



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

APOIO AO FAMILIAR CUIDADOR DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL

SUPPORTING FAMILY CAREGIVERS OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Por

Tiago Filipe Cardoso de Oliveira Casaleiro

Lisboa, 2017



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

APOIO AO FAMILIAR CUIDADOR DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL

SUPPORTING FAMILY CAREGIVERS OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Por

Tiago Filipe Cardoso de Oliveira Casaleiro

Sob orientação de Alexandra Sarreira Santos

Lisboa, 2017

Resumo

Este relatório de estágio consiste numa reflexão crítica do percurso desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A doença mental pode conduzir a incapacidades e tem impacto na vida da pessoa e dos seus familiares que, frequentemente, assumem o papel de cuidadores informais. Cuidar de uma pessoa com doença mental é uma experiência com consequências quotidianas.

A problemática do familiar cuidador da pessoa com doença mental e as respetivas intervenções de enfermagem foram motivadoras para a realização de uma revisão de literatura que revela a eficácia de intervenções de enfermagem especializada em saúde mental. A evidência encontrada permitiu fundamentar e orientar a prática em contexto de estágio. Tomam-se como referência para a prática o modelo de sistemas de Betty Neuman e os modelos de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família.

Ao longo do relatório, é demonstrado o crescimento na aquisição, desenvolvimento e reconhecimento das competências enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. As competências foram desenvolvidas ao longo de três módulos de estágio, sendo o primeiro de intervenção na crise e os outros de intervenção comunitária. São realizadas intervenções de enfermagem com foco na pessoa com doença mental e no familiar cuidador, atuando nos diferentes níveis de prevenção. A nível comunitário desenvolveram-se competências de planeamento em saúde e de trabalho em rede.

Descritores: Enfermagem de Saúde Mental, Familiar Cuidador, Família

Abstract

This internship report consists of a critical reflection of the course developed in the scope of the Master's Degree in Nursing of a professional nature, specializing in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Mental illness can lead to disability and has an impact on the life of the person and his or her family members, who often assume the role of informal caregivers. Caring for a person with mental illness is an experience with everyday consequences.

The problematic of the family caregiver of the person with mental illness and the respective nursing interventions were motivating to carry out a literature review that reveals the effectiveness of specialized nursing interventions in mental health. The evidence found allowed to base and guide the practice in the context of the stage. The Betty Neuman systems model and the Calgary Family Assessment and Intervention models are used as a reference.

Throughout the report, it is demonstrated the growth in acquisition, development and recognition of skills as a nurse specialist in mental health nursing. The competences were developed along three internship modules, the first being in crisis intervention and the other in community intervention. Nursing interventions focusing on the person with mental illness and on the family caregiver are performed, acting at different levels of prevention. At community level, health planning and networking skills are developed.

Headings: Mental Health Nursing, Family Caregiver, Family

Lista de Siglas

CCSMO – Centro Comunitário de Saúde Mental em Odivelas

CESMPD – Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto
Domiciliário

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

SO – Serviço de Observação

Índice

| | |
|---|-----------|
| Introdução..... | 13 |
| 1. Enquadramento conceptual | 17 |
| 2. Intervenção na crise | 25 |
| 2.1. Objetivo 1: Desenvolver competências técnicas e científicas na área especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na intervenção à pessoa com psicose esquizofrénica em fase aguda..... | 27 |
| 2.2. Objetivo 2: Desenvolver competências técnicas e científicas na área especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na intervenção com a família da pessoa com doença mental | 32 |
| 3. Intervenção em contexto comunitário | 35 |
| 3.1. Objetivo 1: Desenvolver competências técnicas e científicas na área especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na intervenção em contexto comunitário..... | 36 |
| 3.2. Objetivo 2: Desenvolver competências no âmbito da facilitação da aprendizagem | 39 |
| 3.3. Objetivo 3: Desenvolver competências de planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade..... | 41 |
| 4. Continuação do desenvolvimento de competências..... | 45 |
| Conclusão..... | 47 |
| Referências Bibliográficas | 51 |
| Apêndices | 55 |
| Apêndice 1 – Estudo de caso..... | 57 |
| Apêndice 2 - Relatório de intervenção – Michael’s Game® | 81 |
| Apêndice 3 – Atividade “Apoio familiar”..... | 87 |
| Apêndice 4 – Relatório da atividade “Apoio familiar” | 91 |
| Apêndice 6 - Ficha do curso à distância – Caring for People with Psychosis and Schizophrenia | 103 |
| Apêndice 8 – Calendário..... | 111 |
| Apêndice 9 – Postais de Natal..... | 115 |
| Apêndice 10 - “Mesa-Redonda – A Enfermagem e a Saúde Mental Comunitária” | 119 |
| Apêndice 11 – Plano de sessão “Prevenção e gestão do comportamento agressivo” | 125 |
| Apêndice 12 – Reflexão sobre o papel do enfermeiro especialista nos cuidados de saúde mental em articulação com os restantes técnicos de saúde mental | 129 |
| Apêndice 13 – Plano de sessão “Michael’s Game®” | 133 |
| Apêndice 14 – Projeto de divulgação da Equipa Pro-Actus | 137 |

| | |
|--|------------|
| Apêndice 15 – Folheto de divulgação da Equipa Pro-Actus | 143 |
| Apêndice 16 – Póster de divulgação | 147 |
| Anexos | 151 |
| Anexo 1 – Michael’s Game® - O jogo das hipóteses | 153 |
| Anexo 2 – Norma de procedimento “Consulta de Enfermagem” | 161 |
| Anexo 3 – Instrumento colheita de dados | 167 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - artigos selecionados para a revisão de literatura | 20 |
| Tabela 2 - Intervenções ao familiar cuidador | 21 |

Introdução

Ao longo de dezoito meses, experienciei um crescimento pessoal, científico e profissional, proporcionado pela realização do Mestrado em Enfermagem, de natureza profissional, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O relatório de estágio pretende demonstrar esse crescimento na aquisição, desenvolvimento e reconhecimento das competências enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, assim como a procura de conhecimento para uma prática com base na evidência.

A pessoa com doença mental e a sua família têm diferentes contatos com os serviços de saúde mental, comunitários e/ou hospitalares, ao longo de todo o processo de doença e ao longo da vida, onde os enfermeiros especialistas de saúde mental desenvolvem a sua ação. A minha experiência enquanto enfermeiro em serviços de psiquiatria tem suscitado algumas questões e problemáticas, nomeadamente a atenção ao familiar cuidador da pessoa com doença mental.

O interesse sobre a problemática do familiar cuidador da pessoa com doença mental e as respetivas intervenções de enfermagem foram motivadores para a realização de uma revisão de literatura que foi integrada no enquadramento teórico (capítulo 1), onde se acolhe o modelo de sistemas de Betty Neuman (Neuman & Fawcett, 2011) e o modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (Wright & Leahey, 2002). A evidência encontrada permitiu fundamentar e orientar a prática em contexto de estágio (capítulos 2 e 3).

Ao longo do relatório a referência ao alvo de cuidados socorre-se do termo “pessoa”, por exemplo, “pessoa com doença mental”, “pessoa internada” “familiar cuidador da pessoa com doença mental”. A terminologia utilizada por Neuman, no seu modelo de sistemas, mostra o conceito de pessoa enquanto “cliente”/”sistema cliente”. Por este motivo, quando se fizer a apresentação do modelo de sistemas de Neuman, utilizar-se-á o termo “cliente” ou “sistema cliente”

De forma a desenvolver competências nas diferentes fases do processo de saúde/doença mental, atendendo não só às necessidades da pessoa com doença mental, mas também aos familiares cuidadores, o estágio foi projetado em três módulos. O primeiro, em contexto comunitário, relativo à promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção; o segundo relativo à intervenção na crise. O terceiro módulo pretendia dar resposta ao interesse inicial na atenção ao familiar cuidador. A concretização deste projeto ocorreu desde 26 de abril a 21 de dezembro de 2016.

Em primeiro lugar, foi realizado o módulo de intervenção na crise, de 26 de abril a 18 de junho, na Clínica 6 – Psicoses Esquizofrénicas, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Este módulo do estágio teve como objetivos: desenvolver competências técnicas e científicas na área especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na intervenção à pessoa com psicose esquizofrénica em fase aguda; desenvolver competências técnicas e científicas na área especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na intervenção com a família da pessoa com doença mental.

Posteriormente, foi realizado o módulo de intervenção comunitária entre 1 de setembro e 26 de outubro, na Equipa de Intervenção Domiciliária – Pro-Actus, do Centro Comunitário de Saúde Mental em Odivelas, pertencente ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. O projeto de estágio previa que o terceiro módulo tivesse lugar na Consulta Externa de Psiquiatria da Infância e Adolescência, do Hospital Beatriz Ângelo. No entanto, por se considerar que o desenvolvimento de competências poderia ser potenciado com a realização do terceiro módulo na Equipa Pro-Actus, alargando o âmbito de intervenção, este terceiro módulo acabou por decorrer na Equipa Pro-Actus, entre 27 de outubro a 21 de dezembro. Os primeiro e terceiro módulos têm como objetivos: desenvolver competências técnicas e científicas na área especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na intervenção em contexto comunitário; desenvolver competências no âmbito da facilitação da aprendizagem e desenvolver competências de planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.

No desenvolvimento do trabalho, optou-se por apresentar as atividades e competências de acordo com a cronologia com que se desenrolaram os estágios: no segundo capítulo aborda-se a intervenção na crise e no terceiro capítulo a intervenção comunitária. Nestes capítulos são interligados os objetivos definidos para o estágio com as competências do enfermeiro especialista, definidas no Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos

Enfermeiros, e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, definidas no Regulamento n.º 129/2011 da Ordem dos Enfermeiros.

Porque se entende que o processo de desenvolvimento de competências não termina com a obtenção do título de enfermeiro especialista, foi escrito um quarto capítulo onde se apontam caminhos para o meu desenvolvimento pessoal, profissional e académico.

Foram adotadas as normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA).

1. Enquadramento conceptual

A prática profissional quotidiana dos enfermeiros requer que os mesmos analisem a realidade de forma a intervir sobre a situação. Esta análise e interpretação da realidade é feita através de lentes a que chamamos paradigmas (Weaver & Olson, 2006). Ao longo do processo de especialização assumimos o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, considerado um Modelo Conceptual de Enfermagem (Tomey & Alligood, 2004). Este modelo foi desenvolvido na década de 70 e foi categorizado na Escola dos Resultados, de acordo com a classificação de Kerouac, pois tenta conceptualizar os resultados ou os efeitos dos cuidados de enfermagem (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994).

No Modelo de Sistemas de Betty Neuman¹, a Enfermagem é uma profissão única, atenta a todas as variáveis que afetam os clientes no seu ambiente (Neuman & Fawcett, 2011). O cliente (indivíduo, família ou comunidade) é um sistema totalmente aberto em interação com os ambientes internos e externos (Neuman & Fawcett, 2011). O bem-estar (*wellness*) é uma condição estável na qual as subpartes do sistema estão em harmonia com todo o sistema. A totalidade do sistema é baseada no inter-relacionamento das variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual) que determina a resistência aos *stressores*² (Neuman & Fawcett, 2011). Já doença (*illness*) está no lado oposto do contínuo de bem-estar e representa instabilidade e diminuição de energia entre as partes ou subpartes do sistema afetando o todo (Neuman & Fawcett, 2011). O ambiente consiste nas forças internas e externas que envolvem o cliente, influenciando e sendo influenciadas pelo cliente (Neuman & Fawcett, 2011).

Neste modelo, os *stressores* são

“fatores ambientais que podem ser de natureza intra, inter ou extrapessoal e que têm o potencial de perturbação da estabilidade do sistema penetrando as linhas de

¹ Para efeitos de tradução, utilizam-se as expressões utilizadas em Tomey & Alligood (2004)

² Mantém-se o anglicismo *stressores*, tal como em Tomey & Alligood (2004). Outros autores traduzem como “fatores de stress” (Cf. Nunes, 1993)

defesa e resistência do sistema. O seu resultado pode ser positivo ou negativo; a percepção do cliente e as capacidades de *coping* são considerações importantes para cuidadores e clientes. O efeito dos *stressores* que são percebidos como negativos são referidos como stress, enquanto que o efeito dos *stressores* que são percebidos como positivos são referidos como *eustress*". (Neuman & Fawcett, 2011, pp. 328-329).

Os *stressores* podem atingir ou fortalecer os elementos do sistema. Podem identificar-se recursos internos e externos que podem ajudar a diminuir a reação ao *stressor* e aumentar a resistência do cliente (Neuman & Fawcett, 2011). Um dos recursos externos pode ser o apoio do familiar cuidador. O enfermeiro, ao avaliar o funcionamento do sistema, deve considerar as relações entre os vários elementos (Wright & Leahey, 2002).

Segundo os Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção na Família, o tratamento psiquiátrico de um dos elementos tem indicação para que seja feita uma avaliação familiar. Neste modelo, ao enfermeiro especialista é pedido que tenha em conta não só a avaliação do indivíduo, mas simultaneamente de todo o sistema familiar. Após a avaliação, a intervenção na família com vista à mudança foca-se nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental, pois "assim como se alteram as percepções mútuas dos membros da família e sobre a enfermidade, o mesmo se dará com o comportamento" (Wright & Leahey, 2002, p. 21).

Compreendendo o funcionamento do sistema e considerando o cuidar em enfermagem como intervenções preventivas, é possível atuar nos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária acontece antes da reação ao *stressor*, a secundária corresponde ao tratamento dos sintomas após a invasão do *stressor* e a terciária à manutenção do bem-estar após o tratamento (Neuman & Fawcett, 2011). Ao nível da saúde mental, as intervenções também podem ser entendidas como preventivas (Caplan, 1980). Na prevenção primária, o primeiro nível de intervenção, pretende-se reduzir a incidência da doença mental e o desenvolvimento de novos casos. Na prevenção secundária pretende-se reduzir o risco de prevalência da doença mental, reduzindo o número de casos existentes, através da identificação precoce de novos casos, do seu rastreio e tratamento imediato. No que se refere à prevenção terciária, esta destina-se a intervir na diminuição do agravamento da doença promovendo a reabilitação.

No desenvolvimento do projeto de estágio, para além do cuidado à pessoa com doença mental, foi surgindo uma preocupação com o familiar cuidador, a sua saúde mental e o seu bem-estar. Na abordagem sistémica o familiar cuidador pode ser entendido não só

enquanto recurso importante para a pessoa com doença mental que, sem apoio, fica em risco, mas também enquanto indivíduo com as suas necessidades, vulnerável aos *stressores*. Desta forma, o enfermeiro especialista tem ação importante tanto na prevenção primária, como na secundária.

Com a introdução dos psicofármacos e o enfoque na reabilitação psicossocial, em meados do século XX, iniciou-se um processo de desinstitucionalização da pessoa com doença mental. Este fenómeno implicou uma adaptação das famílias, onde os seus membros passaram a assumir o papel de cuidadores (Awad & Voruganti, 2008). A doença mental tem um forte impacto a nível social e ocupacional. Por outro lado, a doença mental pode conduzir a incapacidades, pelo que a pessoa com doença mental necessita de apoio formal, realizado por profissionais, ou informal, realizado por familiares ou outros cuidadores, nas atividades de vida diárias (American Psychiatric Association, 2013).

Um estudo clássico aborda o impacto e as consequências de cuidar de uma pessoa com doença mental, denominando-o “*burden*” (Treadley, 1946), terminologia que se tornou muito comum na área da saúde mental, traduzido na literatura, em português, como sobrecarga familiar (Xavier, Pereira, Correa, & Caldas de Almeida, 2002). Considera-se que existe uma componente objetiva de sobrecarga, que engloba os efeitos na saúde física e mental, na economia e na vida diária, e uma componente subjetiva, que diz respeito à experiência vivida do cuidador (Awad & Voruganti, 2008; Caqueo-Úrizar et al., 2014; Hoenig & Hamilton, 1966). A literatura revela uma diminuição da qualidade de vida do familiar cuidador quando comparado com a restante população (Noghani, Seyedfatemi, Karimirad, Akbarzadeh, & Hasanpour-Dehkordi, 2016). Por outro lado, os principais problemas apresentados pelo familiar cuidador incluem stress emocional, sintomas depressivos e, em alguns casos, depressão clínica (Shah, Wadoo, & Lato, 2010). Ao longo de cinquenta anos, a investigação sobre esta temática deixou de se focar exclusivamente na dimensão negativa da prestação de cuidados, para abarcar também uma dimensão positiva que advém da experiência da prestação de cuidados (Szmukler, et al., 1996; Schwartz & Gidron, 2002).

Assim, o familiar cuidador deve ser visto não só como parceiro de cuidados ou recurso (Wright & Leahey, 2002), mas também como sistema cliente – indivíduo, com necessidade de cuidados.

Com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao familiar cuidador da pessoa com doença mental, foi desenvolvida uma revisão de literatura, baseada em pesquisa de artigos na plataforma EBSCOhost - Research Databases [CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina].

A consulta das bases de dados decorreu entre dia 1 e 30 de janeiro, com os seguintes descritores e estratégia de pesquisa conjugada: no título [family OR carer OR caregiver OR familia OR cuidador] AND Abstract [mental health nursing OR psychiatric nursing OR enfermagem saúde mental OR enfermagem psiquiátrica OR enfermería de salud mental OR enfermería psiquiátrica]. Na pesquisa eletrônica foram considerados os seguintes limitadores: existência de texto completo, textos em português, inglês ou castelhano. Com esta pesquisa obtiveram-se 622 citações. Removidos os duplicados, foram lidos os títulos e os resumos de 275 artigos. Foram definidos como critérios de inclusão a existência de intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao familiar cuidador da pessoa adulta com doença mental e a identificação de resultados para o familiar cuidador. Desta seleção, apuraram-se 13 artigos. Após nova aplicação dos critérios de inclusão, foi excluído um estudo por apresentar intervenções de enfermagem, mas não eram realizadas por enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica e cinco estudos por não apresentarem resultados para o familiar cuidador. Assim, foram considerados sete artigos para a revisão de literatura: três revisões de literatura, um estudo qualitativo e três estudos quantitativos, apresentados na Tabela 1 por ordem cronológica.

Tabela 1 - artigos selecionados para a revisão de literatura

| Ano | Autor(es) | Título |
|-------------|------------------|--|
| 2000 | Alexy | Computers and Caregiving: Reaching Out and Redesigning Interventions for Homebound Older Adults and Caregivers |
| 2004 | Campbell | How was it for you? Families' experiences of receiving Behavioural Family Therapy |

| | | |
|-------------|---|--|
| 2005 | Chien, Chan, Morrissey, & Thompson | Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia |
| 2009 | Chien & Norman | The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for family caregivers of people with psychotic disorders: a literature review |
| 2010 | Son & Choi | The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders |
| 2011 | Macleod, Elliot, & Brown | What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature |
| 2013 | Sveinbjarnardottir, Svavarsdottir, & Wright | What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study |

Ao analisar os estudos podemos identificar diferentes intervenções ao familiar cuidador, que são enumeradas na Tabela 2.

Tabela 2 - Intervenções ao familiar cuidador

| Intervenções | Estudos |
|--|--|
| Grupos de ajuda mútua | Chien & Norman, 2009; Macleod, Elliot, & Brown, 2011; Chien, Chan, Morrissey, & Thompson, 2005 |
| Terapia familiar comportamental | Campbell, 2004; Macleod, Elliot, & Brown, 2011 |
| Suporte comunitário | Alexy, 2000; Macleod, Elliot, & Brown, 2011 |

No caso dos grupos de ajuda mútua, a função do enfermeiro especialista é importante na formação dos grupos e no acompanhamento, de acordo com a necessidade. Um dos estudos aponta para uma eficácia maior dos grupos de ajuda mútua nos níveis de funcionamento dos familiares cuidadores, quando comparado com grupos psicoeducativos (Chien, Chan, Morrissey, & Thompson, 2005). Por outro lado, os grupos de ajuda mútua reduzem o *burden* (Macleod, Elliot, & Brown, 2011) e têm efeitos positivos no bem-estar do familiar cuidador (Chien & Norman, 2009).

A terapia familiar comportamental é uma intervenção familiar que engloba a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências. Esta intervenção requer formação adicional por parte dos enfermeiros especialistas em saúde mental. Um estudo qualitativo descreve que as famílias consideram que esta intervenção as ajudou a reduzir os níveis de stress e o *burden* subjetivo, através da melhoria da comunicação familiar e da aquisição de conhecimentos sobre a doença (Campbell, 2004). Esta redução do *burden* subjetivo é suportada por outros estudos, que indicam também uma melhoria do *coping* (Macleod, Elliot, & Brown, 2011).

O suporte comunitário consiste na existência de algum tipo de apoio por parte das equipas de saúde mental comunitárias, que podem incluir visitas domiciliárias (Macleod, Elliot, & Brown, 2011). Existem pouco estudos acerca da utilização das tecnologias de informação para educação e apoio ao cuidador. No entanto, uma revisão de literatura aponta que a utilização destes meios permite ao familiar cuidador receber informação e suporte (Alexy, 2000).

Um estudo demonstrou que duas a cinco sessões de conversa terapêutica breve (STC - Short Therapeutic Conversation) com as pessoas com doença mental e os familiares, em contexto de internamento de agudos, revelavam aumento da perceção de suporte familiar (cognitivo e emocional), por parte dos familiares (Sveinbjarnardottir, Svavarsdottir, & Wright, 2013).

No caso do familiar cuidador de pessoa com dependência de substâncias, identificou-se que o familiar apresentava períodos de raiva, diminuindo o seu bem-estar. Foi elaborado um programa de gestão da raiva, que se revelou eficaz (Son & Choi, 2010).

Apesar de serem utilizadas diferentes intervenções, é possível identificar nos estudos que estas apresentam benefícios para o familiar cuidador. Os estudos analisados apontam como principal limitação o número reduzido das amostras.

De acordo com Eaton *et al.* (2011), os familiares cuidadores esperam não só informação sobre a doença mas também suporte e informação sobre como lidar com a situação. Este aspeto ressalva a importância das intervenções de enfermagem de saúde mental junto do familiar cuidador. Os estudos apresentados vão neste sentido, ainda que com evidência limitada e de forma dispersas. São, então, necessários estudos mais abrangentes e com um maior número de participantes de forma a afirmar inequivocamente a importância da intervenção neste campo.

2. Intervenção na crise

O estágio, nos seus três módulos, decorreu em estruturas do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) que foi criado em 2007, integrando o Hospital Júlio de Matos e o Hospital Miguel Bombarda. Trata-se de um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde, pertencendo ao sector público administrativo, sito no Parque de Saúde de Lisboa.

Esta instituição, à qual pertenço desde janeiro de 2016, desenvolve a sua ação abrangendo uma população superior a 815000 habitantes, prestando cuidados a cerca de 19000, no ano 2015 (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2016).

A prestação de cuidados de saúde mental é abrangente e dá resposta ao Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), em diferentes áreas. A intervenção na crise desenvolve-se em diversos serviços: Clínica 1 – Serviço de Estabilização e Triagem de Agudos de 1º Surto Psicótico, Clínica 2 – Neuropsiquiatria e Demências, Clínica 3 – Psiquiatria Geral e Transcultural, Clínica 4 – Alcoologia e Novas Dependências, Clínica 5 – Perturbações Afetivas e Perturbação Obsessiva Compulsiva, Clínica 6 – Psicoses Esquizofrénicas.

