



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE MESTRADO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade  
Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Lurdes Patrícia Lamelas de Almeida

LISBOA, Dezembro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE MESTRADO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade  
Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Lurdes Patrícia Lamelas de Almeida

Sob orientação de: Professora Lurdes Medeiros Garcia

LISBOA, Dezembro de 2011

## RESUMO

Este trabalho tem como finalidade reflectir um percurso, tendo em conta objectivos pessoais e objectivos orientadores da escola, para que fossem adquiridas competências especializadas na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Na área de intervenção na pessoa com doença mental em crise, foram realizados dois estudos de caso e elaborados planos de cuidados, não só com identificação de factores de stress mas também foram explorados os recursos individuais para resolução dos problemas identificados, assim como dar suporte e orientação na resolução da crise. Participação em algumas das actividades vigentes no local, como sessões de relaxamento, reunião comunitária e reunião de apoio às famílias de clientes com esquizofrenia. Implementado um projecto de adesão/gestão autónoma da terapêutica farmacológica, com sessões individuais e de grupo. Feita análise da Lei de Saúde Mental e partilha com os pares sobre as suas especificidades e lacunas.

No âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença mental, foram realizadas entrevistas a clientes de uma consulta externa, permitindo avaliar e intervir na identificação de sinais de crise, adequação dos mecanismos de coping e adopção de hábitos de vida saudáveis. Foi também possível realizar Visitas Domiciliárias, como parte de um acompanhamento mais próximo de alguns clientes e também como forma de identificação de sinais de alerta. A ressaltar, a articulação com estruturas da comunidade, vendo o papel do enfermeiro muito para além do setting da consulta ou hospitalar.

Como enfermeira a trabalhar na e com a comunidade, para além de realizar intervenções de enfermagem com clientes em regime de ambulatório, promovendo a sua autonomia e capacitando-os com estratégias para lidar com problemas associados à doença mental, foram também realizadas entrevistas a familiares de pessoas portadoras de psicose esquizofrénica, identificando as suas necessidades sobre curso e etiologia da doença, nível de sobrecarga, estratégias de coping e recursos existentes na comunidade.

As intervenções aqui retratadas procuram demonstrar o papel do enfermeiro a nível da prevenção primária, secundária e terciária, numa tentativa não só de crescimento pessoal e profissional, mas também evoluindo na prestação de cuidados, num modelo de prática baseada na evidência

**Palavras-chave:** cliente, família, comunidade, enfermagem de saúde mental

## **ABSTRACT**

The main purpose of the current essay is to provide an overview of the overall pathway which enabled to acquire the specific skills in Mental Health and Psychiatric Nursing, according to personal goals and school principles.

In the area of intervention with the person with mental illness in crisis, were made two study cases and their plan care, not only identifying stress factors but were also explored all the individual resources to solve the identify problems, as well as given support and guidance in solving the crisis. Collaboration in some activities, such as relaxation sessions, community reunion and reunion of support to family of people with schizophrenia. Implemented a project of self management and adhesion of the pharmacologic therapy. Analysis of the Mental Health Law and share it with colleges about its specificities and holes.

In the terms of promotion of health and preventing mental illness, were made interviews to clients of the external appointments, allowing evaluating and identifying signs of crisis, adjusting coping mechanisms and choosing healthy life styles. Was also made home visit in a way to closer support of some clients and a way of identifying alert signs. To know, the link with the community resources, seeing the nurse role beyond the appointments or the hospital setting.

As a nurse working in and with the community, although acting with clients on an outpatient basis, promoting their self care and building them with strategies to deal with problems related to mental illness, were also made interviews to family of people with schizophrenic psychosis, identifying their needs regarding the illness path and etiology, burden level, coping strategies and the community resources.

All of the interventions described in this essay attempted to illustrate the nurse role within a primary, secondary and tertiary prevention model and personal growth, reflecting an evolution towards an evidence-based model for health care.

**Keywords:** client, family, community, mental health nursing

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer a todos os profissionais que me orientaram e acompanharam neste percurso, ensinando-me e mostrando-me o quanto se pode fazer na área da Saúde Mental e Psiquiatria.

A todos os colegas e amigos que me apoiaram em todos os momentos, dando-me suporte e força para continuar este percurso.

À minha família, pela disponibilidade e compreensão pelas ausências, sem eles todo este trabalho teria sido bem mais difícil.

A todas as pessoas envolvidas directa e/ou indirectamente neste percurso, pela participação e disponibilidade demonstradas.



## **LISTA DE SIGLAS**

- AAV – Alucinações Auditivo-Verbais
- AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial
- ARIA – Associação de Reabilitação e Integração da Ajuda
- CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
- CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
- ESMC – Equipa de Saúde Mental Comunitária
- HCC – Hospital Curry Cabral
- HFF – Hospital Fernando da Fonseca
- HGO – Hospital Garcia de Orta
- HJM – Hospital Júlio de Matos
- HMB – Hospital Miguel Bombarda
- HSFX – Hospital de São Francisco Xavier
- IF – Intervenções Familiares
- LSM – Lei de Saúde Mental
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
- SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem



## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>0. INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>1. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>   | <b>15</b> |
| 1.1. MODELO CONCEPTUAL .....  | 16        |
| 1.2. COMUNICAÇÃO .....  | 19        |
| 1.3. ENTREVISTA .....   | 20        |
| 1.4. PROCESSO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E TERAPIA DE SUPORTE .....  | 21        |
| <b>2. ANÁLISE DO PERCURSO .....</b>   | <b>25</b> |
| 2.1. MÓDULO II – INTERVIR NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL EM CRISE E SUA FAMÍLIA .....                            | 25        |
| 2.1.1. <b>Justificação do local de estágio e sua caracterização.....</b>                                      | <b>25</b> |
| 2.1.2. <b>Descrição e análise dos objectivos de estágio e das actividades desenvolvidas.....</b>              | <b>26</b> |
| 2.1.3. <b>Reflexão final .....</b>  | <b>34</b> |
| 2.2. MÓDULO I – PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA MENTAL À PESSOA/FAMÍLIA .....                         | 35        |
| 2.2.1. <b>Justificação do local de estágio e sua caracterização.....</b>                                      | <b>35</b> |
| 2.2.2. <b>Análise dos objectivos de estágio e das actividades desenvolvidas.....</b>                          | <b>36</b> |
| 2.2.3. <b>Reflexão final .....</b>  | <b>44</b> |
| 2.3. MÓDULO III - INTERVIR NA COMUNIDADE E COM CLIENTES COM PERTURBAÇÃO MENTAL EM REGIME DE AMBULATÓRIO ..... | 45        |
| 2.3.1. <b>Justificação do local de estágio e sua caracterização.....</b>                                      | <b>45</b> |
| 2.3.2. <b>Análise dos objectivos de estágio e das actividades desenvolvidas.....</b>                          | <b>46</b> |
| 2.3.3. <b>Reflexão final .....</b>  | <b>56</b> |
| <b>3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS TRÊS MÓDULOS.....</b>   | <b>57</b> |
| <b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>59</b> |
| <b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>  | <b>61</b> |
| <b>APÊNDICES .....</b>  | <b>65</b> |
| <b>APÊNDICE I – Guião de Entrevista.....</b>  | <b>66</b> |
| <b>APÊNDICE II – Internamento Compulsivo .....</b>  | <b>68</b> |
| <b>APÊNDICE III – Estudo de Caso I.....</b>   | <b>77</b> |
| <b>APÊNDICE IV – Estudo de Caso II .....</b>  | <b>87</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>APÊNDICE V – Sessão de Relaxamento .....</b>           | <b>104</b> |
| <b>APÊNDICE VI – Terapia pela Actividade.....</b>         | <b>106</b> |
| <b>APÊNDICE VII – Projecto de Adesão Terapêutica.....</b> | <b>108</b> |
| <b>APÊNDICE VIII – Estudo de Caso III.....</b>            | <b>129</b> |
| <b>APÊNDICE IX – Estudo de Caso IV .....</b>              | <b>133</b> |
| <b>APÊNDICE X – Estudo de Caso V .....</b>                | <b>140</b> |
| <b>APÊNDICE XI – Estudo de Caso VI.....</b>               | <b>144</b> |
| <b>APÊNDICE XII – Visita Domiciliária I .....</b>         | <b>150</b> |
| <b>APÊNDICE XIII – Visita Domiciliária II .....</b>       | <b>155</b> |
| <b>APÊNDICE XIV – Entrevistas Familiares .....</b>        | <b>158</b> |

## 0. INTRODUÇÃO

Ao fim de seis anos de experiência profissional, tendo realizado intervenções de enfermagem em diversas áreas de actuação, ao indivíduo e família ao longo do seu ciclo vital, surgiu em mim a necessidade de aprofundar conhecimentos numa área específica.

A minha escolha foi a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, talvez por alguns acontecimentos de vida, talvez por querer intervir onde há falta de recursos, talvez por querer fazer a diferença numa área por tantos esquecida... talvez por tudo isto. Acima de tudo, considero uma área de grande especificidade e onde as intervenções de enfermagem ocupam um lugar particular ao longo de todo o ciclo vital da pessoa e em qualquer área de intervenção.

Assim, e no final de um percurso de três semestres do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, surge este relatório que reflecte um percurso de crescimento pessoal e profissional, com a aquisição de novas competências, em que da integração de conhecimentos teóricos e teórico-práticos se deu resposta às necessidades dos clientes. Estas respostas estão dentro da esfera de competências de Enfermeiro Especialista definido pela Ordem dos Enfermeiros em 2007 (OE, 2009, p.10) como aquele que possui

“... um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um *campo de intervenção especializado*”.

O percurso de aquisição de competências especializadas e reconhecidas “... realiza-se na prática clínica, orientada e supervisionada, suportada na aquisição de conhecimentos teóricos e na investigação, subordinada a uma estrutura de programa, integrador de capacidades para a decisão clínica, a gestão e supervisão de cuidados, a liderança, o planeamento estratégico e o desenvolvimento de investigação no âmbito da *especialidade*” (OE, 2007, p.18).

Pelas competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, definidas em 2003, ficaram definidos os domínios da prática de enfermagem. As nossas intervenções dirigem-se ao domínio da prática profissional, ética e legal, domínio da gestão de cuidados no que

refere a ambiente seguro, cuidados de saúde interprofissionais, delegação e supervisão, e domínio do desenvolvimento profissional, no que concerne à valorização profissional, melhoria da qualidade e formação contínua. Ao nível da prestação de cuidados, nomeadamente como Enfermeiro Especialista, são ao nível de uma prestação de cuidados especializados e diferem de especialidade para especialidade.

As competências comuns são “... *partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria*” (OE, 2009, p.10). Para a Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ficou definido que este enfermeiro especialista tem como alvo de intervenção a pessoa ao longo do ciclo de vida e a sua actividade é “*dirigida aos projectos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença mental com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida*” (OE, 2009, p.7).

Por ser um trabalho que reflecte um percurso, a metodologia utilizada foi sobretudo descritiva, mas também de análise reflexiva, promovendo um crescimento pessoal e profissional, reflectindo na e sobre a prática. Com este relatório pretendo:

- Conceptualizar e avaliar as actividades por mim desenvolvidas nos três módulos de estágio, dando resposta aos objectivos previamente propostos;
- Avaliar as intervenções realizadas nos três módulos de estágio com vista à obtenção de ganhos em saúde para o cliente, família e /ou comunidade em que se encontra inserido;
- Reflectir neste percurso, procurando referir as competências por mim adquiridas e que me permitem a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Realizar uma reflexão do meu desempenho pessoal, registando as minhas experiências, dificuldades, opiniões e considerações várias sobre o percurso efectuado.

Os três módulos de estágio seguiram os pressupostos definidos pela Universidade Católica Portuguesa para este curso, abraçando as três esferas de intervenção de enfermagem: primária, secundária e terciária. Por não ter experiência profissional na

área da saúde mental, ficou decidido que seria uma mais valia iniciar o Estágio pelo Módulo II.

O Módulo II foi realizado no serviço de Psiquiatria do Hospital Garcia de Orta (HGO) e teve com objectivo intervir na pessoa com doença mental em crise e sua família. Para este módulo era pretendido que fossem desenvolvidas actividades de enfermagem com pessoas em situação de crise, internadas, de modo a haver um primeiro contacto com esta área tão nova e desconhecida para mim.

O Módulo I tinha como principal objectivo a promoção da saúde e prevenção da doença mental à pessoa/família, e foi realizado na Consulta Externa do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) – pólo Júlio de Matos. Deste modo, pretendia-se intervir junto do cliente e sua família na identificação de sinais de crise, estruturação de mecanismos de coping que permitissem melhor adaptação ao continuum saúde-doença, adopção de estilos de vida saudáveis e identificação junto da comunidade de sintomas prodromicos de doença mental.

O Módulo III, como era um estágio de opção, escolhi desenvolver competências como futura Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica intervindo na comunidade e com clientes em regime de ambulatório, promovendo a sua autonomia, envolvendo a família e a comunidade nos cuidados, capacitando-os com estratégias para lidar com problemas associados à doença mental e ao estigma que a ela está associado. Foi então realizado na Equipa de Saúde Mental Comunitária (ESMC) de Oeiras, pertencente ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), e foi proposto por mim por conhecer um pouco do trabalho que lá se realizava e por ter um interesse especial em aprender como se pode intervir de forma eficaz em regime comunitário.

Assim, fazem parte deste relatório um referencial teórico do qual consta o modelo conceptual e os principais fundamentos teóricos que deram suporte às minhas intervenções, as diversas actividades desenvolvidas ao longo dos três módulos de estágio que me permitiram adquirir as competências definidas pela OE, uma reflexão final em que é dado destaque a essas competências adquiridas e os ganhos obtidos quer pelos clientes quer por mim enquanto profissional, e ainda a bibliografia consultada. Do trabalho consta ainda uma lista de apêndices que serão devidamente referenciados ao longo do trabalho, referentes às actividades desenvolvidas ao longo dos três módulos de estágio.

A metodologia de apresentação deste relatório segue a norma portuguesa de apresentação de trabalhos escritos (NP 405-1).

## 1. REFERENCIAL TEÓRICO

O Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE, 1998) define **enfermagem** como

*“... a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.*

Como foco das nossas intervenções temos a **Pessoa**, definida pela OE (2001, p.6) como *“... um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve”* (OE, 2001, p.6).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM, 2008, p.5), *“Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidades, nas sociedades actuais”.*

Tomando como referência estas definições, podemos dizer que, apesar de diversas pessoas terem a mesma patologia, cada um a vivencia à sua maneira, ou seja, cada pessoa tem o seu projecto de saúde individual e atribui significados diferentes às alterações que surgem no *continuum* saúde-doença.

Não menos importantes são as características pessoais de cada enfermeiro, que deverá usar a sua própria personalidade, compreensão e habilidade para desenvolver com o cliente atitudes mais positivas para lidar com situações difíceis e de *stress*. É com base nesta relação interpessoal que se estabelece uma relação terapêutica com o cliente, e é com base nesta relação terapêutica que se desenvolvem competências, pois implica um crescimento e amadurecimento pessoal dada a sua complexidade.

Para tal, é necessário o enfermeiro ter presente o quadro conceptual que rege a sua actuação, assim como os principais pressupostos das técnicas de comunicação, de entrevista, relação de ajuda, terapia de suporte e processo de resolução de problemas.

## 1.1. MODELO CONCEPTUAL

Evoluindo na minha prática de cuidados, foi importante relacionar de uma forma mais estruturada os conhecimentos teóricos com a prática, dando-lhe sentido, pois só assim é possível fundamentar as minhas intervenções.

Como futura Enfermeira Especialista, optei por fundamentar a minha actuação nos pressupostos do modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman, pois este modelo permite-me actuar vendo a pessoa inserida num sistema, seja ele a família, a comunidade ou uma instituição hospitalar, em que no seu processo saúde-doença está em permanente interacção com o meio ambiente e é afectado por diferentes factores de stress, causando-lhe desequilíbrio. As minhas intervenções vão ter lugar quer neste desequilíbrio (potenciando os recursos do cliente e trabalhando com ele para que atinja novamente o equilíbrio do seu sistema), quer na fase de equilíbrio (permitindo ao cliente manter a sua homeostasia por um período de tempo mais prolongado).

O modelo em causa defende uma visão holística da pessoa, perspectivando-a como um ser multidimensional, que está em constante interacção com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a factores de stress. Trata-se de um modelo que é adaptável e por isso, útil em todos os contextos da enfermagem, da prática, à investigação e ensino, dado que em qualquer destes contextos o Modelo de Sistemas de Neuman enfatiza o cliente como um todo.

De acordo com George J. (1993, p.228) “... a abordagem conceptual de Neuman é o resultado da síntese de conhecimentos de várias fontes teóricas, incluindo de Chardin, Marx, Gestalt, Selye, Von Bertalanffy e Caplan”. À Gestalt, Neuman foi buscar a concepção de que cada um de nós é rodeado por um campo perceptual que está em equilíbrio dinâmico inserido no ambiente. Quando este processo falha surge então a doença.

