questões de trabalho, contendas entre pequenos grupos e mesmo disputas interpessoais.

Na Unidade Ambulatória do Hospital de São Bernardo, ainda se vive um pouco uma filosofia de cuidados sectorial, com campos próprios para cada área profissional, tendo ainda pouca visibilidade o espírito e a partilha inter e multidisciplinar. É contudo de salientar a preocupação manifestada quer pela coordenadora médica quer pela coordenadora de enfermagem, em modificar, de forma progressiva e consistente, esta dinâmica relacional entre profissionais e conseqüentemente fomentar a melhoria da qualidade na prestação de cuidados.

A Unidade de Ambulatório do Departamento de Saúde Mental do CHS, no seguimento do que é defendido pela própria missão, tem no horizonte a prestação de cuidados especializados ao doente mental e família, cuidados esses que incluem cuidados de enfermagem especializados nesta área.

As intervenções de enfermagem definiam-se em acções psicoeducativas pouco estruturadas e maioritariamente decorrentes da avaliação do utente aquando da administração de terapêutica injectável prescrita pelo psiquiatra. Com a reorganização da gestão de enfermagem do referido departamento e em particular da Unidade de Ambulatório, revelou-se, ainda assim, pertinente aumentar a possibilidade de assumir a gestão de novas situações clínicas com base no uso do Programa CIR.

1.1 – Programa CIR

A elaboração do manual que define e caracteriza o Programa CIR, considera diversos autores que documentam a importância da educação no conhecimento da doença mental, da relação entre o enquadramento comportamental e uma melhor adesão à terapêutica, do treino de prevenção de recaídas e gestão de sinais e sintomas, das técnicas cognitivo-comportamentais, do treino de competências sociais e do combate ao estigma, entre outros temas e que constam do documento sob a forma de lista bibliográfica (Anexo 1). A par dos autores que serviram de suporte teórico às linhas orientadoras que constam do manual CIR, muitos outros estudos (Colômbia, Brasil, Austrália) defendem a abordagem do doente psiquiátrico de uma forma integrada e multidisciplinar e onde os planos e intervenções terapêuticas incluem, para além da vertente farmacológica, as dimensões psicoterapêuticas e das relações familiares e socioculturais inerentes ao ambiente particular de cada indivíduo (Fiumi, 2001, citando Gabbard). Deste modo, o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, mobiliza os recursos e as competências dos indivíduos portadores de doença mental, bem como os da comunidade em que está inserido, dando especial realce à pessoa na sua globalidade e não apenas ao diagnóstico clínico (Reinaldo, 2008), recebendo esta, de acordo com as suas necessidades, os cuidados adequados em regime de ambulatório, ainda que de forma articulada entre os serviços hospitalares e comunitários (Olasoji & Maude, 2010).

Tendo por base o preconizado pelo Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária de Cuidados Integrados e Recuperação (“PROFORM” – CIR, 2009), pareceu-me pertinente intervir junto de adultos que sofrem de doença mental grave, seja qual for a sua natureza, considerando todas as implicações que esta tem nas próprias pessoas/conviventes que a experienciam.

O Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave (CIR), engloba várias sessões com periodicidade semanal em que os profissionais de Saúde Mental ajudam o doente com sintomatologia desta natureza, a desenvolver estratégias personalizadas com o intuito de melhor lidar com a sua doença mental e prosseguir com a sua vida. Trata-se de um programa que pode ser feito individualmente ou em grupo e cuja duração vai de 3 a 6 meses, tendo por suporte Materiais Informativos que fornecem informação prática e algumas estratégias úteis ao doente mental no seu processo de recuperação. Nestes documentos são abordados os seguintes temas: Estratégias de Recuperação; Dados Práticos sobre a Doença Mental; O Modelo de Vulnerabilidade – Stress e Estratégias de Tratamento; Criar Redes de Suporte Social; Utilizar a Medicação de Modo Eficaz; Reduzir Recaídas; Lidar com o Stress; Lidar com os Problemas e Sintomas; Obter Resposta às suas Necessidades através do Sistema de Saúde Mental (“PROFORM” – CIR, 2009).

Tomando como ponto de partida a avaliação diagnóstica de cada indivíduo, nem sempre é aconselhável apresentar os temas anteriormente referidos pela ordem em que estão descritos, pois é com base na avaliação efectuada e nas necessidades específicas de cada utente, que devem ser adaptadas, estruturadas e planeadas as sessões com vista à sua recuperação e reabilitação.

O conceito de recuperação, de acordo com o documento “PROFORM” – CIR (2009), assume um carácter de subjectividade uma vez que pode ser encarado de formas diferentes, por pessoas diferentes. Contudo, é consensual entre os profissionais, a aceitação da recuperação numa óptica orientadora da ajuda e acompanhamento dos indivíduos com experiência de sintomas psiquiátricos na persecução dos seus objectivos e no alcance do sucesso pessoal das suas vidas.

A selecção dos participantes no Programa fundamenta-se, essencialmente, na experiência e vivência de sintomatologia psiquiátrica, sendo que a maioria das pessoas nestas condições beneficia e adquire competências através deste Programa. O Material

Informativo constante do CIR, aborda três patologias frequentes: esquizofrenia, doença bipolar e depressão major, pelo que para os indivíduos com este tipo de vivências poderá ser mais benéfica a participação. Porém, como muita da informação não é específica para nenhuma doença mental, pessoas portadoras de qualquer tipo de sintomatologia clínica do foro psiquiátrico e independentemente do início e tempo da doença, poderão ter ganhos em integrar o Programa “PROFORM” – CIR (2009).

O CIR pode ser aplicado individualmente ou em grupo, havendo vantagens para ambos os formatos. De acordo com a mesma fonte, a abordagem individual, permite adaptar o Material Informativo às necessidades da pessoa, ao passo que o formato de grupo promove e fomenta fontes de comparação, motivação, ideias, apoio e exemplos a seguir entre os seus participantes, ao mesmo tempo que se torna menos dispendioso. As sessões são semanais e com duração aproximada de 45 a 60 minutos, tempo esse que é determinado pela capacidade da pessoa em permanecer interessada e reter a informação importante, podendo ou não envolver pessoas significativas de acordo com a decisão do doente.

O CIR é caracterizado por um conjunto de valores, como a esperança, auto-determinação, colaboração, respeito e o reconhecimento da perícia da pessoa, no processo de experiência e vivência da doença mental, os quais devem constituir, acima de tudo, um meio facilitador da relação entre o profissional e o participante, num processo de reciprocidade, já que ambos usufruem de resultados. Se por um lado o participante aprende a lidar melhor com a sua patologia e a progredir no sentido da recuperação, o profissional desenvolve também uma série de competências clínicas que contribuem para o seu crescimento e perícia.

Os principais princípios pedagógicos deste Programa assentam em estratégias motivacionais, educacionais e técnicas cognitivo-comportamentais usadas no decorrer das sessões, a par de trabalhos de casa que, cumulativamente, permitem a revisão e o treino da informação e competências do CIR fora dos encontros. Assim, com base numa informação diversificada e em múltiplas estratégias e técnicas de intervenção, conforme descrito no manual de trabalho do Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária “PROFORM” (2009:7), é legítimo reconhecer como grandes objectivos do Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave (CIR), os seguintes:

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

O Programa CIR foi iniciado em Fevereiro de 2010 pela Enfermeira Coordenadora, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, após já ter sido previamente apresentado e explicado por esta, aos médicos e restante equipa. Inicialmente, os utentes começaram por ser referenciados pela coordenadora médica em contexto de consulta, sendo posteriormente enviados por outra das médicas e enfermeiros da sala de tratamentos. Assim foram definidos como principais critérios de inclusão os seguintes:

- Apresentar diagnóstico de patologia psiquiátrica;
- Ser seguido na consulta de psiquiatria;
- Demonstrar capacidades cognitivas minimamente preservadas;
- Apresentar compromisso nalgumas áreas de vida relacionadas com a doença;
- Beneficiar de psicoeducação e/ou outras intervenções relevantes à sua autonomia;
- Querer participar no Programa.

2 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES E DOS CUIDADOS DE SAÚDE

A população que recorre a este serviço é oriunda dos concelhos de Setúbal, Palmela, Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines, Odemira e Sesimbra e recebe cuidados médicos por área de referência. De acordo com informação fornecida pelo serviço de estatística do Centro Hospitalar de Setúbal, durante o ano 2010 contabilizaram-se 14.100 consultas de psiquiatria (pedopsiquiatria, psiquiatria-receituário, psiquiatria de dor e psiquiatria geral) das quais, 10.159 relativas à psiquiatria geral.

O tratamento dos doentes mentais é, maioritariamente, feito em ambulatório com o propósito de reduzir distúrbios, permitir o retorno a uma vida relacional dentro da normalidade, a uma possível reabilitação socioprofissional e simultaneamente à promoção e restauração da autonomia (Cases & González, 2010).

As pessoas com doença mental grave, por norma experienciam e manifestam um conjunto de múltiplas disfunções cognitivas e emocionais, que podem comprometer a percepção, o pensamento, a linguagem e a comunicação, o comportamento, o afecto, a fluência e produtividade do pensamento e do discurso, a volição, o impulso e a atenção (entre outras), do indivíduo portador da doença (DSM IV, 2004). A título de exemplo, num doente portador de esquizofrenia, os sintomas positivos podem compreender duas dimensões distintas: a “dimensão psicótica”, que inclui delírios e alucinações, e a “dimensão da desorganização” que engloba o discurso e o comportamento desorganizado. A par destes, os sintomas negativos incluem restrições na amplitude e intensidade da expressão emocional, na fluência e produtividade do pensamento e na capacidade de iniciar ou dar continuidade a actividades profissionais ou sociais (DSM IV, 2004).

Na pessoa que sofre de doença mental, com ou sem sintomas psicóticos, podem-se verificar acentuadas alterações de comportamento que reflectem focos de intervenção expressos em dificuldades no desempenho de actividades da vida diária, em particular as relacionadas com a alimentação, o auto-cuidado e os padrões de sono, em paralelo, como já referido anteriormente, com as dificuldades sentidas ao nível socioeconómico, profissional, afectivo e familiar (Laraia & Stuart, 2002).

Sendo várias as patologias dos doentes que recorrem à Unidade de Ambulatório, é notória a vivência de sintomatologia psicótica quer actual quer passada. Grande parte destes utentes, como já foi referido, faz terapêutica injectável antipsicótica e é avaliado e acompanhado pelo enfermeiro da sala de tratamentos, que desenvolve com estes algumas acções psicoeducativas de acordo com a avaliação efectuada no momento.

Os cuidados de enfermagem na Unidade de Ambulatório englobam não só a administração de terapêutica prescrita, como também acções psicoeducativas e promotoras da relação de ajuda, permitindo um seguimento da evolução do estado de saúde destes doentes, bem como a articulação com outros técnicos, nomeadamente os da área social e dos serviços de saúde e outros equipamentos da comunidade. Neste contexto e em concordância com o que se defende actualmente, o acompanhamento e seguimento do indivíduo portador de doença mental assenta fundamentalmente numa vertente farmacológica, no entanto, para um maior sucesso dos resultados na sua recuperação, é fundamental a associação de outras intervenções terapêuticas, nomeadamente as relacionadas com a psicoeducação e reabilitação psicossocial.

Cases & González (2010), defendem que a reabilitação psicossocial contribui para a melhoria da qualidade de vida, autonomia, integração social, assim como permitem ao doente com transtorno mental grave e crónico, compreender e lidar melhor com a doença.

Os mesmos autores (2010), citando Desviat consideram que o principal objectivo da reabilitação psicossocial consiste num conjunto de técnicas que permitem uma vida mais normal, com a melhor qualidade possível, a doentes mentais crónicos cuja doença tenha originado limitações ou incapacidade para o desempenho das suas actividades sociais e conseqüentemente desvantagens nesse mesmo desempenho. O principal objectivo destas técnicas não é a “cura”, mas sim desenvolver ou descobrir competências sociais aos doentes que lhes permitam usufruir da mais completa cidadania, sob o ponto de vista político, jurídico, civil, económico e da própria saúde em geral.

O Plano Nacional de Saúde Mental através da “Declaração sobre Saúde Mental para a Europa”, subscrita em Helsínquia por todos os Ministros da Saúde dos Estados Membros da União Europeia em 2005, incluindo Portugal, defende a necessidade de promover o bem-estar mental, lutar contra o estigma, a discriminação e a exclusão

social, a prevenção dos problemas de Saúde Mental, a prestação de cuidados no quadro de serviços e de intervenções integradas na comunidade e eficazes, prevendo a participação dos utentes e cuidadores, bem como a reabilitação e a integração social das pessoas que sofrem de problemas mentais graves. Fuller *et al* (2011), num estudo levado a cabo na Austrália, revelou a evidência de benefícios clínicos deste tipo de abordagem ao doente mental (principalmente no doente depressivo), nomeadamente ao nível da redução de sinais e sintomas, de melhor resposta e envolvimento do doente/família nos regimes terapêuticos, redução de recaídas e dos tempos de internamento, o que é demonstrado por significativas melhorias ao nível das funções físicas e sociais dos indivíduos.

2.1 – A POPULAÇÃO ALVO

Participaram no Programa CIR, 10 indivíduos com vivência e experiência de sintomatologia de doença mental, seguidos na consulta externa de psiquiatria geral, os quais foram admitidos durante o período de 7 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011, por referência médica ou de enfermagem e de acordo com os critérios de selecção pré-definidos.

3 – PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O desenvolvimento de competências conduz à perícia do desempenho, nomeadamente no que respeita aos processos de tomada de decisão com os quais somos confrontados diariamente. A área da saúde tem vindo ao longo dos tempos a ser subsidiada por inúmeras transformações e inovações, as quais determinaram uma progressiva e crescente preocupação com a cientificidade do raciocínio clínico e da tomada de decisão por parte do enfermeiro na sua prática e, conseqüentemente, com a selecção de intervenções ajustadas a cada situação e a cada pessoa. Partindo desta premissa e partilhando da visão de Galvão *et al* (2004), emerge a necessidade de desenvolver uma prática sustentada na evidência e que promova a validação científica da profissão de enfermagem e dos cuidados prestados.

A evidência é “algo” que fornece provas, logo é o reflexo da aliança entre a teoria e a prática, o que no fundo traduz o trabalho de enfermagem, com todo um desenvolver de competências para prestar cuidados de qualidade para melhor lidar e gerir com as dificuldades e as surpresas subjacentes à realidade encontrada, (Greenwood, 2000; Cruz *et al*, 2005 e Lopes, 2006).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESM), revela na sua prática clínica toda uma diversidade de saberes e conhecimentos de âmbito técnico, científico e humano, ao mesmo tempo que evidencia complexidade ao nível do julgamento clínico e tomada de decisão, os quais, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas desta Especialidade (2011), se reflectem num leque variado de competências clínicas especializadas. Ainda de acordo com a mesma fonte, a aquisição e desenvolvimento destas competências promove e permite uma resposta dinâmica às necessidades de saúde do indivíduo, configurada de acordo com a diversidade e complexidade dos contextos, dos saberes, experiências e vivências de cada um dos intervenientes deste processo.