A intervenção comunitária é realizada em estruturas comunitárias, tais como: Centro Comunitário de Saúde Mental em Odivelas; CINTRA - Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório Equipa de Saúde Mental de Sintra do CHPL, ETC – Espaço Terapêutico Comunitário de Vila Franca de Xira, Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos dos Olivais, Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Torres Vedras, MESMO – Mafra Espaço de Saúde Mental e Ocupacional. Em articulação com as estruturas comunitárias, estão em curso os Projetos Inovadores de Saúde Mental: “Pro-Actus – Projeto de articulação do CCSMO com os cuidados de Saúde Primários de Odivelas – criação de Rede Pró-Ativa” e “Pretrarca – Prevenir e tratar em casa”. Estes projetos foram financiados

de 2010 a 2012 no âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental, sendo a sua continuidade assegurada pelo CHPL após esta data.

O âmbito assistencial compreende ainda as consultas externas, com diversas especialidades, o serviço de reabilitação psicossocial, tendo em conta as características e capacidades das pessoas com doença mental, o serviço de doentes de evolução prolongada, o serviço regional de psiquiatria forense, o hospital de dia e o atendimento psiquiátrico de urgência, na Urgência Metropolitana de Psiquiatria de Lisboa, localizada no Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital de S. José.

O Módulo II do estágio, que teve como foco o desenvolvimento de competências na intervenção com a pessoa com doença mental em fase aguda, decorreu entre dia 26 de abril a 18 de junho, na Clínica 6 – Psicoses Esquizofrénicas do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. O percurso durante este período foi orientado por um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental do serviço.

A Clínica 6 fica no rés-do-chão do Pavilhão 29, no Parque de Saúde de Lisboa. Trata-se de um serviço de internamento para onde são encaminhadas as pessoas com psicose esquizofrénica como diagnóstico principal, provenientes do serviço de urgência ou das consultas externas.

Neste internamento, existe uma ala masculina e outra feminina. Os espaços comuns consistem em duas salas de estar, em que uma delas tem uma televisão, uma pequena sala para fumadores e o refeitório. Os corredores são amplos e neles estão colocados bancos e cadeirões. O serviço não possui espaços ao ar livre pelo que o acesso ao exterior é limitado.

Para a equipa multidisciplinar estão disponíveis 7 gabinetes e 2 salas de trabalho. Esta equipa é constituída por Psiquiatras, Internos de Psiquiatria, Enfermeiros, Psicóloga, Assistente Social, Administrativo e Assistentes Operacionais. Estes profissionais dão resposta ao plano terapêutico do serviço, que compreende a estabilização dos doentes, promoção de ambiente seguro, a gestão de dinheiro e consumos, reunião comunitária semanal, atendimento individual, terapia ocupacional no serviço de Terapia Ocupacional do CHPL.

Ao longo do meu percurso académico e profissional nunca tive oportunidade de intervir em unidades de intervenção na crise, pelo que a realização deste módulo do estágio representou um desafio.

2.1. Objetivo 1: Desenvolver competências técnicas e científicas na área especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na intervenção à pessoa com psicose esquizofrênica em fase aguda

Ao longo do estágio na Clínica 6 tive a oportunidade de desenvolver variadas atividades que, no seu conjunto, me ajudaram a desenvolver as competências para o cuidar da pessoa com doença mental em fase aguda.

A esquizofrenia manifesta-se de forma distinta em cada pessoa, com diferentes sintomas e com diferentes necessidades de cuidados (Perkins, Miller-Andersen, & Lieberman, 2006). A pessoa com esquizofrenia e a sua família têm diferentes contatos com os serviços de saúde mental, comunitários ou hospitalares, ao longo de todo o processo de doença e ao longo da vida, onde os enfermeiros especialistas de saúde mental desenvolvem a sua ação. É importante reconhecer que o internamento numa unidade de agudos corresponde a uma fase do processo de saúde/doença. Este internamento pode dar-se de forma voluntária ou compulsiva, ao abrigo da Lei de Saúde Mental.

De forma a conhecer o percurso da pessoa com esquizofrenia internada na Clínica 6, realizei uma visita ao atendimento psiquiátrico de urgência, na Urgência Metropolitana de Psiquiatria de Lisboa, localizada no Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital de S. José. Nesta visita, entrevistei o coordenador que descreveu as diferentes formas em que as pessoas chegam àquele atendimento psiquiátrico, quer de forma voluntária, quer de forma compulsiva e quais os focos de enfermagem e os cuidados prestados. Após a observação pelos psiquiatras, algumas pessoas ficam no Serviço de Observação (SO) de psiquiatria até 48h. Algumas destas pessoas, após estabilizadas são enviadas para as unidades de internamento de agudos no CHPL. Durante o período da visita não houve entrada de pessoas nas urgências. Ao longo do estágio tive a oportunidade de interagir com algumas pessoas internadas na Clínica 6, que identificaram a passagem pelo Serviço de Urgência como um momento de grande tensão emocional e também de privação de liberdade, quando foram acompanhadas pelas autoridades até ao hospital. Conhecer esta realidade foi importante para conhecer a experiência da pessoa com doença mental, nas diferentes fases do seu tratamento (González Varea, Armengol, Manteca, Carbonell, & Azcón, 2005) . Esta reflexão tornou-me mais capaz para ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (Cf. competência F3).

No CHPL, o tempo médio de internamento em unidade de agudos, no ano de 2015, foi de 19,9 dias (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2016). Ao longo destes dias, prevê-se uma estabilização da fase aguda, com o controlo sintomático e a promoção da adesão terapêutica. No estágio, tive a oportunidade de me integrar na equipa multidisciplinar, discutindo a situação clínica de cada pessoa, contribuindo com dados obtidos através das observações e das entrevistas realizadas às pessoas internadas na Clínica 6.

Considerando que o tempo de alta social é superior ao tempo da alta clínica (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2016), as principais questões prendem-se com as dificuldades no acolhimento e reintegração comunitária. Por outro lado, a prestação de cuidados de enfermagem tanto nos turnos da manhã como nos turnos da tarde, permitiram-me identificar alterações no estado da pessoa internada ao longo do dia. Estas alterações eram discutidas com a equipa multidisciplinar, que procedia a alterações na gestão do caso, tanto a nível farmacológico como a nível das atividades de vida diárias. Estas atividades permitiram-me desenvolver uma prática profissional e ética, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Cf. competências A1 e A2); criando e mantendo um ambiente terapêutico e seguro (Cf. competência B3); gerindo os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (Cf. Competência C1).

Tendo em conta a duração média do internamento, tive a oportunidade de acompanhar algumas pessoas com esquizofrenia desde o momento de entrada, realizando o acolhimento, até ao momento da alta, com a necessária a preparação. O acompanhamento da pessoa com esquizofrenia em fase aguda tem como objetivo a estabilização e implica o conhecimento acerca da pessoa e da sua experiência de viver com esquizofrenia, de forma a poder ajudá-la. De forma a sistematizar a minha aprendizagem e prática, realizei estudo de caso de uma pessoa com esquizofrenia (Apêndice 1). Na avaliação e como mediador para um melhor conhecimento da pessoa foi utilizado o Teste do Desenho de John Buck. Esta ferramenta surge, não numa perspetiva de análise psicológica *per se*, mas como a utilização de um mediador, o desenho, para aumentar o conhecimento acerca da pessoa internada.

Salienta-se que as intervenções de enfermagem realizadas com esta pessoa tiveram como consequência uma melhoria no que diz respeito à autoestima e à interação social. Ao acompanhar esta pessoa assumi a competência de gerir os cuidados, articulando-me com a equipa multiprofissional (Cf. Competência C1). Os cuidados prestados foram de âmbito

psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducacional, mobilizando não só a dinâmica individual como a familiar (Cf. competência F4). Por outro lado, utilizei esta atividade como motivadora da minha reflexão pessoal e de pedido de feedback face às minhas intervenções tanto ao orientador do campo de estágio como à professora orientadora, o que me ajudou a desenvolver o autoconhecimento (Cf. competência D1) e consciência de mim mesmo enquanto pessoa e enfermeiro (Cf. competência F1). O desenvolvimento do autoconhecimento permitiu-me identificar as minhas emoções, a forma como estas podem influenciar o meu comportamento e também, quais as estratégias que posso utilizar para melhor conduzir a relação de ajuda com a pessoa com doença mental.

No estágio foi-me apresentada a intervenção “Michael’s Game[®]”, sugerida pelo orientador de estágio que tem desenvolvido investigação neste âmbito (Anexo 1). Assim, ao conhecer melhor a intervenção considerei que esta poderia ser importante no desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro especialista no cuidar da pessoa na fase aguda da sua doença psiquiátrica. Foi-me ministrada formação sobre a intervenção, participei como co-terapeuta numa sessão dinamizada pelo orientador de estágio. Posteriormente, após ter realizado uma sessão supervisionado, fiz duas sessões autonomamente.

Esta estratégia terapêutica consiste num jogo de cartas com o objetivo de desenvolver o raciocínio hipotético na pessoa com sintomas psicóticos, reduzindo o nível de convicção e preocupação relacionada com os delírios (Khazaal, et al., 2011). Este jogo destina-se a pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, perturbações esquizoafetivas ou perturbação delirante persistente. Nesta atividade, reflete-se sobre situações hipotéticas do personagem Michael, que estão descritas em cartas. Estas situações variam desde situações gerais, situações emocionalmente tensas, sem especificidades psicóticas e situações de interpretação psicótica.

Para a sua implementação durante o estágio foram definidos critérios de inclusão e exclusão, foi obtido o consentimento informado, realizada avaliação psicométrica utilizando escalas [Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) e Peters Delusion Inventory-21 itens (PDI-21)] e foram dinamizadas quatro sessões, com um grupo de três pessoas internadas. No dia seguinte à 4ª sessão, dois dos participantes tiveram alta, pelo que não foi possível realizar a avaliação final utilizando as escalas. Foi elaborado um registo de cada sessão (Apêndice 2).

Segundo as indicações do jogo, é prevista a realização de 7 a 15 sessões de uma hora. Na intervenção realizada, as sessões demoraram menos tempo uma vez que os participantes manifestaram cansaço e inquietação. Por outro lado, não foi possível realizar o número mínimo de sessões. Durante as sessões, os participantes foram muito participativos e demonstraram ter conhecimentos sobre sintomas psicóticos ainda que nem sempre os associassem à sua própria experiência. Uma das participantes reagiu de forma mais emotiva a algumas cartas onde a temática familiar estava presente, chegando a abandonar uma das sessões. A participante regressou ao grupo passados alguns minutos e conseguiu verbalizar o que a incomodava, tendo o grupo dado suporte emocional.

A utilização deste instrumento permitiu estimar a sua eficácia, na medida em que durante conversas posteriores às sessões, os participantes verbalizavam que a experiência do Michael tinha sido semelhante à sua e começavam utilizar o raciocínio hipotético. Estas conclusões foram transmitidas ao grupo de investigadores que está a aplicar o jogo em diferentes contextos.

A implementação desta intervenção que se considera socioterapêutica, psicossocial e psicoeducacional, permitiu-me desenvolver competências na abordagem de grupo (Cf. competência F4), pois era a primeira vez que dinamizava um grupo com estas características. Este foi um processo de aprendizagem importante, desde o momento de convidar as pessoas internadas para participar no grupo, motivando-as e apresentando os benefícios da intervenção. No início da construção do grupo, foi um desafio gerir as expectativas dos participantes, assim como mantê-los interessados e ativos no grupo. Na fase de manutenção foi possível perceber que os participantes nem sempre conseguiam manter a atenção, concentração ou interesse. Nesta situação, tive que adequar a intervenção, reduzindo o tempo de intervenção e permitindo que houvesse um espaço de decompressão no início e no fim das sessões, onde os participantes falavam de assuntos que os incomodavam.

No plano terapêutico da Clínica 6 está prevista uma reunião comunitária semanal que é dinamizada por dois enfermeiros da equipa. As reuniões comunitárias são comuns nos serviços de agudos e com resultados positivos tanto para as pessoas internadas como para os profissionais (Alnasser, 2013). Na Clínica 6 são convidados todos as pessoas internadas assim como toda a equipa multidisciplinar para estarem presentes. As reuniões decorrem num espaço do serviço e têm a duração de uma hora. Os dinamizadores das reuniões comunitárias utilizam uma abordagem não diretiva na condução das reuniões, não impondo

uma temática para a reunião. Espontaneamente, cada uma das pessoas partilha aquilo que pensa e o grupo é convidado a contribuir para a discussão. No final da reunião é feita uma síntese dos temas abordados. Ao longo do estágio tive a oportunidade de participar nestas reuniões. Perante a novidade de prestar cuidados numa unidade de agudos, adotei essencialmente o papel de observador, procurando estar atento à linguagem verbal, não verbal e para-linguagem de cada uma das pessoas. As partilhas sobre as experiências de viver com esquizofrenia permitiram-me imergir numa realidade que nem sempre está desvelada. Por outro lado, o papel de observador também me permitiu refletir sobre as minhas emoções e sentimentos, perante o sofrimento mental do outro.

As condições arquitetónicas da Clínica 6 não garantem um acesso ao exterior livre para os que o desejarem. Não existe um parque nem um pátio onde as pessoas possam estar. Desta forma, o acesso ao exterior fica condicionado pela autorização do psiquiatra e/ou do acompanhamento por parte dos enfermeiros ou familiares. Conscientes destas limitações, os enfermeiros do serviço elaboraram um projeto de intervenção denominado “A caminhada como recurso terapêutico nos cuidados de enfermagem a pessoas internadas na Clínica 6 do CHPL”. No entanto, a realização desta atividade fica dependente do estado dos doentes e das necessidades de cuidados no serviço. Assim, esta atividade tem lugar, por norma, ao fim-de-semana. Já durante os dias de semana torna-se inviável a sua realização pela limitação de recursos face às necessidades. Quando não é possível o passeio ao parque, permite-se que as pessoas internadas estejam junto à porta do serviço acompanhados pelos enfermeiros. Esta situação potenciou a minha reflexão ética uma vez que as condições do serviço se tornam um obstáculo às necessidades da pessoa com doença mental. A não existência de um espaço ao ar livre faz com que pessoas em internamento compulsivo fiquem obrigatoriamente sem sair do edifício até ao fim do seu internamento.

Quando fui integrado no serviço, esta foi uma das atividades que assumi e que acabei por desenvolver por diversas vezes ao longo do estágio. Como não é possível fazer passeios ao parque apenas com uma pessoa, foi encontrada uma alternativa, disponibilizando-se o acesso à varanda, ampla, que existe no serviço. À medida que o tempo foi passando, a atividade passou a denominar-se “Conversas na Varanda”.

No período da tarde, após o lanche as pessoas internadas eram convidadas a estarem no exterior. Cerca de 50% aceitava o convite e eram potenciadas conversas sobre assuntos quotidianos, promovendo a orientação para a realidade, ou assuntos sobre a saúde,

potenciando momentos psicoeducativos. Procurei que fossem os próprios a escolher o tema da conversa. Nestas conversas, tentei ser mediador e incentivar aqueles que estavam mais retraídos a participar.

A avaliação que as pessoas internadas faziam a cada momento que se permitia a saída era muito positiva, manifestando vontade em que acontecesse mais vezes. A avaliação que faço, tendo em conta a observação, é que se notava uma diminuição da tensão e agressividade entre as pessoas internadas no serviço, assim como era detetável o aumento das relações sociais através dos diálogos estabelecidos.

2.2. Objetivo 2: Desenvolver competências técnicas e científicas na área especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na intervenção com a família da pessoa com doença mental

Este objetivo responde à necessidade de cuidados do familiar cuidador da pessoa com doença mental, identificada tanto na literatura como na prática diária de cuidados. No primeiro módulo de estágio tive a oportunidade de contactar com algumas famílias das pessoas internadas, com quem pude estabelecer algum diálogo.

Conhecer a realidade das famílias é um elemento importante para poder identificar as intervenções mais pertinentes para os diagnósticos elaborados. Desta forma, participei no I Encontro Internacional “O Papel e Importância da Família na Doença Mental”, organizado pela FamiliarMente – Federação Portuguesa de Associações de Famílias de Pessoas com Experiência de Doença Mental³ e pela Direção-Geral de Saúde, ao abrigo do Plano Nacional de Saúde Mental.

Para a intervenção com os familiares cuidadores foi elaborada a atividade “Apoio Familiar”. Esta atividade foi desenhada tendo em conta as intervenções “apoio à família” e “apoio ao cuidador principal”, segundo a NIC (Nursing Interventions Classifications) (Bulechek, Dochterman, Butcher, & Wagner, 2014) e a intervenção “Apoiar a família” e “Apoiar o cuidador” segundo a CIPE (International Council of Nurses, 2016). Tomaram-se como referenciais teóricos a Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers (Rogers, 2009), a Relação de Ajuda (Phaneuf, 2005; Chalifour, 2008) as intervenções familiares com base

³ Doravante designada “FamiliarMente”

nas emoções expressas (Vaughn & Leff, 1976), a abordagem para a resiliência familiar (Simon, Murphy, & Smith, 2005) e o Modelo de Calgary para a Intervenção na Família (Wright & Leahey, 2002). Foi elaborada uma ficha de atividade (Apêndice 3) que estrutura a intervenção que foi aplicada durante o estágio.

Ao longo do estágio, acompanhei o pai de uma pessoa internada, sobre quem fiz estudo de caso, utilizando a intervenção “Apoio familiar”. Foram realizadas três sessões com o familiar cuidador, ao longo das quais foram abrangidos os diferentes domínios, cognitivo, afetivo e comportamental, que são descritos no Apêndice 4. O espaço criado permitiu ao familiar cuidador a expressão de emoções. De acordo com o esperado, o familiar começou por centrar todo o seu discurso à volta do filho e da sua situação. Quando foi incentivado a descentrar o discurso sobre o filho e a falar mais sobre a sua própria experiência, o pai reagiu com estranheza. Foi, então, incentivado a narrar a sua experiência e durante este processo foram identificadas as suas forças e prestado suporte emocional. Por outro lado, foram identificadas estratégias que poderiam facilitar a recuperação do filho após o internamento. Ao longo das sessões, o pai conseguiu mais facilmente verbalizar as suas dificuldades e receios

Esta atividade possibilitou o desenvolvimento de competências no cuidado da família, com vista à otimização da sua saúde mental (Cf. competência F2).

A participação no I Encontro Internacional sobre “O Papel e Importância da Família na Doença Mental” permitiu identificar os diferentes *stakeholders* no âmbito da Saúde Mental, uma vez que estavam presentes decisores políticos, representantes de pessoas com doença mental, representantes das famílias de pessoas de doença mental e profissionais de saúde. Ao longo das intervenções foi possível identificar as necessidades das famílias de pessoas com doença mental, entre outras, mais e melhor apoio especializado, ajuda para a prevenção do *burden* e a diminuição do estigma.

3. Intervenção em contexto comunitário

Os módulos I e III do estágio consistiram na intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto comunitário, entre 1 de setembro e 21 de dezembro, na Equipa de Intervenção Domiciliária – Pro-Actus, orientados pela enfermeira especialista da equipa.

A Equipa de Intervenção Domiciliária “Pro-Actus – Projeto de articulação do CCSMO com os cuidados de Saúde Primários de Odivelas – criação de Rede Pró-Ativa”⁴ desenvolve o seu trabalho no município de Odivelas e está sediada no segundo piso do Centro Comunitário de Saúde Mental em Odivelas (CCSMO), que é uma estrutura pertencente ao CHPL.

A Equipa Pro-Actus tem como objetivo prestar cuidados de saúde mental e psiquiátricos, na comunidade, às pessoas com doença mental grave e suas famílias, em situações de incapacidade psicossocial e de dependência. Para a consecução dos seus objetivos, dispõe de uma equipa formada por uma psiquiatra, uma enfermeira especialista em saúde mental e uma assistente social. Configura-se como uma resposta diferenciada às pessoas com doença mental grave que, devido às características da sua patologia como o não reconhecimento da doença e o isolamento social, não conseguem aceder aos cuidados de saúde. Pressupõe a estruturação de uma resposta específica formulada a partir das necessidades e do contexto das pessoas com doença mental / famílias, envolvendo a sua rede de suporte social, os Cuidados de Saúde Primários e as Equipas Comunitárias.

A Equipa Pro-Actus tem uma dinâmica de intervenção que é próxima da população, na medida em que o contacto com a equipa pode ser feito pela família da pessoa com doença mental, pelos Cuidados de Saúde Primários, pelas estruturas comunitárias como as IPSS ou autarquia ou pela Consulta Externa de Psiquiatria. Este contacto pode ser telefónico,

⁴ Adiante denominada “Equipa Pro-Actus”

presencial ou por correio eletrónico. Após o contacto é agendada uma visita que é realizada pela Enfermeira Especialista e pela Assistente Social. A dinâmica de intervenção também é ágil tanto no diagnóstico da situação, fazendo uma triagem da realidade que se encontra logo que possível, como na intervenção, elaborando-se um plano que tenha em conta as necessidades, podendo fazer-se o encaminhamento para outros profissionais se necessário. A intervenção consiste na articulação com estruturas comunitárias (Centros de Dia, Centros Paroquiais, IPSS, autarquia), articulação com o CCSMO, consultas de seguimento no domicílio ou via telefónica e o grupo de famílias, com encontros mensais)

No ano de 2015, foram realizadas 1915 intervenções domiciliárias pela Equipa Pro-Actus (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2016). Esta equipa durante o ano de 2016 viu restringida a utilização do automóvel, que passou a dar apoio a outras Equipas Comunitárias fora do município, pelo que, durante o estágio, só foi possível a realização das visitas domiciliárias três dias por semana.

3.1. Objetivo 1: Desenvolver competências técnicas e científicas na área especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na intervenção em contexto comunitário

Ao integrar-me na Equipa Pro-Actus foi essencial conhecer quais as pessoas com doença mental, cerca de 30, e respetivas famílias acompanhadas pela equipa e qual o plano de intervenção para cada uma delas. Ao longo do estágio tive a oportunidade de acompanhar 8 pessoas com doença mental e respetivas famílias que já eram seguidas pela equipa.

Os enfermeiros da Equipa Pro-Actus sentiram a necessidade de sistematizar a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, pelo que em 2011 a enfermeira especialista elaborou uma norma de procedimento (Anexo 2) e um instrumento de colheita de dados em enfermagem (Anexo 3) (Gaspar, 2011). Ao longo do estágio, fui complementando a informação existente no processo, efetuando registo em local próprio. No caso das pessoas a quem a equipa iniciou prestação de cuidados, colaborei no procedimento e recolhi dados, posteriormente registados em documento próprio. A par da consulta de enfermagem, é disponibilizado o contacto telefónico do telemóvel que fica a cargo da Equipa, durante os dias de semana, das 8h30 às 15h. Esta forma de contacto é utilizada muitas vezes pelas pessoas com doença mental e famílias acompanhadas pela

Equipa. Os contactos são de curta duração, geralmente menos de cinco minutos, e têm como objetivo esclarecimento de dúvidas e pedido de ajuda perante a alteração do estado da pessoa. De acordo com as pessoas acompanhadas, esta é uma ferramenta muito útil e de proximidade, tal como foi possível perceber numa das reuniões de grupo de famílias, onde este tema foi abordado. A realização de consultas de enfermagem e de contactos telefónicos permitiu-me desenvolver competências de ajuda à pessoa com doença mental e à sua família, procurando recuperar a saúde mental (cf. competência F3), utilizando para isso estratégias de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional (Cf. competência F4)

A abordagem da Equipa Pro-Actus é sistémica, englobando na avaliação e na intervenção o sistema familiar e social da pessoa com doença mental. Ao nível da intervenção de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica, o processo de enfermagem tem em conta as características da família e mobiliza os seus recursos. Neste sentido, adaptei a atividade “Apoio Familiar”, desenvolvida no primeiro módulo do estágio, fazendo desta atividade um complemento à Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário. Desta forma, foi sugerido à Equipa que se acrescentasse um objetivo específico à norma de procedimento (Anexo): “Apoiar a família da pessoa com doença mental”. Por outro lado, foi sugerido que no Instrumento de Colheita de dados (anexo) fosse realizada uma avaliação familiar, tendo em conta as forças e os problemas de cada um dos elementos da família, de acordo com o Modelo Calgary de Avaliação da Família (Wright & Leahey, 2002). De forma a enriquecer as respostas que a Equipa poderia dar às famílias, fiz uma pesquisa das instituições de reabilitação psicossocial da região de Lisboa e Vale do Tejo, com diferentes respostas assistenciais (Apêndice 5). A integração na Equipa Pro-Actus constituiu um momento de grande enriquecimento pois este foi um dos projetos inovadores do Plano Nacional de Saúde Mental, que representa uma mudança no paradigma de governação clínica. Poder estar inserido nesta equipa permitiu-me não só suportar esta iniciativa mas também sugerir alterações que possam desenvolver o projeto (Cf. competência B1)

Uma das componentes da atividade “Apoio Familiar” é a psicoeducação. De forma a desenvolver competências neste campo, tive a oportunidade de participar num curso à distância, intitulado “Caring for People with Psychosis and Schizophrenia” organizado pelo

King's College London - Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience (IoPPN)⁵. Este curso foi divulgado e apoiado pela European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI); em Portugal foi divulgado pela FamiliarMente.