Segundo Freese B. (2004), Neuman utilizou também a Teoria de Stress de Selye, que nos diz que os estímulos produtores de tensão que resultam em stress podem ser positivos ou negativos, aumentando a necessidade de adaptação ao problema, seja qual for a sua natureza. O stress ou factores de stress são todos os agentes capazes de gerar instabilidade com a homeostase do organismo vivo e dependendo da sua magnitude, podem induzir a uma reacção de alarme, ou até de ruptura do seu ponto de equilíbrio. Esta teoria considera cada organismo como um sistema aberto e dinâmico, carregado de

energia e interagindo reciprocamente com o meio ambiente, de forma a estabelecer o equilíbrio dinâmico (Freese B., 2004).

Com base nas definições de Neuman sobre o metaparadigma, a **saúde** é perspectivada como um estado dinâmico de bem-estar ou de doença, determinada por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. Neste contexto, os cuidados de enfermagem são perspectivados como intervenções que visam a integridade da pessoa e todas as variáveis que têm efeito sobre a sua resposta aos agentes de stress, com o objectivo de lhes reduzir o efeito. A autora entende saúde como um continuum e não como uma dicotomia de bem-estar e doença.

O grande objectivo dos cuidados de enfermagem é a manutenção da saúde da pessoa. Segundo o mesmo modelo, a **pessoa** é abordada de uma forma global incluindo indivíduos, famílias/grupos e comunidade e é vista como um ser total, nas suas várias dimensões, em constante e dinâmica interacção com o que a rodeia, tendo sempre em conta os factores fisiológicos (referentes à estrutura e função corporal), psicológicos (referentes aos processos de pensamento e reflexão), socioculturais (referentes às funções sociais e culturais), de desenvolvimento (referentes às tarefas de cada etapa do ciclo vital) e espirituais (referentes às influências exercidas pela crença espiritual) (Tomey A. e Alligood M., 2004).

De acordo com o mesmo modelo, o **ambiente** são todos os factores ou influências, internas e externas, que circundam o cliente ou o seu sistema, que afectam ou são afectados por este, sendo a variação dependente das necessidades e motivações individuais (George J., 1993).

Neuman define **enfermagem** como uma “profissão única” que actua em todas as variáveis que afectam as respostas da pessoa aos factores de stress. O principal objectivo da enfermagem é prestar assistência à pessoa de modo a reter e obter a estabilidade do seu sistema, obtendo um nível máximo de bem-estar. Para atingir esse bem-estar são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos factores de stress e condições adversas que podem afectar o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra a pessoa (George J., 1993)

O Modelo de Neuman foi um dos primeiros a explicar o processo de enfermagem, como um instrumento, que visa auxiliar o profissional de enfermagem a aplicar o modelo fazendo a ligação da teoria à prática. Os diagnósticos de enfermagem consistem em determinar quais os factores de stress ou variáveis que põem em risco a estabilidade do

cliente, tendo em conta as percepções quer do cliente quer da enfermeira. Ao planear metas de enfermagem estabelecem-se prioridades e objectivos a curto e longo prazo, que incluem as negociações entre a enfermeira e o cliente, assim como as estratégias de intervenção para manter, reter e atingir a estabilidade do sistema do cliente. A avaliação é feita confirmando se a mudança desejada ocorreu ou reformulando novas estratégias. Determinar o significado do que acontecerá aos clientes e suas situações, as suas relações mútuas com a avaliação inicial e com a competência funcional, permite a avaliação da relação enfermeira/cliente e permite também a recolha de dados para futuras avaliações e planeamentos.

O Modelo Teórico de Betty Neuman é abrangente, dinâmico e contínuo. Permite ter uma visão multidimensional porque pode intervir sob a pessoa, família ou comunidade quando estes interagem com factores de stress ambientais, desencadeando factores de reconstituição ou de adaptação aos três níveis de prevenção. As necessidades expressas pelo cliente surgem de fontes de stress (sentimentos de ameaça, conflito, frustração ou de perda) às quais é necessário dar resposta.

Selye (1975), citado por Chalifour (2008, p.86) define stress como “... uma resposta não específica do organismo a toda a solicitação que lhe é feita (percebida como agradável ou desagradável) e que se traduz por um síndrome específico – síndrome geral de adaptação”. No mesmo livro (p.89) encontramos a definição de stress de Lazarus e Folkman (1984), que nos dizem que “... stress psicológico é uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é percebido pela pessoa como exigindo ou excedendo os seus recursos e ameaçando o seu bem-estar”. A resposta ao stress surge através de mecanismos de coping, que dependem dos recursos da própria pessoa e da sua capacidade em os mobilizar correctamente e também dos factores relacionados com o ambiente externo.

Chalifour (2008, p.22) encara também a pessoa como “... um sistema aberto formado por componentes físicas, afectivas, cognitivas, sociais e espirituais”. Desta forma, é necessário encarar o cliente com um todo, conseguindo assim que uma necessidade expressa possa ser também fonte de informação sobre aquela pessoa, facilitando a relação terapêutica que se está a tentar estabelecer.

Não podemos esquecer que o enfermeiro é também em si pessoa, um sistema composto por subsistemas, e para exercer em pleno a sua actuação seja numa entrevista, utilizando o processo de resolução de problemas ou a terapia de suporte, “... é essencial que tenha

elevados conhecimentos e consciência de si mesmo” (Chalifour, 2008, p.23). Assim, e vendo esta relação de uma forma mais ampla, temos também um sistema aberto em que os subsistemas cliente, enfermeiro e ambiente interagem e no qual se desenvolve a relação e estão em permanente troca de energias e de informação entre si, tendo como finalidade última satisfazer as necessidades do cliente para que este se torne o mais autónomo possível no seu quotidiano e com qualidade.

## 1.2. COMUNICAÇÃO

A comunicação é o veículo privilegiado da interação entre as pessoas. Para Phaneuf (2005) são insuficientes para a compreensão global das pessoas as manifestações verbais, devendo-se também conjugar as não verbais (a postura, a expressão do olhar, os gestos e as atitudes) e os comportamentos para-verbais, que reforçam ou substituem as palavras (a voz, o soluço, o choro) e permitem a resposta ajustada a cada situação.

A relação terapêutica é a relação que se estabelece entre o enfermeiro e o cliente no âmbito das suas actividades. Para se estabelecer uma relação terapêutica é necessária a existência de confiança do cliente no técnico que tem à sua frente, e esta relação de confiança pode começar por se estabelecer se quando abordarmos o cliente, nos apresentarmos e introduzirmos um tema de conversação, para depois ir avaliando a receptividade dele à relação que se começa a estabelecer.

Ao darmos especial atenção ao que os clientes nos querem transmitir de forma não verbal, devemos também ter em atenção os nossos próprios comportamentos não verbais, pois os outros acabam por ter mais consciência deles do que nós, podendo vir a ser impeditivo que se estabeleça uma relação terapêutica com o cliente.

Stuart e Laraia (2001) definem três principais aspectos de relevância da comunicação para a prática de enfermagem. Segundo eles, a comunicação:

- É o veículo para o estabelecimento de uma relação terapêutica;
- É o modo como as pessoas influenciam o comportamento de outras, e assim é fundamental para o sucesso de intervenção em enfermagem;
- É o relacionamento em si, porque sem ela é impossível uma relação terapêutica entre enfermeiro e cliente.

A disponibilidade para escutar é uma das condições para que o cliente se sinta verdadeiramente cuidado, mas disponibilidade requer atenção, interesse, estar com o

outro. Para Lazure (1994), escutar é um processo centrado no outro, e implica que o enfermeiro saiba compreender o significado do comportamento e dos sentimentos que lhe expressam.

Segundo Phaneuf (2005, p.157), a escuta activa “... é um método de condução de entrevista em que os interlocutores estão em pé de igualdade. Por meio de questionamento e, sobretudo, da reformulação constante, esta forma de escuta permite à enfermeira chegar a uma boa compreensão dos factos”.

Stuart e Laraia (2001) dizem-nos que a expressão de sentimentos ocorre quando o cliente fala das coisas que mais o preocupam, dando possibilidade que esses sentimentos e experiências sejam explorados durante a relação com o enfermeiro. A expressão de sentimentos permite ao cliente libertar as suas emoções, a sua ansiedade, ver-se e ouvir-se a si próprio, organizando o seu pensamento, e deste modo ver de forma mais clara o problema e mais facilmente procurar soluções.

### 1.3. ENTREVISTA

A entrevista de enfermagem é uma forma de interacção entre a pessoa e o enfermeiro e pode ter como objectivo colheita de dados, aconselhamento, ensino psicológico e/ou resolução de problemas, com vista a ajudar a pessoa a viver uma situação difícil. Na sua preparação deve ser atendida à utilidade, finalidade, a pessoa a que se dirige e meios disponíveis para a sua concretização (Chalifour, 2009).

São várias as abordagens, no entanto destaca-se a semi-directiva que permite a existência de um guia da entrevista e ainda promove a expressão de emoções da pessoa. Para a sua realização deve ser seleccionado um lugar calmo, um momento propício e ter em consideração o respeito pelo outro e a confidencialidade. O enfermeiro deverá ter habilidade para persuadir, motivar, educar e desenvolver na pessoa auto-responsabilidade dos seus actos. Deste modo, deve escutar, questionar, aprofundar, analisar o comportamento e as palavras da pessoa, interpretar o que é dito e observado, clarificar e validar as percepções dos intervenientes, reflectir no compreendido e demonstrar compreensão, identificar o problema e formas de resolução. Em todo este processo, a relação de confiança que se estabelece é essencial na mudança de comportamentos pela ajuda no reconhecimento das suas capacidades e fraquezas de modo a gerir o seu bem-estar (Chalifour, 2009).

De acordo com Phaneuf (2005), a entrevista divide-se em quatro etapas: preparação, orientação, exploração e conclusão, onde após um levantamento prévio dos dados do cliente existentes no processo, são estabelecidos os objectivos da entrevista e tenta-se estabelecer uma relação empática com a pessoa. Na fase de exploração procede-se à colheita dos dados em falta e faz-se o levantamento dos diagnósticos de enfermagem. Para concluir a entrevista, é importante focar os pontos chave do que foi discutido e definirem-se os objectivos a serem trabalhados em conjunto até ao próximo encontro. É durante a fase de exploração que se trabalha a relação de ajuda, a resolução de problemas e se dá corpo à terapia de suporte.

#### 1.4. PROCESSO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E TERAPIA DE SUPORTE

O papel do enfermeiro na promoção do processo de resolução de problemas reside em ajudar o cliente a tomar consciência de si, ultrapassando as situações com os seus próprios recursos através de uma reflexão em que se define qual o problema, ponderam-se várias soluções (racionais, emocionais e espirituais), para depois se implementar a solução mais adequada. Se os resultados esperados não forem atingidos, há que rever todo o processo e redefinir estratégias. Com isto, pretende-se que o cliente aumente a confiança em si e a sua auto-estima, de forma a conseguir superar futuras situações de crise.

O primeiro passo passa então por definir o problema. Segundo Chalifour (2009, p.117) “... o problema é de maior complexidade que a simples dificuldade e que exige o recurso a um processo cognitivo mais estruturado”. O processo em si desenrola-se em seis etapas:

**1. Orientação geral** - Relacionada com as motivações e disponibilidade do cliente, que o leva a encarar que os problemas fazem parte da vida e há que confiar nas suas capacidades para os resolver. Segundo o autor, estudos revelam que as pessoas com fraca capacidade de resolução de problemas são mais impulsivas e impacientes. Cabe ao terapeuta estar atento a estas atitudes para poder intervir.

**2. Definição do problema** - Diz respeito à colheita de dados que irão permitir ver a diferença entre a situação ideal e a desejada. Assim, inibimos a nossa resposta impulsiva perante um problema e avaliamos a situação em todos os seus domínios. Concentramos a nossa atenção no que é importante, determinamos objectivos,

identificamos os obstáculos e encontramos atitudes possíveis a tomar. Isto permite-nos formular os diagnósticos de enfermagem.

**3. Inventário das soluções** - Consiste em encontrar as soluções mais adequadas aos problemas levantados, de forma a que agindo sobre as causas os problemas sejam minimizados ou ultrapassados.

**4. Escolha de soluções** - As soluções ideais serão as que vão ter uma acção directa sobre as causas, que podem ser aplicáveis considerando os recursos disponíveis e que solucionarão os problemas. É necessário ter em conta critérios de ordem racional, emocional e valorativos do cliente, ou seja, o cliente deverá obter mais vantagens do que inconvenientes com a escolha da solução com vista à obtenção de sucesso.

**5. Planificação e implementação da solução** - “... é uma operação cujo objecto é ordenar e organizar no tempo todos os elementos implicados na acção, para que o seu encadeamento seja lógico e corresponda às finalidades visadas de forma a serem realizáveis.” (Poupart, 1973 citado por Chalifour, 2009, p.125).

**6. Avaliação** - É a altura em que se verifica se os resultados esperados foram os conseguidos e a forma como se obtiveram esses resultados (processo). É nesta fase que o cliente se consciencializa da existência de um processo possível de utilizar em muitas situações da sua vida, de forma autónoma – processo de aprendizagem. Este processo “... promove a auto-confiança e a auto-estima e proporciona esperança ...” (Chalifour, 2009, p.125).

Esta técnica é desenvolvida ao longo de diversos contactos com o cliente, nomeadamente em contexto de entrevista e o recurso do enfermeiro como terapeuta facilita o processo de tomada de consciência da realidade e de si próprio por parte do cliente, e a transferência de recursos externos (família, amigos, sociedade) como suporte na prestação de cuidados. Estes são os princípios daquilo a que Chalifour (2009) chamou de Terapia de Suporte. Ao longo do desenrolar deste suporte, o enfermeiro tem o papel de tranquilizar o seu cliente, conquistando a sua confiança e dando reforços positivos pelos objectivos que vão sendo atingidos. Deverá também explicar, informar, orientar e aconselhar o cliente de acordo com o seu saber científico e com as suas necessidades expressas, mantendo sempre o foco na realidade e nos objectivos pessoais do cliente.

Como Chalifour (2009, p.33) refere,

“... a relação de ajuda consiste numa interacção particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adopta um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objectivos a alcançar. Os objectivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade”.

Na opinião de Lazure (1994) uma relação de ajuda deve obedecer a determinadas características, tais como: ajudar o cliente a encarar de forma mais adequada o seu problema, valorizar o que a pessoa vive e a dimensão afectiva do seu problema, valorizar mais a situação actual que as ocorridas no passado e enfatizar a capacidade da pessoa em aprender, compreender e em fazer escolhas de forma independente e significativa para ele próprio.

Segundo Pinsker, Rosenthal & McCullough (1991), a terapia de suporte é “... o tratamento diádico caracterizado pela utilização de medidas directas para reduzir ou impedir a agravação dos sintomas, restaurar ou aumentar a auto-estima, as habilidades adaptativas e o funcionamento psicológico” (Chalifour, 2009, p.266). Este tipo de intervenção é utilizado pelos profissionais quando a rede de suporte habitual não é suficiente e quando a pessoa não possui todos os recursos para dar resposta às suas necessidades, sendo de valorizar as competências pessoais do cliente no que diz respeito às suas respostas emocionais e comportamentais.

É necessário o enfermeiro avaliar a pessoa no que diz respeito às suas forças, limites e necessidades, uma vez que o foco desta intervenção está no alívio de sintomas e na modificação de comportamentos, através dos mecanismos de adaptação do cliente e de recursos ambientais. É essencialmente útil àquelas pessoas que apresentam dificuldades de adaptação, nomeadamente nas relações íntimas/sociais, desconfiadas ou com dificuldades em controlar os seus impulsos.

Chalifour (2009), citando Block (1996), diz-nos que os principais objectivos da terapia de suporte residem em:

- Melhorar a adaptação psicológica e social do cliente face aos problemas identificados;
- Aumentar a auto-estima e auto-confiança, valorizando os seus recursos e conquistas;
- Tornar o cliente consciente da realidade e dos seus limites;

- Transferir o papel de suporte do terapeuta para a família e amigos, garantindo que assumem o papel de prestadores de cuidados.

Segundo o mesmo autor, a relação estabelecida terá de se centrar no carácter positivo da relação (manter uma relação positiva, promovendo a participação do cliente), na importância dada à relação efectiva (fornecer feedback imediato e oferecer opiniões pessoais, de modo a reduzir algumas más interpretações por parte do cliente), no lugar atribuído à intimidade afectiva (evitando o risco de dependência) e no valor positivo reconhecido à identificação com o terapeuta (o terapeuta serve de modelo e propõe formas de resolução de problemas). No entanto, deve-se reforçar continuamente o cliente a utilizar os seus recursos.

## **2. ANÁLISE DO PERCURSO**

Após a contextualização desta especialidade no meu percurso profissional e da exposição do referencial teórico que sustentou as minhas intervenções e que espero que venha a servir como guia orientador da minha prática, neste capítulo encontram-se as actividades desenvolvidas ao longo dos três módulos de estágio e as dificuldades sentidas. Procurei da melhor forma dar resposta aos objectivos definidos à partida, embora fossem sendo ajustados à medida que o percurso evoluía e as competências iam sendo adquiridas.

Como denominador comum aos três módulos sobressaem os clientes com perturbação mental psicótica. A psicose consiste numa perturbação mental, que se caracteriza pela perda de contacto com a realidade. Implica a emissão de falsos juízos, apresentados sobre a forma de delírio, podendo incluir simultaneamente a presença de alucinações, distúrbios de comportamento e isolamento social (Sousa, 2005). As minhas intervenções incidiram nos três níveis de prevenção, tendo sempre como foco não só o cliente mas também a família e a comunidade onde está inserido. Como referido anteriormente, a exposição deste percurso começa pelo módulo II do Estágio, seguido pelo módulo I e III, pois foi por esta ordem que as actividades foram desenvolvidas, mobilizando os conhecimentos adquiridos em cada módulo para os seguintes.