Henderson (2007), citando o preconizado pela World Health Organization (WHO), diz-nos que todo o processo de promoção da Saúde Mental é encarado como um estado de bem-estar a partir do qual a pessoa constrói e edifica as suas capacidades, desenvolve os seus próprios mecanismos para enfrentar e combater o stress, alcança e mantém a produtividade profissional, dando assim o seu contributo para a comunidade em que

está inserido. Assim, e em concordância com o Relatório Mundial de Saúde (2001), é legítimo afirmar-se que os bons cuidados, independentemente da forma e local onde são prestados, sustentam-se e são orientados por alguns princípios essenciais, os quais se revestem de primordial relevância no desenvolvimento de competências na área da Saúde Mental, nomeadamente: o diagnóstico e intervenção precoce, a participação do utente e parceria com a família, o envolvimento da comunidade local e integração nos cuidados primários de saúde.

O Enfermeiro Especialista é um elemento promotor de uma compreensão profunda da pessoa em todo o seu ciclo vital e seus envolventes, nomeadamente nos processos de saúde/doença que lhe podem estar associados. Assim, poderá e deverá diagnosticar e atender as necessidades e respostas da pessoa humana nas suas múltiplas especificidades, com intervenções responsáveis e adequadas e tendo no horizonte os ganhos em saúde, Hesbeen (2000). Neste processo é fundamental ter em conta o indivíduo/família/comunidade como um elemento activo, ou seja, aquilo a que Shultz *et al* (1995:310) designa de *empowerment* individual e que é a “*capacidade desenvolvida pelo indivíduo em tomar decisões de vida pessoais e está relacionada com constructos de auto-eficiência fundamentada na compreensão do contexto sócio-político e de competência pessoal (desenvolvimento de competências para a mudança)*”.

Partilhando do que nos diz Lopes (2006), tanto o processo de avaliação diagnóstica como o de intervenção terapêutica, estão intimamente ligados e conduzem naturalmente a um processo de avaliação, sem que tudo ocorra de uma forma sequencial em que um antecede o outro. A ocorrência destes processos faz-se de forma continuada até que se dá por terminada a relação estabelecida entre o enfermeiro e o utente.

Torna-se fulcral conhecer a forma como o doente encara a sua doença, o que sabe sobre ela e como a perspectiva e quais os recursos pessoais, ou outros, de que dispõe para lidar com a situação (CIR, 2009). A observação e compreensão do doente numa óptica que, para além do diagnóstico clínico, inclua todas as suas dimensões, constituem também ferramentas indispensáveis a um diagnóstico de enfermagem fundamentado e baseado nos focos alterados ou comprometidos para os quais foram planeadas intervenções de enfermagem, cujos resultados esperados espelham os reais objectivos destas mesmas intervenções.

Neste contexto, tornaram-se objectivos de intervenção todo um conjunto de metas a atingir, tanto sob o ponto de vista do meu desempenho pessoal e profissional, como também numa perspectiva de recuperação e reabilitação dos utentes acompanhados.

O contexto clínico com toda a sua riqueza de interacções entre profissionais e utentes/família, nomeadamente com a aplicação e desenvolvimento deste Programa, favoreceu o desenvolvimento das competências acima mencionadas, ao mesmo tempo que permitiu perspectivar a pessoa portadora de doença mental de uma forma mais abrangente e integrada.

O processo de desenvolvimento de competências engloba todo um conjunto de procedimentos que vão desde o conhecimento da dinâmica funcional do serviço, dos profissionais que aí trabalham e das necessidades globais e específicas dos indivíduos que procuram e recebem os cuidados de saúde.

Assim, é legítimo afirmar-se que neste processo, qualquer recolha de dados, nomeadamente os relativos à pessoa humana em toda a sua dimensão, deve respeitar todo um conjunto de procedimentos ético-legais que permita protegê-la e preservá-la de qualquer invasão ou exposição desajustada ou indesejada, garantindo os princípios da beneficência, da não maleficência e da autonomia.

Partindo destes pressupostos e tendo em conta os contactos prévios com o serviço e o pedido formalizado pela escola a esta instituição hospitalar e a aceitação por parte desta para a realização do estágio, estão assegurados os principais procedimentos formais e éticos necessários à realização deste relatório.

Metodologia

A principal ferramenta de trabalho que o enfermeiro dispõe, na relação terapêutica que estabelece com o outro, é todo um processo comunicativo que lhe está inerente, o qual determina a eficácia e eficiência das suas intervenções, já que é nestes mecanismos de troca e de partilha que é possível colher a informação necessária ao estabelecimento de qualquer plano terapêutico.

A palavra comunicar tem a sua origem no termo latim “*comunicāre*”, cujo significado é o de “*dividir alguma coisa com alguém*” (Costa e Melo, 1998:396). Numa perspectiva etimológica, comunicar é tornar comum, pelo que é legítimo considerar que a

comunicação é, no seu princípio, a passagem do individual ao colectivo e a condição de toda a vida social.

Deaux e Wrightsma (1984:22) definiram comunicação como: *“uma interacção onde duas ou mais pessoas enviam e recebem mensagens e, durante o processo ambos se apresentam e recebem um ao outro”*. Esta definição assume que não existem interacções passivas e que todos nós comunicamos, mesmo quando não falamos. Corroborando esta ideia, Watzlawick (1966:45) considera que *“actividade ou inactividade, palavra ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem; influenciam outros e estes outros, que por sua vez, não podem não responder a essas comunicações e, portanto, também estão comunicando”*.

É sabido que o nosso corpo transmite e recebe sinais que codificamos e descodificamos de modo a que a interacção faça sentido e assuma um significado próprio. Comunicar não é só expressarmo-nos por palavras, tudo em nós comunica. Exemplo disso são os nossos gestos, as expressões faciais que fazemos, o olhar que damos a conhecer, o silêncio, a aparência exterior, enfim tudo aquilo que somos e que não somos. A ideia central da teoria da comunicação de Watzlawick (1991) é que tudo é comunicação. É impossível não comunicar, pois qualquer conduta significa comunicação.

Esta ideia é reforçada por McWhinney (1994:87), ao citar Rogers, que afirma que *“como consultores, ouvimos não apenas com os nossos ouvidos, mas também com os nossos olhos, mente, coração e também imaginação. (...) Nós ouvimos as palavras do outro, mas também ouvimos as mensagens escondidas nas palavras. Nós escutamos a voz, a aparência e a linguagem corporal do outro. Somos ouvintes atentos quando nos focamos inteiramente naquilo que é dito e nas circunstâncias em que é dito”*.

Assim, na comunicação existem elementos essenciais: o emissor, o(s) receptor(es) e a mensagem. Tanto o emissor como o receptor processam a informação emitida e/ou recebida, de acordo com a sua forma de pensar e agir. Ou seja, de acordo com a sua história, as suas vivências anteriores, as influências vividas ao longo da vida e ainda com as suas aptidões físicas e psicológicas, bem como factores circunstanciais.

Corroborando esta ideia, Lopes (2010), relembra que na comunicação humana, cada indivíduo, na sua totalidade, constitui um “instrumento” de comunicação, o qual assume uma dimensão primordial em algumas áreas profissionais, nomeadamente em

enfermagem. O enfermeiro presta cuidados a pessoas e perspectiva o desenvolvimento através de processos comunicacionais/relacionais que ocorrem no contexto da nossa prática diária.

Na área das Ciências da Saúde, na qual a enfermagem está incluída, a Entrevista constitui um meio privilegiado de recolha de informação, pelo que foi, a par com outros instrumentos de colheita de dados próprios do Programa CIR, o procedimento metodológico de eleição.

No âmbito em que o trabalho foi desenvolvido o processo de recolha de informação revestiu-se de um carácter mais alargado, uma vez que esteve desde o início associado a uma vertente intencionalmente terapêutica. Assim, partilhando o preconizado por Phaneuf (2005), a Entrevista utilizada na prestação de cuidados de enfermagem reflectiu a permuta ocorrida entre o enfermeiro prestador de cuidados e a pessoa portadora de doença mental necessitada de cuidados, obedecendo à elaboração de objectivos específicos referentes à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações, ao suporte psicológico e à resolução de problemas.

De acordo com a mesma autora a Entrevista Clínica tem objectivos próprios e pode ser utilizada para vários fins, tais como: Diagnóstico/Colheita de Dados; Informação, Ensino e Psicoeducação; Suporte Emocional e Psicológico; Modificação de Comportamentos; Resolução de Problemas e Conflitos e Intervenção na Crise. A Entrevista de diagnóstico de enfermagem, na óptica de Phaneuf (2005:250) *“é antes de mais um encontro geralmente previsto e planificado (...) entre dois seres humanos que, colocados um perante o outro, devem tomar conhecimento, aceitar-se e respeitar-se a fim de poderem criar entre eles uma convivência terapêutica”*. Ainda segundo a autora (2005:250), a Entrevista de diagnóstico, em psiquiatria, é mais do que uma simples permuta, ela *“serve para avaliar o doente e propor-lhe meios susceptíveis de o ajudar a melhorar a sua condição”*.

A Entrevista Clínica obedece a uma estrutura própria e de um modo geral requer uma preparação prévia, no que se refere à escolha do tipo de Entrevista, ao local da sua realização, às possibilidades de recolha e registo dos dados e informações relativas ao utente e às questões éticas.

Neste contexto, pode-se definir dois tipos de Entrevista Clínica: a Entrevista de Avaliação Diagnóstica e a Entrevista de Ajuda. A primeira é utilizada essencialmente para recolher a informação ajustada à elaboração de uma hipótese diagnóstica de enfermagem, planificar os cuidados e organizar as intervenções (Phaneuf, 2005), enquanto na segunda, o técnico capacita o Entrevistado a reconhecer, sentir, saber e decidir, se necessita da mudança e a determinar co-activamente as estratégias a adoptar no seu processo terapêutico (Benjamin, 1993).

Com vista ao processo de avaliação diagnóstica, planeamento de intervenções e avaliação de resultados, foram realizadas várias Entrevistas aos utentes que participaram no Programa CIR e consultados os processos individuais de cada um, no sentido de clarificar algumas informações e preparar as Entrevistas a realizar.

A primeira Entrevista, na sequência do encaminhamento por parte do respectivo profissional de saúde (médico ou enfermeiro), consistiu num momento de breve colheita de dados relativos à história da experiência de saúde do utente e da apresentação do Programa e seus objectivos e de conhecimento da vontade e disponibilidade de participação por parte do utente.

Nas Entrevistas seguintes, não só foi continuado todo o processo de recolha de informação e validação diagnóstica, como foram planeadas e desenvolvidas intervenções de enfermagem em conformidade com os focos, área de atenção relevante para a prática de enfermagem (ICN, 2005), identificados e avaliados os resultados das mesmas de acordo com alguns indicadores pré-definidos (sócio-demográficos e de saúde). Não obstante a tentativa permanente e constante de objectivar os dados observados e recolhidos, é de ressaltar a subjectividade inerente à interpretação e análise de cada caso, pois verificam-se diferenças na forma como cada um vê e apreende o mundo que o rodeia.

É notória a crescente e constante preocupação por parte dos enfermeiros, em apresentar de forma clara e mensurável os resultados da eficácia da sua prática quotidiana, nomeadamente ao nível dos cuidados e intervenções desenvolvidas com o utente. Neste sentido têm sido construídos e aplicados diversos instrumentos clínicos, facilitadores dos processos de avaliação diagnóstica e de intervenção, mas também dos resultados obtidos na sequência destes mesmos processos, através de uma nomenclatura própria e padronizada. Confrontada com a necessidade de descrever, analisar e medir a eficácia

dos cuidados emergentes da correlação entre os focos merecedores de atenção e das intervenções desenvolvidas, optei por seleccionar alguns dos indicadores pré definidos na Classificação Internacional de Resultados (NOC), os quais me pareceram reflectir o mais fidedignamente as vivências e experiências dos utentes que participaram no Programa, ao mesmo tempo que tentei estabelecer um paralelismo entre estes mesmos indicadores seleccionados e o resultado da aplicação dos Materiais Informativos específicos do CIR.

Embora existam outras taxionomias, escolhi intencionalmente a NOC, por me parecer que apesar de toda a sua abrangência, permite, de forma científica, clara e acessível e mediante uma linguagem padronizada, a identificação e monitorização dos resultados evidenciados pelo doente, na sequência das intervenções de enfermagem desenvolvidas e programadas durante o Ensino Clínico, já que contém determinados indicadores que na minha óptica, mais se relacionam com as mesmas.

Como nos dizem Johnson & Moorhead, (2004:12), *“A NOC (...), oferece uma classificação dos resultados do paciente potencialmente influenciada por todas as disciplinas (...) sendo que o (...) uso dos resultados por todos os membros da equipe interdisciplinar oferecerá a padronização de que necessitamos, além de permitir a selecção dos indicadores que mais respondem a cada disciplina”*.

À semelhança de outro tipo de classificações, o que se pretende é uniformizar a linguagem e os procedimentos desenvolvidos pelos enfermeiros no decorrer da prestação de cuidados, sem contudo deixar de permitir a modificação e a adequação destes de acordo com as necessidades específicas de cada indivíduo ou população, favorecendo em simultâneo a construção de novos saberes que promovem o aumento e inovação de conhecimentos acerca da qualidade e utilidade dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, a NOC incorpora um conjunto de resultados, em que cada um inclui uma designação indicadora, uma definição própria e um leque de indicadores descritivos do estado do doente/cuidador/família/comunidade, os quais estão relacionados com o resultado. Inclui ainda uma escala de medida do tipo Likert (que permite aferir sobre a evolução do doente) e a lista bibliográfica utilizada no desenvolvimento do resultado (Johnson & Moorhead, 2004).

Para a elaboração deste relatório, durante as sessões realizadas com os utentes, selecionei alguns resultados e alguns indicadores, os quais foram quantificados mediante a escala respectiva e se podem ler nos gráficos apresentados no capítulo referente ao desenvolvimento das intervenções de enfermagem e evolução clínica dos utentes em CIR.

As Entrevistas desenrolaram-se numa perspectiva estrutural mista, uma vez que tanto contemplavam questões abertas de acordo com as temáticas abordadas e necessidades sentidas e reveladas pelos utentes, como obedeciam à estrutura dos Materiais Informativos constantes dos vários módulos do Programa CIR (Anexo 2). Estes, e tal como também é defendido no manual formativo que descreve e caracteriza a natureza do Programa, nem sempre obedeceram à ordem apresentada em virtude das especificidades dos participantes. Estas mesmas especificidades e os diferentes tempos em que os participantes integraram o Programa condicionaram também a abordagem de todos os módulos durante o tempo em que decorreu o Ensino Clínico.

Para além de todos os registos efectuados nos modelos próprios do Programa, eram também transcritas as Entrevistas realizadas conforme exemplo em anexo (Anexo 3), ficando toda esta documentação arquivada num dossier relativo ao Programa CIR. Paralelamente era efectuada uma breve descrição da Entrevista e dos aspectos mais relevantes identificados, todas estas informações foram anexadas ao processo clínico do utente.

Na sequência da falta de espaço físico, como já foi mencionado nos capítulos anteriores, as Entrevistas decorreram na presença da Enfermeira Supervisora, o que facilitou a clarificação e validação e análise da informação obtida, permitindo simultaneamente fazer uma avaliação mais rigorosa das situações, dos sentimentos experienciados e dos focos de enfermagem identificados como comprometidos ou alterados, no sentido de traçar um plano terapêutico adequado às necessidades identificadas e manifestadas pelo utente.