Tratou-se de um curso de 4 semanas com vídeos, artigos, pequenos questionários e exercícios, destinados a cuidadores, formais e informais, de pessoas com psicose e esquizofrenia. Existia, também, espaço para partilha de experiências e de ideias. Numa linguagem acessível e recorrendo, sempre que possível à experiência pessoal, este curso permitiu conhecer a vivência da pessoa com psicose e qual a melhor forma de a apoiar. Este curso teve como objetivo capacitar o cuidador para melhor ajudar a pessoa a quem cuida e também para reconhecer as necessidades e o impacto no cuidador (Apêndice 6).

O que me motivou a participar neste curso foi adquirir conhecimentos e conhecer estratégias de psicoeducação para cuidadores de pessoas com doença mental. Ao longo dos vários módulos, foi possível escutar a experiência de pessoas com doença, seus familiares, técnicos de saúde e académicos. Foi uma experiência enriquecedora e que me permitiu aprender diferentes formas de transmitir informação, neste caso, utilizando as tecnologias de informação, de forma apelativa e simples. Deste curso obtive um conjunto de recursos eletrónicos e artigos que foram partilhados com a equipa. A procura de novas estratégias e conhecimentos para fundamentar a minha prática constitui uma competência fundamental do enfermeiro especialista (Cf. competência D2)

A preocupação com as necessidades das famílias fez com que a equipa dinamizasse um Grupo de Famílias que se reúne mensalmente no CCSMO. Este grupo é aberto a todas as pessoas abrangidas pela ação da Equipa. Assim, estão presentes neste grupo não só as famílias da pessoa com doença mental, mas também algumas pessoas com doença mental, que tenham insight e juízo crítico acerca da sua situação. A heterogeneidade deste grupo constitui a sua riqueza e o grupo é dinamizado pelos profissionais da Equipa que convidam as pessoas a partilhar a sua história, os desafios que ultrapassaram e as dificuldades que sentem. A partilha que as famílias iam fazendo permitiu aos técnicos (a enfermeira orientadora e eu próprio) introduzir aspetos psicoeducativos relacionados tanto com a farmacologia, a gestão da doença, gestão de comportamentos agressivos, entre outros assuntos.

⁵ Curso à Distância na Plataforma *Future Learn* em: <https://www.futurelearn.com/courses/caring-psychosis-schizophrenia>

Ao longo do estágio participei em quatro reuniões do Grupo de Famílias. No primeiro encontro assumi o papel de observador. Nos outros encontros procurei dinamizar, em conjunto com a orientadora, utilizando os mesmos princípios da atividade “apoio familiar”, agora configurada para uma intervenção grupal (Apêndice 7), que não se socorre de um modelo estático mas que acolhe diferentes abordagens (Guerra, Lima, & Torres, 2014). No segundo encontro, elaborei e ofereci a cada família um calendário (Apêndice 8) onde estão presentes as datas das reuniões (3ª quarta-feira de cada mês), assim como os contactos da Equipa e um espaço onde cada família poderia colocar uma frase que fosse importante para si. No terceiro encontro, por ser perto do dia de São Martinho, os familiares sugeriram fazer um lanche. Estes momentos de convívio reforçam os laços entre os familiares, sendo uma intervenção no domínio comportamental (Wright & Leahey, 2002). O quarto encontro foi perto da celebração do Natal. De forma a materializar a partilha e o suporte entre os familiares, elaborei um postal de Natal (Apêndice 9) e foi pedido que cada pessoa escrevesse uma mensagem de Natal no verso do postal para ser entregue a outro familiar. Este encontro permitiu que os diversos elementos fizessem uma retrospectiva do ano 2016 e da importância deste grupo: “este grupo é como um porto seguro”, “aqui podemos partilhar os nossos problemas sem sermos julgados”, “sinto que aqui todos estamos no mesmo barco”, “tenho aprendido muito com todos”. Por outro lado, os familiares demonstram satisfação com a presença dos profissionais: “é bom sentir quem nos escute”, “sinto-me apoiada pela equipa”, “obrigado pelo vosso apoio”. A participação e dinamização destes encontros potenciou o desenvolvimento das minhas competências na otimização da saúde mental dos familiares cuidadores (Cf. competência F2).

O meu percurso profissional em serviços de saúde mental tem consistido em serviços de internamento, com pouca ligação aos contextos de vida das pessoas com doença mental e os seus familiares. O desenvolvimento de competências em contexto comunitário permitiu-me alargar a minha perspetiva e o impacto dos cuidados de enfermagem.

3.2. Objetivo 2: Desenvolver competências no âmbito da facilitação da aprendizagem

O projeto da Equipa Pro-Actus assumiu, desde o início, um carácter inovador pela abordagem realizada em contexto domiciliário. No CHPL, existem outras estruturas comunitárias, nomeadamente as Equipas CINTRA, Torres Vedras, Petrarca, Olivais, Vila

Franca de Xira, Mafra, Sardinheiras e Consulta Externa. Ao longo do estágio, percecionei que não havia intercâmbio e partilha de experiências entre as equipas. Esta perceção foi validada pela enfermeira orientadora. Neste sentido, foi elaborado um projeto intitulado “Mesa-Redonda – A Enfermagem e a Saúde Mental Comunitária” com o objetivo de promover uma dinâmica de reflexão sobre a prática de enfermagem de saúde mental em contexto comunitário (Apêndice 10). Propôs-se, então, a realização de três de uma manhã, ao longo do ano, para partilhar aquilo que atualmente se faz no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e para refletir sobre a prática, em conjunto com a academia, os parceiros da rede e os utilizadores dos serviços de saúde. Este projeto foi apresentado e aprovado pela Direção de Enfermagem do CHPL. Para elaborar este projeto, foram ouvidas necessidades e preocupações de outras Equipas Comunitárias do CHPL. Por questões relacionadas com as agendas das Equipas não foi possível iniciar o projeto em 2016, durante a realização do estágio. No entanto, o projeto foi divulgado pelas equipas, com aceitação das mesmas.

No CCSMO foi sentida a necessidade de formação, por parte dos profissionais, sobre a gestão de comportamento agressivo. Esta necessidade surgiu após um episódio de crise de uma utente da Área de Dia que agrediu uma profissional do serviço. Considerando que tinha experiência na gestão destes comportamentos, sugeri ao coordenador do CCSMO a realização de uma sessão de formação, numa reunião de equipa. Foi, então, elaborado o plano de sessão (Apêndice 11) e realizou-se a sessão. Esta sessão teve a duração de uma hora, o que não permitiu desenvolver uma metodologia mais ativa. Ainda assim, esboçou-se um protocolo de atuação no serviço. Os profissionais foram unânimes a referir que foi importante analisar a situação e partilhar quais as dificuldades. Referiram ainda que precisavam de uma formação mais alargada sobre esta temática, pelo que o coordenador encaminhou a proposta para o departamento da formação do CHPL.

No CCSMO intervêm diferentes profissionais (Psiquiatras, Psicopedagogos, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Assistentes Sociais) e no contacto com estes constatei que a atenção ao doente era tanto mais holística quando estes procuravam a opinião e o aconselhamento de outros técnicos. Para validar esta perceção, procurei estabelecer contacto com outros grupos profissionais e refletir sobre o papel do enfermeiro especialista nos cuidados de saúde mental em articulação com os restantes técnicos de saúde mental (Apêndice 12). Em conjunto com a enfermeira orientadora participei no 7º Encontro Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Neste encontro, tomei

parte do Workshop “Quando os pais têm doença mental... A experiência do Semente”. Esta participação permitiu-me aprender e refletir sobre os desafios que se colocam na promoção da saúde mental das crianças cujos pais experienciam doença mental. Esta realidade estava presente nalgumas famílias abrangidas pela Equipa Pro-Actus. Com a perspetiva de conhecer outras intervenções no campo da saúde mental comunitária, participei no “Encontro de Avaliação e Reflexão do Projeto rI(Age) IV – “Saúde Mental Comunitária: Presente e Futuro” organizado pela FNERDM – Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais.

Estes diferentes encontros potenciaram a partilha de experiências e de abordagens psicoterapêuticas com enfermeiros e outros profissionais, tendo eu partilhado a experiência com o “Michael’s Game[®]”, que tinha implementado no primeiro módulo de estágio. Perante o interesse demonstrado e em articulação com o enfermeiro especialista Jordão Abreu realizei duas sessões de divulgação do jogo “Michael’s Game[®]” para psiquiatras, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais (Apêndice 13). A primeira sessão teve lugar na Associação Comunitária de Saúde Mental em Odivelas e juntaram-se profissionais (enfermeiros, terapeutas ocupacionais e psicólogos) tanto do CCSMO como da Associação Comunitária de Saúde Mental em Odivelas. A segunda sessão teve lugar no Serviço de Psicologia do CHPL e estiveram presentes enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos e psiquiatras do CHPL. Com a autorização dos tradutores e com o financiamento do CCSMO foi impresso um jogo que foi utilizado nas sessões, permitindo a realização de *role play*.

No meu percurso profissional, o trabalho em equipa multidisciplinar tem sido limitado pelo que a oportunidade de estagiar na Equipa Pro-Actus permitiu desenvolver competências no trabalho interdisciplinar. Por outro lado, permitiu afirmar que o enfermeiro especialista em saúde mental é um contributo importante para as equipas, pela forma sistémica com que avalia e intervém, junto da pessoa com doença mental, família e comunidade.

3.3. Objetivo 3: Desenvolver competências de planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.

O projeto da Equipa Pro-Actus está implementado há seis anos e tem demonstrado crescimento no número de visitas domiciliárias ao longo dos últimos anos (Centro Hospitalar

Psiquiátrico de Lisboa, 2016). Apesar do projeto ter 6 anos de existência, ainda é frequente encontrarmos pessoas e instituições que não conhecem o projeto nem os serviços prestados pelo Centro Comunitário de Saúde Mental em Odivelas (CCSMO). Este é um indicador qualitativo que é útil na identificação de problemas e necessidades (Tavares, 1990) para a elaboração do diagnóstico que corresponde à primeira etapa do planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). Esta realidade despertou-me para a necessidade de uma maior divulgação dos serviços prestados pela Equipa Pro-Actus. A necessidade identificada foi validada pela equipa multidisciplinar, apontando-a com uma prioridade.

Tendo em conta as características da Equipa, os seus recursos humanos e materiais, foi desenhado um plano de um ano, ultrapassando o tempo de estágio. No entanto, este planeamento será, de acordo com a equipa, tido em conta ao longo do ano 2017. As atividades foram desenvolvidas ao longo do terceiro módulo do estágio. Das 5 atividades previstas, 3 foram completadas (60%), outra foi iniciada, mas não completada (20%) e outra ficou apenas projetada (20%).

A acessibilidade aos cuidados de saúde mental em Odivelas é garantida quer por contacto direto, no qual a própria pessoa ou familiar pede assistência, quer por encaminhamento de outras entidades (Médicos de Família, Equipas Comunitárias, Serviços Sociais, entre outros). Assim, a divulgação deve ter em conta dois vetores: população e parceiros comunitários. Esta promove a acessibilidade aos cuidados de saúde mental, que é um dos objetivos do Programa Nacional de Saúde Mental (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Foi, então, definido como objetivo geral “que o projeto Pro-Actus seja identificado como um recurso no município de Odivelas” e como objetivos específicos: “dar a conhecer às instituições o funcionamento e a especificidade do Pro-Actus; identificar novos parceiros ou pessoas de referência; utilizar as novas tecnologias para alcançar mais habitantes do município” (Apêndice 14)

Fez-se uma avaliação das atividades no final do período de estágio, dois meses após o início do projeto de divulgação. Esta avaliação é parcial tendo em conta que nem todas as atividades foram concluídas:

- Divulgação do projeto junto das paróquias do município de Odivelas – o projeto foi divulgado numa reunião com responsáveis do setor social das paróquias de

Loures e Odivelas. Foi feita a apresentação do projeto e entregue um folheto (Apêndice 15) , esclarecidas as dúvidas e estabelecidos alguns contactos;

- Divulgação do projeto junto das comunidades Sikh e Muçulmana – foi feita uma pesquisa exploratória sobre as perceções sobre a saúde mental por parte destas religiões. Segundo a teoria da Diversidade do Cuidar Cultural, de Leininger, as “pessoas de culturas diferentes podem informar e são capazes de orientar os profissionais para receber o tipo de cuidados que desejam ou necessitam dos outros” (Welch, 2004, p. 563). Segundo Leininger, o conhecimento das características das diferentes culturas é essencial para um enfermeiro poder intervir com populações com tradições culturais diversas (Leininger, 1984). Foram enviados e-mails e tentado contacto com os responsáveis das comunidades, mas não obtivemos resposta. Será feita nova abordagem no ano 2017.
- Divulgação do projeto junto das instituições da Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais – foi elaborado e apresentado oralmente um poster no Encontro de Reflexão e Avaliação do Projeto rI(Age) IV, com o tema "Saúde Mental Comunitária: presente e futuro" (Apêndice 16).
- Divulgação do projeto junto da Familiarmente – Federação Nacional das Associações de Famílias de Pessoas com Experiência de Doença Mental. Foram feitos vários contactos com a presidente da direção, Dra. Joaquina Castelão, tendo sido explicado o âmbito do projeto e a importância que tem para as famílias.
- Realização de um vídeo sobre o Pro-actus – foi elaborado um alinhamento para o vídeo. Após alguma reflexão em equipa, percebeu-se que seria importante um investimento significativo. Assim, surgiu a hipótese de elaborar um protocolo com uma escola de multimédia, onde este pudesse ser um projeto académico, com serviço à comunidade. Foram identificadas algumas escolas que pudessem ser parceiras.

Perante a realidade existente, foi importante para o meu crescimento inserir-me numa dinâmica de planeamento em saúde, com vista a aumentar a acessibilidade dos cuidados em saúde mental à população.

4. Continuação do desenvolvimento de competências

O desenvolvimento de competências descrito nos capítulos anteriores constitui um processo rico e transformador da minha prática. Enquanto profissional do CHPL, foi uma oportunidade para conhecer outras realidades dentro do mesmo Centro Hospitalar, permitindo-me ter uma visão mais alargada da missão da instituição e da forma como esta responde às necessidades da população.

Contudo, este caminho percorrido não chegou ao seu fim. Este processo permitiu-me desenvolver o conhecimento que tenho de mim enquanto pessoa e enquanto enfermeiro. Permitiu-me ainda perceber que é preciso acabar com o silêncio, nas palavras de Buresh & Gordon (2006), e aumentar a visibilidade sobre o trabalho desenvolvido por enfermeiros especialistas de saúde mental em todo o país. De acordo com Benner (2001), o enfermeiro tem um poder de transformação, na sua intervenção quotidiana e também na sua intervenção pública. Ao longo deste percurso contactei com diversos enfermeiros especialistas em saúde mental, com abordagens inovadoras. A maior visibilidade dependerá, também, da forma como os enfermeiros especialistas em saúde mental demonstram o impacto da sua intervenção. Assim, em futuros projetos procurarei contribuir para uma maior visibilidade através da demonstração do impacto que os enfermeiros especialistas têm, quando inseridos em equipas interdisciplinares.

Neste sentido, senti-me chamado a dar o meu contributo para o desenho de políticas de saúde na área da saúde mental. Para além de promover o debate nos encontros multidisciplinares onde estive, candidatei-me ao projeto Health Parliament Portugal, tendo sido aceite e integrado na Comissão de Saúde Mental. Este projeto tem como objetivo refletir sobre as políticas de saúde e sugerir alterações na prestação de cuidados de saúde em Portugal. Neste fórum, tenho cumprido o meu papel de *advocacy*, dando a conhecer as necessidades das pessoas com doença mental e dos familiares cuidadores. Por outro lado,

tenho reforçado a importância de uma abordagem interdisciplinar nos cuidados de saúde mental.

Ao deparar-me com a necessidade de cuidados por parte dos familiares de pessoas com doença mental, senti que era necessário um maior aprofundamento da investigação neste campo. Neste sentido, aponto como um próximo caminho a percorrer, a realização do Doutorado em Enfermagem com o objetivo de identificar quais os mecanismos de coping utilizados pelo familiar cuidador e quais as intervenções de enfermagem que podem aumentar esta adaptação com vista à melhoria da qualidade de vida do familiar e consequentemente da pessoa com doença mental.

Conclusão

A vida é uma caminhada. Mais longa ou mais curta, com maiores ou menores obstáculos, com paisagens agradáveis ou inquietantes, com ou sem companheiros de caminho, com um passo mais vagaroso ou mais corrido. A caminhada pode ter tudo isto. Pelo menos, a minha vida teve. O processo de especialização corresponde a mais uma etapa de crescimento.

A componente curricular do Mestrado em Enfermagem permitiu a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências científicas que foram essenciais na realização do estágio. O desenvolvimento de uma revisão de literatura permitiu uma contextualização da temática e a atualização de conhecimentos acerca de um problema que a prática me tinha suscitado. O familiar cuidador da pessoa com doença mental é assumido, quotidianamente como recurso para a gestão dos processos de saúde/doença da pessoa com doença mental. No entanto, é possível afirmar que este apoio informal à pessoa com doença mental pode levar a uma diminuição da qualidade de vida e ao desenvolvimento de sofrimento mental. Assim, senti em mim a mudança entre o que era a atenção ao familiar cuidador na minha prática diária de cuidados e a necessidade de investigar e colocar em prática intervenções especializadas para esta população.

A literatura revela que ainda são limitados os estudos sobre as intervenções de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica ao familiar cuidador da pessoa com doença mental. Ainda assim, já é possível identificar intervenções de enfermagem especializada que sejam eficazes e que devem ser tidas em conta nas tomadas de decisão sobre a governação clínica dos serviços de saúde mental. Esta evidência permitiu-me fundamentar a minha prática desenvolvida ao longo dos seis meses de estágio. Por outro lado, ao assumir o Modelo de Sistemas de Neuman e os Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção na Família, pude alicerçar a minha prática em modelos que têm em conta não

só a pessoa com doença mental, tipicamente o alvo de cuidados dos serviços de saúde mental, mas também apelam a uma intervenção nos sistemas circundantes.

Na etapa de elaboração do projeto de estágio, foram propostos três campos de estágio diferentes, com o objetivo de alargar a minha intervenção aos diferentes momentos do ciclo de vida, incluindo a intervenção em saúde mental da criança e adolescente. A opção tomada de realizar o terceiro módulo na equipa comunitária revelou-se benéfica, porque me permitiu aprofundar a aquisição de competências numa área de intervenção complexa que é a saúde mental comunitária. Por outro lado, permitiu uma abordagem mais abrangente da importância da definição de políticas de saúde em contexto comunitário.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de desenvolver as competências que são exigidas ao enfermeiro especialista em saúde mental, com o acompanhamento sempre próximo dos orientadores do campo de estágio e da professora orientadora. Esta validação pelos pares foi motivadora do crescimento pessoal e profissional. As atividades desenvolvidas ao longo do estágio permitiram-me atingir os objetivos definidos para cada módulo. Em cada contexto de estágio, foi necessária a adaptação das atividades inicialmente propostas.

O relatório de estágio demonstra o crescimento efetuado e também o alargamento da perspetiva ao longo do tempo. Na intervenção na crise, em contexto hospitalar, o foco foi claramente a pessoa com doença mental em situação aguda, ainda que a família também tenha sido alvo de intervenção. Os familiares cuidadores da pessoa internada não se mostraram tão disponíveis para a intervenção na família quanto o esperado inicialmente, apontando como motivos o cansaço, o desagaste emocional face à situação de crise, sentimentos de culpa face ao internamento e o sentimento de incapacidade para lidar com a situação. As razões apontadas pelas famílias apontam para a necessidade de uma abordagem sistémica no internamento em crise. Esta abordagem, apoiada por intervenções em grupo, poderia ser importante para a família, facilitando a expressão das emoções e um aumento do conhecimento face à doença da pessoa internada.

No início da intervenção comunitária, o foco foi a pessoa com doença mental, inserida na família, sendo as intervenções essencialmente familiares. Estas intervenções tiveram lugar no domicílio o que permitiu reduzir as barreiras aos cuidados de saúde, uma vez que estas pessoas com doença mental não aceitavam o seu estado de saúde, não procurando ajuda nas estruturas já existentes. A abordagem sistémica e familiar permite não

só o reforço da rede social mas também um fortalecimento das interações familiares, essenciais num processo de gestão dos processos de saúde/doença.

A intervenção em contexto comunitário foi impulsionadora de uma visão mais alargada onde o trabalho em rede é a pedra basilar. Este componente, desenvolvido no terceiro módulo de estágio, permitiu um desenvolvimento de competências na intervenção em sistemas circundantes mais complexos.

A intervenção em contexto de estágio é limitada porque não permite uma continuação no tempo e a avaliação feita corresponde a uma avaliação do processo realizado até ao final do estágio. No entanto, as intervenções realizadas e a sua avaliação apontam para os benefícios da intervenção na família da pessoa com doença mental. Neste campo, sugerem-se estudos com uma metodologia mista onde se possa não só perceber a eficácia das intervenções mas também a experiência do familiar cuidador da pessoa com doença mental.

Referências Bibliográficas

- Alexy, E. M. (2000). Computers and Caregiving: Reaching Out and Redesigning Interventions for Homebound Older Adults and Caregivers. *Holistic Nursing Practice, 14*(4), 60-66.
- Alnasser, A. (2013). What is the purpose of community meeting in an inpatients psychiatric unit? *Middle East Journal of Nursing, 7*, 48-50.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics, 26* (2), 149-162.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., Butcher, H. K., & Wagner, C. M. (Edits.). (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (6ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Buresh, B., & Gordon, S. (2006). *Do Silêncio à Voz*. Loures: Lusociência.
- Campbell, A. S. (2004). How was it for you? Families' experiences of receiving Behavioural Family Therapy. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 11*(3), 261-267. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.04.003
- Caplan, G. (1980). *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Caqueo-Urizar, A., Miranda-Castillo, C., Lemos Giráldez, S., Maturana, S. L., Ramírez Pérez, M., & Mascayano Tapia, F. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema, 2*, 235-243. doi:10.7334/psicothema2013.86
- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. (2016). *Relatório de Atividades 2015*. Lisboa. Obtido de http://www.chpl.pt/artigos/chpl/documentos_pt_222
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - volume I e II*. Lisboa: Lusodidacta.
- Chien, W., & Norman, I. (2009). The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for family caregivers of people with psychotic disorders: a literature review.