Ao longo do relatório utilizei a palavra pessoa e cliente, atribuindo-lhes o mesmo significado.

### **2.1. MÓDULO II – INTERVIR NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL EM CRISE E SUA FAMÍLIA**

#### **2.1.1. Justificação do local de estágio e sua caracterização**

Segundo Caplan (citado por Chalifour, 2009, p.185) “Um estado de crise produz-se quando uma pessoa afronta um obstáculo a um objectivo importante da sua vida ...” seguido de “... um período de desorganização e de desconforto, no qual diferentes *tentativas de resolução são utilizadas ... uma forma de adaptação é produzida, que pode ser ou não, no melhor interesse da pessoa e seus próximos*”.

A intervenção em crise exige habilidades de resolução de problemas que se encontram frequentemente diminuídas pelo nível de ansiedade provocado pelo desequilíbrio em si. O mesmo autor, citando Fairchild (1986), diz-nos que a resolução da crise é um processo adaptativo da pessoa “... através da descoberta de recursos e habilidades de controlo que poderá utilizar no futuro” (p.188).

No serviço de Psiquiatria do HGO prestam-se cuidados de saúde mental e psiquiátricos a clientes maiores de 16 anos em fase aguda da sua doença, assegurando uma intervenção terapêutica individualizada, preservando o equilíbrio entre a pessoa/família/comunidade, da área geográfica de Almada/Seixal. O Serviço de Internamento é misto e tem 13 quartos com duas camas cada um (7 de homens e 6 de mulheres) e dois quartos individuais, totalizando uma lotação de 28 camas.

### **2.1.2. Descrição e análise dos objectivos de estágio e das actividades desenvolvidas**

#### **Integrar a equipa multidisciplinar, demonstrando capacidade de adaptação e competências na ordem do saber-ser e saber-estar**

A integração no serviço, foi conseguida não nas duas primeiras semanas do estágio conforme programado mas nas três primeiras semanas, pois para quem esteve tanto tempo como eu fora das equipas de enfermagem e do contacto com enfermarias, foi difícil ambientar-me a esta nova realidade e também em adaptar-me ao meu novo papel de estudante.

As dificuldades sentidas no período de integração, como foi o lidar com uma nova realidade, algum receio associado ao estigma do “doente mental em regime de internamento” e também dificuldade nas técnicas de comunicação e relação, foram superadas com o apoio da equipa e da enfermeira orientadora, guiando-me nas minhas intervenções e orientando-me nas minhas leituras. Aos poucos a minha aproximação aos clientes foi sendo mais efectiva, pois houve um crescimento ao nível da minha auto-consciência. O medo e a angústia iniciais foram dando lugar à segurança e à satisfação de estar junto daquelas pessoas que afinal não são mais do que isso mesmo: pessoas a necessitar de ajuda e compreensão. Este ganho permitiu-me desenvolver de forma mais facilitadora o meu trabalho, pois tal como nos diz Stuart e Laraia (2001, p.48) “uma compreensão e uma firme aceitação do mesmo permite ao enfermeiro reconhecer as diferenças e a singularidade dos seus pacientes”.

Neste serviço existem grupos de trabalho formados por enfermeiros e outros elementos da equipa multidisciplinar, que se debruçam sobre áreas de acção específicas necessárias para obter a maior eficácia e eficiência dos cuidados prestados, que se traduzirão em maiores ganhos em saúde para os clientes. Assim, existem diversas actividades grupais planeadas ao longo da semana e são efectuadas com a colaboração de todos os elementos, com o objectivo de facilitar o processo de resolução da crise e também a preparação para a alta.

É de salientar a importância da existência de uma reunião semanal de equipa multidisciplinar, onde os casos dos clientes internados são discutidos. Quinzenalmente às quartas-feiras, o mesmo tipo de reunião tem lugar com os elementos da equipa da Cruz de Pau, onde são debatidos os casos referentes àquela área de influência, com o intuito de iniciar o encaminhamento e preparar o retorno dos clientes desta área de residência ao seio familiar.

Em relação ao funcionamento da equipa de enfermagem, o método de distribuição de trabalho preconizado é misto, pois a prática de enfermagem é efectuada na conjugação do método individual de trabalho com o método de trabalho em equipa. No que respeita aos registos de enfermagem foi adoptada a CIPE, colocada em prática através do SAPE. Esta classificação permite avaliar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem através das respostas às intervenções de enfermagem, tendo por base os diagnósticos elaborados pelo enfermeiro, sendo a CIPE  $\beta 2$  a versão utilizada no serviço.

De forma a iniciar o acolhimento do cliente é apresentada a unidade onde ficará internado e são-lhe identificadas algumas regras, como a necessidade de utilizar vestuário próprio do serviço, os objectos que lhe são permitidos guardar e o funcionamento e localização dos vários espaços físicos de que dispõe. Oportunamente é realizada uma entrevista com o cliente e iniciada colheita de dados para avaliação inicial. Se estiver acompanhado por familiares, estes aguardarão no átrio, para posterior entrevista, esclarecimento de dúvidas e entrega do folheto de apresentação do serviço bem como do respectivo espólio.

No momento da alta, o cliente é encaminhado para consulta de psiquiatria que pode ser no sector privado, nas consultas externas do HGO ou da Cruz de Pau, e quando se verifica a realização de medicação depôt, é reforçado o local e data de administração do mesmo. São efectuadas cartas de alta (médica e de enfermagem) para todos os clientes.

## **Desenvolver técnicas de comunicação adequadas com vista ao estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente/família**

De acordo com o quadro conceptual definido e com as pesquisas realizadas sobre os fundamentos da comunicação, senti necessidade de elaborar um guião de entrevista (Apêndice I), que me permitisse fazer uma boa avaliação diagnóstica dos clientes e com esses dados planear as minhas intervenções. Este guião permitiu-me colher a informação de forma sistematizada, fazendo a avaliação do estado físico e mental, identificação dos problemas e dos factores de stress.

Assim, foram realizadas entrevistas individuais formais semi-estruturadas a clientes internados no serviço e respectivas famílias de forma a pôr em prática os conhecimentos teóricos, adquirindo competências na ordem do saber-fazer. Apesar da comunicação constituir um ponto crucial na enfermagem, na medida em que permite o relacionamento entre o enfermeiro e as pessoas, bem como entre os enfermeiros e os restantes profissionais de saúde, comunicar com pessoas com patologia psiquiátrica requer conhecimentos e competências mais estruturados, pois a base da relação terapêutica e de ajuda baseia-se muito na forma como comunicamos e como conseguimos chegar até junto destes clientes e suas famílias.

Foram cumpridos os pressupostos definidos por Phaneuf (2005) de escuta activa, procurando manter um ambiente calmo e isento de estímulos externos, promovendo uma relação de confiança e terapêutica. Foi usado tom de voz sereno e pausado, o toque e o contacto directo com o olhar. Nestas entrevistas, a minha postura foi de mostrar disponibilidade e compreensão, de forma a os clientes se poderem exprimir, dizendo o que os preocupa. No encerramento de cada uma das entrevistas foi estabelecido um contrato terapêutico com objectivos a atingir e definida a data do próximo encontro.

A comunicação efectiva permite o desenvolvimento mútuo e simultâneo, em que se partilham ideias, sentimentos e espaço num determinado período de tempo. É considerada a pedra angular dos cuidados de enfermagem e a área onde os enfermeiros dedicam a maior parte do seu tempo. É essencial que esta seja calorosa e adaptada à situação particular do outro, pois é muito mais que a simples transmissão de informação. A informação que se transmite tem que ser interiorizada e compreendida numa perspectiva terapêutica, tendo em conta as barreiras existentes e agindo de forma a minimizá-las, atendendo à personalidade dos intervenientes, à linguagem que se utiliza e ao contexto onde decorre a interacção.

## **Aperfeiçoar competências de reflexão e auto-avaliação sobre os cuidados prestados**

Caplan (1980) define crise como um período transitório que tanto pode permitir o crescimento da personalidade como o aumento da vulnerabilidade. A pessoa depara-se constantemente com problemas e resolve-os com um gasto mínimo de energia, ficando em estado de tensão durante um certo espaço de tempo, até atingir o reequilíbrio. Numa situação de crise, o tempo necessário para readquirir o equilíbrio homeostático será maior, devido à natureza do problema ou como a pessoa utiliza os seus mecanismos de resolução.

Ao intervir na pessoa em crise, para além de a ajudarmos a identificar os factores de stress e intervir de forma a que a pessoa retome ao seu estado de equilíbrio, é deveras importante orientá-la para a realidade, tomando uma maior consciência de si, dos seus actos e daquilo que a rodeia. Desta forma, permitimos-lhe uma maior recuperação, promovendo o regresso às suas actividades diárias de forma mais autónoma possível, estando ao mesmo tempo mais desperta para os sinais e sintomas que estão presentes em nova crise, de forma a serem detectados o mais breve possível para se poder intervir.

Nesta minha caminhada de reflexão sobre os cuidados prestados, deparei-me com o dilema do internamento compulsivo, e nos direitos destas pessoas que são internadas por ordem do tribunal. Onde se insere o direito à liberdade da pessoa internada no direito à protecção de todas as outras pessoas, assim como quais os riscos para a própria vida da pessoa com perturbação mental? Poderá ou não sair ao exterior, realizar actividades ao ar livre como todos os outros? E qual o papel do enfermeiro? Neste sentido, realizei uma análise da Lei de Saúde Mental, tentando sobrepor os direitos e deveres das pessoas internadas compulsivamente com o que diz o código deontológico dos enfermeiros e o REPE.

Uma vez que a Lei não aborda esta temática de forma livre, não chegando sequer a ser omissa. A melhor solução será que cada serviço de Psiquiatria institua uma norma de serviço, de forma a uniformizar as actuações dos profissionais, e na sua ausência, caberá ao enfermeiro responsável ponderar entre o risco de fuga e a segurança do cliente em questão e de todas as outras pessoas que o rodeiam.

A minha análise e pontos de reflexão foram expostos à equipa de enfermagem (Apêndice II), pois este é um tema recorrente nos serviços de Psiquiatria e ninguém está devidamente esclarecido sobre até onde poderá ir, mas enquanto enfermeiros, devemos estar despertos para todo o contexto legal envolvente nestes casos.

## **Intervir junto do cliente com perturbação mental psicótica em crise e sua família, através de cuidados especializados na área da saúde mental e psiquiatria**

Segundo Benter, in Stuart e Laraia (2001, p.255) “... crise é uma perturbação causada por um evento stressante ou pela percepção de uma ameaça”. As intervenções de enfermagem na pessoa em crise visam ajudar a pessoa a voltar ao seu estado anterior à crise, mas com a aquisição de novos saberes que lhe permitam ser mais eficaz na resolução de problemas.

A entrevista à pessoa em crise deve ser orientada não só para a recolha de informações sobre o cliente e sobre os acontecimentos que terão levado a que a crise se instalasse, mas também deverá ser orientada no sentido de ajudar o cliente a tomar consciência do que se passa com ele, corrigir as distorções cognitivas que o próprio atribui ao evento e explorar a sua capacidade de resolução do problema e rede de apoio (Chalifour, 2009).

Foram então realizados dois estudos de caso durante o período deste estágio, com supervisão nas intervenções, elaborados planos de cuidados, postos em prática e discutidos em equipa, englobando sempre a família neste processo. No primeiro estudo de caso (Apêndice III), o cliente e a família foram envolvidos no projecto terapêutico, tendo havido mudança no status dos problemas identificados. Deste modo, a actividade delirante apresentada ficou mais contida, as alterações da percepção remitiram por completo, o padrão de sono foi restabelecido e o cliente mostrou possuir conhecimentos sobre a importância do regime medicamentoso. Para isto, muito contribuíram as entrevistas individuais realizadas, permitindo ao cliente desenvolver crítica para a sua situação de doença.

Também no segundo estudo de caso o cliente foi acompanhado desde a admissão até à alta. Segundo Betty Neuman, a enfermagem assiste a pessoa, família/grupos e comunidade para obter um nível máximo de bem-estar. Para o atingir, são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos factores de stress e condições adversas que podem afectar o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra a pessoa. As nossas intervenções visam a integridade da pessoa, e têm como foco as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de stress, procurando reduzir o seu efeito (Kérouac, 1994). Neste sentido e com este cliente foram desenvolvidas actividades de psicoeducação, adesão ao regime terapêutico, ensino sobre substâncias psicotrópicas, agindo sempre como terapeuta de suporte, trabalhando em conjunto com o cliente na resolução dos problemas por ele identificados. No final de um

mês de internamento, o cliente melhorou a sua relação com os outros havendo também uma melhoria da expressão das suas emoções e sentimentos, verbalizou estratégias que o ajudem a lidar com as suas ideias delirantes (nomeadamente não dirigir a sua agressividade contra os vizinhos), estabeleceu objectivos pessoais para o futuro definindo estratégias para os atingir e adequados mecanismos de coping que lhe permitam lidar com as dificuldades. Também foram melhorados os conhecimentos pessoais em relação à doença, havendo uma boa adesão ao regime terapêutico instituído (Apêndice IV).

Para além das entrevistas, tive oportunidade de participar activamente em algumas actividades grupais desenvolvidas no serviço de Psiquiatria do HGO, nomeadamente a reunião comunitária, reunião de apoio às famílias de clientes com esquizofrenia, sessões de relaxamento, terapia pela actividade e passeios ao exterior.

O **relaxamento muscular progressivo** pressupõe que se treine a pessoa para que ela mesma detecte e reconheça níveis de tensão muscular e seja capaz de executar a técnica. A técnica em si baseia-se na contracção de um determinado grupo muscular durante cerca de 5 a 10 segundos seguindo-se descontração desse mesmo grupo muscular. A sensação de alívio e prazer provocado pela descontração induz o relaxamento (Payne, 2003). Actua-se sobretudo ao nível do conhecimento do corpo da comunicação, do contacto com outras pessoas e com o meio ambiente. A sessão realizada neste módulo foi do agrado dos clientes, tendo os próprios verbalizado um maior relaxamento e como método eficaz na redução da ansiedade (Apêndice V).

A **terapia pela actividade** consiste em motivar os clientes para a prática de alguma actividade física orientada, aproveitando também o momento para fomentar a relação terapêutica que se está a estabelecer. O estudo de Mello (2005) demonstra que a prática de exercício físico regular traz resultados positivos ao sono e seus possíveis distúrbios, aos aspectos psicológicos, aos transtornos de humor como a ansiedade e a depressão e aos aspectos cognitivos como a memória e a aprendizagem, sendo considerado uma intervenção não farmacológica no tratamento das perturbações físicas e mentais. Na actividade por mim planeada, foi também aproveitado o momento para fazer alguma estimulação cognitiva focando aspectos da memória, demonstrado pelos clientes, assim como a capacidade em executar os exercícios propostos de forma calma e adequada, havendo envolvimento social e de cooperação entre os participantes (Apêndice VI).

A **reunião comunitária** é realizada semanalmente, e é um espaço onde é permitido aos clientes expressarem as suas emoções/dificuldades/dúvidas/medos sobre o internamento e como pode ser melhorado o funcionamento do serviço, para que os cuidados a eles prestados vão mais de encontro às suas necessidades. Procura-se também promover alterações comportamentais através de comportamentos assertivos, como sejam a capacidade de ouvir os outros, capacidade de resolução de conflitos e fazer valer os seus direitos sem negar os dos outros. O tema é livre e cada um expõe o problema que quer, sendo permitido a todos intervirem. A reunião é conduzida por um enfermeiro ou por uma psicóloga, estando sempre que possível presente a terapeuta ocupacional. Após a apresentação de todos os elementos, dá-se início à discussão, sendo já esperado que as pessoas mais interventivas sejam clientes internados há mais tempo ou clientes cuja comunicação não esteja comprometida pelo seu processo de doença.

A **reunião de apoio às famílias de clientes com esquizofrenia** faz-se quinzenalmente na Consulta Externa, e para além de proporcionar um envolvimento da família no processo evolutivo do seu familiar, proporciona também um espaço onde possam exprimir e partilhar medos/ansiedades/dúvidas/necessidades. Ao mesmo tempo é um espaço de discussão sobre os conhecimentos da doença, como lidar com o cliente em situação de crise e estratégias facilitadoras de resolução de problemas. A reunião tem sempre presente um psicólogo, um enfermeiro, a terapeuta ocupacional e um assistente social, e cabe aos técnicos para além da identificação das necessidades das famílias e permitir a participação de todos, também avaliar os níveis de emoções expressas, facilitando os mecanismos de coping mais adequados.

A maioria das pessoas presentes nestas reuniões são familiares de clientes não internados no momento, em que a noção de partilha de experiências é muito importante, pois apesar de todos terem em comum familiares com esquizofrenia, estão em diferentes fases do processo evolutivo da doença. É um espaço onde se procura trabalhar a aceitação, a existência e a cronocidade da doença, e também para esclarecer alguma dúvidas. Na reunião a que assisti, foi notória a negação por parte de alguns familiares e notável o nível de emoções expressas. Foi também debatido o futuro destes clientes, pois as instituições são raras (a maior parte dos casos são os pais que tomam conta deles) e existe sempre a preocupação nestes familiares de quem irá apoiar o cliente quando eles não puderem mais.