3.1 – DESENVOLVIMENTO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

No decorrer do processo de avaliação diagnóstica, verificou-se alguma diversidade no que se refere à caracterização dos utentes que participaram no Programa, quer sob o ponto de vista sócio-demográfico, quer sob o ponto de vista clínico. Com o intuito de

melhor conhecer e compreender este grupo de utentes, apresentam-se de seguida alguns quadros ilustrativos dos aspectos supra mencionados, bem como serão nomeados os principais focos de enfermagem que foram considerados alvo de intervenção, na parceria estabelecida entre o enfermeiro e o utente ao longo das sessões.

Cada utente identificou as suas necessidades em conjunto com o enfermeiro e definiu objectivos que gostaria de alcançar com o decorrer das sessões e mediante as intervenções de enfermagem individualmente planificadas. Na sua maioria, os participantes definiram como principais objectivos os seguintes: melhorar face à doença/sintomas e arranjar um emprego/ocupação (Anexo 4).

O conhecimento global do doente é fundamental para que seja possível e eficaz, todo o desenrolar do processo de avaliação diagnóstica e de intervenção. Assim, pareceu-me pertinente obter informação sobre os potenciais recursos de cada participante, nomeadamente no que respeita a dados clínicos de natureza sócio-demográfica e do seu estado de saúde, no sentido de uma melhor utilização e rentabilização dos mesmos.

Conforme se pode verificar da leitura do quadro seguinte, a maioria dos utentes que participaram no Programa é do sexo masculino, não mantêm uma relação conjugal e não desempenha qualquer ocupação laboral, estando desempregados, de baixa ou reformados. A sua escolaridade varia entre a 3ª classe e o ensino universitário e todos, à excepção de dois dos participantes, vivem em Setúbal e as suas idades oscilam entre os 27 e os 53 anos. A maioria dos participantes vive com algum familiar e mesmo aqueles que vivem sozinhos têm apoio da família, o que segundo Gonçalves Pereira *et al* (2006) é primordial na reabilitação do doente, uma vez que ela é parte integrante do processo terapêutico, não só na gestão e manutenção do regime terapêutico, como também na gestão e identificação de sinais e sintomas.

A doença mental, tendo em conta a sua natureza de cronicidade, conduz à mobilização de recursos variados, por parte da família no sentido de promover o seu fortalecimento em concordância com as suas necessidades adaptativas. Assim, de acordo com Charepe & Figueiredo (2010), a vivência da doença mental no seio da família tem reflexos ao nível estrutural, processual e cognitivo-emocional o que a torna um elemento fundamental em todos os processos de tomada de decisão e de gestão dos planos terapêuticos.

Quadro nº 1 – Caracterização sócio-demográfica dos utentes em CIR

| Utentes em CIR | Sexo | Idade | Habilitações Literárias | Estado civil | Ocupação | Local de residência | Agregado familiar |
|----------------|------|-------|-------------------------|--------------|--|---------------------|---------------------------|
| P1 | ♂ | 27 | 9º Ano | Solteiro | Desempregado/ aguarda ingresso em curso profissional | Setúbal | Mãe e irmã |
| P2 | ♀ | 40 | Frequência da faculdade | Casada | Lojista (baixa) | Setúbal | Pais e filha |
| P3 | ♂ | 45 | 3ª Classe | Separado | Desempregado | Setúbal | Filho |
| P4 | ♂ | 34 | 8º Ano | Solteiro | Desempregado | Setúbal | Mãe e irmão |
| P5 | ♂ | 27 | ? | Solteiro | Desempregado | Q. do Conde | Mãe e padrasto |
| P6 | ♂ | 44 | 7º Ano | Solteiro | Reformado | Setúbal | Sozinho (apoio dos pais) |
| P7 | ♂ | 44 | 10º Ano | Solteiro | Desempregado | Setúbal | Mãe e avó |
| P8 | ♂ | 53 | 4ª Classe | Casado | Reformado | Setúbal | Mulher e enteada |
| P9 | ♀ | 37 | 12º Ano | Casada | Desempregada | Aires | Marido |
| P10 | ♀ | 43 | Curso de Direito | Solteira | Técnica superior da segurança social (baixa) | Setúbal | Sozinha (apoio de um tio) |

O quadro seguinte diz respeito ao estado de saúde dos utentes e sua adesão ao Programa, aspectos que também considero essenciais ao desenvolvimento dos processos de avaliação diagnóstica e de intervenção e que eventualmente condicionam os resultados alcançados.

Assim, como se pode verificar com a leitura do referido quadro, a maioria dos utentes revela sintomatologia psicótica, embora nem todos os participantes sofram de esquizofrenia. A integração dos utentes no Programa CIR, decorreu na sequência da sua

referenciação, pelo que as datas de início da participação no Programa diferem, assim como não é igual o número de sessões realizadas com cada utente.

Como já foi mencionado anteriormente, a participação no Programa é voluntária e após a explicação do mesmo, dez utentes aceitaram frequentar as sessões, no entanto, três deles tiveram alta por abandono ou por não colaborarem no cumprimento do plano terapêutico, quer por faltas frequentes, quer por negligenciarem as tarefas e actividades acordadas nos encontros. Conforme podemos observar no quadro abaixo apresentado, também se verificaram algumas ausências nos utentes que continuaram em Programa, mas foram devidamente justificadas e novamente agendadas sessões, geralmente por solicitação do próprio.

É também de salientar que a maioria dos participantes possuía co-morbilidades, nomeadamente nas áreas dos consumos e distúrbios alimentares, como se pode verificar com a leitura do quadro seguinte. Da avaliação efectuada às diferentes situações, a qual foi validada pela supervisora, nos momentos de análise e discussão dos casos clínicos, um dos utentes do Programa apresentava alto risco de recaída (P3) e outro (P9), baixo risco de voltar a sofrer de distúrbio alimentar. Neste último caso era também potencial o risco de abandono de terapêutica pois a utente atribuía o aumento de peso à medicação. Os restantes foram considerados de risco reduzido ou inexistente dado o intervalo de tempo alargado em que se confirmou a ausência de consumos (informação validada pelos outros profissionais da equipa de saúde que acompanhavam e conheciam os utentes e pelos familiares e amigos). Não foram identificados outros focos de interesse relevante para além das alterações mencionadas.

No decorrer das sessões alguns utentes verbalizaram sintomatologia psicótica geralmente presente (P1 e P6), apresentavam compromisso da auto-estima que se encontrava reduzida (P1, P3, P6, P9), sentimentos verbalizados de solidão e fraco envolvimento social e ajuste psicossocial (P1, P3, P6, P7, P9). Foram também identificadas alterações relacionadas com o controlo da ansiedade (P1, P3, P6) e Equilíbrio do Humor (P1, P2, P3, P7 e P9), conforme excertos das Entrevistas (Anexo 5).

Quadro nº 2 – Caracterização do estado de saúde dos utentes e a adesão ao Programa

| Utentes em CIR | Diagnóstico médico | Antecedentes de saúde | Início do Programa | Nº de sessões até 5/7/11 | Nº Faltas | Alta | Motivo |
|----------------|-----------------------------------|--|--------------------|--------------------------|-----------|------|--|
| P1 | Psicose esquizofrénica | Desconhecidos | 7/2/11 | 18 | 3 | Não | |
| P2 | D. Bipolar com traços de POC | Desconhecidos | 15/2/11 | 18 | 0 | Não | |
| P3 | Depressão Major | Hábitos etílicos Tentativas de suicídio | 28/3/11 | 11 | 2 | Não | |
| P4 | Síndrome Psicótico | Consumo de drogas | 5/4/11 | 5 | 4 | Sim | Falta de colaboração no cumprimento dos objectivos do Programa |
| P5 | Psicose esquizofrénica | Hábitos etílicos | 11/4/11 | 1 | | Sim | Abandono após 1ª Entrevista |
| P6 | Psicose paranoide | Consumo de álcool e drogas (adolescência) | 26/4/11 | 10 | 0 | Não | |
| P7 | D. Bipolar com síndrome Psicótico | Consumo de drogas | 2/5/11 | 6 | 1 | Não | |
| P8 | Psicose paranoide | Desconhecidos | 9/5/11 | 5 | 0 | Sim | Falta de colaboração no cumprimento dos objectivos do Programa |
| P9 | D. Bipolar tipo I | Anorexia/bulimia (adolescência) | 24/5/11 | 7 | 0 | Não | |
| P10 | Psicose esquizofrénica | Desconhecidos | 30/5/11 | 4 | 0 | Não | |

3.2 – DESENVOLVIMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E EVOLUÇÃO CLÍNICA DOS UTENTES EM CIR

Os princípios que orientam a Entrevista de ajuda, constituem o grande suporte terapêutico de qualquer intervenção de enfermagem, no entanto, assumem um papel de destaque na relação com o indivíduo portador de doença mental crónica.

É algo que não se improvisa e que não advém apenas da boa vontade de querer ajudar o outro. É um processo que se traduz num intercâmbio entre dois seres humanos, em que um dos participantes (cuidador) faz a leitura das necessidades do outro (cliente), com a finalidade de ajudá-lo a descobrir formas de perceber, aceitar e enfrentar a sua situação actual. É no fundo, um processo que promove e facilita o crescimento pessoal e a descoberta de recursos ocultos da pessoa em conflito (Cibanal, 1991; Rogers, 1985). Também Phaneuf (2005:324), reconhece este encontro como o processo através do qual o enfermeiro, promove no outro “(...) *o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma melhor capacidade de enfrentar a vida*”.

Em Saúde Mental, a relação terapêutica assume contornos específicos e singulares. No domínio dos cuidados de enfermagem, parece-me significativo que a representação que formamos da pessoa junto da qual intervimos deve ser suficientemente clara para que possamos compreendê-la e ajudá-la e conseqüentemente implementar intervenções eficazes.

Na perspectiva de Taylor (1992), o principal utensílio terapêutico da enfermeira que trabalha com doentes mentais é o seu auto-conhecimento e forma como o utiliza num contexto interpessoal. Para esta autora a auto-consciencialização consiste na tomada de consciência dos nossos sentimentos, crenças e valores e poderá ser potenciada levando em consideração os seguintes processos: introspecção, discussão, ampliação da experiência própria e encenação de papéis.

Também Rispail (2003) considera que o cuidador deve melhorar a compreensão de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus receios, tomar conhecimento dos seus mecanismos de protecção e de defesa, a fim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitirá melhorar a qualidade dos cuidados que presta.

Durante o Ensino Clínico melhorei o meu auto-conhecimento e a tomada de consciência de mim e do outro, não só pelo contacto com diferentes realidades, valores e formas de encarar o mundo específicas de cada utente, como também pela análise e reflexão individual e conjunta com a supervisora, dos sentimentos e atitudes experienciados e ou manifestados na sequência das sessões. A adequada gestão de conflitos internos e de sentimentos por vezes inesperados e novos permitiu-me desenvolver uma relação com

os doentes pautada pela autenticidade, o que na minha perspectiva favoreceu a eficácia das intervenções programadas para cada caso.

Considerando os aspectos anteriormente referidos pelos diferentes autores, e porque o desenvolvimento de competências tanto ocorre no cuidador como no doente ainda que com especificidades diferentes, fez-me sentido durante os vários encontros, estabelecer com o utente uma estreita parceria, no sentido de, planificar e realizar todo um conjunto de intervenções de intuito terapêutico, ou seja, promotoras de mudanças no indivíduo, concordantes com os resultados esperados na sequência dessas mesmas intervenções.

Durante as várias sessões realizadas com os utentes/família/amigos, considero ter posto em prática algumas intervenções, de forma isolada ou em associação, as quais contribuíram para a evolução clínica dos utentes, tornando-os, pela valorização, incentivo e reforço positivo que de forma sistemática e continuada lhe eram transmitidos, mais eficientes em toda a sua dinâmica psicossocial.

Neste contexto e descrevendo-as de uma forma breve e tomando por base autores como Caldeira (2010), Clayton *et al*, (2010), Del`Rey & Abdallah, (2006), Lopes (2006), Phaneuf (2005), McCloskey&Bulechek, (2004), Benjamim (1993) e Cibanal, (1991), as intervenções mais utilizadas foram as seguintes:

Reestruturação Cognitiva (RC): conjunto de técnicas usadas com o intuito de identificar e modificar padrões de pensamento distorcidos e adoptar uma visão mais realista de si e do mundo. A RC facilita na melhoria da auto-estima;

Escuta Activa: ouvir atentamente e dar sentido às mensagens verbais e não verbais da pessoa;

Relação de Ajuda: a ajuda facultada neste tipo de relação, consiste, num acto de capacitação, em que aquele que ajuda, torna o outro capaz de tomar decisões e identificar necessidades de forma consciente face à mudança;

Técnica de Resolução de Problemas: centra-se em ajudar o indivíduo a aprender estratégias alternativas e mais efectivas para solucionar e lidar com os problemas. É um processo cognitivo-comportamental;

Treino da Assertividade: promove a expressão efectiva de sentimentos, necessidades e ideias, respeitando, simultaneamente os direitos dos outros;

Orientação para a Realidade: promove a percepção do indivíduo face à sua identidade pessoal, temporal e ambiental;

Técnica de Modificação de Comportamentos: consiste na substituição de comportamentos desajustados por outros mais apropriados, em que o reforço positivo frequente facilita a aprendizagem e a manutenção destes;

Promoção do Auto-cuidado: promover a autonomia na realização das actividades da vida diária – com enfoque nos focos de enfermagem comprometidos;

Promoção do Envolvimento Familiar: facilitar e incentivar a família a participar no cuidado emocional e físico do indivíduo;

Suporte Emocional: técnica que permite a provisão de segurança, aceitação e encorajamento durante períodos de stress;

Terapia Ambiental: consiste no envolvimento de pessoas, recursos e eventos existentes no ambiente de cada indivíduo para promover um melhor funcionamento psicossocial.

Assim, e tomando como ponto de partida as fragilidades identificadas como alvo de intervenção, foram aplicados, ainda que de forma adaptada, alguns indicadores descritos por Johnson & Moorhead (2004), na Classificação dos Resultados em Enfermagem (NOC), para a avaliação da evolução do estado do utente (Anexo 6), conforme se pode verificar pela leitura dos gráficos seguintes.

Johnson & Moorhead (2004), defendem na sua obra, que é variável o momento adequado para a avaliação dos resultados, uma vez que também diferem no tempo e de acordo com as circunstâncias do momento, as respostas às intervenções desenvolvidas. Assim, é crucial que a quantificação dos resultados de enfermagem seja efectuada de tempos a tempos já que, de acordo com as autoras (2004:87), “(...) *os resultados são conceitos variáveis que podem ser mensurados ao longo de um continuum, o que significa que são escritos como conceitos que reflectem a real condição de um paciente, cuidador da família, família ou comunidade em lugar de metas esperadas*”. O que “(...)

conserva a variabilidade do resultado e permite a medida da condição do paciente em qualquer ponto no tempo”.

Sustentada pelo anteriormente descrito e pela concordância da Enfermeira Supervisora do Ensino Clínico, optei por realizar mais do que um momento de avaliação, sendo que nalguns participantes foram usados três momentos de avaliação (inicial, intermédio e final), noutros apenas dois, uma vez que nem todos iniciaram o Programa ao mesmo tempo. Contudo, é passível de se observar para cada resultado e de acordo com os indicadores, as mudanças verificadas ao longo do tempo. É também de salientar que apenas os resultados mais relevantes, tendo em conta a minha perspectiva, serão apresentados e analisados.