International Journal of Nursing Studies, 46(12), 1604-1623.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.04.003

- Chien, W., Chan, S., Morrissey, J., & Thompson, D. (2005). Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 595-608. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03545.x
- Direção-Geral da Saúde. (29 de Janeiro de 2012). *Programa Nacional para a Saúde Mental. Orientações Programáticas*. Obtido em 29 de Janeiro de 2017, de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-saude-mental-pdf>
- Eaton, P. M., Davis, B. L., Hammond, P. V., Condon, E. H., & McGee, Z. T. (2011). Coping Strategies of Family Members of Hospitalized Psychiatric Patients. *Nursing Research and Practice*. doi:10.1155/2011/392705
- Gaspar, E. (2011). *Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário (Dissertação de Mestrado não publicada)*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- González Varea, J., Armengol, J., Cuixart, I., Manteca, H., Carbonell, M., Azcón, M.A. (2005) Cuidar a los cuidadores: Atención familiar. *Enfermería Global*, 6, 1-8. ISSN 1695-6141.
- Guerra, M. P., Lima, L., & Torres, S. (2014). *Intervir em Grupos na Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hoening, J., & Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenia patient in the community and his effect on the household. *Int J Soc Psychiatry*, 165-176.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.^a edição ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- International Council of Nurses. (2016). *CIPE® Versão 2015 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Edição Portuguesa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La Pensée Infirmière*. Québec: Éditions Études Vivantes.
- Khazaal, Y., Favrod, J., Azoulay, S., Finotj, S. C., Bernabotto, M., Raffard, S., . . . Pomini, V. (2011). “Michael’s Game”, a card game or the treatment of psychotic symptoms. *Patient Education and Counseling*, 83, 210-216. doi:10.1016/j.pec.2010.05.017
- Leininger, M. (. (1984). *Care, the essence of nursing and health*. Detroit: Wayne State University Press.

- Macleod, S. H., Elliot, L., & Brown, R. (2011). What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(1), 100-120. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.09.005
- Neuman, B., & Fawcett, J. (. (2011). *The Neuman systems model* (5th ed. ed.). Upper Saddle River: Pearson.
- Noghani, F., Seyedfatemi, N., Karimirad, M. R., Akbarzadeh, A., & Hasanpour-Dehkordi, A. (2016). Health Related Quality of Life in Family Caregivers of Patients Suffering from Mental Disorders. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, *10*(11). doi:10.7860/JCDR/2016/19671.8792
- Nunes, L. (1993). Considerações sobre o Modelo de Enfermagem de Betty Neuman. *Servir*, *3*, 134-136.
- Perkins, D. O., Miller-Andersen, L., & Lieberman, J. A. (2006). Natural History and Predictors of Clinical Course. In J. A. Lieberman, T. S. Stroup, & D. O. Perkins (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia*. Washington: The American Psychiatric Publishing.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais.
- Shah, A. J., Wadoo, O., & Latoo, J. (2010). Review Article: Psychological Distress in Carers of People with Mental Disorders. *British Journal of Medical Practitioners*, *3*(3).
- Simon, J. B., Murphy, J. J., & Smith, S. M. (2005). Understanding and Fostering Family Resilience. *The Family Journal*, *13*, 427-436. doi: 10.1177/1066480705278724
- Son, J., & Choi, Y. (2010). The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, *24*(1), 38-45. doi:10.1016/j.apnu.2009.04.002
- Sveinbjarnardottir, E. K., Svavarsdottir, E. K., & Wright, L. M. (2013). What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, *50*, 593-602. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.10.009
- Szmukler, G. I., Burgess, P., Herrman, H., Benson, A., Colusa, S., & Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, *31* (3-4), 137-48.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.
- Treudley, M. (1946). Mental illness and family routines. *Mental Hygiene*, 15, 407-418.
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.
- Weaver, K., & Olson, J. K. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 459-469.
- Welch, A. Z. (2004). Madeleine Leininger. Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed ed.). Loures: Lusociência.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família* (3ª ed.). São Paulo: Roca.
- Xavier, M., Pereira, M. G., Correa, B. B., & Caldas de Almeida, J. (2002). Questionário de problemas familiares: Desenvolvimento da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de sobrecarga familiar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 165-177.

Legislação:

Lei de Saúde Mental – aprovada pela Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 101/99, de 26 de Julho.

Regulamento n.º 122/2011, Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011 (Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista)

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

Apêndices

Apêndice 1 – Estudo de caso

ÍNDICE

Introdução

1. Colheita de dados

1.1. Dados biográficos

1.2. Caracterização familiar

1.3. Antecedentes pessoais

1.4. História do internamento atual

1.5. Medicação

1.6. Exame do Estado Mental

1.7. Teste do Desenho

2. Identificação dos Stressores

2.1. Identificação dos stressores percebidos pelo cliente

2.2. Identificação dos stressores percebidos pelo prestador de cuidados

2.3. Sumário: stressores intra-, inter- e extrapessoais

3. Plano de Cuidados

Conclusão

Bibliografia

INTRODUÇÃO

De acordo com o Preâmbulo do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, “a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro especialista em saúde mental desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade”.

O estudo de caso que se apresenta é o reflexo da prática clínica realizada na Clínica Psiquiátrica 6 – Psicoses Esquizofrénicas do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), no âmbito do Estágio do Curso de Mestrado de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Este processo foi acompanhado, durante o estágio, pelo sr. Enfermeiro Especialista Jordão Abreu.

Foi proposto pelos docentes da Escola de Enfermagem do Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa que fosse utilizado o Modelo dos Sistemas de Neuman.

O estudo de caso compreende um primeiro capítulo onde se regista a colheita de dados efetuada ao longo das diversas entrevistas. Esta informação é essencial para poder identificar os stressores e os recursos do cliente, na nomenclatura de Neuman, que serão descritos no segundo capítulo. Por fim, no terceiro capítulo, apresenta-se o plano de cuidados nos diferentes níveis de prevenção.

COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada ao longo do internamento, tendo sido entrevistados o sr. J. e o seu pai. Foi utilizado o guião de entrevista que se encontra em anexo (Anexo I). Foi obtido o consentimento verbal para a realização do estudo de caso.

Dados biográficos

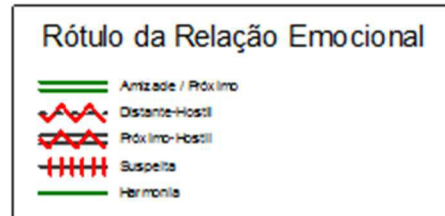
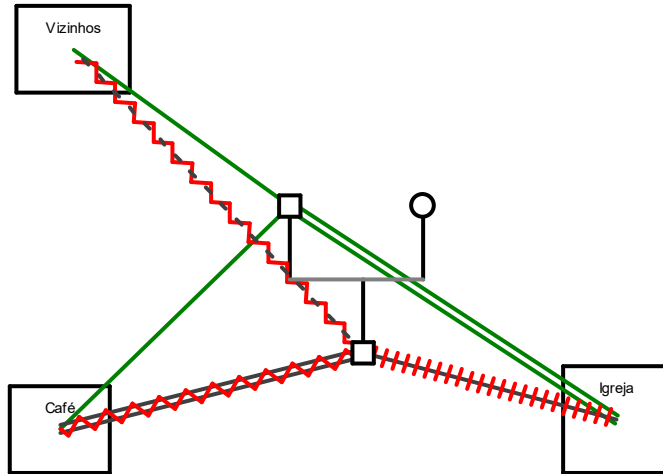
O sr. J.A.F.H. tem 49 anos, solteiro, nacionalidade portuguesa, estudou até ao 11º ano. Aos 18 anos começa a manifestar isolamento social e desconfiança face aos amigos. Abandona os estudos e começa a trabalhar em vendas ao público. Manifesta conflituosidade com colegas de trabalho. Não são identificados relacionamentos interpessoais significativos. Seguido em psiquiatria desde essa idade. Vive com os pais. Reformado por invalidez. Católico, frequenta a Igreja (na sua paróquia) mais do que uma vez por semana. Ocupa-se passeando por Alverca.

Caracterização familiar

Vive com pai (77 anos, reformado da TAP, saudável?) e com mãe (76 anos, reformada de auxiliar num jardim de infância, síndrome demencial com défice de autocuidado). Pai é o principal cuidador da esposa e do filho. Segundo de uma fratria de 3. Irmão mais velho suicidou-se há 20 anos, historia de consumos toxicofílicos. Irmã mais nova é vizinha do doente, casada, saudável.

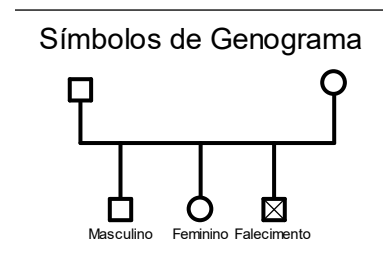
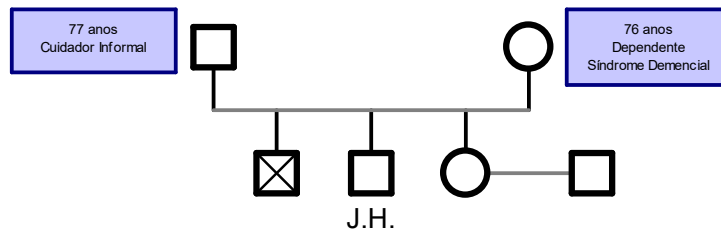
Ecomapa

Apresenta-se agora o ecomapa, obtido com o software GenoPro 2016®. Destacam-se as relações tanto do sr. F. como do seu pai com os subsistemas envolventes.



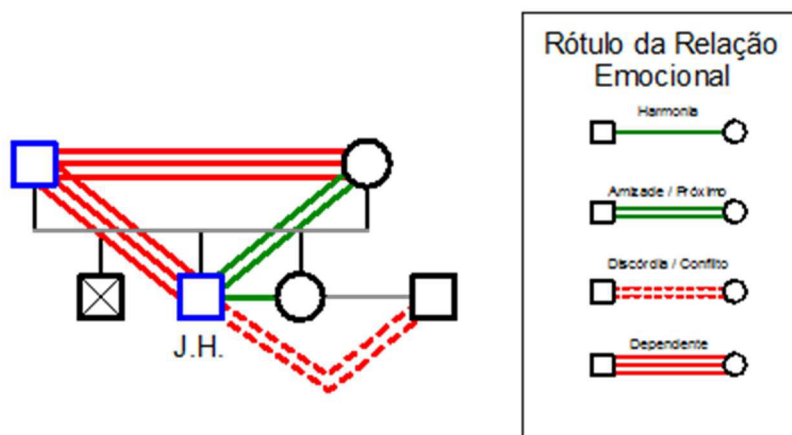
Genograma

Apresenta-se agora o genograma familiar, obtido com o software GenoPro 2016®.



Psicofigura de Mitchell

Para melhor compreensão da dinâmica familiar, apresenta-se a psicofigura de Mitchell, obtida com o software GenoPro 2016 ®.



O conhecimento sobre as relações emocionais entre os vários elementos da família foi obtido através de entrevistas com o sr. J.H. e o seu pai.

Destacam-se as relações de dependência atualmente existentes entre o pai e a mãe e entre o pai e o sr. J.H.

Existe uma relação de conflito com o cunhado. Segundo o pai do sr. J.H., o cunhado não aceita a doença deste. Segundo o sr. J.H., o cunhado critica-o e está “contra ele” (sic). Apesar do conflito, a relação com a irmã é próxima.

Antecedentes pessoais

O sr. J. é seguido em psiquiatria desde os 18 anos com diagnóstico de esquizofrenia.

Teve 4 internamentos no CHPL (2001, dois em 2013, 2015), sendo seguido em consulta externa com o dr. Jaime Ribeiro (CHPL). Cumpre administração de antipsicótico depot quinzenal em Alverca.

O pai refere alguns (não sabe especificar quantos) internamentos na Casa de Saúde do Telhal, em serviços de reabilitação psicossocial onde não consegue concluir curso de formação.

Sem outras doenças. Sem alergias

Historia do internamento atual

16 de Abril de 2016 – recorre ao HSFX, transferido para HSJ – ideação persecutória e sentimentos de injustiça e prejuízo. Eventuais alucinações cinestésicas – queixa-se de estar a perder o corpo. Conflituoso (com a família) Refere sentimentos de racismo em relação aos árabes e indivíduos “de cor”, sem agressividade. Encaminhado para psiquiatra

Tem consulta de psiquiatria, no CHPL, no dia 21 de Abril de 2016, onde se regista maior ansiedade.

No dia 30 de Abril de 2016 - Chamou bombeiros a casa porque “não se estava a sentir bem”. Encaminhado para o HVFX onde apresenta alterações do comportamento com presença de ideias delirantes de conteúdo místico “eu acho que sou Jesus Cristo” e persecutória “parece que há padres que me querem matar”. Traz uma oração no bolso que tira e começa a lê-la (segundo informação do processo clínico)

Encaminhado para observação no HSJ onde apresentou ideias delirantes de conteúdo místico e persecutório. É sugerido internamento no CHPL. O sr. J. aceita e fica internado na Clínica 6 – Psicoses Esquizofrénicas.

Medicação

- Risperidona 3mg 1+0+1
- Propanolol 10mg 1+1+1
- Flurazepam 30mg 0+0+0+1
- Acido valproico 500mg LP 0+0+1
- Multivitaminas + sais minerais + ac fólico 1+0+0
- Anatensol decanoato 50 mg (quinzenal)
- Diazepam 5mg comp SOS (até 2 vezes dia)
- Olanzapina 10mg comp SOS (até 2 vezes dia)
- Haloperidol 5mg IM SOS (até 2 vezes dia)

Exame do Estado Mental

De acordo com entrevistas realizadas regista-se aqui o exame do estado mental, segundo TRZEPACZ e BAKER (2001). Toma-se como referência a primeira entrevista realizada com o sr. J. H.

Aspeto, Atitude e Atividade

O sr. J. é um homem com 49 anos, idade aparente coincidente à real, barbeado e bem arranjado. Aspeto emagrecido e frágil, senta-se com postura curvada, olhar direcionado para o chão.

Colaborante na entrevista, apresenta fácies triste. Responde adequadamente ao que lhe é perguntado com tom de voz baixo.

Apresenta ainda lentificação psicomotora com algumas posturas fixas (segura o pescoço e mantém a posição durante minutos; mantém a mão na testa durante longos períodos), sem catalepsia.

Humor e Emoções

O sr. J. apresenta humor disfórico, refere “estou em baixo, sinto-me triste e sem esperança” (sic). A expressão emocional é congruente com o humor, mostrando fácies triste e apatia. A amplitude emocional parece restrita.

Discurso e Linguagem

Discurso maioritariamente fluente, com algumas frases com gaguez, mas compreensível. Prosodicamente, o sr. J. fala lentamente, com latência do discurso e tom de voz monocórdico e altura baixa. Apresenta tique vocal. Consegue compreender, nomear, ler e escrever.

Alterações formais do pensamento, Conteúdo do pensamento e Percepção

Através do discurso é possível identificar pensamento tangencial com afrouxamento de ideias. Apresenta delírio de ruína, referindo: “estou acabado, está a chegar o meu fim”; delírio de conteúdo místico pouco estruturado “eu fui enviado por Deus...”; delírio persecutório, autorreferencial “os meus vizinhos diziam coisas contra mim”. Identificam-se alucinações somáticas internas, o sr. J. refere “sinto a minha coluna a esticar-se, parece que vou rebentar”.

Cognição

Para a avaliação da cognição foi realizado Mini Mental State Examination, validado para a população portuguesa por GUERREIRO *et al.* (1994).

O sr. J. está orientado (10 pontos), sem alterações na retenção (3 pontos), tem diminuição da atenção e cálculo (3 pontos), tem alterações na evocação (1 ponto), com

ligeiras alterações na linguagem (7 pontos), mantém habilidade construtiva (1 ponto). Com 25 pontos e com 11 anos de escolaridade, pode aferir-se que apresenta défice cognitivo, ainda que com score perto do limite.

Insight e Juízo Crítico

O sr. J. apresenta *insight* limitado face aos delírios. No entanto, apresenta juízo crítico na medida em que recorreu aos serviços de saúde para pedir ajuda e aceitou internamento para estabilização da fase aguda da doença.

Teste do Desenho

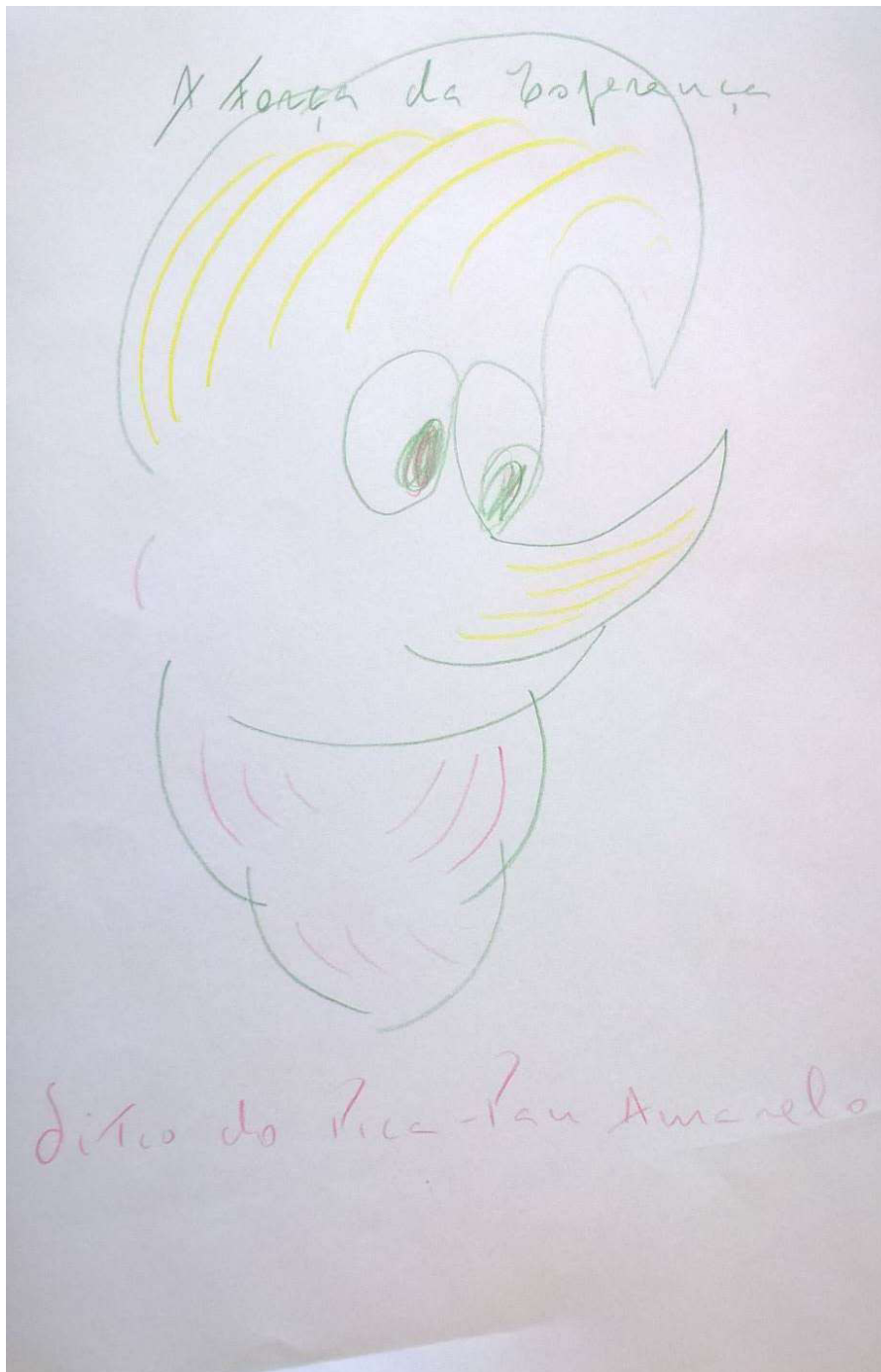
Para complementar a avaliação realizada, foi aplicado o Teste do Desenho de John Buck (SOUZA CAMPOS, D. M. 1991). Esta ferramenta surge, não numa perspetiva de análise psicológica *per si*, mas como a utilização de um mediador (pintura) para aumentar o conhecimento acerca do sr. J.. Segundo HAMMER citado por SOUZA CAMPOS (1991, pp. 19-25), o Teste do Desenho tem indicação tanto para crianças como adultos e pode surgir como complemento à entrevista.

Segundo este teste, são pedidos 3 desenhos: pessoa, casa e árvore. Apresentam-se os desenhos e depois uma reflexão, tendo em conta aquilo que o sr. J. refere, assim como as possíveis interpretações de Buck.

Foram oferecidos lápis de cor, borracha e folhas.

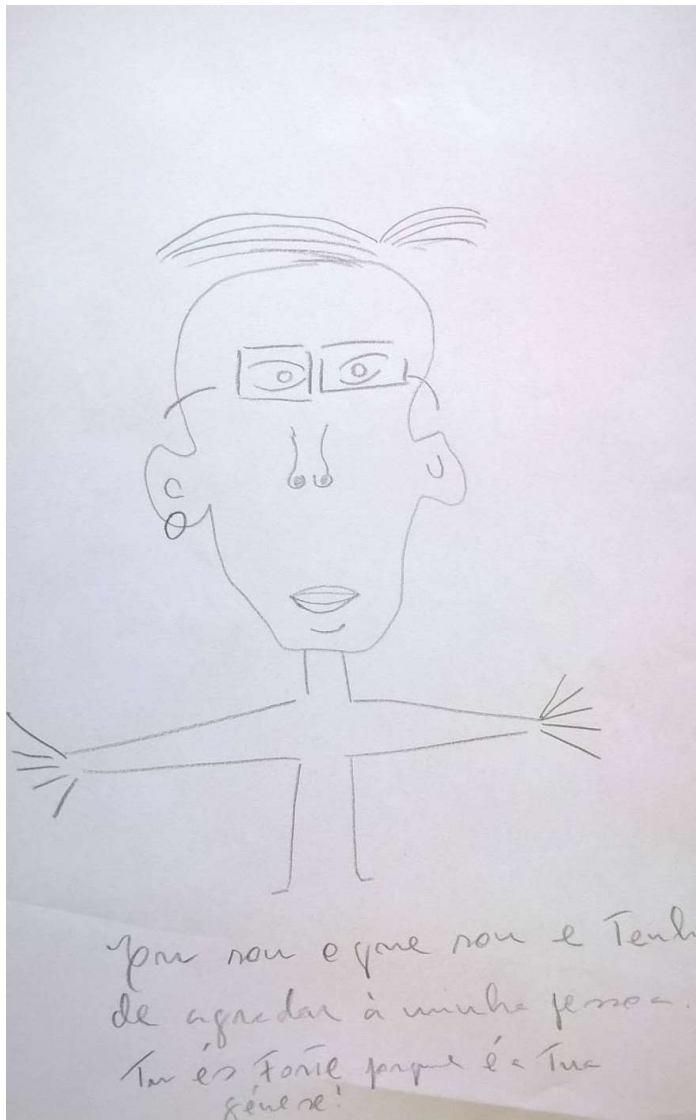
Pessoa

Quando foi pedido que se desenhasse, o sr. J. fez o desenho da personagem de uma série infantil, o “Pica-pau amarelo”. Referiu que fez um trabalho em Educação Tecnológica, no ensino básico, subordinado ao tema do pica-pau amarelo, tendo recebido a nota máxima. Refere esse como um momento importante para si.



De acordo com as indicações de Buck, quando o indivíduo desenha uma figura que não seja o autorretrato deve-se pedir que repita o desenho.