## **Implementar um programa de adesão/gestão autónoma da terapêutica farmacológica**

De acordo com uma necessidade do serviço, e segundo percepção dos profissionais, o abandono da medicação em ambulatório por parte dos clientes do serviço de Psiquiatria do HGO é uma realidade na qual é necessário intervir. É durante o período de crise que o contacto da pessoa com doença mental é mais estreito com as equipas de saúde, bem como das suas famílias, podendo ser aproveitados os momentos individuais (de entrevista), em grupo ou na preparação para a alta para serem realizados diversos ensinamentos, nomeadamente no que concerne à adesão ao regime medicamentoso.

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

Foi elaborado e implementado um projecto que visasse a planificação de sessões de educação para a saúde direccionadas a motivar os clientes internados a uma melhor adesão ao regime medicamentoso. Foram definidos como principais objectivos motivar para a adesão ao regime medicamentoso, reconhecer a importância da medicação no controlo da doença mental e melhorar as relações sociais e familiares. Os clientes alvo seriam todos os que estivesse vigias e colaboradores, com patologia psicótica, estáveis do ponto de vista psicopatológico e motivados para as sessões. Nesse sentido, definiu-se que as sessões iriam abranger duas temáticas: psico-educação sobre doença mental e actuação perante a crise, e importância da medicação e interpretação do Guia de Tratamento (Apêndice VII).

Apesar do apoio da equipa e da planificação das sessões ter sido bem conseguida, foi difícil manter um grupo homogéneo para a sua realização. Isto deveu-se essencialmente ao facto de que a fase do processo de doença em que se encontravam não era igual, daí se ter conseguido aplicar o programa de uma forma mais consistente nas sessões individuais do que nas sessões de grupo.

Foram realizadas duas sessões de grupo e quatro sessões individuais, sendo que nas sessões de grupo há maior interacção entre os diferentes elementos do grupo, mas é mais fácil explicar os conteúdos e chegar mais próximo das especificidades de cada cliente nas sessões individuais. As sessões em grupo foram dinâmicas e interactivas,

começando por se usar a técnica de brainstorming para identificar quais os conhecimentos sobre a doença e medicação, partindo daí para a exposição de slides em PowerPoint que foi do agrado do grupo.

Todos os clientes propostos aderiram às sessões, mas os resultados obtidos mostram que os conhecimentos adquiridos sobre a patologia foram pouco compreendidos (apenas 30% sabe identificar a doença pelo nome). No geral, todos identificaram uma pessoa de referência a quem recorrer quando sentem que algo não está bem (família e/ou amigos) e todos também identificaram pelo menos um dos efeitos da terapêutica, razão pela qual a deverão tomar sempre, também com boa compreensão sobre o esquema do guia terapêutico.

O projecto foi sendo reformulado com a ajuda dos enfermeiros do serviço de forma a se tornar o mais prático e mais viável possível, pois é bem diferente estarmos a planificar de estarmos a aplicar um projecto como este, mas no final o objectivo foi concretizado.

Apesar dos limites temporais do estágio tendo em conta a importância desta intervenção e os resultados positivos obtidos, o projecto deverá ter continuidade no serviço, pois existe um grupo de trabalho que está a iniciar um programa de preparação para a alta, no qual é abordada a temática da adesão terapêutica.

### **2.1.3. Reflexão final**

A esquizofrenia é uma doença grave que atinge cerca de 1% da população mundial e o seu prognóstico por vezes é incerto (Kaplan e Sadock, 2007). O diagnóstico tardio associado a uma sintomatologia transversal a diversos quadros psicopatológicos e a fraca adesão à terapêutica, leva a que as pessoas com doença mental regredam no seu estado de saúde/doença. Assim, é imprescindível que a família integre o processo terapêutico do cliente.

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é uma área com um elevado nível de complexidade, exige do enfermeiro grande dedicação e capacidade relacional. As intervenções devem ser terapêuticas, baseadas numa relação de ajuda, com vista a promover no outro um melhor funcionamento e uma maior capacidade para enfrentar a vida. Para além disso, o enfermeiro deve estar desperto para as atitudes, emoções, medos e receios dos clientes, recorrendo-se de estratégias que possibilitem uma melhor resolução conjunta dos problemas identificados. Tudo isto nos permite caminhar para um patamar de excelência no que respeita à prestação de cuidados de enfermagem.

Por este ter sido o primeiro módulo, foi aquele em que fui confrontada com os meus primeiros medos e tive que os vencer, onde foram levantados os primeiros problemas aos quais tive de dar resposta como futura Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Foi também este o módulo em que maior pesquisa bibliográfica fiz, em que compilei toda a informação recolhida e apliquei na minha prática e nas minhas intervenções.

Foi difícil manter o foco das intervenções apenas na crise, pois esta é limitada no tempo, mas também é durante este período que se prepara a adaptação a estas alterações no projecto de saúde do cliente. No fim destas semanas, os ganhos em crescimento pessoal, em competências relacionais, comunicacionais e na ordem do saber-estar, para mim foram mais que muitos. Em tudo o que fiz sinto que ajudei os clientes a se tornarem pessoas capazes de saírem do internamento com estratégias que lhes permitam integrarem-se minimamente. Em suma, consegui identificar problemas em conjunto com o meu cliente, trabalhando com ele de forma a o conduzir ao melhor estado de bem-estar possível. Desta forma, estou a conseguir desenvolver estratégias no sentido de estabelecer uma relação terapêutica com os meus clientes de uma forma estruturada e de acordo com o modelo teórico de Betty Neuman.

Muitas actividades poderiam ter sido desenvolvidas com estes clientes, mas devido à limitação temporal e a alguma inexperiência, a concretização dessas actividades ficou aquém do esperado. Apesar disso, os meus conhecimentos e as minhas competências adquiridas como dinamizadora de sessões de grupo foram atingidas de modo satisfatório, assim como os objectivos para o presente módulo.

No geral, obtive uma boa colaboração por parte de todos os elementos do serviço, que me apoiaram e orientaram neste campo de estágio, mostrando-se pacientes e colaboradores na formação de futuros enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica.

## 2.2. MÓDULO I – PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA MENTAL À PESSOA/FAMÍLIA

### 2.2.1. Justificação do local de estágio e sua caracterização

A Consulta Externa do CHPL – pólo Júlio de Matos, embora não constituindo efectivamente uma ESMC, dá resposta a muitos dos clientes das seis ESMC deste hospital, dando resposta aos poucos recursos existentes em algumas áreas. É um serviço

que atende clientes e suas famílias nas suas necessidades, expressas ou não, incluindo consultas de enfermagem com intervenção psicoterapêutica, administração de terapêutica, articulação com áreas da comunidade, visitas domiciliares, treino de competências, psicoeducação e promoção de estilos de vida saudáveis.

O trabalho comunitário em saúde mental tem apresentado cada vez mais um papel de destaque, pois o paradigma actual preconiza a desinstitucionalização das pessoas com perturbação mental e a sua manutenção, inseridos nas suas comunidades e nas suas famílias, da forma mais autónoma possível (PNSM, 2008). Este campo de estágio foi um desafio para mim, pois tal como nos diz Stanhope e Lancaster (1999), a cronicidade da doença mental, a incerteza em relação a uma causa específica e ao seu tratamento, leva a que se dirijam a nós pessoas com distúrbios mentais graves e incapacitantes, e outras em que o seu único problema é a indisponibilidade de os outros os ouvirem e os compreenderem.

Desta forma, é possível intervir ao nível dos três níveis de prevenção: primária e voltada para as pessoa em risco de desenvolver doença psiquiátrica; secundária, ou seja, intervir naquelas pessoas que mostram sintomas iniciais de transtorno emocional, e terciária “... voltada para pessoas com doenças mentais, ajudando a reduzir a sua gravidade, desconforto e deficiência associada com a doença” (Stuart e Laraia, 2001, p.756).

As consultas médicas e de psicologia encontram-se sectorizadas de acordo com as áreas de influência dos serviços, tendo cada um agendados dias de consulta. A equipa de enfermagem da Consulta Externa é composta por três enfermeiras Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo uma dela a enfermeira chefe. O serviço encontra-se aberto das 8-20 horas e é composto por diversos gabinetes destinados a consultas de enfermagem, serviço social, consultas médicas e de psicologia e de nutrição, sendo que uma vez por semana há também consultas de desabituação tabágica e de transtorno de identidade e género, estando a Psiquiatria Forense também neste edifício.

### **2.2.2. Análise dos objectivos de estágio e das actividades desenvolvidas**

#### **Integrar a equipa multidisciplinar, demonstrando capacidade de adaptação e competências na ordem do saber-ser e saber-estar**

À medida que as pessoas com doença mental são colocadas mais frequentemente em instituições menos restritivas, os enfermeiros de saúde mental são mais chamados a intervir na comunidade, oferecendo os seus serviços onde quer que existam clientes,

evitando assim o afastamento destes do seu meio natural e facilitando o seu processo de reabilitação e reinserção social.

Os clientes chegam até este serviço por terem uma consulta agendada (clínica ou de enfermagem) ou então sem agendamento, sendo que nestas são sempre observados primeiro pela enfermeira que faz uma triagem e encaminha para a estrutura mais apropriada à sua situação.

As consultas de enfermagem com agendamento dizem respeito aos clientes que periodicamente se dirigem a este serviço para lhes ser administrada a sua medicação depôt (aproveitando a oportunidade para se fazer uma avaliação a nível do seu estado físico, mental e social, efectuando-se alguns ensinamentos), mas também daqueles clientes que apesar de autónomos necessitam de maior supervisão no seu treino de competências (nomeadamente na gestão autónoma da terapêutica farmacológica ou de hábitos de vida saudáveis).

As consultas de enfermagem sem agendamento, dizem respeito a todos os outros que procuram este serviço e os seus técnicos porque algumas das suas necessidades se encontram em deficit ou porque enfrentam um novo agente de stress e não reúnem todas as condições necessárias para lhe conseguir dar resposta. Um exemplo deste tipo de consultas e da nossa intervenção é o caso descrito no Apêndice VIII, em que a cliente identificou um problema e procurou ajuda. Após o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, da identificação dos factores de stress e do envolvimento da família, optou-se por a encaminhar para a estrutura mais indicada (neste caso, foi o Serviço de Urgência do HCC).

A todos eles é realizada uma entrevista não estruturada, sendo uma boa oportunidade de se efectuar avaliação do seu processo de saúde e também dos projectos de vida, havendo também articulação entre a consulta e diversas estruturas da comunidade, seja de cariz social, lares e Centros de Saúde, ou até mesmo o Serviço de Urgência quando necessário. Nestas consultas são muitas vezes identificados casos de risco que necessitam de intervenção no local de residência e na comunidade em que estão inseridos, sendo desta forma agendadas visitas domiciliárias. Em todos os casos, são efectuados os devidos registos no processo.

Desta forma, a organização do plano de trabalho de enfermagem tem de ser bastante flexível pois nunca se sabe quais as pessoas que se irão dirigir a nós e quais os problemas que trazem. A integração nas equipas é essencial para um desenvolvimento

de actividades de forma articulada e potencia a comunicação entre os diferentes elementos, mas num serviço com estas dimensões, com tantos técnicos e abrangendo uma área geográfica extensa, com diversas estruturas na comunidade com as quais se faz a articulação, foi um pouco difícil devido à limitação da carga horária e as horas distribuídas de forma irregular. De qualquer forma, considero que o objectivo foi alcançado, existindo uma boa aceitação da equipa multidisciplinar na existência de mais um elemento, embora que de forma temporária.

### **Desenvolver técnicas de comunicação adequadas com vista ao estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente/família**

Durante a minha permanência na Consulta Externa, foram realizadas diversas entrevistas tendo por base o guião previamente elaborado que serviu de ajuda na organização e sistematização na recolha de dados importantes, permitindo-me fazer uma boa avaliação inicial de forma a identificar problemas de enfermagem e definir as minhas intervenções, guiando a minha actuação (Apêndice I).

Procurei inicialmente estabelecer uma relação de confiança com os clientes, tarefa nada fácil pois muitas destas pessoas já têm uma relação terapêutica estabelecida com os técnicos da Consulta Externa e ficam desconfiados com a presença de alguém novo na equipa. Com o tempo essa desconfiança foi-se esbatendo e foi possível passar da observação para a intervenção directa com os clientes, tendo eu sido englobada nos casos como um elemento da equipa multidisciplinar, e nos quais se efectivou o papel de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental inserido na comunidade e de gestor de caso, como nos define Townsend (2002, p.107) “ Incorpora conceitos de cuidado aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária (...) é responsável por negociar com múltiplos prestadores de cuidados de saúde para obter diversos serviços para o cliente”.

Foi possível pôr em prática e desenvolver as competências referidas por Stanhope e Lancaster (1999) do que é um gestor de caso, agindo como facilitador da relação, articulando entre os diferentes elementos da equipa e intervenientes no processo e as diferentes estruturas da comunidade a que foi necessário recorrer (incluindo a família). As minhas intervenções foram como prestadora de cuidados directos, agente de promoção da saúde e prevenção de recaídas, realizando intervenções ao nível da psico-educação e terapia de orientação para a realidade, sempre e em todos os momentos

como negociador do contrato terapêutico e como supervisor da evolução do projecto de vida do cliente, sem esquecer o papel que muitas vezes é deixado ao esquecimento que é o de defensor do cliente, dos seus direitos e da sua individualização enquanto pessoa.

Para que estas intervenções fossem facilitadas, foi essencial a utilização do processo de escuta activa, algo fundamental na enfermagem mas também muito difícil de concretizar, e apenas atingível com treino e supervisão. São os clientes que nos procuram, e sem ouvirmos convenientemente o que têm para nos dizer, com auxílio de perguntas abertas, de reafirmar e clarificar o que nos é dito, dificilmente conseguimos saber as reais necessidades alteradas para podermos intervir de forma adequada. Desta forma, foi utilizado o modelo de terapia de suporte defendido por Chalifour, pois por este método é conseguido que o cliente “... seja promotor da sua auto-estima e constitui uma ajuda efectiva face a uma situação de stress, seja de ordem do suporte emocional, de reestruturação cognitiva ou do suporte instrumental” (Chalifour, 2009, p.263, citando Callaghan & Morrisey, 1993).

Nos casos seguidos, as diversas entrevistas efectuadas permitiram o alívio de sintomas e modificação de comportamentos através dos mecanismos de adaptação dos clientes. Com a continuidade dada aos casos, a relação terapêutica foi-se estabelecendo, obtendo-se em saúde para os clientes, fossem eles adesão ao regime terapêutico (Apêndice IX), inserção do cliente na comunidade com actividades ocupacionais e laborais (Apêndice X), ou com a reorganização de projectos de vida e aquisição de hábitos de vida mais saudáveis (Apêndice XI).

### **Aperfeiçoar competências de reflexão e auto-avaliação sobre os cuidados prestados**

Sobreponível ao modelo de Neuman, também Chalifour (2009) na sua teoria da terapia de suporte, nos diz que é da interacção entre a pessoa e o ambiente que se potenciam os recursos necessários à satisfação das suas necessidades, de forma a melhorar a sua qualidade de saúde e de vida. Cabe ao enfermeiro no contexto da relação terapêutica orientar a pessoa para identificar qual a melhor estratégia e quais os recursos mais indicados para fazer face a uma necessidade alterada, e em conjunto porem em prática os objectivos definidos, ocupando o enfermeiro o papel de elemento facilitador e orientador, ao invés de fazedor.

Foi com base nesses pressupostos que as minhas intervenções foram orientadas no seguimento de uma das clientes (Apêndice XI). Após o pedido de ajuda de uma mãe de

uma adolescente de 16 anos que nos dizia que a filha tinha uma “doença mental”, foram efectuadas diversas entrevistas no sentido de ser a própria cliente a identificar os factores de stress (com auxílio da mãe e de alguns exercícios que promoviam o auto-conhecimento) e de ela própria encontrar respostas dentro de si e com os seus recursos para os problemas identificados, sendo-lhe fornecido apoio e ajuda na aquisição de ferramentas (com actividades ocupacionais, educacionais ou por vezes apenas mostrando disponibilidade).

O papel do enfermeiro, assim como dos outros elementos da equipa multidisciplinar, é o de “... preparar o cliente mas também a sua rede de suporte para um cuidado autónomo, de modo a que este possa adquirir os conhecimentos e as competências necessárias para substituir o terapeuta o mais cedo possível” (Chalifour, 2009, p. 266). De acordo com o modelo de Betty Neuman, cabe ao enfermeiro preservar a integridade da pessoa, atendendo a todas as dimensões que têm efeito sobre as defesas e respostas da mesma aos agentes de stress, de forma a evitar ou a reduzir as suas consequências. Mas para que este papel se desenrole da forma mais eficiente, é necessário que o enfermeiro tenha um conhecimento de si mesmo, procurando um equilíbrio pessoal e social, com um controle efectivo sobre as suas acções e empenho no seu desenvolvimento. Desta forma, as intervenções de enfermagem e segundo Neuman, incluem a prevenção primária (evitando processos de desadaptação), secundária (recuperação da adaptação) e terciária (através da manutenção da adaptação).