Gráfico 1 – Evolução da Auto-estima (P1)

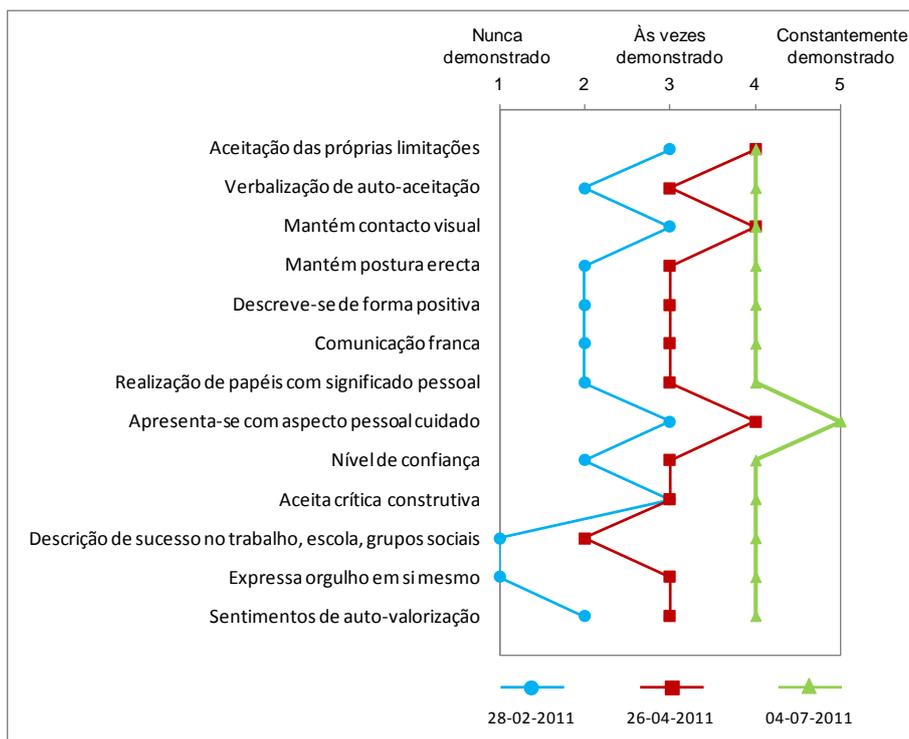


Gráfico 2 – Evolução da Auto-estima (P3)

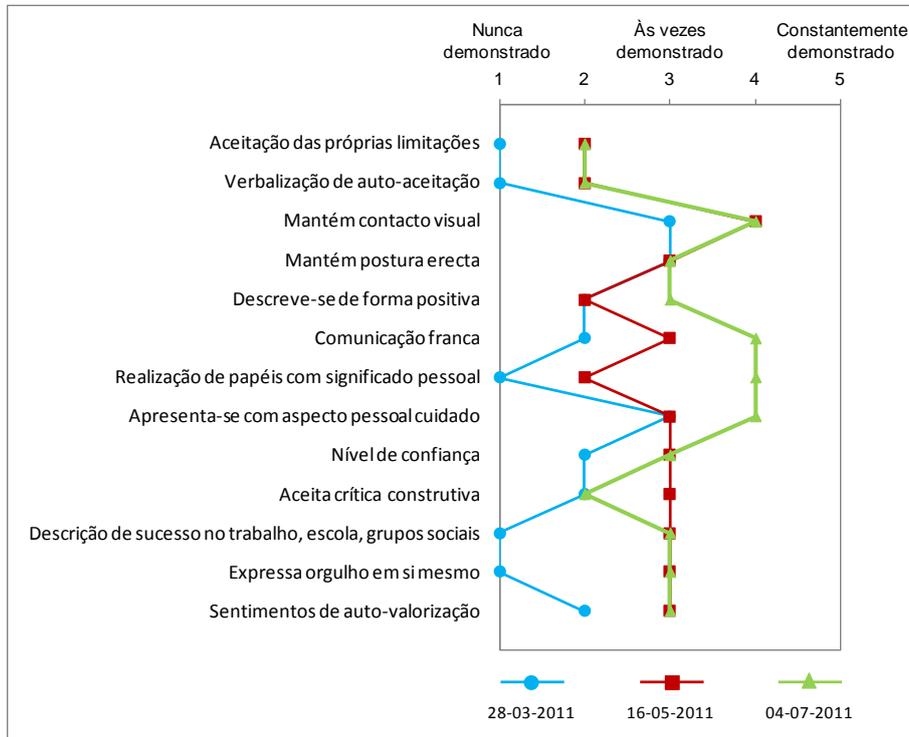


Gráfico 3 – Evolução da Auto-estima (P6)

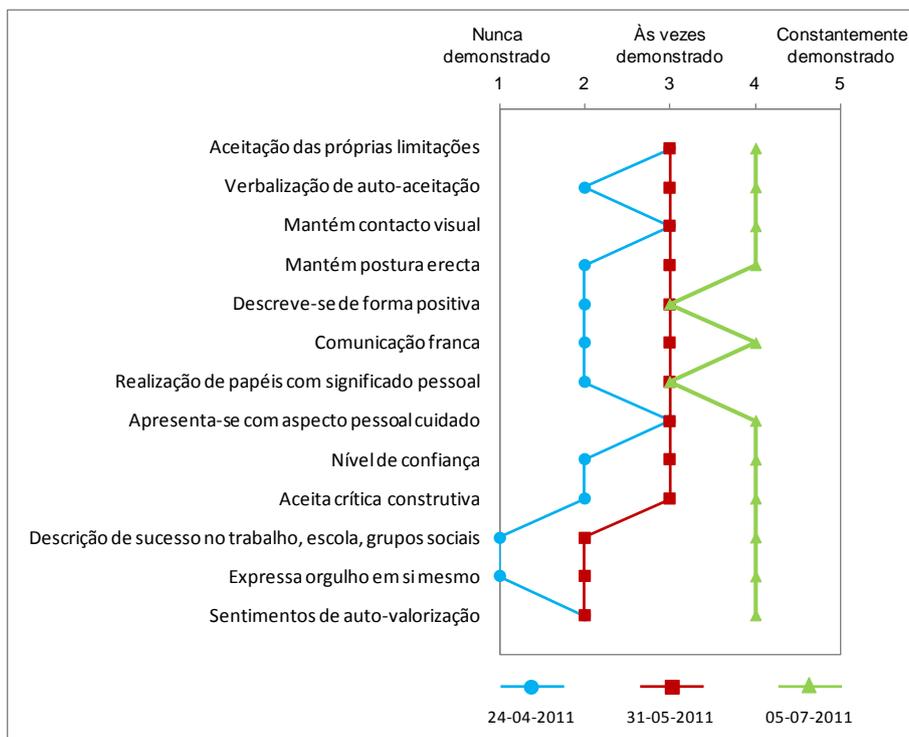
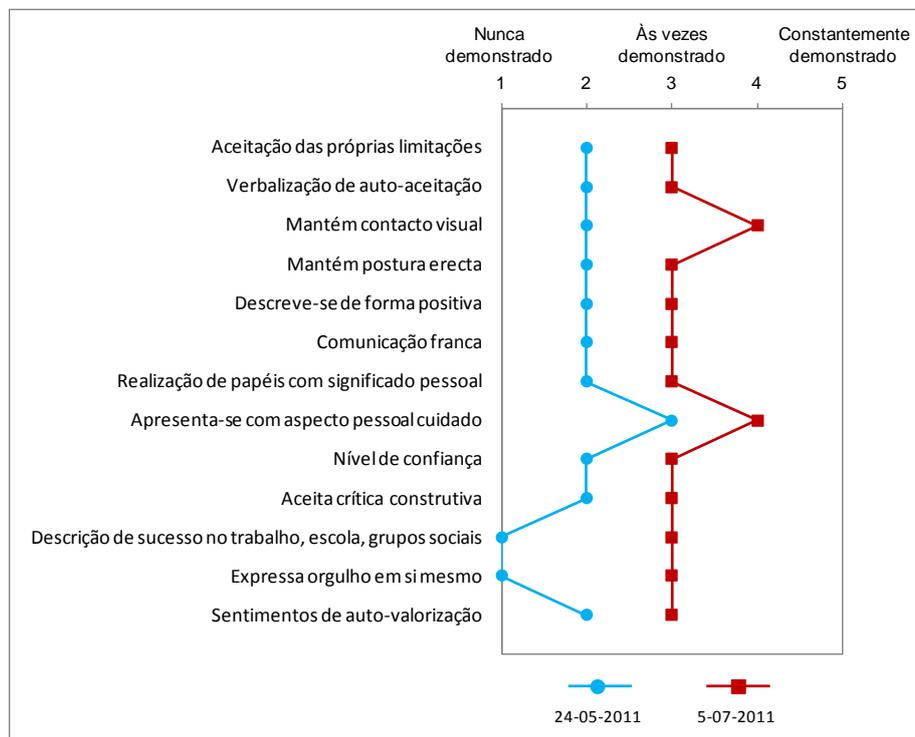


Gráfico 4 – Evolução da Auto-estima (P9)



A auto-estima trata-se de um conceito, tal como o definem Johnson & Moorhead (2004:178), que se refere ao "*juízo pessoal sobre a auto-valorização*". Conforme se pode aferir da leitura e análise dos gráficos anteriores, para estes utentes foi notória uma evolução positiva nos vários indicadores avaliados, particularmente no que se refere ao nível de confiança e ao aspecto pessoal cuidado. É de salientar relativamente ao participante (P3), um retrocesso evolutivo no terceiro momento de avaliação, o que aparentemente esteve relacionado com o facto de ter novamente voltado a consumir álcool, uma vez que não foram identificados outros factores desencadeantes. No processo de confrontação e análise conjunta dos resultados conseguidos, todos os utentes identificaram esta evolução, verbalizando satisfação nas metas alcançadas ou reconhecendo o insucesso de algumas situações e as causas justificativas de tal.

Gráfico 5 – Evolução da Solidão (P3)

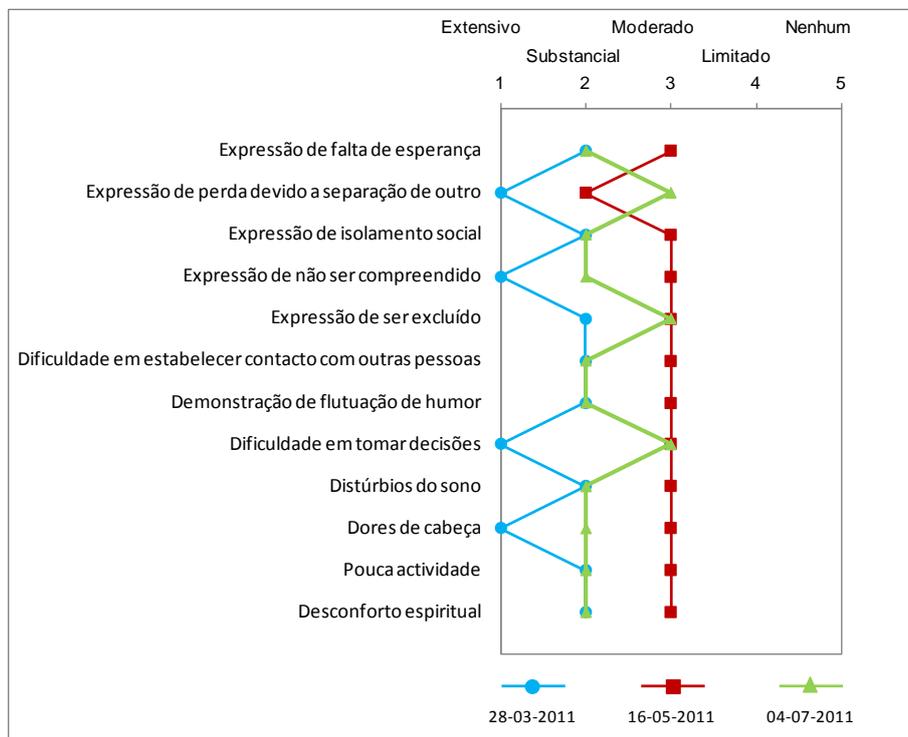
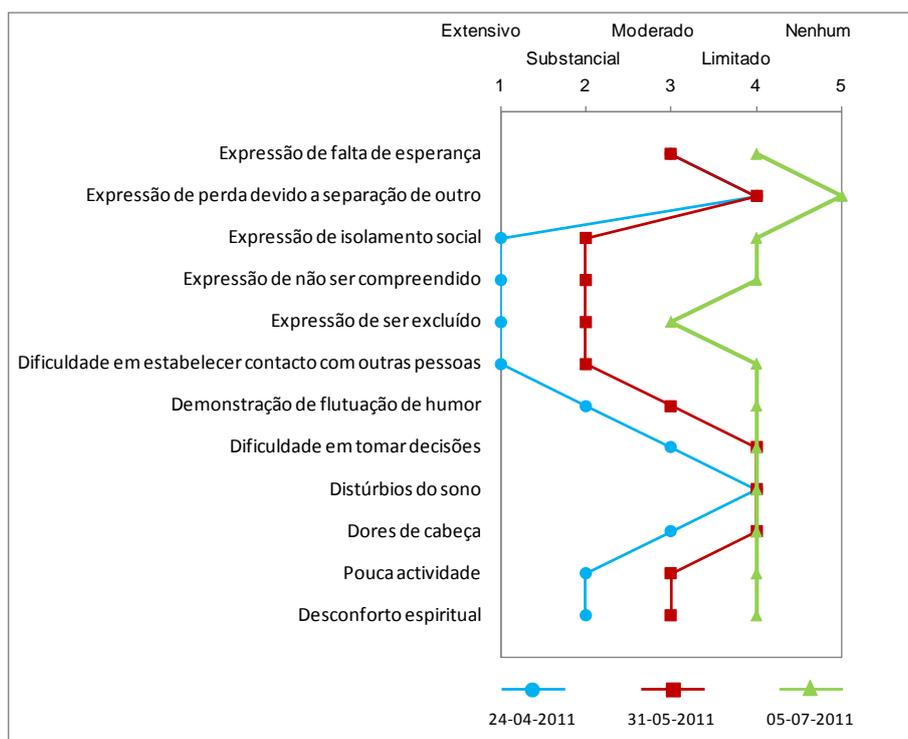


Gráfico 6 – Evolução da Solidão (P6)



Ainda de acordo com as autoras (2004:464), a solidão traduz “a extensão da resposta de isolamento emocional, social ou existencial” do indivíduo e apenas foi identificada como problema e foco de intervenção para dois dos participantes no Programa, como é observável nos gráficos anteriores. Relativamente ao utente (P3), verificou-se uma evolução marcada da primeira para a segunda avaliação, no entanto, e provavelmente pelo retorno ao consumo continuado de álcool, voltou a expressar isolamento social, permanecendo mais tempo em casa, deitado e sem frequentar a Associação onde fazia voluntariado e convivia com outras pessoas. Contrariamente, o utente (P6), inicialmente mais reservado e com aparente maior dificuldade em sair de casa e interagir com os outros, teve uma evolução positiva crescente como se pode ver no gráfico anterior.