O sr. J. desenhou, então, o seu autorretrato.



Neste desenho salienta-se:

- a escolha da cor preta, apesar de haver lápis de cor
- pouca pressão, com traço leve o que aponta para um baixo nível de energia, depressão e sentimentos de inadequação.
- No desenho faltam detalhes adequados principalmente no corpo, onde não existe tronco. Segundo Buck, isto pode indicar sentimento de vazio e de falta de energia
- A figura não tem movimento, está estática o que aponta para inibição e repressão.

Casa e Árvore



No caso do desenho da casa salientam-se os seguintes aspetos:

- Teto demasiado grande pode indicar retraimento do contacto interpessoal
- A porta, segundo Buck, simboliza a ligação com o exterior. O sr. J. não desenhou porta pelo que pode apontar para uma diminuição da interação social
- As janelas apresentam vidraças o que pode sugerir isolamento e desejo de proteção.

- A chaminé, segundo Buck, refere-se à dimensão da sexualidade. O facto de estar sobredimensionada, de forma imponente e com o fumo em riscos, demonstra alterações desta esfera, frequentemente repressão da própria sexualidade. Este é um aspeto que o utente tenta não falar, embora verbalize necessidades sexuais que não consegue satisfazer, porque “não tem ninguém”. Quando se tenta abordar mais profundamente este assunto, o sr. J. desvia o tema da conversa.

Quanto ao desenho da árvore:

- O tronco está solto, sem raiz, longe do solo o que sugere insegurança;
- Os nódulos no tronco são, normalmente, reflexo de traumas. Quando questionei o sr. J. ele refere que aquela toca está pintada porque o tronco está oco “tal como eu me sinto”
- A copa está envolvida por uma membrana o que pode significar retraimento

A utilização do Teste do Desenho surgiu por sugestão do Enfermeiro Orientador. Tratou-se de um mediador importante para conhecer melhor o sr. J.

IDENTIFICAÇÃO DOS *STRESSORES*

No Modelo de Sistemas de Neuman⁶, a Enfermagem é uma profissão única atenta a todas as variáveis que afetam os clientes no seu ambiente (NEUMAN e FAWCETT, 2011, p.328). O cliente é um sistema totalmente aberto em interação com os ambientes internos e externos sendo composto por um *core*, ou estrutura básica, e pelas linhas circundantes protetoras que são: Linhas de Resistência, Linha Normal de Defesa e Linha Flexível de Defesa (NEUMAN e FAWCETT, 2011, p.328). O bem-estar (*wellness*) é uma condição estável na qual as subpartes do sistema estão em harmonia com todo o sistema. A totalidade do sistema é baseada no inter-relacionamento das variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual) que determina a resistência aos *stressores*⁷ (NEUMAN e FAWCETT, 2011, p.329). Já doença (*illness*) está no lado oposto do contínuo de bem-estar e representa instabilidade e diminuição de energia entre as partes ou subpartes do sistema afetando o todo (NEUMAN e FAWCETT, 2011, p.329). O ambiente consiste nas forças internas e externas que envolvem o cliente, influenciando e sendo influenciadas pelo cliente (NEUMAN e FAWCETT, 2011, p.328).

Neste capítulo serão identificados os *stressores* que afetam o sistema. Neste modelo, os *stressores* são “fatores ambientais que podem ser de natureza intra-, inter ou extrapessoal e que têm o potencial de disrupção da estabilidade do sistema penetrando as linhas de defesa e resistência do sistema. O seu resultado pode ser positivo ou negativo; a percepção do cliente e as capacidades de *coping* são considerações importantes para cuidadores e clientes. O efeito dos *stressores* que são percebidos como negativos são referidos como *stress*, enquanto que o efeito dos *stressores* que são percebidos como positivos são referidos como *eustress*” (NEUMAN e FAWCETT, 2011, pp.328-329).

Os *stressores* podem atingir ou fortalecer os elementos do sistema. O *core* ou estrutura básica é a origem das cinco variáveis do cliente e representa os processos humanos de vida e morte no contexto da fluída intersecção das cinco variáveis do sistema que se interrelacionam e interagem, garantindo a sobrevivência do cliente (Cf. NEUMAN e FAWCETT, 2011, p.327). As linhas de resistência são fatores de proteção que são ativados

⁶ Para efeitos de tradução, utilizam-se as expressões utilizadas na tradução portuguesa da obra TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem** (5ª ed). Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6

⁷ Mantém-se o anglicismo *stressores*, tal como na tradução portuguesa da obra citada de TOMEY e ALLIGOOD, 2004. Outros autores traduzem como “fatores de stress” Cf. NUNES, Lucília – Considerações sobre o Modelo de Enfermagem de Betty Neuman. **Servir**. n. 3 (1993). ISSN 0871-2370. pp.134-136

quando os *stressores* já penetraram a linha normal de defesa, provocando sintomatologia. Podem identificar-se recursos internos e externos que podem ajudar a diminuir a reação ao *stressor* e aumentar a resistência do cliente (Cf. NEUMAN e FAWCETT, 2011, p.328). A linha normal de defesa é um nível de saúde adaptável que se desenvolve ao longo do tempo e que é considerado normal para o cliente, tornando-se o padrão para a determinação da doença (Cf. NEUMAN e FAWCETT, 2011, p.328). A linha flexível de defesa previne a penetração da linha normal de defesa por *stressores* e corresponde ao limite exterior do sistema cliente (Cf. NEUMAN e FAWCETT, 2011, p.327).

Compreendendo o funcionamento do sistema e considerando o cuidar em enfermagem como intervenções preventivas, é possível atuar nos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária acontece antes da reação ao *stressor*, a secundária corresponde ao tratamento dos sintomas após a invasão do *stressor* e a terciária à manutenção do bem-estar após o tratamento (Cf. NEUMAN e FAWCETT, 2011, p.328).

Identificação dos *stressores* percebidos pelo cliente

A identificação dos *stressores* segue o Instrumento de Avaliação e Intervenção do Modelo de Sistemas de Neuman, incluído no guião de entrevista em anexo (Cf. NEUMAN e FAWCETT, 2011, p. 342-343).

| | |
|---|---|
| Área de maior stress / preocupações de saúde | “sinto que os outros me perseguem” “sinto-me triste” “preocupo-me com o meu pai, que está a cuidar de mim e da minha mãe” |
| Padrão de estilo de vida (e alterações) | “comecei a dormir menos e a isolar-me” “comecei a sentir-me mais fraco e magro” |
| Padrão de coping | “nas crises anteriores também procurei ajuda quando não me sentia bem” |
| Expectativa para o futuro | “não sei o que esperar do futuro” “não sei o que vai ser de mim” |
| O que está a fazer e o que pode fazer para se ajudar? | “pedi ajuda e agora quero recuperar” “não sei o que posso fazer” |
| O que espera dos outros? | “eu queria é que não se metessem comigo” “conto com a ajuda dos meus pais” |

Identificação dos *stressores* percebidos pelo prestador de cuidados

| | |
|---|---|
| Área de maior stress / preocupações de saúde | Delírio persecutório Preocupação com futuro relacionado com fase do ciclo de vida familiar Diminuição da auto-estima Magreza |
| Padrão de estilo de vida (e alterações) | Diminuição de apetite Isolamento social |
| Padrão de coping | Identificação de recursos |
| Expectativa para o futuro | Desesperança Projeto de vida sem definição |
| O que está a fazer e o que pode fazer para se ajudar? | Aceitação do tratamento |
| O que espera dos outros? | Apoio da família presente (embora com risco de <i>burden</i>) |

Perante o exposto, é importante salientar que se encontram elementos em comum na perspetiva do sr. J. e na minha perspetiva: a preocupação com o futuro, o seu e o da sua família nuclear; a magreza; o isolamento social; a indefinição de um projeto de vida.

No entanto, destaca-se um elemento que não é comum: a diminuição da auto-estima. O sr. J. não reconhece este como um problema, embora este seja, para mim, um elemento de base a ser abordado. Por outro lado, apesar de ter juízo crítico, mantém-se sem *insight* face ao delírio persecutório, o que dificulta a sua integração social.

Sumário: *stressores* intra-, inter- e extrapessoais

| | Fisiológicos | Psicológicos | Desenvolvimento | Social | Espiritual |
|---------------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------------|--------|--------------------|
| <i>Stressores</i> intrapessoais | (-) magreza | (-) delírio persecutório | (-) projeto de vida indefinido | | (+) crença em Deus |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| | | | | | (-) delírios de conteúdo místico |
| <i>Stressores</i> interpessoais | | | (-) não aceitação da fase do ciclo de vida familiar | (-) conflito com cunhado (-) conflitos com vizinhos | (-) conflitos com outros fiéis da Igreja |
| <i>Stressores</i> extrapessoais | | | | (-) alterações na sociedade ("crise de valores"sic) | |
| Legenda: (+) <i>stressor</i> positivo (-) <i>stressor</i> negativo | | | | | |

PLANO DE CUIDADOS

| Diagnóstico | Nível de intervenção | Resultado esperados | Intervenções | Avaliação da Intervenção |
|---|----------------------|--|-----------------|---|
| Autoestima diminuída situacional em grau elevado relacionada com delírio de ruína | II | Aumentar verbalização de autoaceitação | Apoio emocional | <p>Ao longo do internamento foram promovidas entrevistas de ajuda com os princípios de escuta ativa.</p> <p>Na primeira entrevista, a 15 de Maio, utente nunca verbaliza aceitação (pontuação 1 - NOC), com discurso com humor depressivo e ruinoso.</p> <p>À medida que, nas entrevistas, se olha para a sua história de vida, reforço os aspetos positivos. Utente começa a verbalizar aceitação.</p> <p>No dia 19 de Junho, na última entrevista, utente mantém humor deprimido mas com maior aceitação (pontuação 3 – NOC),</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---------------------------------|---|
| | | <p>Aumentar sentimentos positivos sobre a própria pessoa</p> | <p>Reestruturação cognitiva</p> | <p>Na primeira entrevista, utente verbaliza sobretudo sentimentos negativos sobre si próprio (pontuação 1 - NOC), resistindo a identificar aspetos positivos.</p> <p>Ao longo das entrevistas implementou-se a intervenção reestruturação cognitiva com enfoque em três atividades: “ajudar a pessoa aceitar o facto de que as afirmações pessoais influenciam o estado emocional”, “ajudar a pessoa a identificar a emoção dolorosa que está a sentir” e “fazer afirmações que descrevam uma forma alternativa de observar a situação”.</p> <p>Pedi-se ao sr. J. que escrevesse (uma vez que esta é uma atividade de que gosta) sobre aspetos positivos da sua vida. O sr. J. referiu alguns momentos e foi feito reforço positivo e salientados sentimentos positivos. Ao longo dos momentos de contacto durante o internamento, procurei salientar aspetos positivos e reais acerca do seu estado (por exemplo: “hoje está sorridente”, “hoje parece mais aliviado”, etc.). Gradualmente, o sr. J. foi verbalizando mais aspetos positivos sobre si próprio (pontuação 3 – NOC) de forma espontânea.</p> |
|--|--|--|---------------------------------|---|

| | | | | |
|---|----|--|---|--|
| | | | | O facto de manter uma visão menos positiva acerca de si próprio pode levar ao diagnóstico de autoestima diminuída crónica, o que implica intervenção após o internamento. |
| Nutrição alterada (ingestão menor que as necessidades corporais). Relacionado com factores psicológicos manifestada por aspecto emagrecido e verbalização de falta de apetite. | II | Aumento de peso | Adequar dieta Promover o encaminhamento Apoio emocional | O sr. J. pesava 52 quilogramas no início do internamento (1 de Maio). Foi promovido o encaminhamento para a dietista que fez alteração do esquema dietético ao longo do internamento. O sr. J. aumentou peso: 56 quilogramas (15 de Junho) Ao longo do internamento foi-se incentivando o sr. J. para que se alimentasse. Apresentava maior resistência no início do internamento O sr. J. refere que sente maior apetite. |
| Interação social diminuída | II | Aumentar habilidades de interação social | Potenciar autoestima Facilitar permissões Participação no jogo “Michael Games®” | Através de entrevistas de apoio, foi pedido ao sr. J. que identificasse características positivas da sua personalidade. Na primeira entrevista não referiu nenhum aspeto, reforçando os aspetos negativos. Ao longo das entrevistas foi verbalizando “eu sou generoso”, “eu gosto de ajudar os outros”. |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>De forma a aumentar as habilidades de interação foi facilitada a permissão para ir ao exterior. Inicialmente o sr. J. não utilizava estes tempos. Gradualmente, foi saindo acompanhado em interação com outras pessoas</p> <p>O sr. J. foi inserido no grupo do “Michael Games®”. No início do internamento utente participava pouco no jogo. Gradualmente foi participando mais, interagindo com os outros utentes</p> |
|--|--|--|--|--|

CONCLUSÃO

O estudo de caso é uma metodologia de aprendizagem enriquecedora e estruturante. No processo de desenvolvimento de competências é importante analisar a avaliação realizada, os resultados esperados, as intervenções implementadas e o resultado obtido.

O sr. J. foi internado na Clínica 6 logo no início do meu estágio e permaneceu até ao final do estágio. Esta foi uma oportunidade essencial para acompanhar o internamento.

Há que salientar que o sr. J. tem um percurso similar ao de outras com experiência de esquizofrenia internadas na clínica 6: meia idade, dependência no auto-cuidado, deficit cognitivo, com projeto de vida pouco definido. Nestes casos, o internamento surge como resposta a uma situação aguda mas que carece de apoio após a alta. Neste sentido, não é possível trabalhar ao nível da prevenção terciária nem a expansão da linha flexível de defesa. Qualquer intervenção a este nível teria dificuldade em ser continuada no futuro.

Num contexto de crise, pretende-se que o stressor não penetre no core. As estratégias utilizadas vão no sentido de diminuir a reação ao stressor, assim como o restabelecimento da linha normal de defesa. Ao longo da intervenção fui percebendo que a vivência da esquizofrenia, assim como as condições circundantes, influencia grandemente o bem-estar da pessoa.

BIBLIOGRAFIA

- GUERREIRO, M., SILVA, A. P., BOTELHO, M. A. – Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). **Revista Portuguesa de Neurologia**, 1 (1994). ISSN 1645-281X Pp. 9-10.
- NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline (Eds.) – **The Neuman systems model (5th ed.)** . Upper Saddle River: Pearson, 2011. 445p. ISBN 978-0-13-514277-6
- NUNES, Lucília – Considerações sobre o Modelo de Enfermagem de Betty Neuman. **Servir**. n. 3 (1993). ISSN 0871-2370. pp.134-136
- SOUZA CAMPOS, Dinah Martins – **O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade**. 21ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1991. 98p. ISBN 85.326.0178-2.
- TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem (5ª ed)**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6
- TRZEPACZ, Paula T.; BAKER, Robert W. – **Exame Psiquiátrico do Estado Mental**. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. 240p. ISBN 972-84.

Legislação

- REGULAMENTO n.º 122/2011, Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011 (Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista)
- REGULAMENTO n.º 190/2015, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 79, de 23 de abril de 2015 (Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais)

Apêndice 2 - Relatório de intervenção – Michael’s Game®



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Estágio do Curso de Mestrado de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Módulo II – Internamento Agudos

CHPL – Clínica 6 – Psicoses Esquizofrénicas

Discente: Tiago Casaleiro

Professor: Alexandra Sarreira Santos

Relatório de intervenção – Michael’s Game[®]

A intervenção “Michael’s Game[®]” foi-me sugerida pelo orientador de estágio que tem desenvolvido investigação neste âmbito. Assim, ao conhecer melhor a intervenção considerei que esta poderia ser importante no desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro especialista no cuidar da pessoa na fase aguda da sua doença psiquiátrica.

Esta estratégia terapêutica consiste num jogo de cartas com o objetivo de desenvolver o raciocínio hipotético na pessoa com sintomas psicóticos, reduzindo o nível de convicção e preocupação relacionada com os delírios (KHAZAAL *et al.*, 2011).

Este jogo destina-se a pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, perturbações esquizoafetivas ou perturbação delirante persistente. Nesta atividade, reflete-se sobre situações hipotéticas do personagem Michael, que estão descritas em cartas. Estas situações variam desde situações gerais, situações emocionalmente tensas, sem especificidades psicóticas e situações de interpretação psicótica.

Para a implementação durante o estágio foram definidos critérios de inclusão e exclusão, foi obtido o consentimento informado, realizada avaliação psicométrica utilizando escalas e foram dinamizadas sessões.

1. Critérios de inclusão e exclusão

Foram utilizados os critérios de inclusão tendo em conta o estudo de KHAZAAL *et al.* (2011): diagnóstico de esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva, ou perturbação delirante; os participantes tinham que apresentar sintomas psicóticos persistentes (alucinações ou delírios) e tinham que estar estabilizados sob medicação antipsicótica.

Quanto aos critérios de exclusão selecionaram-se a incapacidade de dar consentimento informado, ter doença neurológica orgânica, ter diagnóstico principal de deficiência intelectual e ter participado na atividade anteriormente.

Tendo em conta os critérios, foram selecionados três utentes da Clínica 6.

2. Obtenção de consentimento informado

No respeito pelo princípio da autonomia, o consentimento informado foi obtido na sua forma escrita e arquivado no dossier da atividade. Foram explicados os objetivos do jogo e o seu funcionamento e benefícios. Foi explicado que cada participante seria sujeito à aplicação de duas escalas e que poderiam abandonar a atividade a qualquer momento sem qualquer prejuízo para o próprio.

Os três utentes convidados aceitaram participar na atividade.

3. Aplicação de escalas

Foram aplicadas as escalas Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) e Peters Delusion Inventory-21 itens (PDI-21) a cada um dos utentes. Os resultados pré-intervenção foram arquivados no dossier.

4. Dinamização das sessões

Foram dinamizadas um total de 4 sessões. No dia seguinte à 4ª sessão dois dos utentes do grupo tiveram alta, pelo que não foi possível realizar a avaliação utilizando as escalas. No entanto, faz-se um registo de cada sessão.

- a. 1ª sessão – Esta sessão foi dinamizada pelo sr. Enfermeiro Especialista Jordão Abreu. Por ser a sessão introdutória foi explicado funcionamento do jogo e reafirmado que era um jogo não competitivo em que o objetivo era ajudar o Michael nas diferentes situações. As cartas utilizadas nesta sessão eram cartas com situações gerais, do quotidiano. Os utentes aderiram muito bem, sugerindo várias hipóteses e soluções para os problemas do Michael. Por algumas situações serem caricatas, deu para perceber o aspeto lúdico do jogo.
- b. 2ª sessão – Esta sessão foi dinamizada por mim. Foram novamente explicadas as regras do jogo e esclarecidas as dúvidas. Iniciámos o jogo com duas cartas de situações gerais, às quais os participantes responderam propondo diversas hipóteses. Depois, foi introduzida uma carta emocionalmente tensa, com uma situação familiar. Neste momento a participante sra. A. , afirmou que não queria participar mais porque a carta a fazia lembrar questões familiares. Nessa altura, mencionei que o objetivo do jogo era refletir sobre as questões do Michael, foi reafirmado

- o direito a abandonar a atividade, mas foi reforçada a importância de permanecer, assim como a disponibilidade para regressar. A utente acabou por regressar e foi trabalhada mais uma carta. Os utentes, após 4 cartas manifestavam cansaço e dispersão pelo que se considerou oportuno dar por encerrada a sessão. Foi agradecida a presença de todos.
- c. 3ª sessão – Esta sessão foi dinamizada por mim. Quando foram convidados para participar neste dia os utentes reagiram com agrado. Iniciámos o jogo com 2 situações emocionalmente tensas e continuámos com 1 carta com uma situação psicótica, onde o personagem ouvia vozes. Os três participantes identificaram aquela experiência como alucinação. Continuámos com mais uma carta de conteúdo psicótico, onde o personagem se sentia perseguido. Os participantes expuseram as diferentes hipóteses e formas de verificação das mesmas. Após esta carta, utentes ficam inquietos e pedem para sair por referir cansaço
 - d. 4ª sessão – Esta sessão foi dinamizada por mim. Durante a semana os participantes falaram espontaneamente sobre o jogo. Os participantes voltaram a manifestar agrado pela participação. Nesta sessão iniciamos com uma situação emocionalmente tensa. Continuamos com as cartas de conteúdo psicótico. Nestas o tema principal eram as alterações de posse do pensamento, dos delírios de inserção de pensamento e de leitura do pensamento. Nestas cartas utentes manifestaram alguma dificuldade em encontrar diferentes hipóteses, sendo que um dos utentes apresentava delírio de roubo do pensamento e outro de inserção do pensamento. Perante esta situação foram apenas trabalhadas diferentes hipóteses para as situações em concreto. Mais uma vez, ao final de 4 cartas os utentes manifestavam cansaço e inquietação

Após a quarta sessão, como referido anteriormente, dois dos utentes tiveram alta pelo que não foi possível continuar com as sessões.

Segundo as indicações do jogo, é prevista a realização de 7 a 15 sessões de uma hora. Na intervenção realizada, as sessões demoraram menos tempo por utentes manifestarem cansaço e inquietação. Por outro lado, não foi possível realizar o número mínimo de sessões. Durante as sessões os utentes foram muito participativos e demonstraram ter conhecimentos sobre sintomas psicóticos ainda que nem sempre os associassem à sua própria experiência. Este instrumento deu pistas de parecer eficaz na medida em que em conversas posteriores às sessões, os utentes verbalizavam que a experiência do Michael tinha sido semelhante à sua e começavam a tentar colocar outras hipóteses.

A realização desta atividade permitiu-me desenvolver competências no âmbito da intervenção em crise e na gestão de atividades de grupo.

Bibliografia

KHAZAAL, Yasser; FAVROD, Jérôme; AZOULAY, Silke; FINOTJ, Sophie Claude; BERNABOTTO Maria; RAFFARD, Stéphane; LIBBRECHT, Joël; DIEBEN, Karen; LEVOYER, David; POMINI, Valentino – “Michael’s Game,” a card game or the treatment of psychotic symptoms. **Patient Education and Counseling**. n.º 83 (2011) DOI 10.1016/j.pec.2010.05.017 pp. 210-216.