Neste módulo de estágio, cuja área de intervenção estava direccionada para a promoção da saúde mental, deparei-me com a incerteza da existência de uma linha bem definida entre a promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental, quando se prestam cuidados de enfermagem em contexto comunitário. Seguindo as definições de Neuman, se por um lado trabalharmos com o cliente na adopção de estratégias de coping que lhe permitam adaptar-se melhor aos agentes de stress que afectam a sua autonomia no dia-a-dia, por outro lado ao trabalharmos com o cliente na manutenção dessa adaptação, estamos também a intervir a nível da prevenção primária, pois isso será o primeiro aspecto que levará a evitar situações de crise e eventuais recaídas.

Isso é visível nas definições de prevenção primária e terciária defendidas por Stuart e Laraia (2001). Estes autores definem que as intervenções de enfermagem ao nível da prevenção primária pressupõem “... ajudar as pessoas a evitar agentes stressores ou a enfrentá-los de um modo mais adaptado e modificar os recursos, políticas ou agentes do ambiente de modo que não causem mais stress mas que melhorem o funcionamento

das pessoas” (p.242), enquanto nas intervenções de enfermagem a nível terciário o foco é no bem-estar e na saúde da pessoa, família e comunidade e não nos sintomas “... ajudando a que a pessoa volte ao nível mais alto possível de funcionamento” (p.275).

O campo de actuação na prevenção primária pode e deve incidir sobre condições que modificam a vulnerabilidade dos indivíduos e as que comprometem as suas resistências. A sua atenção recai sobre os factores que continuamente e a curto prazo, despoletam crises que estão associadas a súbitas mudanças nos seus padrões de comportamento, e a longo prazo moldam o desenvolvimento do estilo geral de vida de uma pessoa.

### **Desenvolver intervenções de enfermagem especializadas que visem a promoção da saúde e prevenção de doença mental à pessoa/família, em contexto comunitário**

Segundo Kaplan e Sadock (2007, p.199), a prevenção psiquiátrica ao nível da comunidade consiste em “... evitar o aparecimento de uma doença ou transtorno, reduzindo assim a sua incidência”. Harrison, Geddes e Sharpe (2006, p.158) dizem-nos que houve necessidade de começar a haver uma intervenção a nível da saúde mental na comunidade devido a ser aí “... que as perturbações mentais se apresentam e é esta que proporciona o seu contexto, preferência do público e atitudes sociais, o internamento a longo prazo raramente é necessário e por vezes é nefasto”.

Segundo Caplan (1980), para que a pessoa tenha equilíbrio mental tem de ter suplementos contínuos referentes a três grupos: físicos, psicossociais e sócio-culturais. Físicos como a alimentação, a habitação, a estimulação sensorial, o exercício que são necessários ao desenvolvimento do corpo, à manutenção da saúde física e à sua protecção. Psicossociais através da estimulação do desenvolvimento cognitivo e afectivo da pessoa, da interacção da mesma com a família e com outros, na escola, no trabalho e em casa. Os sócio-culturais são representados pelas influências da sociedade exercidas através dos costumes, valores da cultura e estrutura social sobre o desenvolvimento e funcionamento da personalidade, ou seja, as expectativas dos outros influenciam as acções da pessoa.

Neste contexto, Stuart e Laraia (2001), alertam para aspectos relevantes que podem desenvolver desequilíbrio mental e que derivam de múltiplas causas, pois as pessoas são vulneráveis a factores de stress e daí podem resultar consequências. Deste modo, a identificação dos factores de stress é importante, o que impõe ao enfermeiro perceber o valor dado pela pessoa a cada um, para limitar o desenvolvimento das crises. Foi esse o

objectivo das intervenções com a cliente C.L., um caso já seguido na equipa e em que a cliente abandonou o seu regime terapêutico (Apêndice IX).

As entrevistas a esta cliente foram conduzidas numa tentativa de a cliente compreender como o seu estado de saúde pode interferir nos seus objectivos de vida e no seu processo de socialização, promovendo-lhe uma maior consciência de si, das suas ambições e das suas limitações. A cliente apresentava isolamento social, passando os dias em que não frequenta as aulas de mestrado fechada em casa com os pais já idosos e identificou também que tinha iniciado muitos projectos na sua vida mas nunca finalizou nenhum. Outra grande preocupação da cliente era querer ser mãe e ter um relacionamento afectivo, culpabilizando a medicação com as alterações da sua imagem corporal, sendo isso um obstáculo às suas relações sociais. Em conjunto com a cliente procuraram-se respostas para os problemas identificados por ela, fornecendo orientação e apoio. As intervenções foram orientadas de forma a haver uma nova adesão ao tratamento, encaminhando a cliente para o técnico de referência mais adequado, estabelecendo uma relação de confiança e envolvendo os diferentes elementos da equipa, de forma a haver uma continuidade.

O cliente portador de distúrbios psicóticos, residente na comunidade, sozinho ou no seio da sua família, deverá ser referenciado para uma vigilância de enfermagem psiquiátrica, principalmente quando este tem baixa adesão ao regime terapêutico, abandona as consultas médicas regulares ou quando é comunicado pela família o início de alterações de comportamento. As duas primeiras atitudes provêm da ausência de juízo crítico do cliente e por vezes dos familiares por desconhecimento/insensibilidade/medo em relação à doença. O processo de aceitação e colaboração na manutenção da sua estabilidade reporta ao período de hospitalização em que o cliente deve ser instruído sobre a sua doença e tudo o que dela faça parte, nomeadamente a necessidade de cumprir a terapêutica indicada, identificar sintomas do início da crise, conhecer os recursos pessoais e de apoio externo. Este ensino deverá ser alargado à família.

A actuação do enfermeiro de saúde mental a trabalhar na e para a comunidade não deverá ser limitada ao espaço físico de um gabinete de enfermagem, seja ele numa consulta, numa ESMC ou num Centro de Saúde, devendo o enfermeiro reunir condições que o permitam actuar onde as necessidades do cliente se verificarem, isto é, na comunidade onde está inserido, na sua residência e/ou no seu seio familiar. Para tal, é importante que na realização de visitas domiciliárias estejam também englobadas intervenções de enfermagem especializadas, como seja a realização de uma consulta,

avaliação do estado de saúde para despiste de eventuais situações de crise, ou como um método que permita potenciar os recursos do cliente na resolução dos seus problemas.

A visita domiciliária permite aproximar os técnicos dos clientes e suas famílias. Como nos diz Labate et al (2004, p.627) “... amplia nossa compreensão sobre o sofrimento psíquico e suas consequências sociais e permite compartilhar conhecimentos que contribuirão para condutas terapêuticas adequadas”. Segundo as mesmas autoras, a enfermeira ao se deslocar ao domicílio de um cliente deverá ter a noção que está a invadir o seu espaço privado e que poderá ser sentido como uma ameaça para o cliente. É fundamental que estas visitas se realizem quando existe uma relação de confiança e terapêutica previamente estabelecida, e muitas vezes somos confrontados com uma realidade inesperada e diferente do nosso mundo particular. Contudo, não nos devemos deixar afectar por isso, pois podem ocorrer erros que inviabilizem a progressão da relação terapêutica.

As duas visitas domiciliárias realizadas foram bastante distintas. Uma das visitas consistiu em fazer supervisão e um acompanhamento mais próximo de um dos muitos doentes desinstitucionalizados do HJM, promovendo a parceria com a estrutura da comunidade e haver uma avaliação do seu estado físico e mental por uma equipa que acompanha este cliente há muito tempo (Apêndice XII). A outra visita domiciliária surgiu por necessidade da equipa e por referenciação de um familiar. É uma cliente que tem um irregular seguimento do seu projecto terapêutico mas com uma boa relação com os técnicos de referência. Foi aproveitada a oportunidade para se fazer entrevista à cliente e familiares que vivem com ela (pais), avaliação das condições habitacionais e relacionais da família e perceber o que mudou neste sistema que fez levar à procura de ajuda por parte de uma irmã (Apêndice XIII).

Na intervenção comunitária não se pode esquecer a articulação necessária com as estruturas de apoio social existentes, e a necessidade de cada vez mais se fomentar esta parceria, pois são estas instituições cujo trabalho assenta muitas vezes num regime de voluntariado que fazem apelo aos direitos das pessoas com perturbação mental e famílias, exigem respeito, justiça, liberdade, autonomia e tolerância, de forma a manterem ou atingirem um lugar social digno.

Townsend (2002) descreve instituições de residência comunitária como locais onde as pessoas com perturbação mental podem estar inseridas, onde desenvolvem as suas actividades de vida diária de forma autónoma, com supervisão mais ou menos frequente

(dependendo do estadió de autonomia em que se encontram), podendo ou não dividir o espaço com outras pessoas com perturbação mental. Para além da supervisão, as instituições e técnicos que acompanham estas pessoas proporcionam também reuniões terapêuticas de grupo, aconselhamento profissional e curricular, cursos de formação profissional e orientação para trabalho laboral.

Um modelo semelhante a este foi a Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS), com a qual tive oportunidade de contactar e recorrer por diversas vezes durante este estágio, encaminhando para esta associação clientes que reuniam critérios suficientes para serem propostos. Um dos clientes foi encaminhado para fazer formação ao nível da informática e englobar o projecto Residências Comunitárias, com o objectivo não só de arranjar abrigo mas também promovendo a socialização e a autonomia do cliente em relação às suas actividades de vida diárias e em arranjar estratégias para lidar com a sua doença (Apêndice X). Este tipo de intervenção proporciona um aumento da autonomia das pessoas com perturbação mental, mas também na diminuição do estigma a elas associado, uma vez que a maior parte dos projectos da AEIPS se encontram inseridos no centro de Lisboa, muitos deles em vivendas bem localizadas e descaracterizadas.

Enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, o facto de ter tido conhecimento destas instituições e associações (seja a AEIPS, a ARIA, o Exército de Salvação, a Comunidade Vida e Paz, o centro Porta Amiga, a existência do site da Carta Social para um melhor encaminhamento das pessoas em situação de dependência, os projectos de reabilitação existentes na Casa de Saúde do Telhal, etc.) alargou os meus horizontes de trabalho e aumentou as minhas hipóteses de oferecer apoio aos clientes, actuais e futuros, vendo o trabalho de enfermagem em saúde mental não limitado a pequenas áreas de intervenção mas transversal a tudo e a todos.

### **2.2.3. Reflexão final**

Há ainda um longo caminho a percorrer de forma a que as pessoas com perturbação mental tenham um acompanhamento de excelência na comunidade onde estão inseridas, mas na última década evoluiu-se de forma positiva em Portugal nesse sentido, ocorrendo desinstitucionalização de diversas pessoas, aumento de estruturas sociais na comunidade e aumento de técnicos a trabalhar fora do ambiente asséptico e contentor que representam os serviços de internamento.

Nunca é demais mantermos o foco na importância que as nossas intervenções voltadas para a comunidade representam em ganhos em saúde para as populações, traduzidos por anos de vida saudáveis, livres de doenças e incapacidades. O impacto que a doença mental acarreta para a pessoa/família/sociedade, alargadas à sua vida pessoal, familiar, escolar e laboral, é gerador de sofrimento psíquico, isolamento social e limitações a vários níveis. Deste modo, os ganhos em saúde só serão alcançados através de intervenções de enfermagem adequadas a cada situação e contínuas, posteriormente avaliadas e reformuladas sempre que necessário.

Considero que esta experiência foi muito gratificante e que muito contribuiu para a minha forma de ver a saúde mental e o papel do enfermeiro dentro de uma equipa multidisciplinar, permitindo-me atingir os objectivos propostos e alargar os meus horizontes de actuação para o futuro. As maiores dificuldades por mim sentidas deveram-se a uma dispersão na quantidade de actividades possíveis de serem realizadas em tão curto espaço de tempo e na dificuldade em ver que os processos têm um princípio mas raramente têm um fim, porque a doença mental é crónica e as pessoas precisam sempre de uma âncora para saberem onde recorrer quando necessitam.

Acima de tudo foi um ambiente que me permitiu continuar a escalada na aquisição de competências nesta área, reflectir sobre o eu e sobre o outro, a pensar antes de agir, sempre com a consciência que uma atitude gera sempre uma contra-atitude, e que muitas vezes somos apanhados desprevenidos pelos problemas que o cliente nos apresenta, esperando sempre uma resposta.

### 2.3.MÓDULO III - INTERVIR NA COMUNIDADE E COM CLIENTES COM PERTURBAÇÃO MENTAL EM REGIME DE AMBULATÓRIO

#### 2.3.1. **Justificação do local de estágio e sua caracterização**

Segundo o PNSM (2008, p.21) “A abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respectiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas”.

O mesmo PNSM (2008, p.17) definiu como uma das principais prioridades “*Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das*

*comunidades, dos utentes e das suas famílias”*, pois é na comunidade que se encontra um maior número de clientes (sadios ou com patologia, em crise ou estabilizados).

Verifica-se que em Portugal o desenvolvimento de serviços na comunidade é insuficiente, assim como o número de ESMC. A participação dos clientes e familiares é reduzida e os programas de prevenção/promoção da saúde e de reabilitação psicossocial são quase inexistentes. Por sua vez, e ainda segundo a mesma comissão, existem evidências científicas que demonstram que as intervenções na comunidade são as mais efectivas e colhem a preferência das pessoas e das famílias (PNSM, 2008).

As ESMC são estruturas que funcionam na, para e com a comunidade, tentando dar resposta a esta mudança de paradigma. Aqui o enfermeiro desempenha um papel relevante, contribuindo para a autonomia dos clientes com perturbações mentais e comportamentais no seu próprio ambiente, utilizando técnicas de tratamento eficientes que lhes possibilitem aumentar as suas aptidões para o auto-cuidado, tendo a família como parceira e o apoio formal da comunidade, nomeadamente através da cooperação com o sector social. O envolvimento da comunidade local contribui também para combater a discriminação e o estigma, promovendo os direitos destas pessoas e uma melhor integração. Nesta medida, faz parte do trabalho comunitário estimular a participação da família e da comunidade, dando-lhes o treino e educação necessários.

Este módulo decorreu na ESMC de Oeiras, que é uma dependência do DPSM do HSFEX e as intervenções de enfermagem foram direccionadas para os três níveis de prevenção: primária e voltada para as pessoa em risco de desenvolver doença psiquiátrica; secundária, ou seja, intervir naquelas pessoas que mostram sintomas iniciais de transtorno emocional, e terciária “... *voltada para pessoas com doenças mentais, ajudando a reduzir a sua gravidade, desconforto e deficiência associada com a doença*” (Stuart E Laraia, 2001, p.756).

### **2.3.2. Análise dos objectivos de estágio e das actividades desenvolvidas**

#### **Integrar a equipa multidisciplinar, demonstrando capacidade de adaptação e competências na ordem do saber-ser e saber-estar**

Por esta ESMC fazer parte do serviço no qual exerço funções como enfermeira, a minha integração na equipa foi por isso facilitada, não só porque me foi dada oportunidade de conhecer antes o espaço onde o estágio se iria desenvolver, mas também por conhecer os elementos da equipa.

A ESMC funciona numa vivenda em Caxias, com sete gabinetes de consulta distribuídos por dois andares, possuindo ainda um espaço que permite a realização de dinâmicas de grupo. Lá são atendidos todos os clientes da área de influência do concelho de Oeiras, referenciados pelo serviço de urgência do HSFX, por carta de alta do Departamento de Psiquiatria do mesmo hospital ou então referenciados pelo Médico de Família. O método de trabalho desenvolvido é por gestor de caso, e nesta ESMC funcionam actualmente dois programas: o Programa Integrar (para clientes com doença mental grave) e o programa Ansiedade e Depressão. Por a enfermeira orientadora fazer parte do programa Integrar e uma vez que como objectivo deste meu percurso tinha sido decidido intervir em doentes com psicose, as minhas actividades desenvolvidas foram dentro dos objectivos do Programa Integrar. Da ESMC faz também parte a Unidade de Dia de Laveiras.

Semanalmente e à sexta-feira, ocorre no DPSM uma reunião multidisciplinar, em que os técnicos da equipa se deslocam ao internamento, tomam conhecimento de quais os seus clientes que estão internados e articulam com os técnicos do internamento as melhores estratégias de intervenção, planeamento e encaminhamento pós-alta.

A enfermeira, tal como qualquer um dos outros técnicos, atende os seus clientes, faz a gestão dos seus casos, articulando os recursos da ESMC e da comunidade da melhor maneira de forma a satisfazer as necessidades do cliente, realiza consultas de enfermagem onde é avaliado o estado mental e físico dos clientes, desenvolvendo-se para isso uma relação de proximidade com cada um deles, e também estimulação de actividades ocupacionais para que a integração na comunidade se faça de uma forma mais harmoniosa.

As consultas de enfermagem são flexíveis no atendimento ao cliente, estando sempre a porta aberta e um técnico disponível para quem precisa, seja cliente ou familiar. No entanto, preferencialmente cada técnico atende os seus clientes, aqueles de quem é responsável como gestor de caso. A postura dos técnicos é sempre de englobar a pessoa com doença mental como parte activa em todo o seu processo de tratamento, tendo os enfermeiros uma posição privilegiada nas questões que ajudem a melhorar a sua qualidade de vida e também na adesão ao regime terapêutico.