Gráfico 7 – Evolução do Controlo do Pensamento Distorcido (P1)

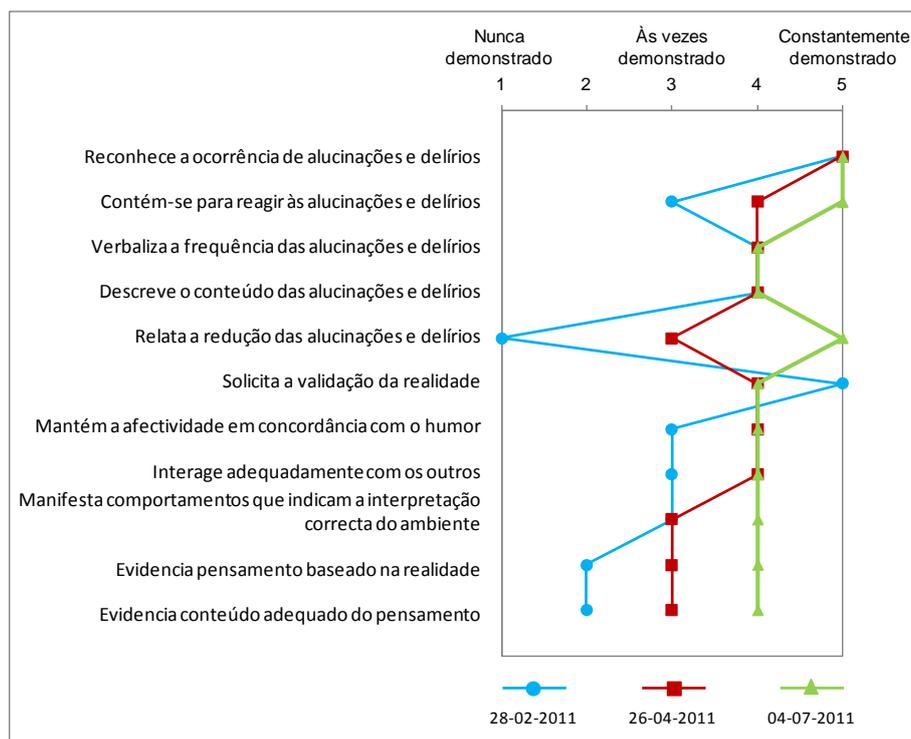
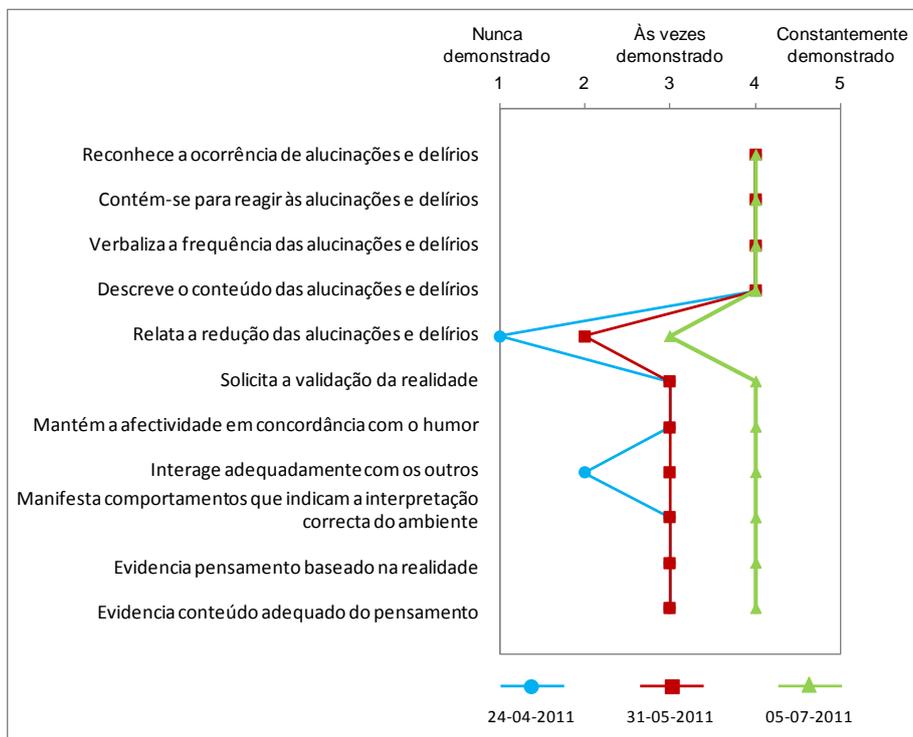


Gráfico 8 – Evolução do Controlo do Pensamento Distorcido (P6)



Como referido anteriormente, dois dos participantes verbalizavam vivenciar distorções ao nível do pensamento, principalmente expresso por alucinações audiovisuais que tinham dificuldade em controlar e que lhes causavam grande sofrimento. Johnson & Moorhead, (2004:268), definem o conceito como a “*auto-contenção de ruptura da percepção, processos de pensamento e conteúdo do pensamento*” e apresentam uma lista de indicadores a avaliar, dos quais seleccionei os que melhor pareciam adaptar-se à sintomatologia destes utentes. Assim, nas avaliações efectuadas, verificou-se que embora mantivessem a sintomatologia psicótica, esta era menos frequente e mais facilmente controlável, o que parecia estar relacionado com o plano de intervenção. Estes aspectos são visíveis com a análise dos gráficos anteriores.

Gráfico 9 – Evolução do Controlo da Ansiedade (P1)

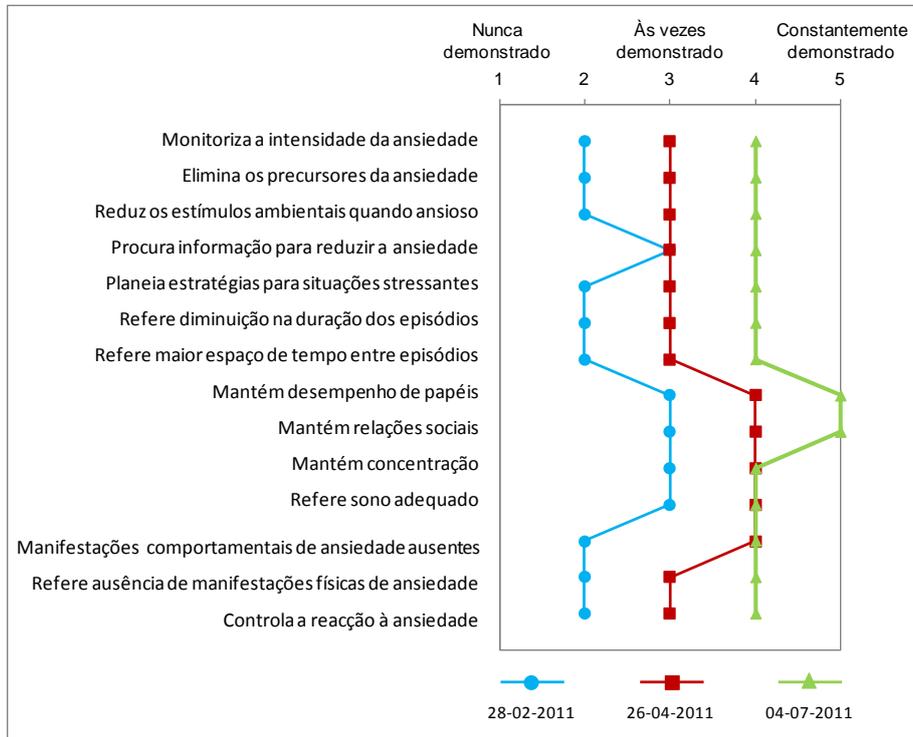


Gráfico 10 – Evolução do Controlo da Ansiedade (P3)

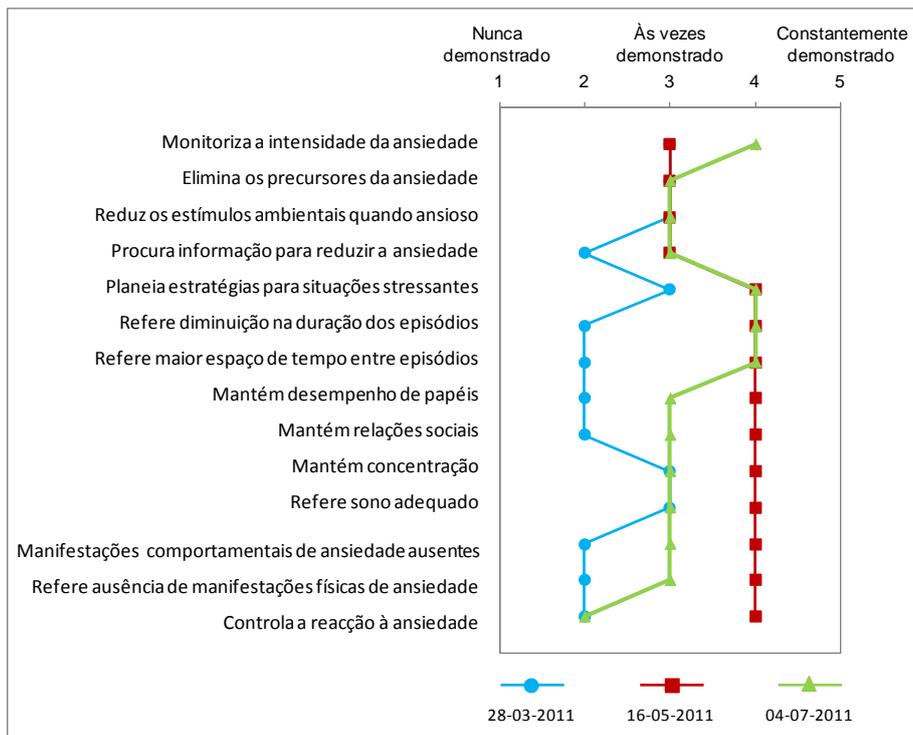
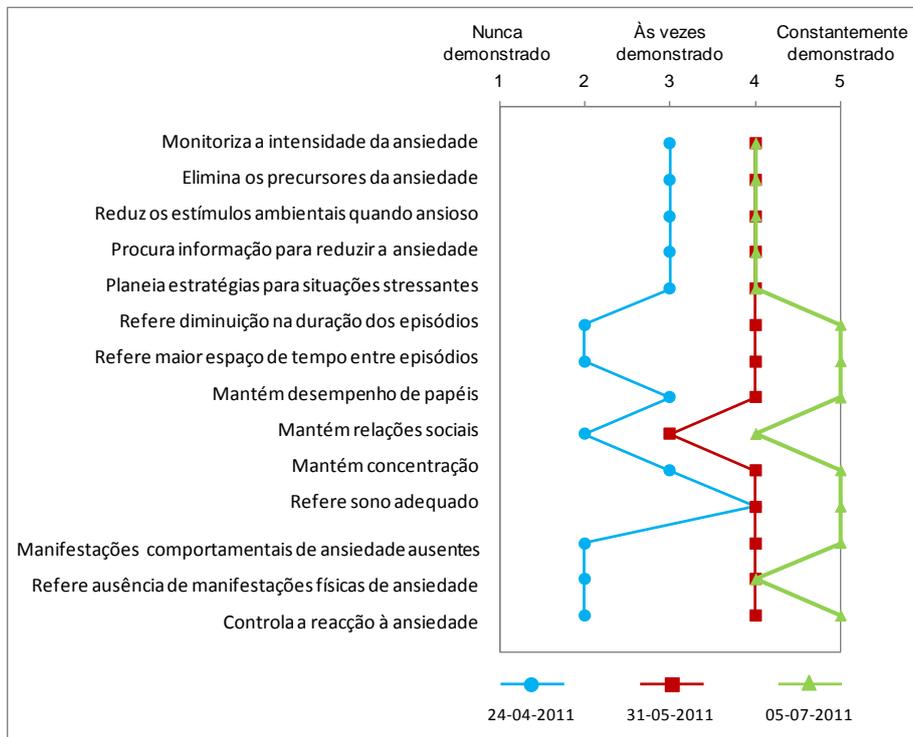


Gráfico 11 – Evolução do Controlo da Ansiedade (P6)



Embora, de uma forma ou de outra, todos os participantes tivessem tido manifestações de ansiedade relacionadas com as suas circunstâncias de vida ou situações inesperadas com que se depararam, os resultados mais relevantes no que respeita ao controlo da ansiedade, são os constantes dos gráficos anteriores. Ainda de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem de Johnson & Moorhead, (2004:258), o controlo da ansiedade consiste no conjunto de “*actos pessoais para eliminar ou reduzir a sensação de apreensão e de tensão decorrentes de fonte não identificável*” e à excepção do utente (P3), todos revelaram uma evolução positiva, o que se traduziu pela gestão mais eficaz de contratempos e de situações que no passado pareciam ser a causa aparente da ansiedade.

Gráfico 12 – Evolução do Equilíbrio do Humor (P1)

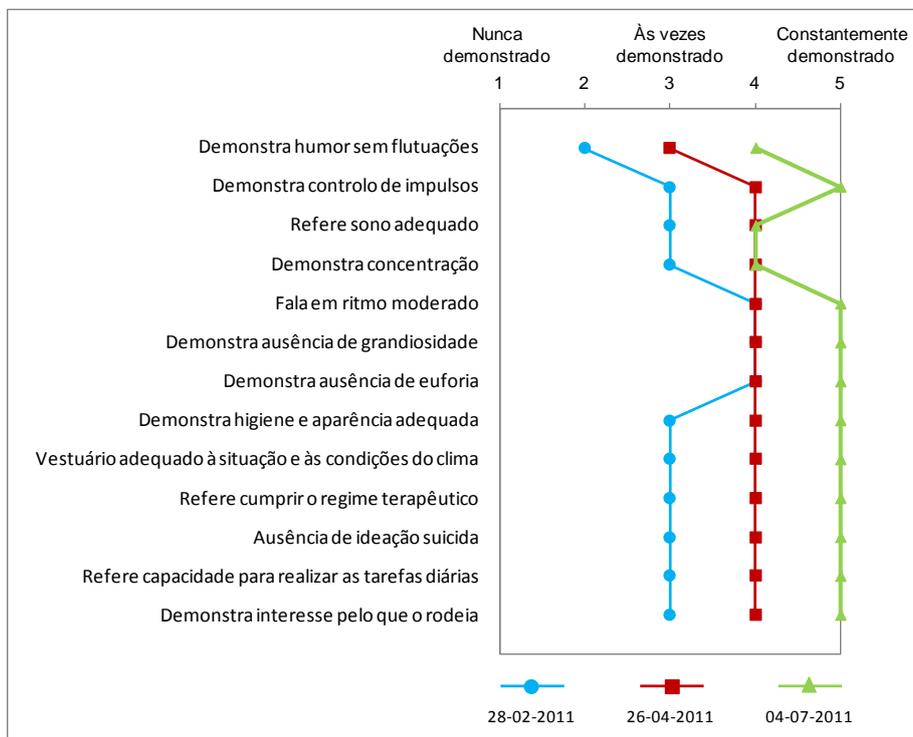


Gráfico 13 – Evolução do Equilíbrio do Humor (P2)