Apêndice 3 – Atividade “Apoio familiar”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Estágio do Curso de Mestrado de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Módulo II – Internamento Agudos

CHPL – Clínica 6 – Psicoses Esquizofrénicas

Discente: Tiago Casaleiro

Professor: Alexandra Sarreira Santos

Atividade: Apoio familiar

Destinatários:

- familiares das pessoas internadas na Clínica 6 – Psicoses Esquizofrénicas, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Objetivos:

- Apoiar a família da pessoa internada na Clínica 6 – PE;
- Promover a resiliência familiar

Descrição:

- Intervenção unifamiliar que engloba a primeira abordagem, avaliação familiar e a abordagem para a resiliência.
- Prevê-se uma sessão para a avaliação familiar. O número de sessões para a abordagem para a resiliência dependerá da necessidade e da disponibilidade de cada família

Recursos:

- Tempo: pelo menos 30 minutos por sessão. O tempo é gerido de acordo com a disponibilidade da família.
- Físicos: sala
- Materiais: cadeiras, papel, canetas, outros materiais considerados necessários

| Momentos | Atividades | Descrição |
|---------------------------|-----------------------------|--|
| Primeira Abordagem | Apresentação à Família | Durante os turnos em contexto de estágio, promover o contacto com os familiares, apresentando-me como enfermeiro em estágio de especialidade |
| | Enquadramento do estágio | Explicação sobre a Especialidade, a duração do estágio e os objetivos. |
| | Apresentação da intervenção | Dar a conhecer a intervenção “Apoio Familiar” |

| | | |
|--|---|--|
| Avaliação | Obtenção do consentimento para integrar esta atividade | A família assina consentimento. |
| | Agendamento da sessão | De acordo com a disponibilidade da família é marcada sessão |
| | Elaboração de ecomapa | O ecomapa é desenhado pela família, com indicações e esclarecimentos dados pelo enfermeiro |
| | Elaboração de psicofigura de Mitchel | A psicofigura é desenhada pela família, com indicações e esclarecimentos dados pelo enfermeiro |
| | Elaboração da linha de vida de Medalie | A linha de vida é desenhada por cada elemento da família. É pedido que partilhem a linha de vida com a restante família e o enfermeiro. |
| | Avaliação do sistema familiar de acordo com o Modelo Calgary de Avaliação Familiar | Através da entrevista obter dados que são registados em grelha própria |
| Intervenção Familiar com abordagem para a resiliência | <p>Na relação de ajuda, referir os seguintes domínios, definidos no Modelo Calgary de Intervenção Familiar, de acordo com a necessidade:</p> <p>Domínio cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • elogiar as forças da família e dos indivíduos, • oferecer informações e opiniões – grupos de apoio e recurso da comunidade; Psicoeducação <p>Domínio afetivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validar ou normalizar as respostas emocionais <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar as narrativas de Doenças • Estimular o Apoio familiar <p>Domínio comportamental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar os membros da família a serem cuidadores <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o Descanso • Planear os rituais | Esta intervenção deve ter em conta os contributos da Abordagem para a resiliência familiar de Simon, Murphy e Smith 2005, segundo a qual é importante: descobrir e explorar as forças, interesses e mecanismos de coping de cada família |
| | Registo | Registar os dados obtidos relevantes através de entrevista em processo do utente |
| Continuidade de cuidados | Na passagem de turno salientar informação obtida através das entrevistas | |

Avaliação da intervenção:

- Relatório de cada intervenção familiar

Apêndice 4 – Relatório da atividade “Apoio familiar”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Estágio do Curso de Mestrado de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Módulo II – Internamento Agudos

CHPL – Clínica 6 – Psicoses Esquizofrénicas

Discente: Tiago Casaleiro

Professor: Alexandra Sarreira Santos

Relatório da atividade: Apoio familiar

Ao longo do estágio pude acompanhar uma família de forma mais constante. Nas restantes, tendo em conta as suas características tal não foi possível. Optou-se, então, pelo enfoque nessa família.

Apresenta-se agora o relatório das intervenções com a avaliação das mesmas.

Utiliza-se o esquema apresentado anteriormente no documento “Atividade Apoio Familiar” com os respetivos comentários.

Este relatório deve ser complementado com a consulta do estudo de caso apresentado.

| Momentos | Atividades | Descrição | Relatório da Intervenção |
|---------------------------|--|--|--|
| Primeira Abordagem | Apresentação à Família | Durante os turnos em contexto de estágio, promover o contacto com os familiares, apresentando-me como enfermeiro em estágio de especialidade | Após contactar com os familiares apercebi-me que alguns estavam pouco recetivos à intervenção ou então as visitas eram muito esporádicas. Quando falei com o pai do sr. J. (estudo de caso), houve abertura para o diálogo e para a intervenção |
| | Enquadramento do estágio | Explicação sobre a Especialidade, a duração do estágio e os objetivos. | Feito o enquadramento de estágio e os objetivos |
| | Apresentação da intervenção | Dar a conhecer a intervenção “Apoio Familiar” | Apresentada a intervenção. Feita a adequação da mensagem tendo em conta as características do familiar |
| | Obtenção do consentimento para integrar esta atividade | A família assina consentimento. | O consentimento foi obtido na sua forma verbal |
| | Agendamento da sessão | De acordo com a disponibilidade da família é marcada sessão | O pai do sr. J. veio sempre visitar o filho à quinta-feira e ao domingo. E foi agendada o primeiro encontro. |
| Avaliação | Elaboração de ecomapa | O ecomapa é desenhado pela família, com indicações e esclarecimentos dados pelo enfermeiro | Por não considerar adequado pedir ao familiar para desenhar o ecomapa, tendo em conta as suas características, foram feitas apenas as perguntas e, posteriormente, elaborado ecomapa (registado no estudo de caso) |
| | Elaboração de psicofigura de Mitchel | A psicofigura é desenhada pela família, com indicações e esclarecimentos dados pelo enfermeiro | Por não considerar adequado pedir ao familiar para desenhar a psicofigura, tendo em conta as suas características, foram feitas apenas as perguntas e, posteriormente, elaborado a psicofigura (registado no estudo de caso) |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Intervenção Familiar com abordagem para a resiliência</p> | <p>Elaboração da linha de vida de Medalie</p> | <p>A linha de vida é desenhada por cada elemento da família. É pedido que partilhem a linha de vida com a restante família e o enfermeiro.</p> | <p>Durante a intervenção esteve apenas presente o pai do utente. Em entrevista foram feitas perguntas que exploraram a história de vida do pai.</p> |
| | <p>Na relação de ajuda, referir os seguintes domínios, definidos no Modelo Calgary de Intervenção Familiar, de acordo com a necessidade:</p> <p>Domínio cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> elogiar as forças da família e dos indivíduos, oferecer informações e opiniões – grupos de apoio e recurso da comunidade; <p>Psicoeducação</p> <p>Domínio afetivo</p> <ul style="list-style-type: none"> Validar ou normalizar as respostas emocionais | <p>Esta intervenção deve ter em conta os contributos da Abordagem para a resiliência familiar de Simon, Murphy e Smith 2005, segundo a qual é importante: descobrir e explorar as forças, interesses e mecanismos de coping de cada família</p> | <p>A intervenção contou com um total de 3 encontros:</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 de Maio de 2016 <ul style="list-style-type: none"> Acolhimento Foi pedido para ouvir a história pessoal do pai do sr. J. – inicialmente o pai teve a tendência para se referir ao filho, foi, então, orientada a entrevista para a sua história pessoal. Domínio cognitivo: foram elogiadas as forças do pai na situação de cuidador da esposa e do filho Domínio afetivo: foi incentivada a narrativa da sua perspectiva da doença. O pai partilhou a dificuldade que foi não compreender a doença no seu início e também a frustração ao não conseguir ajudar o filho a estabelecer um projeto de vida Domínio comportamental: foi reforçada a importância de encontrar atividades fora do cuidar. O pai refere que cuida de alguns animais e de uma horta Nesta entrevista houve uma abordagem para a resiliência familiar, ao incentivar a narrativa e as forças familiares 22 de Maio de 2016 <ul style="list-style-type: none"> Acolhimento Foi pedido ao pai que falasse sobre as suas expectativas após a alta do sr. J. Domínio cognitivo: foram elogiadas as estratégias anteriormente utilizadas pelos pais e foi prestada informação sobre recursos na comunidade Domínio Afetivo: foi prestado apoio emocional pois o pai manifesta preocupação sobre futuro do filho |

| | | | |
|----------------|--|--|--|
| Registo | <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar as narrativas de Doenças • Estimular o Apoio familiar <p>Domínio comportamental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar os membros da família a serem cuidadores • Incentivar o Descanso • Planear os rituais | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Domínio comportamental: o pai foi incentivado a procurar atividades que o filho pudesse fazer em casa para o ajudar a cuidar da esposa ▪ Manteve-se uma abordagem para a resiliência familiar tentando identificar interesses em comum nos elementos da família. • 5 de Junho – esta foi o último encontro formal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Domínio Cognitivo – tendo em conta o internamento, foi elogiada a presença do pai e o apoio dado ao filho ▪ Domínio Afetivo – foi prestado apoio emocional ao pai que mantinha algum receio face ao futuro ▪ Domínio Comportamental – foram revistas as estratégias encontradas anteriormente |
| | Registrar os dados obtidos relevantes através de entrevista em processo do utente | É salvaguardado o sigilo sobre informações sobre a família | As informações foram sendo transmitidas ao enfermeiro responsável pelo sr. J. |
| | Continuidade de cuidados | Na passagem de turno salientar informação obtida através das entrevistas | |

**Apêndice 5 - Instituições Reabilitação
Psicossocial – Região de Lisboa e Vale do Tejo**

| Instituições | Sítio na Internet | Serviços | Contactos |
|--|--|--|--|
| FNERDM - Federação Nacional das Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais | http://www.fnerdm.pt | | Morada: Avenida António José de Almeida, 26 - 1000-043 Lisboa Telefone: 210 168 465 Fax: 218 498 129 Email: geral@fnerdm.pt |
| A FARPA – Associação de Familiares e Amigos de Doentes Psicóticos | http://www.afarpa.com.pt/index.html https://www.facebook.com/AssociacaoFarpa/ | Fórum Sócio-ocupacional | |
| Associação de Apoio e Segurança Psíco-Social | http://www.aasps.pt/ https://www.facebook.com/aasps/ | Fórum Sócio-ocupacional | Morada: Rua do Cruzeiro, 194-B - 1300-172 Lisboa (Ajuda) Telefone: 213 630 884 Email: aaspsocial@gmail.com |
| Horizonte - Centro de Reabilitação Psicossocial | http://horizonte-crp.pt | Unidades residenciais Apoio Psicossocial | Morada: R. Eduardo Costa, N° 4 - 1170-117 - Lisboa Telefone: 218 689 429 Fax: 218 689 429 Email: horizonte.psico@gmail.com |
| Grupo de Ação Comunitária | http://gac.com.pt/ | Fórum Sócio-Ocupacional Unidade de Vida Protegida (UPRO) Grupo de Apoio às Famílias. | Morada: Rua Victor Santos, Lote R.8 Loja R.8 A - 1600-785 Lisboa (Carnide) Telefone: 214 074 258 Email: geral@gac.com.pt |
| ARIA - Associação de Reabilitação e Integração Ajuda | http://www.aria.com.pt/ | Formação Profissional Fórum Sócio-Ocupacional (Cascais, Oeiras, Lisboa) Unidades de Vida Protegida Gabinete de Serviço Social | Sede: Praça de Goa n.º 4 - Bairro do Restelo 1400 - 184 Lisboa Telefone: (+351) 21 364 10 99 / (+351) 21 366 01 64 Telemóvel: (+351) 93 452 29 59 Fax: (+351) 21 366 01 65 E-mail: aria.sede@gmail.com |
| ACARPS – Associação Comunitária da Amadora | https://www.facebook.com/Asso cia%C3%A7%C3%A3o- | | Morada: Estrada de Alfragide, 34, r/c Dto. Buraca - 2720-020 Amadora |

| | | | |
|---|---|--|--|
| para a Reabilitação Psicossocial | <u>Comunit%^{C3}%A1ria-da-Amadora-para-a-Reabilita%^{C3}%A7%^{C3}%A3o-Psico-Social-195001573853410/info</u> | | Telefone: 214 715 054 Fax: 214 724 378 Email: acarps@gmail.com |
| ACSMO (Associação Comunitária de Saúde Mental de Odivelas) | <u>http://acsmo.webnode.pt/https://www.facebook.com/Associa%^{C3}%A7%^{C3}%A3o-Comunit%^{C3}%A1ria-de-Sa%^{C3}%BAde-Mental-de-Odivelas-498528726890945/</u> | Fórum Sócio-Ocupacional | Morada: Rua Dário Cannas, nº 4, 3º Dto - 2675-325 Odivelas Telefone: 219 341 138 Email: acsmo.dirc@gmail.com |
| ADEB (Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares) | <u>http://www.adeb.pt/</u> | Unidade Sócio Ocupacional; Desenvolvimento de Grupos Psicoterapêuticos; Apoio e Orientação Profissional; Atividades de Âmbito Sócio Ocupacional | Morada: Br. Dr. Alfredo Bensaúde - Rua Costa Malheiro, Lote C - C2 e C3, Loja A - 1800-174 Lisboa Telefone: 218 540 740/8 Fax: 218 540 749 Email: adeb@adeb.pt |
| AEIPS (Associação para o Estudo e Integração Psicossocial) | <u>http://www.aeips.pt/https://www.facebook.com/Aeips-Associa%^{C3}%A7%^{C3}%A3o-para-o-Estudo-e-Integra%^{C3}%A7%^{C3}%A3o-Psicossocial-155508094496926/</u> | Centro Comunitário; Centro de Empowerment e Ajuda Mútua; Residências comunitárias; Grupo de ajuda mútua para familiares | Morada: Av. António José de Almeida, 26 - 1000-043 Lisboa Telefone: 218 453 580 Fax: 218 498 129 Email: geral@aeips.pt |
| Associação Domus Mater (para o apoio ao familiar e doente com perturbação Obsessivo-Compulsiva) | <u>www.domusmater.co.nr</u> | | Morada: Rua João Nascimento Costa, Lote 7, Olaias - 1900-269 Lisboa Telefone: 218 406 187 Fax: 218 406 189 Email: domusmater@gmail.com |

| | | | |
|---|--|--|---|
| Casa de Saúde da Idanha (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus) | http://www.irmashospitaleiras.pt/csi | Unidades de Internamento; Unidades Residenciais; Area de Dia; Reabilitação Profissional; Consultas Externas; Cuidados Continuados Integrados | Morada Rua Bento Menni, 8 2605-077 Belas Telefone 214 339 400 Fax 214 316 616 E-mail csi@irmashospitaleiras.pt |
| Casa de Saúde do Telhal (Instituto São João de Deus) | http://isjd.pt/cst-telhal/ https://www.facebook.com/cst.telhal | Unidades de Internamento; Unidades Residenciais; Area de Dia; Reabilitação Profissional; Consultas Externas; | Estrada do Telhal, s/n 2725-588 Mem-Martins – Portugal Tel: (+351) 219 179 200 Fax: (+351) 219 172 618 Email: cst.telhal@isjd.pt |
| Clínica Psiquiátrica S.José (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus) | http://www.ihscj.pt/cpsj | Unidades de Internamento; Unidades Residenciais; Área de Dia; Reabilitação Profissional; Consultas Externas | Morada Azinhaga da Torre do Fato, Nº 8 Telheiras 1600-774 Lisboa Telefone: 217 125 110 Telemóvel: 927 525 601/927 525 602/918 533 482/919 559 368 Email: cpsj@irmashospitaleiras.pt |
| Centro Psicogeriátrico Nossa Sra. de Fátima (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus) | http://www.ihscj.pt/cpnsf | Psicogeriatria; Unidades de internamento; Área de Dia; Consultas externas | Morada: Rua Machado dos Santos, 2 - 2775-236 Parede Telefone: 214 569 600 Email: direccao.cpnsf@ihscj.pt |
| GIRA (Grupo de Intervenção e Reabilitação Ativa) | http://www.gira.org.pt https://www.facebook.com/GIRA.IPSS | Apoio domiciliário; fóruns socio-ocupacionais; unidade residencial | Sede: Rua Luciano Cordeiro nº 34 - 1º 1501-216 Lisboa, Portugal gira@gira.org.pt (+351) 21 354 45 35 (+351) 93 602 75 70 |
| Associação OLHAR - Associação pela Prevenção e Apoio à Saúde Mental | http://www.assolhar.com | Apoio Psicossocial (Lisboa e Sintra) | Morada: Rua Augusto Gil, 1 - 2º dto - 1000-062 Lisboa Telefone: 21 797 18 05 Fax: 21 888 09 21 Email: assolhar@gmail.com |

| | | | |
|---|--|---|--|
| Associação de Saúde Mental Dr. Fernando Ilharco | | Forum Socio- Ocupacional; Área de Dia; Unidades Residenciais | Sede: Estrada de S. Luís da Serra, 130 - 2900 SETÚBAL Telefone/Fax: 265 57 27 87 |
| Persona (Associação para a Promoção da Saúde Mental) | https://www.facebook.com/Persona-Associação-para-a-Promoção-da-Saúde-Mental-341521100935/ http://associacaopersona.wixsite.com/personaassociacao | Unidades Residenciais; Serviço de Apoio Domiciliário; Empresa de Inserção; | Telefone / Fax: +351 212 069 999 / +351 212 067 050 Email: geral@persona.pt Morada Rua Berthelot, n.º 1 - Baía do Tejo 2830 - 137 - Barreiro |
| Rumo (Cooperativa de Solidariedade Social, CRL) | https://www.facebook.com/Cooperativa.Rumo/ http://rumo.org.pt/wp/ | Formação Profissional Unidades Residenciais | Baía do Tejo – Parque Empresarial do Barreiro – Rua 19, nº13 2831-904 Barreiro Caixa Postal 5063 Telefone: 212 064 920 Fax: 212 064 921 E-mails: geral@rumo.org.pt comunicacao@rumo.org.pt |
| Apoiar – Associação de Apoio aos Ex-combatentes vítimas do Stress de Guerra | http://sites.apoiar-stressdeguerra.com/ | Grupos de Ajuda Mútua; Apoio médico e psicossocial; terapia ocupacional | MORADA Rua C, Lote 10, Loja 1.10Piso 1, Bairro da Liberdade 1070-023 Lisboa Telefones: 213 808 000 961 953 963 E-mail: apoiar.stressdeguerra@gmail.com |
| Comunidade Vida e Paz | http://www.cvidaepaz.pt | Unidades Residenciais; Apoio Psicossocial; Comunidade terapêutica; Comunidade de Inserção | Rua Domingos Bomtempo, n.º 7 1700-142 Lisboa Tel.: +351 218 460 165 Tlm.: +351 912 340 222 Email: geral@alvalade.cvidaepaz.pt |
| Associação Entrementes | https://www.facebook.com/Associação-Entrementes-409174999115424/ | Forum Socio- ocupacional; consulta externa; grupos de famílias; | Rua Padre Abel Varzim, lote 3, Cave E, 1800-291 Lisboa Telefone: 218093133 |

**Apêndice 6 - Ficha do curso à distância – Caring
for People with Psychosis and Schizophrenia**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

Estágio do Curso de Mestrado de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Módulo I

CHPL – Centro Comunitário de Saúde Mental em Odivelas – programa Pro-Actus

Discente: Tiago Casaleiro

Professor: Alexandra Sarreira Santos

Ficha do curso à distância – Caring for People with Psychosis and Schizophrenia

Course structure

The course is divided into four weeks, each of which takes approximately three hours of your time to complete.

Course objectives

Our intention is that, by the end of the course, you will have a clearer understanding of:

- psychosis, including its main symptoms and causes
- the individual experience of psychosis and caregiving
- common treatments used in psychosis and what they aim to achieve
- the physical health needs of people with psychosis
- factors that support recovery in psychosis
- the impact of psychosis and caregiving on a carer
- strategies that help to improve how carers feel
- how to deal with common communication difficulties.

Contents:

Week 1:

- Introduction
- How best to understand psychosis
- Common symptoms and causes
- A first-hand account
- Summary

Week 2:

- Welcome to Week Two
- Causes of psychosis
- What medication and psychological treatments aim to achieve
- Carers and medications
- Managing medications and side-effects
- Talking therapies
- Summary

Week 3:

- Welcome to Week Three
- The impact of caregiving
- Parents, partners, younger children and siblings as carers
- First-hand accounts
- Meeting the needs of the carer
- Summary

Week 4:

- Welcome to Week Four
- Psychosis and physical health
- Recovery and psychosis
- Dealing with problem behaviours
- Improving communication
- Communication about health
- Summary

Apêndice 7 – Atividade “Reunião de famílias”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Estágio do Curso de Mestrado de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Módulo I – Saúde Mental Comunitária

CCSMO – Pro Actus

Discente: Tiago Casaleiro

Professor: Alexandra Sarreira Santos

Atividade: Reunião de Famílias

Destinatários:

- Famílias abrangidas pelo equipa Pro-Actus. Estão englobadas os familiares, os cuidadores e também as pessoas com doença mental, de acordo com o seu estado.

Objetivos:

- Dar suporte às famílias cuidadas pela Equipa Pro-Actus
- Favorecer a partilha de sentimentos, emoções e experiências
- Educar sobre sinais e sintomas, estratégias de gestão dos processos de saúde/doença, formas de comunicação e resolução de conflitos, entre outros.

Descrição:

- Uma vez por mês, são convidadas as famílias para a reunião que se realiza no Centro Comunitário de Saúde Mental em Odivelas.
- O espaço é preparado com cadeiras em roda.
- A reunião tem três momentos:
 - Acolhimento – um dos técnicos dá as boas-vindas
 - Partilha - todos se apresentam, contando a sua história ou as novidades que ocorreram desde a última reunião. Durante as partilhas são esclarecidas dúvidas, se necessário. É fomentada a partilha de experiências entre os elementos. São incentivados a participar aqueles elementos que estiveram menos ativos durante a reunião.
 - Conclusão – É feita uma síntese dos temas abordados, procurando encontrar uma mensagem de força e esperança. É, por norma, oferecido chá e bolachas.

- Ao longo do encontro o suporte dado às famílias tem por base o Modelo de Intervenção Familiar de Calgary e a Abordagem para a resiliência familiar de Simon, Murphy e Smith 2005
 - Modelo de Intervenção Familiar de Calgary – os domínios são mobilizados de acordo com a necessidade

Domínio cognitivo

- elogiar as forças da família e dos indivíduos,
- oferecer informações e opiniões – grupos de apoio e recurso da comunidade; Psicoeducação

Domínio afetivo

- Validar ou normalizar as respostas emocionais
- Incentivar as narrativas de Doenças
- Estimular o Apoio familiar

Domínio comportamental

- Incentivar os membros da família a serem cuidadores
- Incentivar o Descanso
- Planear os rituais
- Abordagem para a resiliência familiar – consiste em descobrir e explorar as forças, interesses e mecanismos de coping de cada família

Recursos:

- Tempo: 2 horas
- Físicos: sala
- Materiais: cadeiras, papel, canetas, outros materiais considerados necessários, chá, bolachas, copos, guardanapos

Apêndice 8 – Calendário

Calendário 2016



| JANEIRO | | | | | | |
|---------|----|----|----|----|----|----|
| S | T | Q | Q | S | S | D |
| 28 | 29 | 30 | 31 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |

| FEVEREIRO | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----|----|
| S | T | Q | Q | S | S | D |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| MARÇO | | | | | | |
|-------|----|----|----|----|----|----|
| S | T | Q | Q | S | S | D |
| 29 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 | 31 | 1 | 2 | 3 |

| ABRIL | | | | | | |
|-------|----|----|----|----|----|----|
| S | T | Q | Q | S | S | D |
| 28 | 29 | 30 | 31 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 |

| MAIO | | | | | | |
|------|----|----|----|----|----|----|
| S | T | Q | Q | S | S | D |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| JUNHO | | | | | | |
|-------|----|----|----|----|----|----|
| S | T | Q | Q | S | S | D |
| 30 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

| JULHO | | | | | | |
|-------|----|----|----|----|----|----|
| S | T | Q | Q | S | S | D |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |

| AGOSTO | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|
| S | T | Q | Q | S | S | D |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| SETEMBRO | | | | | | |
|----------|----|----|----|----|----|----|
| S | T | Q | Q | S | S | D |
| 29 | 30 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

| OUTUBRO | | | | | | |
|---------|----|----|----|----|----|----|
| S | T | Q | Q | S | S | D |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| NOVEMBRO | | | | | | |
|----------|----|----|----|----|----|----|
| S | T | Q | Q | S | S | D |
| 31 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| DEZEMBRO | | | | | | |
|----------|----|----|----|----|----|----|
| S | T | Q | Q | S | S | D |
| 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 1 |

Pro-Actus

Intervenção de Saúde Mental e Psiquiatria em Contexto Domiciliário

Reunião de Grupo de Famílias

3ª Quarta-feira de cada mês

Email Pro-Actus: proactus@chpl.min-saude.pt –
Telemóvel: 911 586 025 (Dias de semana das 9h às 14h)

“A vida, no que tem de melhor, é um processo que flui, que se altera e onde nada está fixado”

[Tornar-se Pessoa] — Carl Rogers



Apêndice 9 – Postais de Natal

**As famílias do
Pro Actus desejam-lhe**

**Feliz
Natal**



**As famílias do
Pro Actus desejam-lhe**

**Feliz
Natal**



**As famílias do
Pro Actus desejam-lhe**

**Feliz
Natal**



**As famílias do
Pro Actus desejam-lhe**

**Feliz
Natal**



**Apêndice 10 - “Mesa-Redonda – A
Enfermagem e a Saúde Mental Comunitária”**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA · PORTO

Estágio do Curso de Mestrado de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Módulo I

CHPL – Centro Comunitário de Saúde Mental em Odivelas – programa Pro-Actus

Discente: Tiago Casaleiro

Professor: Alexandra Sarreira Santos

Projeto

Mesa-Redonda “A Enfermagem e a Saúde Mental Comunitária”

1. Resumo

Pretende-se promover uma dinâmica de reflexão sobre a prática de enfermagem de saúde mental em contexto comunitário. Realizar-se-á um encontro de uma manhã para partilhar aquilo que atualmente se faz no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e para refletir sobre a prática, em conjunto com a academia, os parceiros da rede e os utilizadores dos serviços de saúde

2. Fundamentação

No âmbito da realização de estágio no Pro-Actus (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa-CHPL) inserido no Mestrado em Enfermagem (natureza profissional) de Saúde Mental e Psiquiátrica, no Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi sentida a necessidade de partilhar experiências com as outras estruturas comunitárias do CHPL (CINTRA, Torres Vedras, Petrarca, Olivais, Vila Franca de Xira, Mafra, Sardinheiras e Consulta Externa).