Desta forma, a actuação do gestor de caso engloba não só o cliente mas também a sua família, pois ajudando-os a reconhecer sintomas prodórmicos da doença, diminuindo as emoções expressas e melhorando a forma como as famílias lidam com o outro,

umenta-se a qualidade de vida da pessoa com perturbação mental e a satisfação dessas mesmas famílias.

### **Desenvolver técnicas de comunicação adequadas com vista ao estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente/família**

Durante o tempo que permaneci na ESMC de Oeiras, aperfeiçoei as minhas competências de comunicação, pois de uma forma cada vez mais autónoma, fui estabelecendo relações terapêuticas com os clientes e fazendo atendimento nas consulta de enfermagem.

De acordo com o definido no modelo conceptual, a técnica de resolução de problemas permite que o enfermeiro trabalhe com o cliente os aspectos necessários à resolução de problemas, que são primeiramente que a pessoa tome consciência de si, do problema, das suas capacidades e recursos para posteriormente efectuar as suas escolhas, agir em função delas e tomar como sua a responsabilidade das escolhas efectuadas. A terapia de suporte é utilizada pelos profissionais quando a rede de suporte habitual não é suficiente e quando a pessoa não possui todos os recursos para dar resposta às suas necessidades, sendo de valorizar as competências pessoais do cliente no que diz respeito às suas respostas emocionais e comportamentais. O foco desta intervenção está no alívio de sintomas e na modificação de comportamentos, através dos mecanismos de adaptação do cliente e de recursos ambientais.

Durante esta relação, o enfermeiro deverá tranquilizar o cliente, conquistando a sua confiança e dando reforços positivos pelos objectivos que vão sendo atingidos. Deverá também explicar, informar, orientar e aconselhar o cliente de acordo com o seu saber científico e com as suas necessidades expressas, mantendo sempre o foco na realidade e nos objectivos pessoais do cliente.

Com a contínua prática destas técnicas e com o seu aperfeiçoamento, evoluí no meu percurso, ficando mais à-vontade com o meu papel de técnica e sentindo-me cada vez menos aluna. A relação estabelecida com clientes em regime de ambulatório é construída na base de uma continuidade, de confiança e de respeito, sendo o enfermeiro considerado um elemento de referência, tendo-me eu sentido como tal para os clientes que segui e com os quais estabeleci relação.

## **Aperfeiçoar competências de reflexão e auto-avaliação sobre os cuidados prestados**

Foi benéfico o facto de eu realizar o estágio num local que pertence ao meu local de trabalho, pois foram surgindo alguns casos em que me foi possível intervir activamente, fazendo a ponte entre o cliente que está internado e a família cá fora, assim como articular com os técnicos de referência o internamento de uma pessoa em crise ou na preparação para a alta.

Também é facilitador deste processo de intervenção comunitária quando efectivamente se conhece a comunidade onde se está a intervir e quais os recursos que ela tem disponíveis para serem utilizados, como sejam as associações de ajuda comunitária, apoio domiciliário e fóruns sócio-ocupacionais. Isso aconteceu neste módulo de estágio ao contrário do anterior, pois conheço a área geográfica onde se insere a ESMC, e é mais fácil realizar as intervenções quando a resposta a dar ao cliente reside em nós e não é necessário estarmos sempre a encaminhar para o enfermeiro orientador ou nunca conseguir dar uma resposta concreta às questões dos clientes e familiares. Por outro lado, surgem situações constrangedoras às quais temos de dar resposta no momento, como seja o facto de ser abordada na rua por um dos clientes da equipa, ou quando encontramos um desses clientes e eles ignoram-nos, numa tentativa de se protegerem.

De acordo com a bibliografia consultada, podemos salientar que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental a trabalhar na e para a comunidade deverá ter alguns objectivos que guiem a sua actuação, nomeadamente:

- Obter informações relacionadas com hábitos diários (higiene, alimentação, subsistência, ocupação, sono, consumo de álcool / drogas, interacção com os outros e manutenção da habitação);
- Manter equilibrada a saúde psíquica, através da administração da terapêutica depôt;
- Reduzir o afastamento do cliente do seu meio, através do internamento;
- Evitar recaídas do cliente;
- Identificar e avaliar sinais de alterações do comportamento e actuar, orientando se necessário, para uma intervenção mais profunda;
- Relembrar a disponibilidade da enfermagem, quando o cliente/família precisam e a necessidade de aderir à terapêutica e às consultas médicas de rotina para viver com qualidade;

- Apoiar o cliente e familiares permitindo a verbalização dos seus sentimentos e intervir pela comunicação, aconselhando;
- Envolver a equipa multidisciplinar no projecto de vida do cliente.

As intervenções de enfermagem em contexto comunitário devem ter como foco melhorar o relacionamento da pessoa doente com a família, promovendo a participação destes no projecto de vida do mesmo, manter a estabilização do seu estado de saúde, reduzir as recaídas. Deste modo deverá apoiar na adequação dos comportamentos familiares, face a uma realidade que inclui uma situação de doença.

**Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente/família com perturbação mental, ao nível da prevenção (de recaídas), tratamento e reabilitação psico-social, em contexto comunitário**

No contexto deste módulo de estágio, tive oportunidade de passar um dia na Unidade de Dia de Laveiras. A visita a esta unidade mostrou-me mais uma realidade do que se pode fazer a nível de reabilitação em saúde mental, pois este é um projecto que tem conseguido bons resultados. Funciona de segunda a sexta-feira, durante o período da manhã, com capacidade para 10 clientes, e durante o seu tempo de permanência, são abordados e treinadas competências nas áreas que mais afectam as pessoas com perturbação mental e que as tornam mais dependentes e que possibilitam maior número de recaídas.

Os clientes referenciados para esta Unidade não são só os pertencentes a esta equipa comunitária, mas qualquer um pode frequentar o programa desde que haja vagas e que cumpra os critérios de admissão. Embora os critérios para admissão sejam rigorosos, o programa em si não é limitado no tempo nem standard, sendo adaptado a cada cliente e à sua recuperação individual. Do programa fazem também parte intervenções em grupo, nomeadamente com famílias, e também intervenções e acompanhamento individual aos clientes, sendo as necessidades de cada caso avaliadas pela coordenadora da Unidade de Dia.

Por a equipa não possuir um carro para se realizarem visitas domiciliárias e intervenções na comunidade quando necessário e também por escassez de técnicos, todas as terças-feiras está disponível uma carrinha do HSFx e as visitas domiciliárias são agendadas para esse dia. As intervenções fora dos gabinetes de consulta são feitas e geridas em equipa multidisciplinar, seja para administrar terapêutica depôt, para

acompanhar ou tentar localizar clientes que abandonaram a consulta, para avaliar as situações habitacionais e relacionais de clientes que necessitam de alguma intervenção a nível familiar ou para fazer supervisão e ensino de alguns clientes com baixa adesão ao regime medicamentoso. Desta forma, e utilizando como recurso a relação pré-estabelecida, tenta-se manter o equilíbrio do cliente inserido na sua família e na sua comunidade, utilizando o internamento apenas como último recurso.

Durante este período, nas consultas de enfermagem efectuadas foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, tentando saber como o cliente gere as suas actividades de vida diárias mas também as suas actividades ocupacionais e sociais, tentando perceber como está a ser feita a adesão ao regime terapêutico e avaliação do seu estado mental, nomeadamente se se identificam alguns sinais de início de crise e a existência e intensidade de sintomas positivos. Mediante os problemas identificados na entrevista, foram realizadas intervenções de enfermagem como ensinamentos sobre hábitos de vida saudáveis, malefícios do consumo de álcool e de substâncias ilícitas, mas também estratégias sobre como lidar com a sintomatologia produtiva, como combater o isolamento social e também como melhorar as relações interpessoais, trabalhando sempre com base no modelo de gestor de caso.

De acordo com Stuart e Laraia (2001), as intervenções de enfermagem devem ter o objectivo de melhorar o relacionamento da pessoa doente com a família promovendo a participação destes no projecto de vida do mesmo, manter a estabilização do seu estado de doença, reduzindo as recaídas. Elas incidem no ensino à família sobre a doença, técnicas para lidar com os sintomas e as crises, fortalecimento de áreas positivas da família. Este processo deve incluir o desenvolver de habilidades na comunicação, na resolução de conflitos, na tomada de decisões, na afirmação quanto às opiniões, nos comportamentos em situação de stress, na utilização dos recursos.

A pessoa com doença mental faz parte de uma família e é no seio dela que deve permanecer tanto quanto possível, passando a família a constituir um parceiro no processo de tratamento. Assim é necessário que se ajude a família a construir novos saberes e novos modos de ser e de estar, de forma a manter as relações familiares tão organizadas quanto possível perante a doença mental e todas as suas consequências.

Diversos estudos já realizados demonstram que o índice de recaídas de pessoas com esquizofrenia ao fim de um ano passa de 41-53% para 6-12% nas famílias que foram sujeitas a Intervenções Familiares (IF), e aos dois anos passa de 66-83% para 17-40%.

Os mesmos estudos referem também uma melhor adesão à terapêutica farmacológica e a uma diminuição nos custos dos cuidados após as IF. No final desse ano, foram registadas melhoras no que diz respeito ao estado clínico e funcionamento social dos clientes, assim como da sobrecarga familiar.

No estudo de Paiva (2000), é visível que os familiares têm dificuldade em aceitar a realidade e em enfrentar o futuro, no entanto devem ser orientados nesse sentido, desenvolvendo expectativas aceitáveis e congruentes com as capacidades presentes na pessoa doente. Para tal, o enfermeiro tem um papel muito importante, intervindo a este nível de cuidados, fornecendo informação de forma adequada e começando a intervir desde o primeiro dia de internamento, vendo não só o cliente como alvo de cuidados mas também a família e a comunidade.

De forma a englobar a ESMC de Oeiras e os projectos existentes e após uma revisão bibliográfica sobre diversos estudos e diversos autores que abordam as questões relacionadas com o cuidado à pessoa com doença mental, foi elaborado um guião e realizadas entrevistas familiares de forma a se conseguirem levantar as necessidades dos familiares no que respeita a: conhecimento sobre a doença, alterações na dinâmica familiares pela existência de um elemento doente, consequências para o cuidador, estratégias para o alívio da situação e conhecimento dos recursos e apoios existentes na comunidade (Apêndice XIV). Foi considerado que a entrevista seria o método mais conveniente face ao objectivos definidos, sendo que os propósitos deste método de colheita são essencialmente permitir a recolha das percepções, sentimentos e experiências vividas pelos entrevistados. As famílias seleccionadas foram aquelas cujo familiar sofre de uma perturbação mental grave, no caso psicose/esquizofrenia, do sexo masculino, e cujo gestor do seu caso é a enfermeira da ESMC de Oeiras e orientadora deste estágio.

Foram então realizadas oito entrevistas semi-estruturadas e exploradas as respostas dos participantes às questões de forma a revelar o que significa viver com um familiar portador de psicose esquizofrénica, explorando as suas experiências pessoais. O guião da entrevista não era nem inteiramente aberto nem encaminhado por um grande número de perguntas precisas. A atenção centrou-se no discurso do entrevistado, a partir do problema proposto, sem contudo perder de vista o objectivo.

Tendo por base os objectivos definidos e as questões de partida, bem como a fundamentação teórica, foram estabelecidas as categorias para o tratamento dos dados.

As categorias estabelecidas tiveram por base as linhas orientadoras do guião da entrevista, sendo que cada subcategoria representa a opinião dos elementos. Assim, da análise das entrevistas emergiram as seguintes categorias: dados demográficos e sociais dos clientes, suporte familiar, suporte técnico, burden objectivo, burden subjectivo, emoções expressas.

Dos entrevistados, todas eram do sexo feminino, na sua maioria mães da pessoa com perturbação mental, havendo duas irmãs e uma esposa, com idades compreendidas entre os 35 e os 75 anos. Tirando os irmãos, os restantes partilham a mesma habitação, sendo este um dos principais factores para a sobrecarga se começar a manifestar precocemente. Na sua maioria, estavam sem ocupação (ou por situação de reforma ou por desemprego), estando apenas três no activo.

A idade de início da sintomatologia (primeiro surto psicótico) é consistente com o encontrado na bibliografia. Segundo Harrison, Geddes & Sharpe (2006, p. 247) “... o aparecimento [esquizofrenia] atinge o seu pico no início da idade adulta, embora os sintomas prodrómicos ocorram muitas vezes na adolescência”. Apenas um dos clientes foge a esta definição (idade do aparecimento foi aos 40 anos), mas a explicação mais provável poderá ser que na sintomatologia manifestada serem pouco evidentes sintomas positivos (alucinações e delírios), e também devido a este cliente passar grande parte do seu tempo isolado.

Sete dos oito entrevistados sabem pelo menos identificar o diagnóstico da doença mental que o seu familiar é portador, sem com isso significar que possuem mais ou menos conhecimentos sobre a sintomatologia, curso e prognóstico da doença.

Para a análise das outras características, nomeadamente no que refere a sinais de sobrecarga e emoções expressas, é importante saber há quanto tempo estes familiares estão em contacto com as manifestações da doença. Pelos dados obtidos, foi possível verificar que apenas três dos entrevistados têm contacto com a doença num período inferior a dez anos, enquanto outros três num período superior a 20 anos. Estes dados são importantes, pois se as famílias que têm contacto com os sintomas positivos da doença revelam estratégias de coping pouco estruturadas pois não possuem os conhecimentos necessários para fazer face ao apresentado pelo seu familiar, já as famílias que lidam acima de tudo com a sintomatologia negativa, apresentam resignação e encontraram estratégias que lhes permitem lidar com o seu familiar, mas muitas vezes não são as mais adequadas para aliviar a sobrecarga. Todos apresentam sinais de

sobrecarga, positiva e/ou negativa, dependendo da sintomatologia mais evidente apresentada pelo seu familiar. Como aspecto relevante e não directamente proporcional ao tempo de convivência com a doença mental, é o número de internamentos a que os clientes foram submetidos, não sendo isso reflexo do número de crises que as famílias tiveram de ultrapassar.

Em relação à identificação do apoio da comunidade que estas famílias têm e a quem podem recorrer, os dados obtidos revelam uma grande falta de informação destas pessoas acerca dos recursos existentes. Apenas uma família identifica a ESMC como um recurso onde pode recorrer, três desconhecem de todo onde se dirigir no caso de pedir ajuda ou orientação, acabando uma por dizer que em caso de extrema necessidade dirige-se ao Serviço de Urgência. Uma mãe também identifica em caso de necessidade pedir ajuda aos bombeiros, uma irmã refere que muitas vezes pede ajuda à Paróquia ou no Centro de Saúde, dirigindo-se ao Médico de Família. Apenas uma mãe, e acredito que de acordo com a sua experiência pessoal, identifica o Delegado de Saúde como recurso e em caso de extrema necessidade.

De todas as famílias entrevistadas, de uma forma mais ou menos presente todas excepto uma (EF7) têm algum tipo de suporte, ajudando-as no cuidado ao seu familiar com psicose. Todas manifestam sinais evidentes de *burden* (EF4 – “cansada, exausta mesmo ... a vida seria mais fácil se o H. não fosse doente ... tenho de pensar por mim e por ele ... faz-me muitas perguntas, não consegue decidir nada sozinho”) mas o nível de emoções expressas é mais evidente quando o familiar entrevistado é a mãe (EF6 - “houve alterações, o meu filho é muito dependente de mim, está-me sempre a pedir miminhos ... nunca mais fui feliz porque o meu filho não tem vontade de fazer nada”).

São também as mães que mostram ainda algum tipo de negação a esta doença que quer deitar por terra as expectativas que tinham no filho (EF4 – “é uma desilusão ... podia ter sido outro rapaz, com outro comportamento e outro trabalho, uma vida diferente, podia ter casado e ter outra estabilidade”; EF6 – “a vida foi madrasta para o meu filho: não entrou no curso que queria, foi operado em pequeno, acho que é uma coisa que o acompanha desde pequeno ... anda qualquer coisa à volta dele ... nunca conseguiu ter um relacionamento normal, começou a perder os amigos...”) e com isso ser gerador de conflitos, contribuindo para um aumento de todos os problemas que cuidar de uma pessoa com psicose acarreta.

Todas as famílias verbalizam apoio e disponibilidade dos técnicos da ESMC, no entanto para mim e a exercer funções no serviço de internamento de agudos pertencente ao mesmo Centro Hospitalar da equipa, ficou evidente que as informações fornecidas no internamento e os ensinamentos efectuados a familiares de pessoas internadas não são os melhores, deixando nas pessoas que tiveram familiares internados muitas lacunas e sentimentos de desesperança (verbalizados de uma forma bastante consistente pela mãe entrevistada na EF7).

A ressaltar de todos os dados recolhidos, a necessidade de intervir nas famílias de uma forma mais efectiva, não só englobando-os no projecto terapêutico mas também disponibilizar um espaço de veiculação e de partilha de sentimentos e emoções, assim como sessões de psicoeducação. Estes dados são sobreponíveis às conclusões do estudo realizado por Hanzawa et al (2008) que mostrou que as reuniões de grupos de famílias não só são importantes na partilha de sentimentos e na aquisição de informação sobre todas as questões inerentes ao processo de doença, mas também é visível uma melhoria nas estratégias de coping e nas competências adquiridas para lidar com o familiar doente.