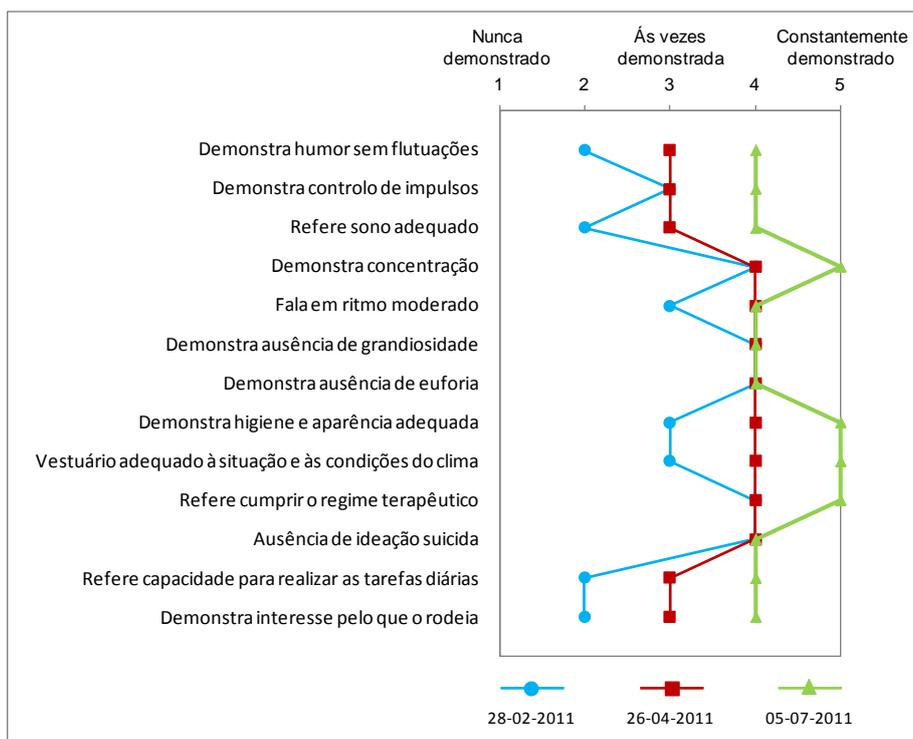


Gráfico 14 – Evolução do Equilíbrio do Humor (P3)

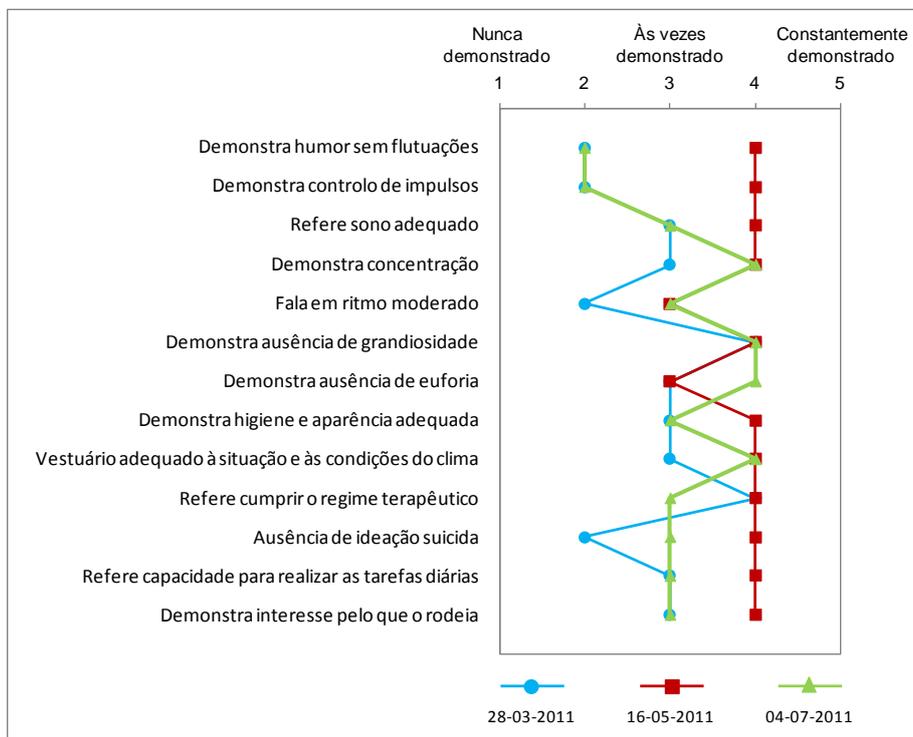


Gráfico 15 – Evolução do Equilíbrio do Humor (P7)

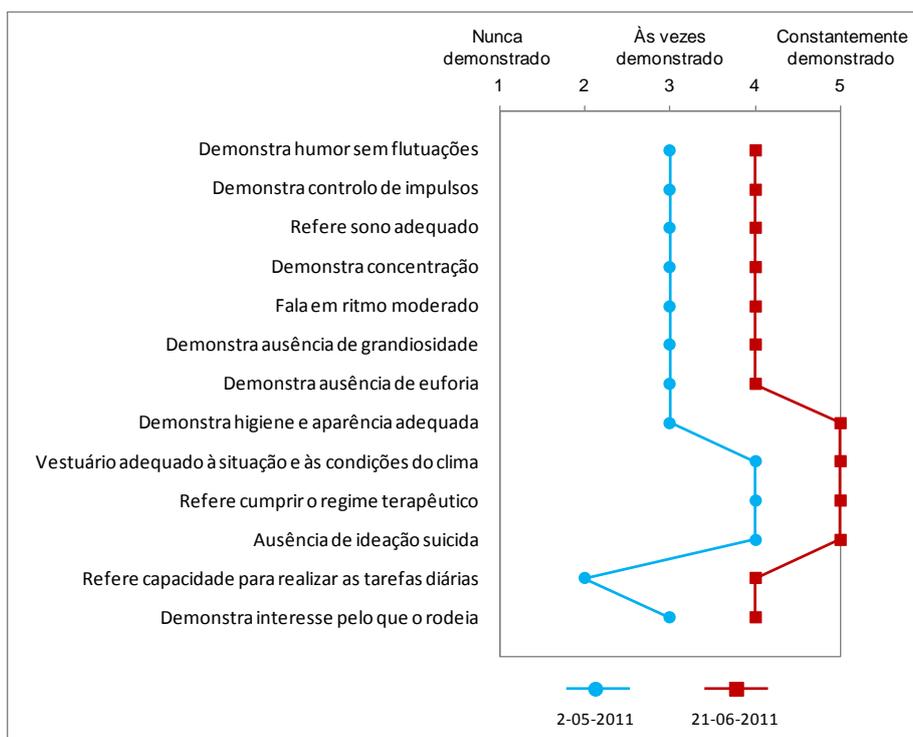
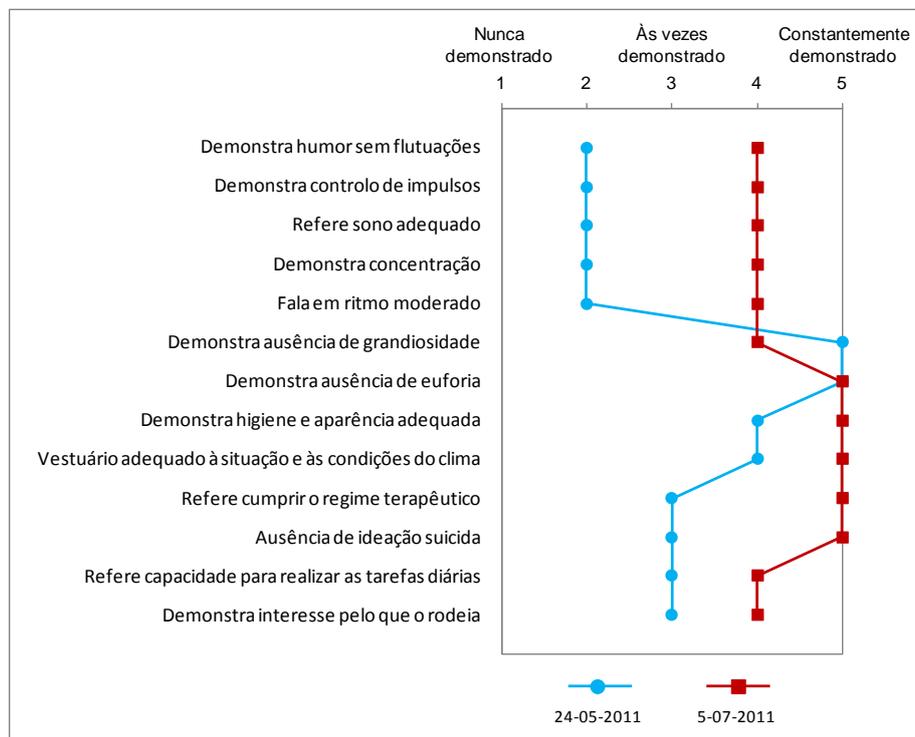


Gráfico 16 – Evolução do Equilíbrio do Humor (P9)



As flutuações do humor são frequentes na maioria dos indivíduos portadores de doença mental e assumem mais um dos aspectos expressivos do sofrimento das pessoas, nomeadamente quando as manifestações são de humor deprimido. Neste contexto, Johnson & Moorhead, (2004:332), determinam que o Equilíbrio do Humor, consiste na “*adaptação apropriada do tom emocional predominante como resposta às circunstâncias*”.

Da leitura dos gráficos anteriores, pode-se inferir, que de um modo geral os participantes evoluíram favoravelmente no que respeita ao Equilíbrio do Humor, à excepção do participante (P3), que apresentou ao longo das sessões notórias oscilações face aos indicadores avaliados, com avanços e retrocessos.

Gráfico 17 – Evolução do Ajuste psicossocial: mudança de vida (P1)

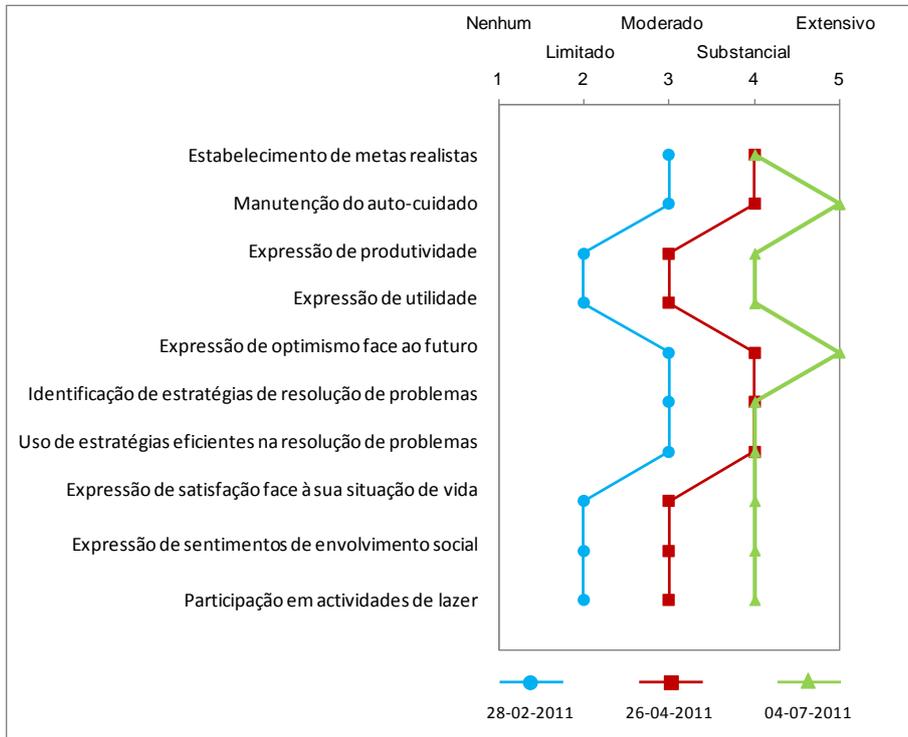


Gráfico 18 – Evolução do Ajuste psicossocial: mudança de vida (P2)

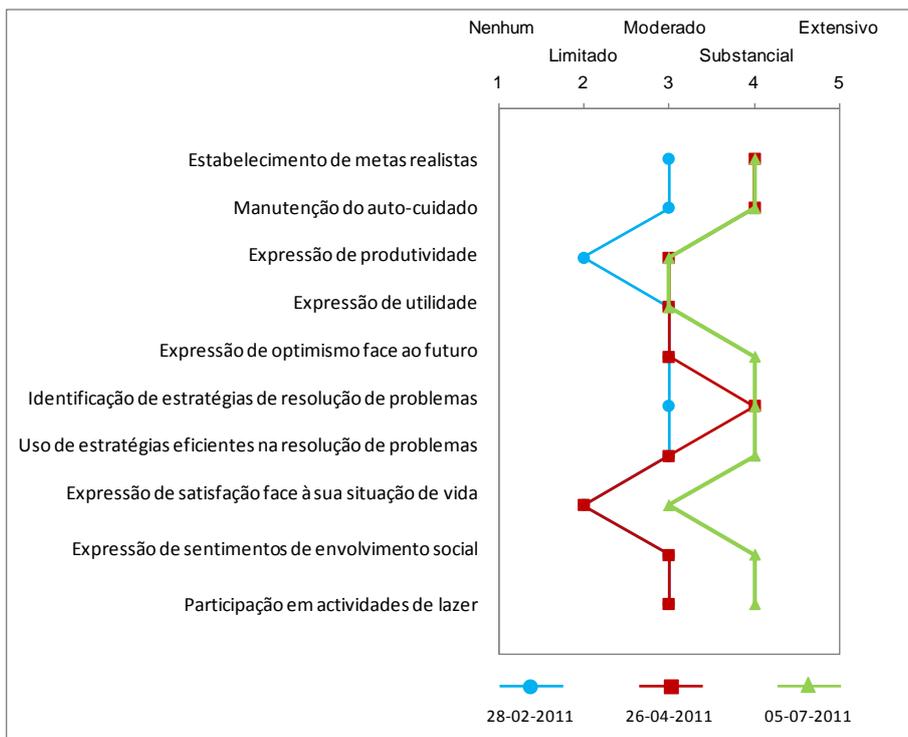


Gráfico 19 – Evolução do Ajuste psicossocial: mudança de vida (P3)

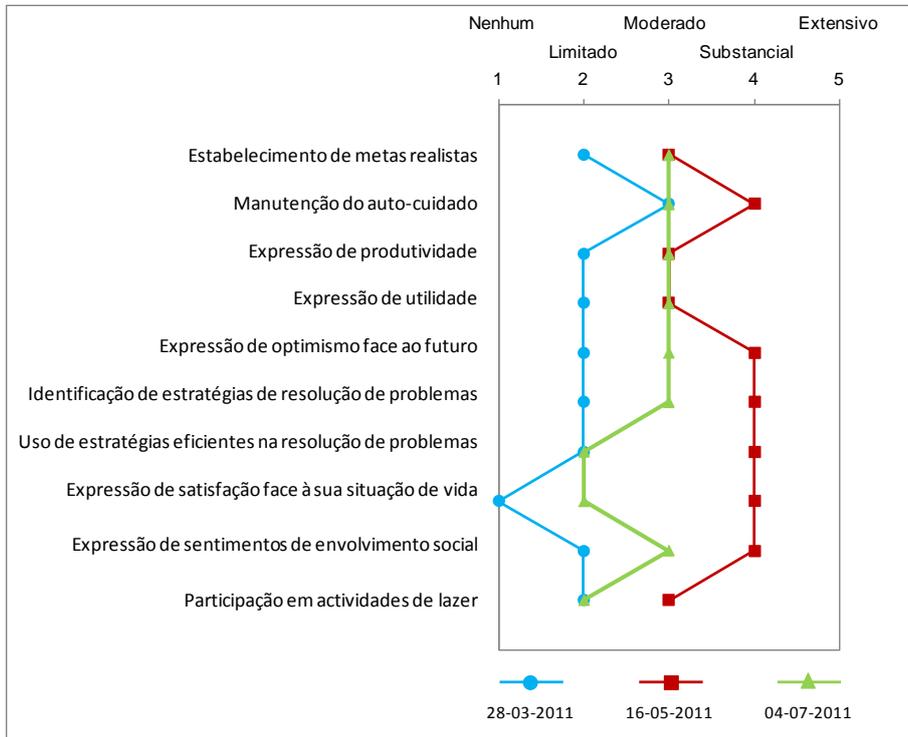


Gráfico 20 – Evolução do Ajuste psicossocial: mudança de vida (P6)