A reflexão sobre a prática constitui uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade dos cuidados e da resposta dada às diferentes situações. Assim, considera-se que é importante acolher os contributos vindos da Academia, que inspirem a uma Prática com Base na Evidência, assim como dos utilizadores dos serviços, pessoas com doença mental ou familiares. Por outro lado, é importante abrir a reflexão aos parceiros da comunidade, ACES e outras instituições.

3. Planeamento

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo geral – desenvolver uma reflexão periódica sobre a intervenção dos enfermeiros em saúde mental comunitária no CHPL

3.1.2. Objetivos específicos

- Apresentar Práticas com Base na Evidência
- Refletir sobre as práticas desenvolvidas no CHPL
- Estimular a participação dos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários e parceiros comunitários

3.2. Atividades

Serão realizados 3 encontros em 2017 (março, maio e junho), havendo espaço para cada equipa apresentar a sua intervenção. Os encontros têm a duração de uma manhã.

Cada encontro tem uma estrutura semelhante: apresentação de evidências científicas, apresentação das intervenções das equipas comunitárias, discussão sobre a intervenção e partilha de estratégias, auscultação dos utilizadores dos serviços (familiares, parceiros sociais, pessoas com doença mental). Serão ainda partilhadas as conclusões do Encontro, a serem elaboradas por dois relatores designados pela organização.

Foi elaborado um plano para a mesa-redonda do mês de março. Esse plano foi apresentado e discutido com as Equipas Comunitárias Pro-Actus e CINTRA, Odivelas e Sintra, respetivamente.

Mesa Redonda – Março 2017

| | |
|--------------|---|
| 09:00 | Acolhimento |
| 09:30 | Sessão de Abertura: representantes do Conselho de Administração do CHPL, representante do MESMP da Universidade Católica Portuguesa, representante da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica |
| 10:00 | Comunicação sobre Prática com Base na Evidência em Saúde Mental |

| | |
|--------------|---|
| 10:30 | Coffee break |
| 11:00 | Apresentação das Intervenções das Equipas Comunitárias (Pro-Actus e CINTRA) |
| 11:30 | Discussão |
| 12:30 | Sessão de Encerramento: - Perspetiva das famílias pela presidente da FamiliarMente (Federação Portuguesa das Associações de Famílias das Pessoas com Experiência de Doença Mental - Partilha das conclusões pelos relatores |

3.3. Recursos

Para a realização desta mesa redonda será preciso a disponibilização do anfiteatro do CHPL, assim como um espaço para o coffee-break.

Para a apresentação das comunicações serão necessários equipamentos multimédia e som.

3.4. Avaliação

No final de cada mesa redonda serão partilhadas as conclusões. No final dos três encontros, as conclusões serão partilhadas sobre a forma de ata, a serem disponibilizadas aos participantes.

Serão contabilizados os números de participantes e qual a sua proveniência, de forma a avaliar quantos parceiros comunitários aceitaram o convite a participar no encontro.

No final dos três encontros, far-se-á uma avaliação com os elementos das equipas comunitárias para se perceber se é pertinente a continuação destas mesas redondas.

Apêndice 11 – Plano de sessão “Prevenção e gestão do comportamento agressivo”

| | |
|--|--------------------|
| Formação em Serviço: Prevenção e Gestão do comportamento Aggressivo | Data: 07/12/2016 |
| Formador: Tiago Casaleiro | Duração: 1h00 |
| Destinatários: Profissionais do Centro Comunitário de Saúde Mental em Odivelas | Local: CCSMO, CHPL |

Objetivo geral: Que os profissionais desenvolvam competências para a gestão do comportamento agressivo

Objetivos específicos: Que os profissionais conheçam as medidas de prevenção da agressividade | Que os profissionais conheçam os tipos de contenção de comportamento | Que os profissionais elaborem protocolo de atuação no CCSMO

| | Tema/Conteúdo | Método Pedagógico | Técnica Pedagógica | Recursos Didáticos | Avaliação | Tempo |
|------------------------|--|-------------------|--|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Introdução | Apresentação de Formador e Formandos Apresentação do tema (Orientação da DGS 021/2011; Circular normativa da DGS 08/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007; Circular Informativa Nº: 15/DSPCS de 07/04/2006) | | Expositiva | Quadro Branco Circulares da DGS | | 5' 5' |
| Desenvolvimento | Prevenção do comportamento agressivo Contenção do comportamento Protocolo de Atuação | Método Ativo | Brainstorming <u>Expositiva</u> Estudo de caso Expositiva Demonstração Trabalho de Grupo | Quadro branco Canetas Papel | Técnica das perguntas | 5' 15' 20' |
| Conclusão | Síntese Encerramento | | Expositiva | | | 5' 5' |

Apêndice 12 - Reflexão sobre o papel do enfermeiro especialista nos cuidados de saúde mental em articulação com os restantes técnicos de saúde mental



Reflexão

A presente reflexão debruça-se sobre o papel do enfermeiro especialista nos cuidados de saúde mental em articulação com os restantes técnicos de saúde mental.

É conhecido que são variadas as tipologias de profissionais que trabalham com as pessoas com doença mental e as suas famílias. Por vezes os limites de atuação não estão bem definidos e esbatem-se as especificidades. Desta forma, senti necessidade de refletir sobre o assunto. A minha enfermeira orientadora, para me ajudar a refletir, pôs-me em contacto com psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, com quem tive oportunidade de discutir diferentes aspetos.

Em conversa com um psicólogo, este destacou um ponto que me pareceu importante: “existem diferentes técnicos, cada um com o seu corpo de conhecimento e âmbitos de intervenção que, por vezes, estão sobrepostos aos de outros técnicos”. Ainda que tenha existido uma complexificação dos cuidados à pessoa com doença mental, não nos podemos esquecer de que esta pessoa é só uma e não divide em pedaços, de acordo com o técnico que a aborda. Assim, qualquer que seja o técnico que entra em contacto com a pessoa a primeira atitude tem de se de abertura e de conhecimento da pessoa. O melhor técnico é aquele que consegue ajudar a pessoa no momento em que esta pede e/ou precisa de ajuda. Posteriormente é que pode ser encaminhada a pessoa para outros técnicos, de acordo com as necessidades.

No contacto com diferentes profissionais, apercebi-me que a atenção ao doente era mais holística quando estes procuravam a opinião e o aconselhamento de outros técnicos. Neste sentido, estive presente num encontro com o pai de uma pessoa com doença mental,

em conjunto com um psicólogo (Dr. Miguel Trigo) que considerou importante a presença dos enfermeiros do Pro-Actus. Esta intervenção cobriu diferentes aspetos e cada profissional aconselhou naquilo que é específico do seu campo. Noutra situação, uma psiquiatra (Dra. Ana Cristina Farias) vem pedir aconselhamento sobre a melhor forma de abordar uma situação de uma pessoa com fraca adesão ao regime terapêutico. Num ambiente de escuta e de partilha delinearam-se intervenções. No fundo, esta é uma prática centrada na pessoa, que coloca a pessoa e os seus problemas no centro.

Durante o estágio tive oportunidade de dialogar com outros profissionais, no sentido de ouvir a sua experiência e perspetiva sobre o cuidar integrado em saúde mental. Assim, proporcionou-se uma entrevista com uma psicóloga (Dra. Noélia Canudo), terapeuta familiar, com vasta experiência no trabalho com famílias e grupos de famílias. Deste diálogo saliento a importância dada pela psicóloga aos grupos de famílias como estratégia para diminuir a sobrecarga familiar e para estabelecer maiores redes de suporte aos familiares. Esta constatação, que vai em linha com a evidência, reforça em mim a vontade de desenvolver trabalho com grupos de famílias, no futuro, como enfermeiro especialista em saúde mental.

No encontro que tive com todos estes profissionais, senti que existia um respeito pelos conhecimentos e pelo papel do enfermeiro especialista. Este reconhecimento inspira-me a fazer mais e melhor em prol da enfermagem especializada.

Apêndice 13 – Plano de sessão “Michael’s Game®”

Sessão de divulgação "Michael's Game ®" **Data:** 13/12/2016

Formador: Tiago Casaleiro **Duração:** 2h

Destinatários: Psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros **Local:** Serviço de Psicologia, CHPL

Objetivo geral: Que os formandos conheçam o jogo "Michael's Game ®"

Objetivos específicos: Que os formandos conheçam o suporte teórico do jogo, no âmbito da Teoria Cognitiva | Que os formandos conheçam as técnicas de animação do jogo

| | Tema/Conteúdo | Método Pedagógico | Técnica Pedagógica | Recursos Didáticos | Avaliação | Tempo |
|-----------------|--|-------------------|---|---|--|-------|
| Introdução | Apresentação de Formador e Formandos | | | Quadro Branco Artigos Jogo "Michael's Game" | | 10' |
| | Apresentação do tema e projeto de investigação | | Expositiva | | | 5' |
| Desenvolvimento | Terapia cognitiva para sintomas psicóticos (raciocínio hipotético) | | Brainstorming Expositiva | Quadro branco Canetas Jogo "Michael's Game" | Técnica das perguntas Grelha de observação | 15' |
| | Técnicas de animação do Jogo "Michael's Game" | Método Ativo | Role play Trabalho de grupo Expositiva | | | 75' |
| Conclusão | Síntese | | Planificação | Papel e Caneta | | 10' |
| | Encerramento | | | | | 5' |

Apêndice 14 – Projeto de divulgação da Equipa Pro-Actus



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA · PORTO

Estágio do Curso de Mestrado de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Módulo I – Saúde Mental Comunitária

Pro-Actus - CCSMO

Discente: Tiago Casaleiro

Professor: Alexandra Sarreira Santos

Projeto – Divulgação do Pro Actus

1. Resumo

Após se detetar a necessidade de divulgação do projeto Pro-Actus, desenvolveu-se uma estratégia de divulgação do projeto, com diversas atividades. As atividades foram desenvolvidas ao longo do terceiro módulo do estágio inserido no Mestrado em Enfermagem (natureza profissional) de Saúde Mental e Psiquiátrica. Das atividades previstas, 40 % foram completadas, outras foram iniciadas, mas não completadas e outras ficaram apenas projetadas.

2. Fundamentação

Apesar do projeto ter 6 anos de existência, ainda é frequente encontrarmos pessoas, profissionais de saúde ou utentes, que não conhecem o projeto nem os serviços prestados pelo Centro Comunitário de Saúde Mental em Odivelas (CCSMO).

O CCSMO tem como público-alvo a população do município de Odivelas. Trabalha em parceria com a autarquia, os ACES e Equipas Comunitárias, e outras estruturas comunitárias.

A acessibilidade aos cuidados de saúde mental em Odivelas é garantida quer por contacto direto, no qual a própria pessoa ou familiar pede assistência, quer por encaminhamento de outras entidades (Médicos de Família, Equipas Comunitárias, Serviços Sociais, entre outros).

A divulgação deve ser feita tendo em conta estes dois vetores: população e parceiros comunitários. Esta promoverá a acessibilidade aos cuidados de saúde mental, que é um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental.

3. Planeamento

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo geral – que o projeto Pro-Actus seja identificado como um recurso no município de Odivelas

3.1.2. Objetivos específicos

- Dar a conhecer às instituições o funcionamento e a especificidade do Pro-Actus
- Identificar novos parceiros ou pessoas de referência
- Utilizar as novas tecnologias para alcançar mais habitantes do município

3.2. Atividades

Para a consecução dos objetivos foram delineadas as seguintes atividades:

- Divulgação do projeto junto das paróquias do município de Odivelas
- Divulgação do projeto junto das comunidades Sikh e Muçulmana
- Divulgação do projeto junto das instituições da Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais
- Divulgação do projeto junto da FamiliarMente – Federação Nacional das Associações de Famílias de Pessoas com Experiência de Doença Mental
- Realização de um vídeo sobre o Pro-actus

As atividades delineadas configuram um planeamento a curto prazo a ser completado no espaço de um ano.

O estágio teve a duração de dois meses pelo que se prevê que nem todas as atividades sejam completadas.

3.3. Recursos

Para cada uma das atividades são identificados os recursos necessários:

- Divulgação do projeto junto das paróquias do município de Odivelas – recursos humanos, folhetos de divulgação
- Divulgação do projeto junto das comunidades Sikh e Muçulmana – recursos humanos
- Divulgação do projeto junto das instituições da Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais – recursos humanos, póster, apresentação em Power Point

- Divulgação do projeto junto da FamiliarMente – Federação Nacional das Associações de Famílias de Pessoas com Experiência de Doença Mental – recursos humanos, folhetos de divulgação
- Realização de um vídeo sobre o Pro-actus – material de gravação, recurso humanos para realização do vídeo

3.4. Avaliação

A avaliação que se faz das atividades é parcial e feita no final do período de estágio, dois meses após o início do projeto de divulgação:

- Divulgação do projeto junto das paróquias do município de Odivelas – o projeto foi divulgado numa reunião com responsáveis do setor social das paróquias de Loures e Odivelas. Foi feita a apresentação do projeto e entregue um folheto, esclarecidas as dúvidas e estabelecidos alguns contactos
- Divulgação do projeto junto das comunidades Sikh e Muçulmana – foi feita uma pesquisa sobre as perceções sobre a saúde mental por parte destas religiões. Foram enviados e-mails e tentado contacto com os responsáveis das comunidades, mas não obtivemos resposta.
- Divulgação do projeto junto das instituições da Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais – foi elaborado e apresentado um poster no Encontro de Reflexão e Avaliação do Projeto rI(Age) IV, com o tema "Saúde Mental Comunitária: presente e futuro".
- Divulgação do projeto junto da FamiliarMente – Federação Nacional das Associações de Famílias de Pessoas com Experiência de Doença Mental. Foram feitos vários contactos com a presidente da direção, onde foi explicado o âmbito do projeto. Ficou agendada uma visita durante o ano de 2017.
- Realização de um vídeo sobre o Pro-actus – foi elaborado um alinhamento para o vídeo. Após alguma reflexão em equipa, percebeu-se que seria importante apostar numa edição de qualidade. Assim, surgiu a hipótese de elaborar um protocolo com uma escola de multimédia, onde este pudesse ser um projeto académico, com serviço à comunidade. Foram identificadas algumas escolas que pudessem ser parceiras.

Apêndice 15 – Folheto de divulgação da Equipa Pro-Actus

Uma em cada 10 pessoas sofre de doença mental.
A deteção precoce é essencial para ajudar a pessoa e a sua família.

Sinais de Alerta

- Isolamento / recusa de sair de casa;
- Pensamento de que se riem ou falam dele;
- Ter a sensação de ouvir vozes;
- Modificação injustificada do comportamento;
- Inquietação e agitação;
- Perder o interesse pelas coisas que antes lhe davam prazer;
- Dificuldades de dormir - alterações do sono;
- Dificuldade de atenção e concentração;
- Desconfiança sem razão aparente;
- Sentir-se mal sem motivo aparente;
- Afastar-se das suas amigas e interesses;
- Sentir-se estranho e angustiado;
- Sentir-se inútil;
- Grande tristeza

Centro Comunitário de Saúde Mental em Odivelas

Rua Dário Cannas Nº 4 - 2675-325
Odivelas

Telefone: 219313420 /
219339276(7) / 927814682

Endereço de correio electrónico:
ccsmo@chpl.min-saude.pt



Se pensa que o podemos ajudar,
contacte-nos:

Equipa Pro-Actus

Elsa Gaspar, Enf.
Carina Cardoso, TS Serv. Social

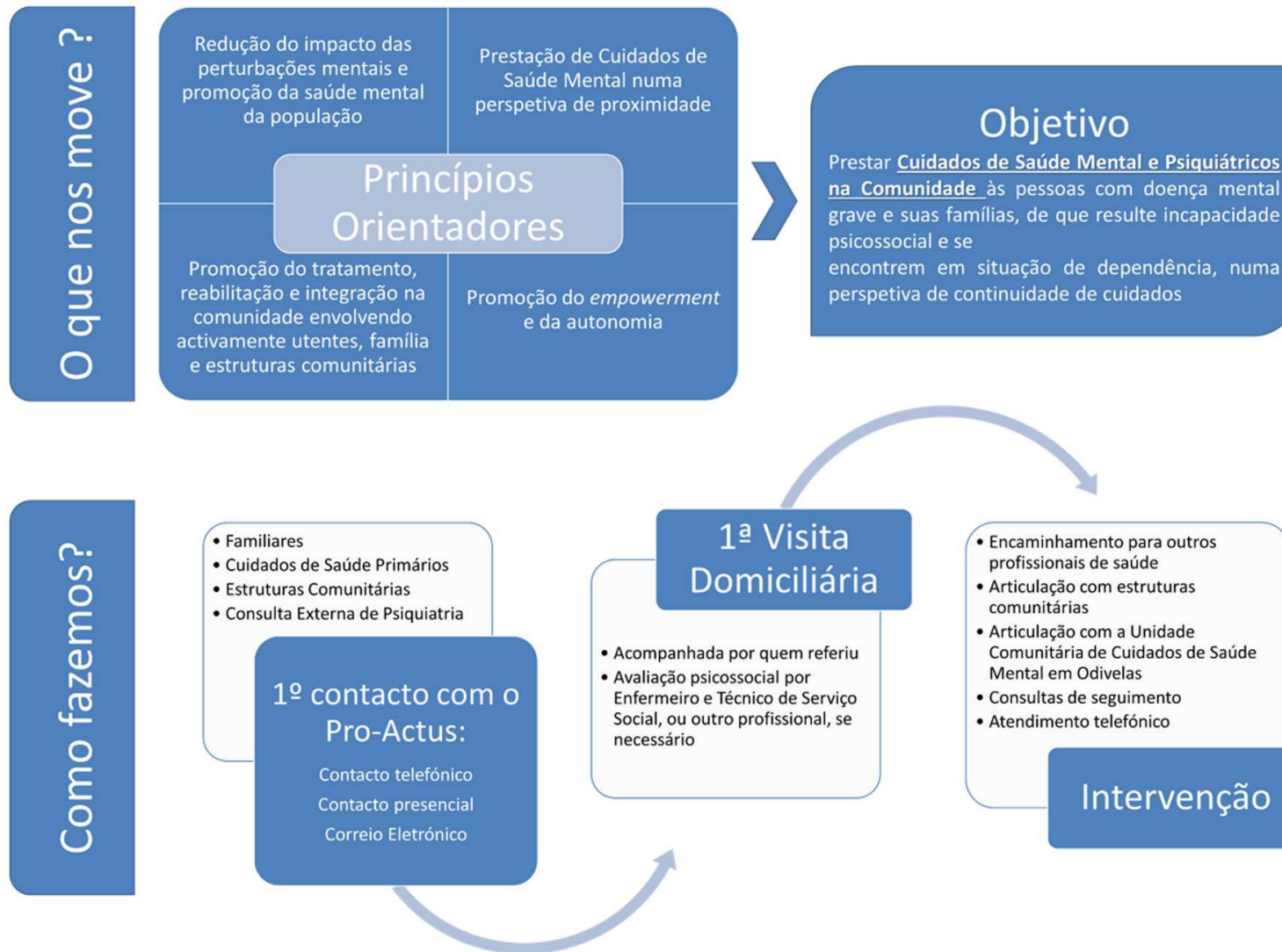
Telefone: 911586025
(Dias úteis: 9h – 15h)

Endereço de correio electrónico:
proactus@chpl.min-saude.pt



Trabalho em Rede

Ao serviço da Saúde
Mental em Odivelas



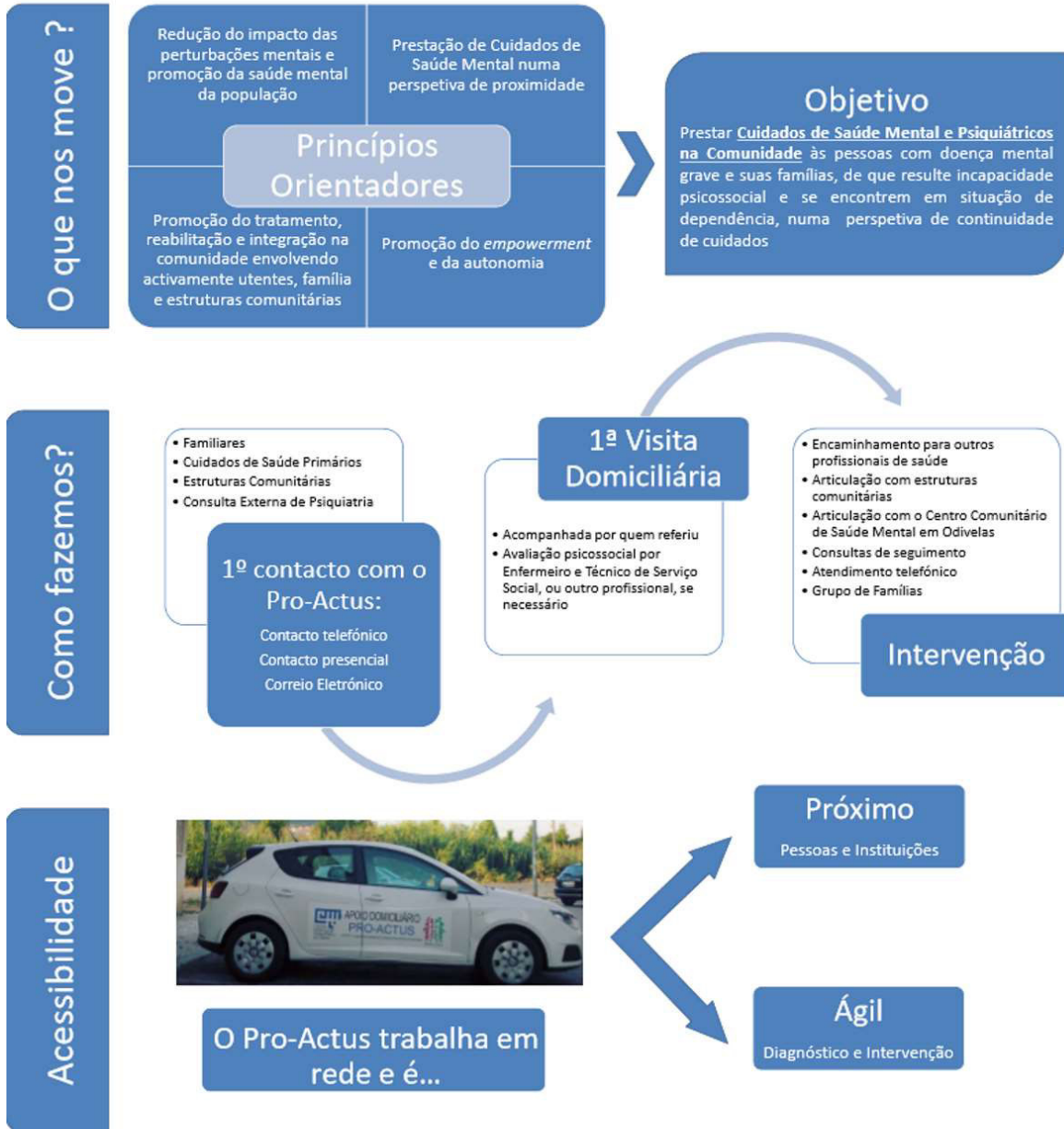
Apêndice 16 – Póster de divulgação



Pro-Actus

Acessibilidade à Saúde Mental Comunitária

Tiago Casaleiro, Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – ICS – Universidade Católica Portuguesa
 Elsa Gaspar, Enfermeira Especialista em Saúde Mental
 Carina Cardoso, Tec. Sup. Serviço Social



Contacto: proactus@chpl.min-saude.pt

Anexos

Anexo 1 – Michael’s Game[®] - O jogo das hipóteses

MICHAEL'Sgame©

O jogo das hipóteses

Módulo de treino ao raciocínio hipotético

Yasser Khazaal – Jérôme Favrod
yasser.khazaal@bluemail.ch

Tradução portuguesa: Glória Toletti; Isabel Landeiro & Jordão Abreu
gtoletti@gmail.com

Bases conceptuais do jogo

O jogo "Michael's game" é um jogo no qual podem participar duas a oito pessoas com um diagnóstico de esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva ou perturbação delirante persistente (segundo os critérios do DSM IV).