Compreende-se assim a necessidade de existir uma actuação pedagógica e formativa direccionada para familiares de pessoas com perturbação mental, ou seja, é necessário sensibilizar as famílias para os aspectos clínicos da doença promovendo simultaneamente a mudança no padrão relacional entre essa família e a pessoa doente de forma a promover o seu processo adaptativo.

Com a realização deste trabalho, foi possível verificar que por vezes as famílias ainda são colocada num segundo plano como alvo de intervenção nos cuidados de enfermagem, embora todos os profissionais tenham consciência e verbalizem a família como uma prioridade. É ela o principal suporte e muitas vezes o único no apoio a pessoas com perturbação mental, cabendo-lhes o papel não só de familiar, mas também de amigo, gestor de caso, cuidador e até mesmo de substituto de serviços de saúde quando estes são incapazes de dar resposta.

Ao entrevistar estes familiares e ao reportá-los a situações de crise, constatei que a percepção que eles têm do apoio prestados pelos profissionais em termos de internamento não é a melhor, pois muitos deles referiram sentir-se desapoitados, mal informados e até mesmo negligenciados no suporte que poderiam dar ao seu familiar, nomeadamente na inflexibilidade do horário das visitas. Enquanto profissionais a

trabalhar em Saúde Mental, vendo a pessoa como um sistema e optando por uma perspectiva não só holística mas também ecológica, acho que as nossas práticas têm de ser repensadas e modificadas.

Durante as entrevistas familiares, foi para mim um pouco difícil estabelecer os limites de tempo estipulados no início, não só porque ainda tenho alguma dificuldade em conduzir o outro de encontro ao objectivo pretendido, mas também porque quando são abordadas questões sobre as vivências pessoais daquele familiar com a doença mental, não podemos deixar a pessoa desamparada em confronto com as suas emoções e os seus medos, sendo necessário efectuar também algum suporte e intervir dando algumas estratégias psicoterapêuticas quando solicitado e oportuno.

### **2.3.3. Reflexão final**

Apesar de ter consciência que o trabalho comunitário é aquele em que existem menores recursos e em que o investimento dos profissionais é mais acentuado e sem grandes retornos (pelo menos não a curto prazo), fui confrontada durante este meu percurso que este é um local privilegiado para os Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica intervirem, não só por esta ser uma especialidade transversal a todas as áreas, a todas as fases do ciclo vital mas também porque nos permite intervir em todos os níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Para além disso, cada vez mais as nossas intervenções como enfermeiros têm de sair do sistema “pessoa” e passarem a ter expressão também no sistema “família” e “comunidade”.

Por este ser o módulo final deste percurso, foi um consolidar de muitos dos conhecimentos já aprendidos e aquisição de novos, nomeadamente no que diz respeito a intervenções de enfermagem nas famílias, ficando bem visíveis os ganhos em saúde quer para os familiares quer para o cliente.

Sem sombra de dúvida é este o trabalho que espero desempenhar num futuro não muito longínquo, e neste contexto, intervindo onde é mais preciso, dando resposta às necessidades das pessoas, proporcionando espaços de partilha e abraçar projectos que vão de encontro às reais necessidades das populações, procurando diminuir o estigma e todo o tabu silencioso que se carrega aos ombros da saúde mental.

### **3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS TRÊS MÓDULOS**

Olhando para as intervenções por mim realizadas ao longo deste percurso, considero que possuo as competências necessárias para desenvolver actividades de enfermagem especializadas na área da Saúde Mental e Psiquiatria. De acordo com as competências do enfermeiro especialista nesta área definidas pela OE, apresento de forma sucinta as actividades por mim desenvolvidas e que me permitiram atingir essas competências:

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

- Feita pesquisa bibliográfica sobre as temáticas identificadas nos três módulos de estágio – intervenção na crise, doença mental grave e intervenção familiar;
- Aprofundar conhecimentos na área da relação terapêutica, entrevista de enfermagem, técnica de resolução de problemas e terapia de suporte, realizando reflexões sistemáticas sobre estas temáticas e o impacto na relação estabelecida com os clientes e com a prática de cuidados;
- Foi feita supervisão em todas as minhas intervenções, para uma melhor consciência do eu enquanto profissional e pessoa, evitando fenómenos de transferência que fossem prejudiciais à relação terapêutica.

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

- Desenvolvidas intervenções de enfermagem ao cliente/família, tendo em conta a comunidade em que está inserido e o ambiente que o rodeia, respeitando as questões éticas e culturais;
- No trabalho desenvolvido no módulo III (Apêndice XIV), foram aprofundados os conhecimentos da família sobre a doença mental, aproveitando a oportunidade para a orientar na escolha de estratégias de coping mais adaptativas, de forma a promover uma melhor qualidade de vida e bem-estar quer no cliente quer na própria família;
- O trabalho desenvolvido no módulo II (Apêndice VII), visou não só realizar ensinamentos sobre a doença mental e suas especificidades, mas também evitar

recaídas, e deste modo manter uma maior estabilidade na saúde do cliente, dando respostas adequadas aos primeiros sinais de crise.

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

- Realizadas entrevistas semi-estruturadas a diversos clientes nos três módulos de estágio, em diferentes fases do seu continuum saúde-doença;
- Realizados estudos de caso nos diferentes módulos de estágio, onde foram identificados focos de intervenção, desenvolvidas acções de enfermagem e avaliação dos resultados obtidos, havendo um acompanhamento regular dos clientes para um melhor ajuste das estratégias adaptativas escolhidas, procurando dar resposta aos problemas por eles identificados;
- As intervenções ao cliente/família foram definidas de acordo com o processo de enfermagem, fazendo uma avaliação daquilo que o cliente apresenta, identificando factores de stress, definindo objectivos tendo em vista a obtenção de resultados, de forma individual e personalizada.

Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde

- Elaboração e implementação de um programa de adesão ao regime terapêutico, aplicado a grupos de clientes ou em contexto de entrevista individual;
- Planificação e implementação de sessões de relaxamento e terapia pela actividade a clientes em situação de crise, permitindo-lhes libertar tensões e criar maior consciência de si mesmos;
- Participação como elemento activo da equipa de desinstitucionalização de clientes no módulo I, monitorizando e intervindo quando necessário nos clientes já desinstitucionalizados;
- Levantamento de dados pertinentes que servirão de base à implementação de um programa de intervenções familiares na ESMC, onde realizei o módulo III.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando questionamos as pessoas que nos rodeiam sobre a imagem que têm de uma pessoa com doença mental, nem sempre nos agrada o que ouvimos. Palavras como “maluco”, “esquizofrénico”, “psicopata”, “maníaco”, são usadas banalmente, despidas de respeito e fortemente carregadas de estigma. No dia-a-dia, não paramos para reflectir sobre elas e sobre o limite ténue que separa a sanidade da doença mental. Cabe-nos a nós, como profissionais de saúde, transmitir conhecimentos às populações e diminuir o estigma que existe em relação a estas pessoas.

Como Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica considero-me numa posição privilegiada, pois para além do compromisso de cuidar, de poder conhecer e respeitar os que estão ao meu cuidado e de responder aos seus pedidos, posso crescer enquanto profissional (procurando fazer sempre mais e melhor com vista a que o outro obtenha ganhos em saúde), mas também enquanto pessoa, percorrendo um longo caminho no conhecimento de mim mesma, permitindo-me estabelecer relações com os outros de uma forma mais segura e serena. Deste modo, os ganhos em saúde só serão alcançados através de intervenções de enfermagem adequadas a cada situação e contínuas, posteriormente avaliadas e reformuladas, caso se justifique. Ser Enfermeira de Saúde Mental e Psiquiátrica é isso mesmo, o meu centro de acção é o outro enquanto pessoa e o meu principal instrumento de trabalho é a relação que consigo estabelecer.

É ao reflectir sobre a prática que exploramos e adquirimos competências, pois só assim tomamos consciência das nossas acções e só assim conseguimos articular a teoria com a prática de Enfermagem. Neste caso concreto, a capacidade de reflectir e de avaliar o meu desempenho e a minha postura é a forma de conseguir aprender com os meus erros, mas também com os meus sucessos. Ou seja, é reflectindo e avaliando o significado e o valor das minhas intervenções que cresço enquanto enfermeira e pessoa.

Foi um longo caminho percorrido, com muitos obstáculos, alguns mais fáceis de ultrapassar que outros. Destaco a minha evolução como enfermeira no contacto com os clientes assim como nas entrevistas de enfermagem. Passei a utilizar uma abordagem ao cliente mais personalizada e em estabelecer uma relação terapêutica e de confiança, que se foi tornando cada vez mais espontânea e com maior segurança. Inicialmente houve uma necessidade expressa de elaborar um guião de entrevista e de me cingir a ele,

passando as entrevistas a ser cada vez menos estruturadas e mais fluidas, com uma percepção mais clara do não verbal (meu e do cliente), intervindo de forma terapêutica e fornecendo apoio ao longo da entrevista. Desta forma, houve um percurso evidente e necessário onde após muita pesquisa e tendo começado a medo no primeiro módulo, as entrevistas e as intervenções especializadas de enfermagem passaram a ser mais espontâneas e com clientes inesperados no segundo módulo, culminando num terceiro módulo em que para além do cliente houve uma intervenção directa com a sua família, respondendo às necessidades expressas de ambos no momento da entrevista. Houve uma evolução enquanto pessoa e enfermeira, tendo por base uma prática baseada na evidência, indo buscar conhecimentos de uns módulos de estágio para os outros.

Encontro-me no final deste percurso uma melhor enfermeira, com as minhas intervenções mais estruturadas e baseadas em modelos teóricos, conceptualizadas, pois só assim podemos realmente mostrar que a enfermagem é também uma profissão. Acredito que adquiri grande parte das competências exigidas quer pela escola quer pela OE, mas o meu trabalho enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica está longe de estar completo ou de ter chegado ao fim. E sinceramente, espero que nunca fique terminado...

Tive a sorte de encontrar excelentes profissionais, que me ensinaram muito do que sei sobre saúde mental (uma vez que a minha experiência enquanto profissional nesta área era praticamente inexistente), mas também por os poder considerar modelos que me abriram os horizontes e me permitiram crescer, de uma forma árdua mas saudável, permitindo-me ter uma visão mais alargada e mais realista de mim própria, dos outros e do ambiente que nos rodeia.

Por a área da Saúde Mental e Psiquiatria ser transversal às nossas áreas de actuação e ao ciclo vital da pessoa, muito fica por atingir e por explorar nestes três módulos de estágio. A ressaltar, dou especial destaque às intervenções que não foram realizadas na área da criança/jovem e no adulto idoso, adquirindo competências especializadas nestas áreas. Espero no futuro poder intervir a estes níveis, não esquecendo as minhas áreas de eleição que se reflectem nos módulos de estágio por mim realizados.

Ao concluir este curso reconheço que este relatório foi a convergência da minha aprendizagem. Para a sua concretização realizei actividades previamente planeadas, atendendo ao tempo previsto, atingindo os objectivos propostos e as finalidades do curso.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, F. e SILVA, L. – **A Família como Suporte da Política de Saúde Mental em Portugal**. Dissertação de Mestrado (p.95-99), ISSSP; Porto; 1998.
- BANDEIRA, M. et al – **Sobrecarga das Famílias de Pacientes Psiquiátricos**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol.54, nº1 (p.34-46); 2005.
- BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. Edições 70; Lisboa; 2004.
- BRITO, Luísa – **Intervenções Psicoeducativas para Famílias com Esquizofrenia**. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, nº5 (p.15-24); Coimbra; 2006.
- CAMPOS, P. et al – **Representação da Sobrecarga Familiar e Adesão aos Serviços Alternativos em Saúde Mental**. *Psicologia em Revista*, vol.11, nº18 (p.219-237); Belo Horizonte; 2005.
- CAPLAN, G. – **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Zahar Edotires, Rio de Janeiro; 1980.
- CHADDA, R. et al – **Caregiver Burden and Coping: a Prospective Study of Relationship Between Burden and Coping in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder**. *Society of Psychiatric Epidemiology*, nº 42 (p.923-930); 2007.
- CHALIFOUR, Jacques. – **A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção**. Lusodidacta, Loures; 2009.
- CHALIFOUR, Jacques. – **A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda**. Lusodidacta, Loures; 2008.
- COLVERO, Luciana et al – **Família e Doença Mental: a Difícil Convivência com a Diferença**. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, vol.38, nº2 (p.197-205); São Paulo; 2005.
- DRAFT VERSION – **Family Psychoeducation Fidelity Scale: Implementation Resource Kit**. *Evidence-Based Practices* (p.4-27); 2003.

- FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização**. 1ª Edição; Lusociência; Loures; 1999.
- FREESE, B. - “**Betty Neuman: Modelo de Sistemas**”, in TOMEY A. E ALLIGOOD M., **Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5.ª Edição, Lusociência, Loures, p. 335-354; 2004.
- GEORGE, J. - **Teorias de Enfermagem para a Prática Profissional**. Artes Médicas, Porto Alegre; 1993.
- GEORGE, J. - **Teorias de Enfermagem: os Fundamentos à Prática Profissional**, Artmed Editora, Porto Alegre; 2000.
- HANZAWA, S. et al – **Burden and Coping Strategies in Mothers of Patients with Schizophrenia in Japan**. Psychiatric and Clinical Neurosciences – Journal Compilation of the Japanese Society of Psychiatry and Neurology, nº62 (p.256-263); 2008.
- HARRISON, P., GEDDES, J., & SHARPE, M. - **Guia Prático Climepsi de Psiquiatria**. 1.ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa; 2006.
- HESBEEN, W. - **Qualidade em Enfermagem - Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Lusociencia, Loures; 2001.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B – **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica** – 9ª edição, Artmed, Porto Alegre; 2007.
- KLEIN, J.; GONÇALVES, A. – **A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários**. Psico-USF, v.10, nº 2, p.113-120, Julho/Dezembro, Braga; 2005.
- LABATE, R. et al – **Visita Domiciliária: Um Olhar da Enfermagem Psiquiátrica**. Revista Brasileira de Enfermagem nº 57 (5), p.627-628, Setembro/Outubro, Brasília; 2004.
- LAZURE, H. – **Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e pratica de um critério de competência da enfermeira** – Lusodidacta, Lisboa; 1994.
- MAGLIANO, L. et al – **Effectiveness of a Psychoeducational Intervention for Families of Patients with Schizophrenia: Preliminary Results of a Study**

- Funded by the European Commission.** World Psychiatry, nº4 (p.45-49); Fevereiro; 2005.
- NEEB, KATHY – **Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental.** Lusociência, Loures; 2000.
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS - CIPE – **Versão 1: Classificação para a Prática de Enfermagem;** 2005.
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Proposta do Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem;** 2001.
  - PAIVA, S. et al – **Grupo Familiar na Convivência como Doente Mental: Programa de educação em Saúde.** Revista Família, Saúde e Desenvolvimento, vol.2, nº1, Jan/Jun (p.21-29); Curitiba; 2000.
  - PAYNE, ROSEMARY A. – **Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde.** Lusociência, Lisboa; 2003.
  - PEREIRA, M. G. et al – **Intervenções Familiares na Esquizofrenia: dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal.** Revista Acta Médica Portuguesa, nº19 (p.1-8); Lisboa; 2006.
  - PHANEUF, M. – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Lusociência, Loures; 2005.
  - PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007-2016. Coordenação nacional para a Saúde Mental. Lisboa; 2008.
  - REID, J. et al – **The Psychoeducation Needs of Parents who have an Adult Son or Daughter with Mental Illness.** Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, vol.4, nº2 (p.1-13); 2005.
  - REIS, Filipe – **Intervenção Psicoeducativa nas Famílias de Esquizofrénicos.** Revista PsiLogos, vol.1, nº1 (p.19-41); Lisboa; 2004.
  - ROSE, Linda et al – **A Grounded Theory of Families Responding to Mental Illness.** Midwest Nursing Research Society, vol.24, nº5 (p.516-536); 2002.
  - SANCHEZ, M.C. GONZALEZ et al – **Esquizofrenia. Abordagem de Enfermaria. Perspectivas Actuales.** Ver. Rol 24 (6) 423-430; 2001.