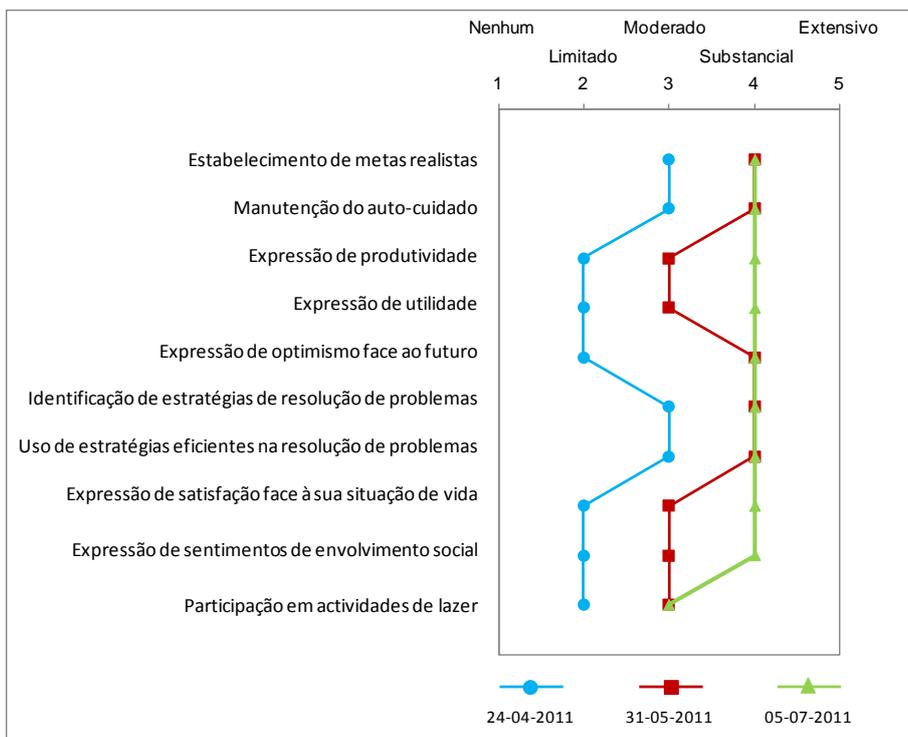


Gráfico 21 – Evolução do Ajuste psicossocial: mudança de vida (P7)

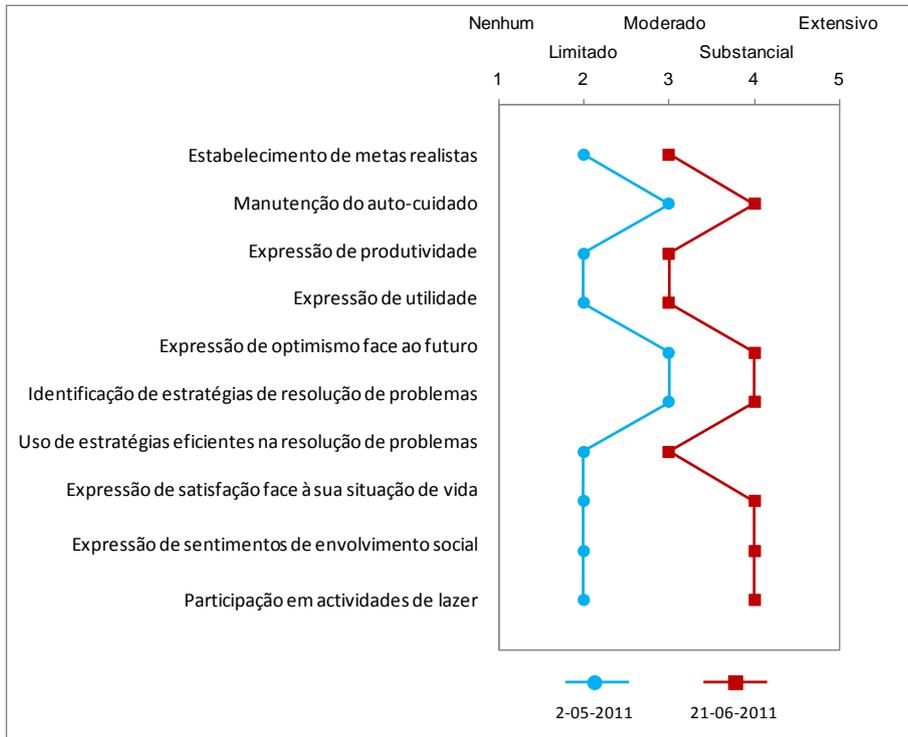
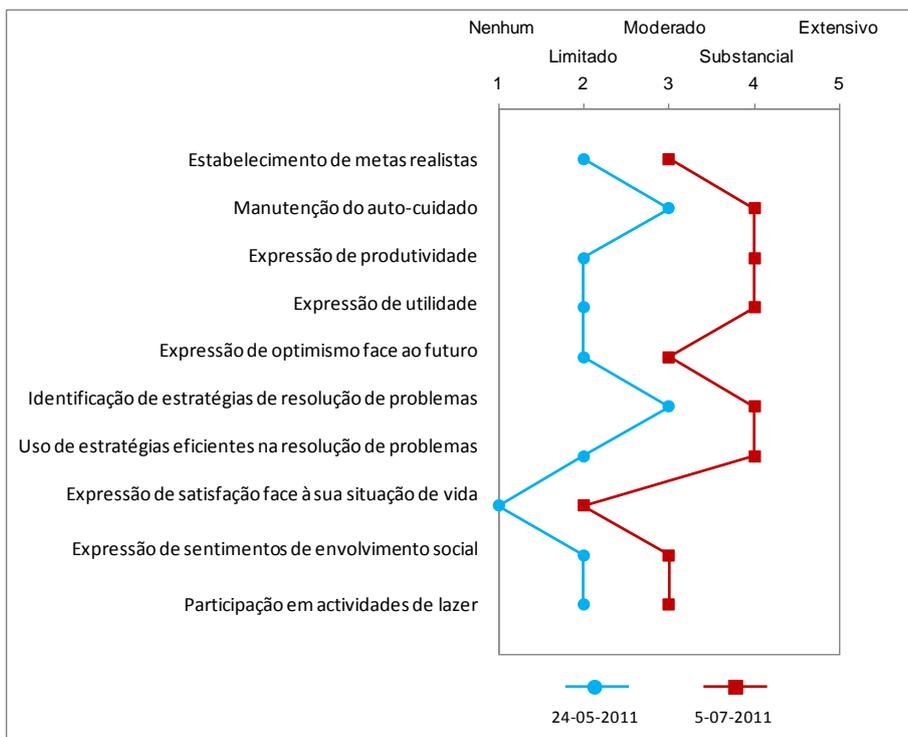
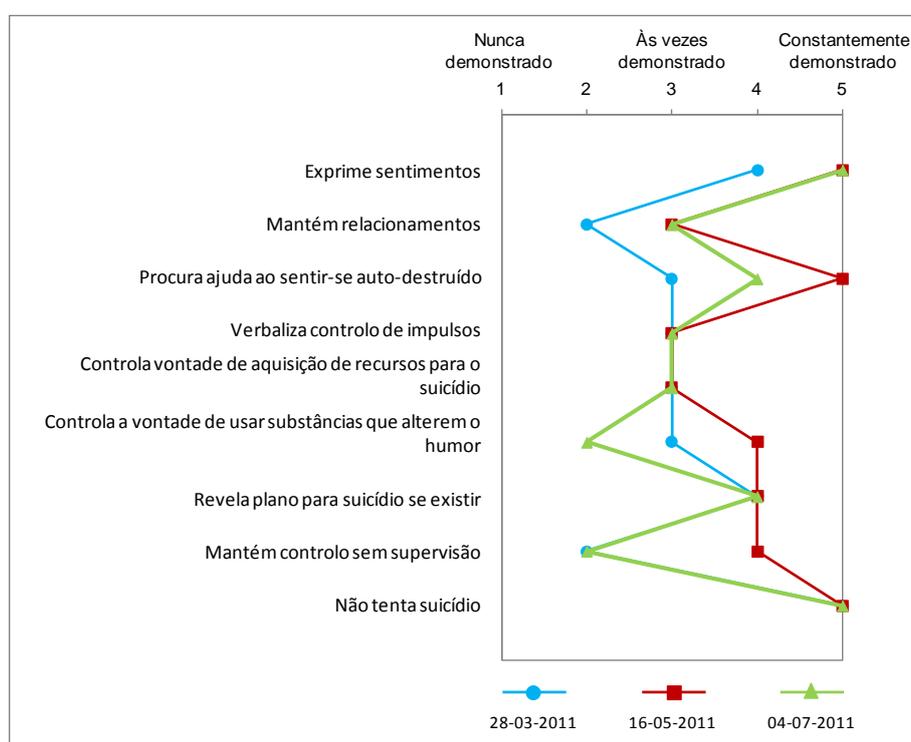


Gráfico 22 – Evolução do Ajuste psicossocial: mudança de vida (P9)



A maioria dos participantes, na sequência do plano de intervenção estabelecido para cada um, tendo em conta as suas necessidades, objectivos pessoais e problemas identificados, demonstrou um ajuste psicossocial evolutivo e eficaz. Para as supra citadas autoras (2004:157), o Ajuste psicossocial: mudança de vida, traduz-se na “*adaptação psicossocial de um indivíduo a uma mudança de vida*” o que no caso dos participantes do Programa CIR, se revelou ser o resultado obtido mais marcante, pois na sua grande maioria, não só aceitaram o desafio proposto pelas intervenções planeadas e executadas, como também canalizaram os seus esforços para uma melhor e mais eficaz integração social, a qual se pode dizer que foi conseguida, pois no final do Programa, todos à excepção do utente (P10), se encontravam a frequentar um curso de formação profissional e alargaram os seus contactos sociais. Os gráficos anteriores são ilustrativos desta realidade.

Gráfico 23 – Evolução da Auto-contenção contra o suicídio (P3)

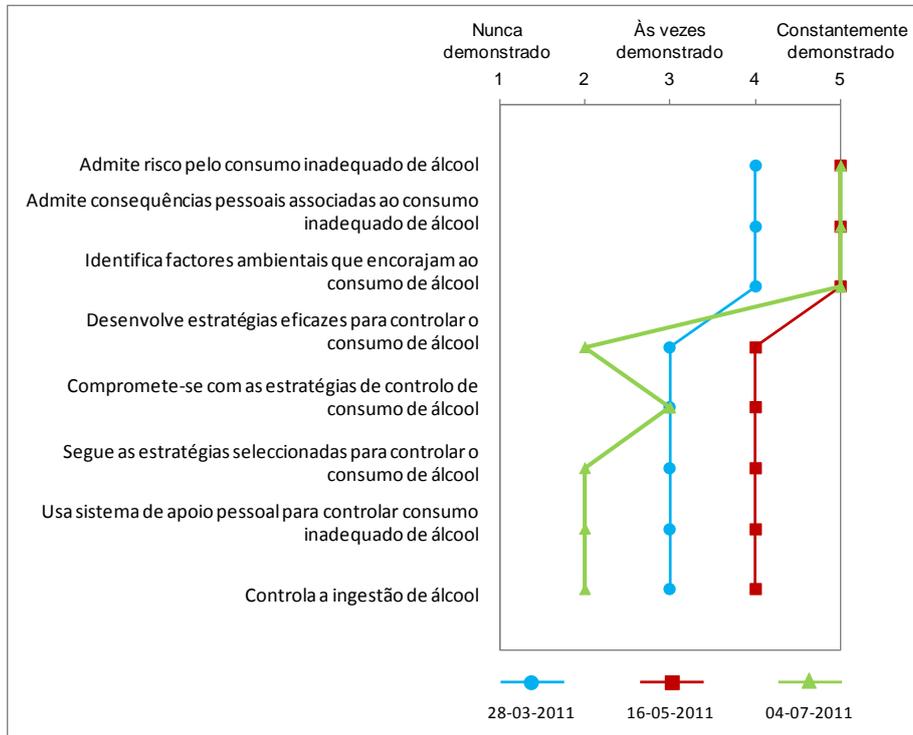


Pelas várias tentativas de suicídio anteriores, pareceu pertinente estar atenta e avaliar o utente (P3) no que respeita a este problema. Conforme se pode verificar pela análise do gráfico anterior, durante o decurso do Programa, este utente não apresentou qualquer tipo de acção suicida, no entanto, nos períodos que tinha mais actividade alucinatória aparentava ideação suicida mais exuberante. A Auto-contenção contra o suicídio, na perspectiva de Johnson & Moorhead, (2004:164), espelha a “*capacidade para evitar gestos e tentativa de se matar*”, o que no caso deste utente estava presente, no entanto, à data da última avaliação aparentava maior fragilidade com o eventual risco aumentado de acção suicida. A evolução face aos indicadores seleccionados são observáveis no gráfico anterior.

Outra situação que constituia risco para o utente, e que depois se revelou mesmo um problema instalado, era o controlo do uso de álcool. Ainda tomando como referência as autoras acima mencionadas (2004:284), o Controlo de riscos: uso de álcool, compreende um conjunto de “*acções para eliminar ou reduzir o uso de álcool que constitui uma ameaça à saúde*”. Para este utente isto aparentou ser possível no início, mas na última avaliação, assumiu o consumo de álcool frequente, o que pareceu estar na origem de alguns dos retrocessos verificados, como se pode ver no gráfico seguinte. Porém, é de salientar que também este utente se encontrava a frequentar assiduamente um curso de formação e continuava a comparecer às sessões, admitindo a necessidade de ajuda.

São vários os estudos que demonstram o quanto é frequente a comorbilidade na doença mental, em particular o consumo de substâncias. Teesson *et al* (2009), revela-nos num estudo por ela realizado, que esta é uma realidade que deve ser encarada de forma mais atenta pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros de saúde mental. Segundo os autores, a prevenção é uma componente crucial nas intervenções desenvolvidas junto dos doentes mentais no que se refere à área das comorbilidades, já que estas assumem um carácter de grande complexidade e exigem um grande esforço no sentido de se poderem dar respostas terapêuticas efectivas.