As cartas do jogo podem igualmente ser utilizadas num setting individual ou, entre um técnico de saúde mental e um cliente.

O jogo deverá permitir aos clientes treinarem-se numa abordagem cognitiva individual dos seus sintomas psicóticos.

- O jogo é animado por um ou dois técnicos de saúde mental iniciados à animação do jogo Michael's game, formados ou não à abordagem cognitiva das psicoses.
- O jogo desenvolve-se em torno de cartas que descrevem situações que vão levar os clientes, guiados por um questionamento socrático do(s) terapeuta(s), a familiarizar-se com a abordagem cognitiva das psicoses.
- A progressão das cartas, as interações grupais, o reconhecimento pelo cliente de certas situações vivenciadas por ele ou por outros, poderão levar o cliente a reequacionar algumas das suas conclusões precipitadas.
- A utilização de cartas impessoais permite a descentração do cliente.
- Os clientes são parceiros. Eles devem fornecer respostas às questões de Michael (personagem principal das cartas) e ajudá-lo a aliviar as suas angústias. Esta relação de cooperação visa contribuir para um maior sentimento de controlo.
- O jogo é concebido para suscitar a curiosidade e o investimento intelectual e emocional, inerente a um jogo de sociedade.
- Cada cliente determina o seu próprio grau de participação. Os terapeutas estão atentos aos índices verbais e não-verbais, para oferecer a cada participante o encorajamento de que necessita, garantindo simultaneamente uma revelação-de-si adequada ao contexto de grupo.

- Os terapeutas mantêm um contacto ativo com os diferentes participantes a fim de ajudar aqueles que faltaram a sessões a ultrapassar aos obstáculos à sua participação e apoiando-os numa eventual recuperação.
- No decurso do jogo todas as hipóteses são permitidas.
- O jogo desenvolve-se em 7 a 15 sessões de uma hora em função do tempo necessário à discussão das cartas.
- O jogo pratica-se em grupo fechado, dada a importância da evolução gradual das cartas (situações).
- As cartas são abordadas pela ordem de numeração.

Nota aos animadores

O jogo "Michael's game" inscreve-se num processo colaborativo com os clientes que sofrem de sintomas psicóticos.

O jogo decorre da prática de terapias cognitivas dos sintomas psicóticos. O animador não ocupa a posição daquele que sabe, mas daquele que acompanha e estrutura o processo de exploração visando atribuir e transmitir a metodologia ao cliente.

O animador explica aos participantes que o jogo consiste em ajudar o Michael nas diversas situações com que é confrontado.

Os jogadores leem à vez as situações apresentadas, segundo a ordem de numeração das cartas e respondem, ajudados pelo grupo, às questões colocadas pelo animador e inscritas no item: objetivos da carta.

As cartas 1 a 11 apresentam situações neutras, sem características psicóticas. As cartas 12 a 23 trazem situações emocionalmente intensas, sem características psicóticas.

As cartas 33 a 79 trazem situações com características psicóticas, com exceção das cartas de introdução da rubrica "determinação da origem de um ruído".

A evolução das cartas é especificada na rubrica "progressão das cartas do jogo".

Desde as primeiras cartas, os jogadores são levados a definir sem interpretação a situação descrita, a identificar a hipótese de Michael, a propor outras hipóteses e, nalgumas cartas, um modo de verificação dessas hipóteses.

Quando um novo mecanismo de interpretação é introduzido, é colocada a questão "como é que Michael chegou a esta hipótese?".

Cartas introdutivas ou particulares

| | |
|----------------------|---|
| Carta 6 | introduz a noção de consequências emocionais e comportamentais das hipóteses |
| Carta 10 | identifica a hipótese de um outro personagem da carta |
| Carta 11 | introduz os argumentos prós e contras cada hipótese |
| Carta 15 | identifica a(s) motivação(ões) de um outro personagem da carta (ajuda à descentração) |
| Carta 20 | aborda diretamente o “efeito das consequências comportamentais (de uma conduta ligada a uma hipótese) sob uma outra pessoa”. |
| Carta 21+22 | discussão de imagens: vários modos de ver a mesma imagem, diferença entre uma imagem e a sua representação |
| Carta 27 | introduz a questão “que informações suplementares são necessárias para responder à questão de Michael?”, permite reapreciar o contexto e os elementos que conduzem a uma hipótese. |
| Carta 30 | ajuda a desligar-se de uma hipótese que resulta mais da sua ignificação pessoal do que da causa, através da explicitação das motivações da outra personagem e da procura de informações em falta na situação. |
| Carta 32 | reenvia ao contexto a fim de especificar o carácter significativo ou não de um estímulo |
| Carta 33 | introduz as atitudes referenciais questionadas, nomeadamente através de hipóteses sobre as motivações do outro. |
| Carta 43 | introduz conceitos cuja significação se modifica segundo o contexto. |
| Carta 48 | introduz os mecanismos de personalização/ reatribuição dos acontecimentos. |
| Carta 51 a 58 | adivinhação do pensamento. |
| Carta 59 a 64 | determinação da origem de um ruído, diferenças percebidas entre diferentes tipos de ruído, dificuldade em determinar com segurança a origem de um ruído, procura de informação complementar. |
| Carta 65 | introduz a focalização sobre o conteúdo das vozes e da sua significação em relação com as preocupações do Michael. |
| Carta 68 | introduz o fenómeno de telepatia e de se focalizar nele. |
| Carta 70 | modelo de normalização, exemplo de imagem mental e memória. |
| Carta 75 | introduz os modelos biológicos de perturbação do discernimento. |

| | |
|-----------------|--|
| Carta 77 | introduz a noção de controlo das vozes : mobiliza a experiência dos participantes. |
| Carta 78 | introduz um teste de desobediência às vozes. |

Progressão das cartas do jogo

I. Situações gerais

A Situações neutras sem características psicóticas:

| | |
|---|---------------|
| – trabalho por hipóteses e probabilidades | cartas 1 a 11 |
|---|---------------|

B Situações emocionalmente intensas, sem especificidade psicótica:

| | |
|---|----------------|
| a) trabalho por hipóteses e probabilidades | cartas 12 a 20 |
| b) diferença entre um personagem e a sua representação | cartas 21 e 22 |
| c) descentração – abstração seletiva, raciocínio tudo ou nada | cartas 23 a 26 |
| d) conclusão com uma informação incompleta | cartas 27 a 29 |
| e) distanciação – diferenciação Eu/ Outro | cartas 30 e 31 |
| f) estímulo significativo e não significativo | carta 32 |

II. Situações de interpretação psicótica

| | |
|---|-----------------|
| a) trabalho por hipóteses sobre inclusão egocêntrica | cartas 33 a 42 |
| b) pensamento predicativo | cartas 43 a 45 |
| c) trabalho por hipóteses, hierarquização dos índices a favor de uma hipótese | cartas 46 e 47 |
| d) personalização e reatribuição | cartas 48 a 50 |
| e) adivinhação do pensamento | cartas 51 a 58 |
| f) determinação da origem de um ruído | cartas 59 a 64 |
| g) focalização nas vozes | cartas 65 a 67a |
| h) telepatia “difusão do pensamento” | cartas 68 a 69 |
| i) potencialidades do cérebro – modelo normalização | cartas 70 a 75 |

| | |
|---|----------------|
| j) o cérebro como centro do julgamento e do discernimento | cartas 75 e 76 |
| k) controlo das vozes | cartas 77 a 79 |

Conselhos para a animação de Michael's game

Os diferentes conselhos que abaixo se descrevem procuram aumentar as possibilidades de sucesso de Michael's game.

Regras gerais

Ao menos um dos animadores do grupo assegura uma presença regular ao longo das diferentes sessões. As sessões decorrem numa sala agradável e calma.

Preparação da sala antes do grupo

- As cadeiras são dispostas em círculo. Asseguram-se algumas cadeiras suplementares.
- O material do jogo está pronto
- Um quadro ou um fleep-chart e marcadores ficam à disposição

Acolhimento dos participantes

Os animadores

- acolhem os participantes, informando-se, brevemente, de como estes têm passado;
- asseguram-se de que todos os participantes se conhecem;
- informam sobre os objetivos do grupo e/ou pedem aos participantes para orientar os recém chegados sobre os objetivos do grupo.

Relação terapêutica

Os animadores

- escutam ativamente
- demonstram prazer e entusiasmo
- reforçam os comportamentos cooperativos.

Técnicas de animação com pessoas com esquizofrenia

Os animadores

- pedem aos participantes para responderem com as suas próprias palavras;
- asseguram um tempo de resposta ao participante, após ter sido colocada uma questão
- clarificam aos erros ao nível das respostas, por ex: “essa é a hipótese de Michael, agora temos de procurar uma hipótese alternativa.”
- repartem as questões entre os participantes;
- nomeiam as pessoas a quem colocam as questões;
- felicitam os comportamentos e as respostas esperadas;

- apoiam os pequenos progressos em vez de esperarem por grandes mudanças;
- resumem, reformulam ou pedem aos clientes um resumo.

Técnicas de animação específicas do Michael's game

Os animadores

- permanecem centrados nos objetivos específicos de cada carta;
- chamam a atenção dos participantes para pontos a que estes estão alheios;
- colocam questões para ajudar os participantes a construir novas hipóteses;
- aceitam as hipóteses dos participantes.

Se os participantes se queixam/protestam dos erros repetidos de Michael, pode ser útil coloca-los no papel de pessoas que devem ajudar o Michael a pensar de uma maneira mais logica.

**Anexo 2 – Norma de procedimento
“Consulta de Enfermagem”**

Norma de Procedimento Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário (CESMPD)

OBJECTIVOS

- **Geral**
 - Prestar Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátricos na Comunidade, às pessoas com doença mental grave e suas famílias, de que resulte incapacidade psicossocial e se encontrem em situação de dependência, numa perspectiva de continuidade de cuidado, residentes no concelho de Odivelas.

- **Específicos**
 - Promover uma relação de ajuda entre utente/família e enfermeira em contexto domiciliário;
 - Avaliar situações que possam comprometer ou alterar o estado de saúde mental da pessoa/família;
 - Promover estratégias adaptativas ao binómio Saúde/Doença;
 - Implementar intervenções psicoeducativas no âmbito do reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação;
 - Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde mental na comunidade.

CAMPO DE APLICAÇÃO

- Procedimento executado pelos Enfermeiros a exercer funções na UCCPO, no âmbito da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, integrada no Pro-Actus.

POPULAÇÃO

- Utentes inscritos no CCSMO e residentes na área de abrangência da unidade, que aceitem a CESMPD e com idade superior a dezasseis anos.

ESTRATÉGIAS DE DIVULGAÇÃO

- Informar todas as estruturas de saúde comunitárias, localizadas na área de abrangência;
- Divulgar e propor parcerias/consultadorias aos profissionais dos CSP de Odivelas e outras estruturas da comunidade de Odivelas;
- Fornecer folheto informativo em locais estratégicos.

ESTRATÉGIA DE ACESSIBILIDADE

- Agilizar a recepção da solicitação à equipa;
- Contacto efectuado pelo utente/família/estrutura de suporte: este contacto pode ser efectuado por qualquer elemento da equipa e deve ser encaminhado para os técnicos do Pro-Actus. Se não for possível, pede-se a qualquer profissional que proceda à recolha da identificação e contacto;
- Facilitação do contacto telefónico, email e fax.

10. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

Intervenção pré-visita

- Contactar utente/família/estrutura de suporte para organizar os detalhes da CESMPD;
- Identifica-se;
- Valida os objectivos da CESMPD;
- Revê os registos e valida a informação;
- Agenda uma ocasião conveniente para a visita;
- Confirma a morada;
- Planeia a visita e prepara materiais necessários (e programa a forma de deslocação).

Fase do domicílio

- Reapresenta-se e mostra a identificação (se necessário):
 - Explica o objectivo da CESMPD e tipo de apoio disponível;
 - Dá ao utente/família/estrutura de suporte a oportunidade para esclarecer as suas expectativas sobre o contacto;
 - Estabelece uma comunicação eficaz;
 - Implementa o processo de enfermagem, dando início à colheita de dados;
 - É nesta altura que se desenrola a interacção entre enfermeiro utente/família/estrutura de suporte, que irá permitir o estabelecimento de uma relação de colaboração e confiança entre ambos.
- Colhe informação para a Colheita de Dados com os seguintes dados:
 - Identificação;
 - Referenciação;
 - Contexto familiar;
 - Redes de suporte;
 - Antecedentes Pessoais e familiares;
 - Avaliação de saúde mental;
 - Outros dados de avaliação global de saúde;
 - Construir Plano de Cuidados Conjunto;
 - Fornecer contacto da equipa e explicar sua importância.

Fase do Términus

- Encerramento:
 - Em conjunto com o utente/família/estrutura de suporte, resumir as actividades e os principais pontos da visita;
 - Rever o plano de ensino e fornecer suporte escrito se necessário;
 - Analisar com utente/ família os registos efectuados se adequado;
 - Avaliar recursos, necessidades e dificuldades do utente/ família;
 - Programar nova consulta se necessário.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- Guia de Apoio à CESMPD;
- Pasta com documentos necessários para a CESMPD;
- Instrumento de colheita de dados de enfermagem.

MATERIAL A LEVAR

- Pasta com documentos;
- Mala de Materiais/ Fármacos SOS.

Este documento pretende ser instrumento de orientação para a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário. A ordem dos procedimentos não é rígida, devendo ser efectuada de acordo com as características e dúvidas do utente/família/estrutura de suporte.

Anexo 3 – Instrumento colheita de dados

Instrumento de colheita de dados de enfermagem

| DADOS DE IDENTIFICAÇÃO | | |
|--|---|---|
| Nome:Data Nascimento: | | |
| Nº Processo: | | |
| Nacionalidade: | Estado Civil: | |
| Escolaridade:Situação Profissional: | | |
| Nº Utente: | Nº Segurança Social | |
| Morada: | | |
| Contacto: | | |
| Pessoa Referência: | Contacto: | |
| REFERENCIAÇÃO | | |
| Motivo: | | |
| Pessoa/ Entidade/ Instituição:Data: | | |
| CONTEXTO FAMILIAR | | |
| Genograma: | | |
| Graffar: | | |
| (Preencher no impresso próprio e transcrever o grau) | | |
| REDES DE SUPORTE | | |
| Ecomapa: | | |
| ANTECEDENTES PESSOAIS | | |
| Gestação/ Parto | | |
| Gravidez Não Desejada <input type="checkbox"/> | Gravidez Não Planeada <input type="checkbox"/> | |
| Gravidez Não Viglada <input type="checkbox"/> | Gravidez Não Aceite <input type="checkbox"/> | |
| Obs.: | | |
| Parto Eutócico <input type="checkbox"/> | Parto Distócico <input type="checkbox"/> | |
| Cesariana <input type="checkbox"/> | Com Complicações <input type="checkbox"/> | |
| Obs.: | | |
| Ausência de Amamentação <input type="checkbox"/> | Neonatal Não Viglado <input type="checkbox"/> | |
| Gravidez Saudável <input type="checkbox"/> | Presença de Infecções Neonatal <input type="checkbox"/> | |
| Vigilância Saúde Desenvolvimento | | |
| 0 - 24 Meses | Viglada <input type="checkbox"/> | Não Viglada <input type="checkbox"/> |
| 2 - 4 Anos | Viglada <input type="checkbox"/> | Não Viglada <input type="checkbox"/> |
| 5 - 6 Anos | Viglada <input type="checkbox"/> | Não Viglada <input type="checkbox"/> |
| 7 - 10 Anos | Viglada <input type="checkbox"/> | Não Viglada <input type="checkbox"/> |
| Relação Família: | Comprometida <input type="checkbox"/> | Não Comprometida <input type="checkbox"/> |
| Relação Escola: | Comprometida <input type="checkbox"/> | Não Comprometida <input type="checkbox"/> |
| Relação Pares: | Comprometida <input type="checkbox"/> | Não Comprometida <input type="checkbox"/> |
| Comportamentos de Risco: | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

11 - 13 Anos Vigiaada Não Vigiaada

Relação Família: Comprometida Não Comprometida

Relação Escola: Comprometida Não Comprometida

Relação Pares: Comprometida Não Comprometida

Comportamentos de Risco: Sim Não

15 - 18 Anos Vigiaada Não Vigiaada

Relação Família: Comprometida Não Comprometida

Relação Escola: Comprometida Não Comprometida

Relação Pares: Comprometida Não Comprometida

Comportamentos de Risco: Sim Não

Obs.:

ANTECEDENTES DE SAÚDE

Alergias Conhecidas: Sim Não

Obs.:

Co-Morbilidade Conhecida: Sim Não

Cardiovascular
Respiratória
Hepática
Renal
Endócrina
Digestiva
Neurológica
Diabetes
Outras:

Outras Terapêuticas em Curso: Sim Não

Posologia:

Obs.:

Doença Mental Prévia Conhecida: Sim Não

Qual: Esquizofrenia

Internamentos Anteriores em Psiquiatria: Sim Não

Faz Terapêutica: Sim Não

Obs.:

Seguimento no Momento: Sim Não

Obs.:

AValiação DE SAÚDE MENTAL

Estado de consciência: Comprometida Não comprometida

Confuso desorientado: no espaço
no tempo
na pessoa

Obs.:

Atenção: Comprometida Não comprometida

Obs.:

Memória: Comprometida Não comprometida

Amnésia

Obs.:

Concentração:

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

Pensamento:

Comprometido

Não comprometido

| | | | | | | |
|--------------|--------------------------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Curso | Estrutura das associações: | Pensamento desagregado | <input type="checkbox"/> | Pensamento incoerente | <input type="checkbox"/> | |
| | | Pensamento circunstancial | <input type="checkbox"/> | Pensamento prolixo | <input type="checkbox"/> | |
| | | Pensamento perseverante | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Velocidade das associações: | Pensamento lentificado | <input type="checkbox"/> | Pensamento inibido | <input type="checkbox"/> | |
| | | | Pensamento acelerado | <input type="checkbox"/> | Bloqueio de pensamento | <input type="checkbox"/> |
| Forma | Pensamento mágico | <input type="checkbox"/> | Pensamento autista | <input type="checkbox"/> | | |
| | Conteúdo | Ideias erradas ou crenças | <input type="checkbox"/> | Ideias sobrevalorizadas | <input type="checkbox"/> | |
| | | Delírios primários | <input type="checkbox"/> | Delírios secundários | <input type="checkbox"/> | |
| | | Humor delirante | <input type="checkbox"/> | Percepção delirante | <input type="checkbox"/> | |
| | | Intuição delirante | <input type="checkbox"/> | | | |
| Posse | Delírio de influência | <input type="checkbox"/> | Delírio de autorelação | <input type="checkbox"/> | Delírio persecutório | <input type="checkbox"/> |
| | Delírio de roubo de pensamento | <input type="checkbox"/> | Delírio de difusão de pensamento | <input type="checkbox"/> | Delírio de inserção de pensamento | <input type="checkbox"/> |
| | Delírio de grandeza | <input type="checkbox"/> | Delírio místico | <input type="checkbox"/> | Delírio erotomaníaco | <input type="checkbox"/> |
| | Delírio de ruína | <input type="checkbox"/> | Delírio de culpa | <input type="checkbox"/> | Delírio hipocondríaco | <input type="checkbox"/> |
| | Delírio de auto-desvalorização | <input type="checkbox"/> | | | | |

Obs.:

AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Percepção:

Comprometida

Não comprometida

| | | | | | | |
|--|-------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Intensidade: Experiências próximas da alucinação: | Hiperestesia | <input type="checkbox"/> | Hipoestesia | <input type="checkbox"/> | | |
| | Pseudo-Alucinação | <input type="checkbox"/> | Ilusão | <input type="checkbox"/> | Alucinose | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | |

Alucinação: Visual Auditiva Olfacto/gustativa Tácteis

Afectividade

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

Emoção

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

Humor

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

Energia Vital e Motricidade

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

Linguagem

Comprometida

Não comprometida

Alterações quantitativas _____

Alterações qualitativas _____

Obs.:

Vivência do EU

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

Vontade

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

Inteligência

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

insight Ausente Parcial
 Obs.:

Juízo Crítico Ausente Parcial
 Obs.:

Mecanismos de Coping: Eficaz Não Eficaz
 Obs.:

Interacção Social: Comprometida Não Comprometida
 Obs.:

Apresentação: Comprometida Não comprometida
Auto-cuidado/ Higiene pessoal: Comprometida Não Comprometida
Vestuário: Adequado Não Adequado
 Obs.:

AVALIAÇÃO GLOBAL DE SAÚDE MENTAL (CONTINUAÇÃO)

Segurança/ Violência: Comprometida Não Comprometida
Risco de:
 Ideação Suicida Avaliação Risco Tentativas Anteriores
 Automutilação História de Família Suicida Ideias de Morte
 Agressão a Terceiros Agressão Objectiva
 Obs.:

Ingestão de Alimentos: Comprometida Não Comprometida
 Anorexia Bulimia
 Obs.:

Audição: Comprometida Não comprometida
 Hiperacusia Surdez
 Obs.:

Visão: Comprometida Não comprometido
 Diminuída Corrigida
 Obs.:

Eliminação: Comprometida Não comprometida
 Diminuída Aumentada
 Obs.:

Respiração: Comprometida Não comprometida
 Obs.:

Tensão Arterial: **Frequência Respiratória:**
Frequência Cardíaca: **Temperatura Axilar:**
Peso: **Altura:** **IMC:**
Glicemia: **Dor (1-5):**
Pele/ Mucosas: **Integridade:**
 Obs.:

DATA / DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM / INTERVENÇÕES / REAVALIAÇÃO / ASSINATURA