Gráfico 24 – Evolução do Controlo de riscos: uso de álcool (P3)



Na óptica de Lundberg *et al* (2009), parece consensual que o medo do estigma associado à doença mental pode conduzir a um compromisso no estabelecimento e desenvolvimento das interações sociais e condicionamento nas oportunidades de vida por parte dos doentes com uma consequente redução na adaptação social o que tive oportunidade de observar e identificar durante as entrevistas realizadas. Foi também frequente verbalizarem que habitualmente evitavam o contacto com os outros por se sentirem olhados de maneira diferente e discriminativa, o que se reflectia numa baixa auto-estima, sentimentos de insegurança e de desajuste psicossocial.

De um modo geral é legítimo afirmar que estes utentes demonstraram resultados positivos face aos focos identificados como alvo de intervenção terapêutica e desenvolveram, durante o período em que decorreu o Ensino Clínico, competências que os tornaram mais confiantes, autónomos e mais interactivos sob o ponto de vista social e da saúde.

4 – ANÁLISE DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo do trabalho foi reservado à análise reflexiva, não só das intervenções realizadas junto dos utentes, como também, e particularmente, das competências desenvolvidas e ou adquiridas durante o percurso efectuado neste Ensino Clínico.

Ser enfermeiro, abarca todo um conjunto de habilidades e comportamentos que não só estão relacionados com aspectos técnico-científicos, como também dizem respeito a uma série de características pessoais e humanas que nos permitem estabelecer relações terapêuticas com o doente/utente em todas as suas dimensões. Neste último grupo, será legítimo incluir a sensibilidade e intuição terapêutica adquirida ao longo do tempo de exercício profissional, as quais certamente são alimentadas por anos de variadas e múltiplas experiências, contactos com pessoas diferentes e também por modificações pessoais e contextuais a que o enfermeiro está sujeito na sua caminhada.

O Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière, citado por Phaneuf (2005:7), descreve competência como algo que faz “referência aos conhecimentos, às habilidades, às atitudes e aos julgamentos necessários à enfermeira para exercer a sua profissão, assim como à capacidade de as aplicar numa dada situação clínica”, o que parece aplicar-se ajustadamente aos ganhos que considero ter alcançado ao longo deste momento de aprendizagem que constituíu este Ensino Clínico.

A supervisão clínica constituíu uma mais valia em todo o processo de aprendizagem, não só pela partilha de experiências com a supervisora, mas também pela constante análise reflexiva sobre os sentimentos e atitudes vivenciados ao longo do Ensino Clínico. Foi muito útil para o meu crescimento profissional, planificar e preparar as sessões com a supervisora, mediante a discussão de cada caso e a consulta dos processos clínicos dos doentes, no sentido de uma melhor avaliação diagnóstica e programação de intervenções adequadas.

As críticas construtivas acerca do que correu mais ou menos bem durante as sessões e o incentivo e reforço positivo constantes, foram promotores de mudanças que se reflectiram numa prática mais confiante e autónoma. Senti também, que progressivamente a supervisora, ainda que sempre disponível para qualquer esclarecimento, me foi dando mais liberdade nas tomadas de decisão consideradas

oportunas para cada caso, o que se revelou importante e de certa forma muito gratificante pois no final do estágio mesmo os doentes que tinham sido inicialmente seguidos por ela (e outros), já me encaravam como um elemento do serviço com o qual podiam contar para dar resposta às suas necessidades.

Apesar de muito positivo e enriquecedor, nem sempre foi fácil atravessar este processo de aquisição e desenvolvimento de competências como Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, uma vez que também foram vividos momentos de ansiedade e incerteza no contacto com o doente, nomeadamente face à abordagem que estava a ser feita. A dúvida de se esta seria a melhor forma e que resultados poderiam daí advir surgiu algumas vezes ao longo deste processo. No entanto, ao longo dos vários contactos com os doentes e através das reflexões conjuntas com a supervisora, confirmei aquilo que já me havia sido dito durante as aulas do Mestrado, que não há receitas exactas para uma boa prática e que é com a experiência e a variedade de situações com que nos deparamos que nos poderemos tornar mais capazes e eficientes nos cuidados que prestamos.

Optar por uma formação e treino especializados na área da Saúde Mental e Psiquiatria, permitiu-me compreender e sedimentar a ideia que é de pequenas coisas que se constrói algo, e que o facto de estabelecermos um plano de intervenção individual para um doente, pode conduzir a mudanças substanciais independentemente da grandiosidade ou insignificância da intervenção executada. Cada pessoa é única e o que aparentemente é subvalorizável para a maioria, reveste-se de primordial importância para aqueles que precisam de orientação e encorajamento para continuar com as suas vidas dentro dos padrões da normalidade.

Assim, olhando para trás, considero que a minha presença, a minha capacidade de escutar, tentando combater qualquer juízo de valor, que inesperadamente surgisse no meu encontro com o outro, dadas as circunstâncias de vida tão diferentes das minhas, o empenho em aceitar o outro tal como é respeitando o seu contexto, a sua vontade e as suas necessidades, favoreceu o meu crescimento profissional e pessoal e constituiu mais um degrau na escadaria da excelência dos cuidados de enfermagem que tento ter no meu horizonte. Tratando-se de uma área onde apenas tinha experiência no âmbito do serviço de urgência onde trabalhei 12 anos, senti que todas as vivências experienciadas enquanto enfermeira e ser humano me ajudaram a superar as dificuldades,

nomeadamente as relacionadas com sentimentos e capacidade de distanciamento das situações de forma a não perder o trilho da relação terapêutica e profissional.

À semelhança do que nos diz Benner na sua obra *De Iniciado a Perito* (2001), em muitas situações me senti “*iniciada*”, com algum conhecimento técnico-científico, mas sem prática, porém, os anos de experiência com doentes em variados contextos, nomeadamente em cuidados continuados e paliativos e a adequada supervisão clínica que tive o privilégio de usufruir, contribuíram para tomar decisões de ordem clínica que levaram a ações prescritivas e terapêuticas, características do que a autora defende para aqueles que considera *Peritos*.

Assim, considero que para além do impacto e contributo que as minhas intervenções podem ter tido na vida das pessoas com quem estabeleci a minha relação terapêutica, estas e as suas vivências permitiram a aquisição de subsídios que considero primordiais para a prestação de cuidados enquanto Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Os que identifico como mais relevantes foram o desenvolvimento da empatia, da aceitação incondicional do outro e da sua vivência, a tolerância, a assertividade e o auto-conhecimento. Saí deste Ensino Clínico com a confiança de ser capaz de aplicar todas estas aprendizagens no meu contexto profissional, ainda que não seja o campo da Psiquiatria, dada a sua transversalidade a qualquer área.

O treino da Entrevista e o estabelecimento de relações de ajuda, favoreceram a transposição de obstáculos que no início pareciam incontornáveis e permitiram adquirir uma tranquilidade promotora de uma capacidade de olhar mais ao pormenor aquele que temos à frente. Só este conhecimento e compreensão do outro, possibilita a constituição de parcerias terapêuticas e a eficiência e eficácia dos planos de intervenção traçados.

Partilhando o que está contemplado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (n.º 129/2011), cabe ao Enfermeiro Especialista nesta área não só mobilizar-se a si mesmo como instrumento terapêutico, como também desenvolver vivências, conhecimentos e capacidades, que lhe permitam uma prática profissional com intuito psicoterapêutico, sócio-terapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, I. & TAVARES, J. (2003) – **Supervisão Pedagógica no Ensino de Enfermagem**, Sinais Vitais, 58, 22-25;

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2004) – **Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV TR**, 4ª Edição, British Library. ISBN: 0-89042-025-4;

BENJAMIN, A. (1993) – **A Entrevista de Ajuda**, 6ª Edição, São Paulo, Martins Fontes. ISBN: 85-336-0168-9;

BENNER, P. (2001) – **De Iniciado a Perito**, Coimbra, Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X;

CALDEIRA, C. (2010) – **Apontamentos das aulas. Escola superior de Enfermagem São João de Deus – Évora**;

CASES, J. & GONZÁLEZ A. R. (2010) – **Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis**, Clínica Y Salud, Vol. 21, nº3, p. 319-332, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. ISBN: 1130-5274;

CECÍLIO, L. C. O. (Mar-Abr. 2005) – **É Possível Trabalhar o Conflito como Matéria-prima da Gestão em Saúde?**, Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (2): 508-516;

CHAREPE, Z.; FIGUEIREDO, M. (2010). **Promoción de la Esperanza y Resiliencia Familiar – Práticas Appreciativas**. Invest Educ Enferm. 28 (2): 250-257;

CIBANAL, J. L. (1991) – **Interrelación del Profesional de Enfermería con el Paciente**, Barcelona, Ediciones Doyma. ISBN: 84-7592-408-5;

CIBANAL, J. L. (2003) – **Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud**, Madrid, Elsevier;

CLAYTON, K.; BLUMBERG, F.; AULD, D. P. (2010) – **The Relationship Between Motivation, Learning Strategies and Choice of Environment Whether Traditional or Including an Online Component**, British Journal of Educational Technology, 3 (41): 349-364;

COSTA, J.; MELO, A. (1998) – **Dicionário da Língua Portuguesa**, 8ª Edição, Porto, Porto editora;

CRUZ, D. A. L.M. & PIMENTA C. A. M. (Maio-Junho 2005) – **Prática Baseada em Evidências, Aplicada ao Raciocínio Diagnóstico**, in Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol.13 no.3 Ribeirão Preto, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300017, acessado no dia 20-06-2010;

DEAUX, K.; WRIGHTSMAN, L. (1984) – **Social Psychology in the 80's**, 4ª Edição, Califórnia, Brooks Cole;

DEL'REY, G.; ABDALLAH, H. (2006) – **Intervenções Cognitivas e Comportamentais na Fobia Social**, www.psicologia.com.pt/ acessado no dia 09-04-2010;

DUARTE, A. (2002) – **Aprendizagem, Ensino e Aconselhamento Educacional- Uma Perspectiva Cognitivo-motivacional**, Porto, Porto Editora;

FIUMI, F. F. (2001) – **Psiquiatria de Relacionadores Trimodales**, Revista Colombiana de Psiquiatria, Vol XXX, nº1, 57-66;

FULLER *et al.* (2011) – **Effectiveness of Service Linkages in Primary Mental Health care: a Narrative Review Part 1**, BMC Health Services Research <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/72>;

GALVÃO, C. M.; SAWAD, N. O.; TREVIZAN, M. A. (Maio-Junho 2004) – **Revisão Sistemática: Recurso que Proporciona a Incorporação das Evidências na Prática da Enfermagem**, in Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12(3): 549-56, disponível em, www.eerp.usp.br/rlae/ftp://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf., acessado no dia 20-06-2010;

GONÇALVES-PEREIRA *et al.* (2006) – **Intervenções Familiares na Esquizofrenia. Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal**, in Acta Médica Portuguesa, nº19, p.1-8;

GREENWOOD, J. (2000) – **Critical Thinking and Nursing Scripts: the Case for the Development of Both**, Journal of Advanced Nursing, 31 (2): 428-436;

HENDERON J. (Dezembro 2007) – **The National Mental Health Strategy: Redefining Promotion and Preventive in Mental Health**, in Australian Journal of Primary Health, Vol. 13 Issue 3, p.77-84, 8p, in Academic Search Complete e disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=28066048&lang=pt-br&site=ehost-live>, acessado no dia 10-06-2010;

HESBEEN, W. (2000) – **Cuidar no Hospital. Enquadrar os Cuidados de Enfermagem**, Lisboa, Lusociência, Edições técnicas e científicas, Lda;

ICN (2005) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**, Versão 1, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros;

JERICÓ *et al.* (2008) – **Estrutura Organizacional do Serviço de Enfermagem: Reflexões sobre a Influência do Poder e da Cultura Organizacional**, Revista Escola Enfermagem USP, 42 (3): 569-577;

JOHNSON, M.; MASS, M.; MOORHEAD, S. (2004) – **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**, 2ª Edição, Porto Alegre, Artmed Editora;

LARAIA, M.; STUART, G. (2002) – **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**, 6ª Edição, Porto Alegre, Artmed. ISBN 85-7307-713-1;

LIVRO VERDE – [Consultado em: http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2005/com2005_0484pt01.pdf](http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2005/com2005_0484pt01.pdf);

LOPES, J. M. (2006) – **A Relação Enfermeiro-doente como Intervenção Terapêutica. Proposta de uma Teoria de Médio Alcance**, Coimbra, Formasau;

LOPES, J. M. (2010) – **Apontamentos das aulas. Escola superior de Enfermagem São João de Deus – Évora**;

LUNDBERG, B.; HANSSON, L.; WENTZ, E.; BJÖRKMAN, T. (2009) – **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 16, 516-522;

MCCLOSKEY J. C.; BULECHEK G. M. (2004) – **Classificação Das Intervenções de Enfermagem (NIC)**, 3ª Edição, Porto Alegre, Artmed. ISBN: 85-7307-819-7;

MCWHINNEY, I. (1994) – **Manual de Medicina Familiar**, Lisboa, Inforsalus;

MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTUGUÊS (Abril 2009) – **CIR – Cuidados Integrados e Recuperação**, Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental;

MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTUGUÊS (2008) – **Plano Nacional de Saúde Mental, 2007-2016**, Lisboa, Alto Comissariado da Saúde;

NEEB, K. (1997) – **Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental**, Lusociência. ISBN: 972-8383-14-2;

OLASOJI, M. & MAUDE, P. (2010) – **The advento f mental health nurses in Australian general practice**, Contemporary Nurse, vol nº 36, (1-2):106-117;

OMS (Abril 2002) – **Relatório Mundial de Saúde 2001: Nova Conceção, Nova Esperança**, 1ª Edição, Lisboa, Climepsi Editores. ISBN 972-675-082-2;

OMS (2008) – **Relatório Mundial de Saúde 2008 Cuidados de Saúde Primários: Agora mais que Nunca**, Lisboa, CISCOS. ISBN 978-989-95146-9-0;

PHANEUF M. (2005) – **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação**, Loures, Lusociência. ISBN 972-8383-84-3;

REGULAMENTO DO CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, consultado em: <http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/>.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.ª SÉRIE – N.º 35 (Fevereiro 2011) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental**, n.º 129/2011;

REINALDO, A. M. S. (Março 2008) – **Saúde Mental na Atenção Básica como Processo Histórico de Evolução da Psiquiatria Comunitária**, Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem, 12 (1): 173-178;

RISPAIL, D. (2003) – **Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar: uma Abordagem do Desenvolvimento Pessoal em Cuidados de Enfermagem**, Loures, Lusociência. ISBN: 972-8383-42-8;

ROGERS, C. R. (1985) – **Tornar-se Pessoa**, 7ª Edição, Lisboa, Moraes Editores;

SHULTZ, A. *et al.* (1995) – **Empowerments Multi-level Construct: Perceived Control at Individual, Organizational and Community Levels**, in Health Education Research vol. 10, nº 3, 309-327;

TAYLOR, C. (1992) – **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**, 13ª Edição, Porto Alegre, Tradução: Dayse Batista;

TEESSON, M., Slade, T., MILLS, K. (2009) – **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 43: 606-614;

WATZLAWICK, P. (1991) – **Teoria de la Comunicacion Humana**, patologias y paradojas, 8ª Edição, Barcelona, Herder DL;

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H. (1966) – **A Pragmática da Comunicação Humana**, São Paulo, Editora Cultrix.