- SOBREIRA, N. – **Enfermagem Comunitária**. Interamericana. Rio de Janeiro; 1981.
- SOUSA, L. - **Psicose Ciclóide**. Servir. Lisboa. ISSN 0871-2370 vol.6 nº53,264-270, Novembro/Dezembro, 2005.
- STANHOPE, M., LANCASTER, J. – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. 4ª Edição, Lusodidacta, Loures; 1999.
- STUART, G., LARAIA, M. – **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Práticas**. 6ª Edição, Artmed editora, Porto Alegre; 2001.
- TAYLOR, C. – **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13ª Edição, Artes Médicas, Porto Alegre; 1992.
- TOMEY A. E ALLIGOOD M. - **Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5.ª Edição, Lusociência, Loures; 2004.
- TOWNSEND, M. – **Enfermagem Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados**. 3ª Edição, Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro; 2002.
- TOWSEND, M. – **Enfermagem Psiquiátrica**. Guanabara, Rio de Janeiro; 2002.
- WAIDMAN, M. A. et al – **Família e Doença Mental**. Revista Família e Desenvolvimento, vol.1, nº 2 Jan/Dez (p.27-32); Curitiba; 1999.
- WEEB, C. et al – **Burden and Well-Being of Caregivers for the Severely Mentally Ill: The Role of Coping Style and Social Support**. Schizophrenia Research 34 (p.169-180); 1998.
- [www.aeips.pt](http://www.aeips.pt)
- [www.cartasocial.pt](http://www.cartasocial.pt)
- XAVIER, M. et al – **Questionário de Problemas Familiares: Desenvolvimento da Versão Portuguesa de um Instrumento de Avaliação de Sobrecarga Familiar**. Revista Psicologia, Saúde e Doenças, vol.3, nº2, (p.165-177); Lisboa; 2002
- YACUBIAN, J. et al – **Psicoeducação Familiar**. Revista Família, Saúde e Desenvolvimento, vol.3, nº2, Jul/Dez (p.98-208); Curitiba; 2001

# APÊNDICES

## **APÊNDICE I – Guião de Entrevista**

## **ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO INICIAL E DIAGNÓSTICA**

### 1. DADOS BIOGRÁFICOS

- Nome
- Idade
- Estado civil
- Situação profissional
- Nacionalidade
- Escolaridade
- Morada (tipo de habitação)
- Data e motivo de internamento

### 2. ANTECEDENTES PESSOAIS

- Internamentos anteriores
- Patologias
- Hábitos (tabágicos, alcoólicos, consumo de substâncias)
- Medicação em ambulatório (PO e depôt)

### 3. ANTECEDENTES FAMILIARES

- Agregado familiar
- Patologias psiquiátricas
- Pessoa de referência (nome, filiação e contacto)

### 4. EXAME DO ESTADO MENTAL

- Apresentação e postura (idade aparente, actividade motora, apresentação, olhar)
- Discurso e linguagem
- Memória, atenção e concentração
- Estado de consciência e orientação (tempo, espaço e pessoa)
- Humor e afectos
- Pensamento (forma e conteúdo)
- Percepção (alterações visuais, auditivas e outras)
- Insight
- Estado físico e satisfação das necessidades

### 5. EFEITO DOS COMPORTAMENTOS E SINTOMAS

- Actividade laboral/escola
  - Relação e interacção com os outros
  - Envolvimento na família e nas actividades
-

## **APÊNDICE II – Internamento Compulsivo**

## INTERNAMENTO COMPULSIVO

### INTRODUÇÃO

Para nós portugueses que vivemos num Estado de Direito, os nossos direitos fundamentais estão consagrados na CRP, onde se lê no seu artigo 27º, nº 1 “*Todos têm direito à liberdade e à segurança*”.

E o que acontece com os cidadãos portadores de doença mental, com uma alteração do comportamento, do pensamento ou da percepção, quando podem constituir um risco para a sua própria vida e dos outros? Claro que não se põe em dúvida a sua necessidade de tratamento e acompanhamento, mas são pessoas que se encontram vulneráveis e numa situação de desigualdade relativamente à sociedade envolvente por motivos de saúde. Os indivíduos não podem ser submetidos a tratamentos contra a sua vontade, no entanto têm direito à protecção assistencial, não perdendo com isso os seus direitos de cidadania. No caso dos clientes mentais, foi contemplada na Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98 de 24 de Julho) o regulamento do internamento compulsivo das pessoas com doença mental.

Enquanto enfermeiros devemos estar despertos para todo o contexto legal envolvente nestes casos. Se por um lado é importante prestarmos “... *cuidados de saúde ao ser humano, são ou cliente, ao longo do ciclo vital (...) de forma a que mantenha, melhore ou recupere a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional...*” (REPE), não é menos importante cumprir o que diz o nosso Código Deontológico, nomeadamente no artigo 78º, nº 1 “*As preocupações de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana...*” e no artigo 79º c) “*Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum...*”.

### INTERNAMENTO COMPULSIVO

Na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), na Base I nº 1 está descrito que “*A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei*”. Os indivíduos com doença mental têm na lei Portuguesa direitos que lhe são conferidos

---

pela LSM (Lei nº 36/98, de 24 de Julho). Assim, segundo esta lei, o seu artigo 2º nº 1 consagra que *“A protecção da saúde mental efectiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social onde vive”*.

A mesma lei define no artigo 7º que internamento compulsivo é o *“internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave”*. Nestes casos, são englobados todos aqueles em que o internamento é a única forma de cumprirem um plano terapêutico e no caso de porem *“o bem jurídico em causa”*, quer sejam os bens físicos, morais ou sociais de uma pessoa/comunidade (LSM, artigo 8º nº 1 e nº 2). Nesta medida, o internamento compulsivo não pode ser considerado uma medida de segurança de natureza penal, e apesar do direito à liberdade estar em causa, é no direito à segurança que este internamento pode ser posicionado, tanto do próprio cliente como daqueles que o rodeiam (LSM, artigo 12º).

Podendo ser visto como uma privação da liberdade imposta a estes clientes, essa privação tem e terá de ter sempre em conta os princípios constitucionais em vigor. Para tal, o cliente internado compulsivamente tem o direito de *“ser esclarecido sobre os motivos da privação da liberdade”* (LSM, artigo 11º, nº 2 b)) e deverá ser informado dos seus direitos (LSM, artigo 10º), assim como ser-lhe-á permitido *“comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença”* (LSM, artigo 5º g)).

Todo o processo que envolve uma pessoa com doença mental que tenha de ser submetida a internamento compulsivo, está contemplado na Secção III da LSM, mas compete-nos a nós enquanto enfermeiros no exercício da nossa profissão, salvuardarmos os direitos destes clientes, tendo a perfeita noção de quem tem legitimidade para pedir este tipo de internamento, assim como a forma como se desenrola o processo, nomeadamente no que confere a prazos a quem cabe esta decisão. Apenas tem legitimidade para requerer internamento compulsivo o representante legal da pessoa com doença mental, as autoridades de Saúde Pública, o Ministério Público ou o director clínico de uma instituição de saúde se no decorrer de um internamento voluntário se verificar alguma alteração da saúde mental da pessoa internada (LSM, artigo 13º). A decisão deste internamento cabe sempre ao juiz. O internamento compulsivo apenas se pode fazer cumprir durante o tempo necessário em que se

---

verificarem os pressupostos que lhe deram origem (explicitados nos artigos 12º e 22º da LSM). Esta cessação do internamento pode ser feita por alta médica (dada pelo director clínico da instituição em que a pessoa se encontre internada) ou por ordem judicial (LSM, artigo 34º).

As situações em que uma pessoa portadora de doença mental é encaminhada a um serviço de urgência para ser submetida a internamento compulsivo, não podem ser vistas como medida de segurança de natureza penal. Nestes casos, e podendo esta pessoa ser acompanhada por elementos das forças policiais, a estes apenas compete a condução da pessoa à urgência para ser submetido a uma avaliação clínico-psiquiátrica e à execução do mandado (LSM, artigos 22º, 23º e 24º). Nos casos em que esta avaliação não confirme a necessidade de internamento, “... a entidade que tiver apresentado o portador de anomalia psíquica restitui-o de imediata à liberdade...” (LSM, artigo 25º nº 2).

É importante ressaltar que em todo este processo de internamento compulsivo, à pessoa com perturbação mental é-lhe constituído ou nomeado um defensor e os familiares mais próximos são ouvidos no processo, sendo-lhes também comunicada a decisão do juiz.

Os casos especiais também se encontram contemplados na LSM (artigo 28º e 29º), uma vez que são diversas as vezes em que uma pessoa com anomalia psíquica pode cometer crimes que ficam sujeitos a processo penal. Nestas situações, o processo penal não é impeditivo nem facilitador de internamento compulsivo, no entanto o juiz pode optar por internar compulsivamente a pessoa que cometeu crime como medida de segurança, considerando a pessoa inimputável ao abrigo do artigo 20º do Código Penal (Lei 59/2007 de 4 de Setembro). Nestas questões de inimputabilidade, contrariamente ao que nos diz o artigo 17º nº 5 da LSM (“..., o juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica está subtraído à livre apreciação do juiz”) o juiz pode divergir das conclusões dos peritos, desde que fundamente tal divergência, nos termos dos artigos 351º nº 1, 163º nº 1 e nº 2 do Código de Processo Penal.

Ora muitos dos internamentos compulsivos ocorrem por isto mesmo, por clientes que têm fraca adesão ao plano terapêutico e acabam por ter manifestações da sua doença mental em fase aguda, sendo encaminhados para serviços de urgência. Também nestes casos e no que concerne ao internamento compulsivo, a LSM (artigo 33º) contempla que “O internamento é substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatorio sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade ...”. O mesmo artigo diz

---

que esta substituição em regime ambulatorio terá de ser aceite pelo cliente, terão de ser respeitadas as condições do psiquiatra e terá de ser comunicado ao tribunal. No caso de incumprimento, é comunicado ao tribunal e o juiz emite um mandado de condução.

Resta acrescentar que todo o processo envolvendo um internamento compulsivo tem natureza secreta e urgente, o que significa não haver interrupção de contagem de prazos nas férias judiciais, estando isento de custas judiciais.

## **CONCLUSÃO**

A Lei de Saúde Mental serve para proteger os direitos das pessoas com doença mental enquanto cidadãos mas também para pôr em foco princípios éticos importantes, nomeadamente o Princípio de Não-Maleficência e o Princípio de Beneficência. É importante, na medida em que só assim poderemos promover boas práticas e caminhar em direcção à excelência dos cuidados.

Apesar de tudo, continuam a surgir notícias de violação dos direitos humanos dos clientes mentais e prosseguem os debates sobre tratamentos psiquiátricos compulsivos a pessoas que constituem um potencial perigo para a sua segurança pessoal e da comunidade onde estão inseridas, havendo muitas vezes sobreposição dos valores das famílias e comunidades em desprimor dos direitos dos próprios clientes. No entanto, é importante reflectir qual o papel dos técnicos neste tipo de internamentos, pois se por um lado há que respeitar o direito à liberdade da pessoa internada, é também necessário considerar o direito à protecção de todas as outras pessoas que circulam fora dos serviços de Psiquiatria, bem como nos riscos para a própria vida do cliente com perturbação mental.

---

# INTERNAMENTO COMPULSIVO

## Internamento Compulsivo

- ▶ Lei da Saúde Mental – Lei nº 36/98 de 24 de Julho
- ▶ Constituição da República – Lei nº 1/2005 de 12 de Agosto
- ▶ Código Penal – Lei 59/2007 de 4 de Setembro
- ▶ Estatuto OE – Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro
- ▶ REPE – Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro

## Internamento Compulsivo

- ▶ LSM, Art. 2º – A protecção da saúde mental efectiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social onde vive

## Internamento Compulsivo

- ▶ Art. 7º e 8º – Internamento compulsivo é o internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave. São englobados todos aqueles em que o internamento é a única forma de cumprirem um plano terapêutico e no caso de porem o bem jurídico em causa, quer sejam os bens físicos, morais ou sociais de uma pessoa/comunidade

## Internamento Compulsivo

- ▶ Art. 10º e 11º – O doente internado compulsivamente tem o direito de ser esclarecido sobre os motivos da privação da liberdade e deverá ser informado dos seus direitos
- ▶ Art. 5º – É-lhe permitido comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença

## Internamento Compulsivo

- ▶ Art. 13º – A decisão do internamento cabe sempre ao juiz
- ▶ Art. 22º – Apenas se pode fazer cumprir durante o tempo necessário em que se verificarem os pressupostos que lhe deram origem
- ▶ Art. 34º – A cessação do internamento pode ser feita por alta médica (dada pelo director clínico da instituição em que a pessoa se encontra internada) ou por ordem judicial

## Internamento Compulsivo

Art. 28º e 29º – Pendência de processo penal / pessoa inimputável

- ▶ O processo penal não é impeditivo nem facilitador de internamento compulsivo, no entanto o juiz pode optar por internar compulsivamente a pessoa que cometeu crime como medida de segurança, considerando-a inimputável ao abrigo do Art. 20º do Código Penal.

## Internamento Compulsivo

Código Penal

- ▶ Art. 91º – Quando o crime praticado pelo inimputável corresponder a pena de prisão superior a cinco anos, o internamento tem a duração mínima de três anos
- ▶ Art. 92º – O internamento não pode exceder o limite máximo da pena correspondente ao tipo do crime cometido pelo inimputável. Se ao crime corresponder uma pena superior a oito anos, o internamento pode ser prorrogado por períodos sucessivos de dois anos

## Internamento Compulsivo

- ▶ CRP, Art. 27º – Todos têm direito à liberdade e à segurança; exceptua-se deste princípio o internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente.

## Internamento Compulsivo

- ▶ LSM, Art. 12º – O internamento compulsivo não pode ser considerado uma medida de segurança de natureza penal, e apesar do direito à liberdade estar em causa, é no direito à segurança que este internamento pode ser posicionado, tanto do próprio doente como daqueles que o rodeiam

## Pontos de Reflexão

- ▶ A pessoa internada compulsivamente não está presa
- ▶ Ir à rua significa risco para a pessoa, não de fuga mas de vida ou integridade física
- ▶ Com o internamento compulsivo foi decidido que o direito de protecção à saúde dessa pessoa precisa de ser assegurado
- ▶ Se há risco de fuga, este direito não fica assegurado

## Pontos de Reflexão

### Lei de Bases da Saúde

- ▶ Base I, nº1 – a protecção à saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados

## Pontos de Reflexão

- ▶ REPE, Art. 4º – prestar cuidados de saúde ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital ... de forma a que mantenha, melhore ou recupere a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional
- ▶ Art. 8º – autonomia de exercício da profissão

## Pontos de Reflexão

- ▶ Estatuto OE, Art. 78º – as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação de defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana
- ▶ Art. 79º – o enfermeiro assume o dever de responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega

## Em conclusão...

- ▶ O enfermeiro só poderá tomar a decisão de levar uma pessoa em internamento compulsivo à rua se estiver convencido que o risco de fuga não existe e que consegue manter essa pessoa em segurança
- ▶ Para normalizar esta prática, o ideal é fazer uma norma de serviço

**OBRIGADO**

## **APÊNDICE III – Estudo de Caso I**

## ESTUDO DE CASO I

### Dados colhidos no processo

Cliente de 50 anos, sexo masculino, natural de Cabo Verde. Transferido do CHPL onde deu entrada no dia 24/04/2010 por quadro de descompensação psicótica caracterizado por alterações do comportamento, ideias delirantes persecutórias, de influenciamento, assim como AAV e insónia. Realizou lá estudo analítico que se revelou sem alterações, incluindo pesquisa de tóxicos negativa (cocaína e canabinóides).

Cliente vigil, calmo, colaborante, orientado. Discurso um pouco desorganizado, apresenta embotamento afectivo. Alteração do processo de pensamento nomeadamente ideias delirantes pouco sistematizadas. Sem alterações da percepção.

### 1. Entrevista de diagnóstico

#### 1.1. Preparação prévia

Tive oportunidade de consultar o processo do cliente e saber qual o motivo de internamento e outros dados pertinentes. Tendo em conta o papel da família em todo o processo de tratamento e acompanhamento do cliente, planeei também realizar entrevista à irmã após a entrevista diagnóstica ao cliente.

### 2. Avaliação clínica

#### 2.1. Primeira fase – Definição de papéis e espaços

A entrevista foi realizada no serviço de Psiquiatria do HGO no dia 03/05/2010 depois do jantar. Optou-se por esta hora por se tratar de um momento habitualmente calmo e sem actividades grupais programadas.

Após a minha apresentação, foi pedida autorização ao cliente para se proceder à entrevista, estipulado o tempo de duração (20 minutos) e explicado o motivo da mesma. Escolheu-se uma sala mais pequena, com ambiente calmo e acolhedor, evitando ao máximo os ruídos e influências externas, as cadeiras foram colocadas sensivelmente a 90° e apesar de existir uma mesa, ela serviu apenas de apoio, não se entrepondo entre nós.

---

Foi também garantido ao cliente toda a confidencialidade da informação recolhida durante a entrevista.

## 2.2. Segunda fase – Avaliação Diagnóstica

### 2.2.1. Perspectiva do cliente

O cliente refere que se encontra internado porque a irmã disse que ele começou a ter umas atitudes estranhas e que também não o quer a viver mais em casa dele. Refere que antes de ir para o hospital “dormia mal de noite porque sentia o corpo a tremer, a abanar todo quando estava na cama” (sic) e que isso o incomodava, mas que isso só começou a acontecer desde que vive em Portugal. Refere também que esteve internado em Cabo Verde devido às cicatrizes no corpo (feridas provocadas por uma catana) e nessa altura “ouvia vozes que falavam entre elas” (sic), mas que não se lembra do que diziam e que tudo isso desapareceu depois do internamento. Em relação à terapêutica, diz que em Cabo Verde fazia uma injeção todos os meses, mas não sabe o que era.

Veio para Portugal à procura de trabalho para ter melhor qualidade de vida, tendo trabalhado apenas 4 dias como servente de cozinha. Por “não ter número de contribuinte e o passaporte estar a acabar” (sic), não lhe fizeram um contrato. Desde então, vive com a irmã V. na Charneca da Caparica ajudando-a “no cultivo de uns terrenos” (sic).

Boas perspectivas em relação ao futuro, referindo ter vontade de voltar a trabalhar para poder proporcionar uma vida melhor à família que ficou em Cabo Verde, reconhecendo que o internamento serve para o “pôr melhor e dar forças para trabalhar” (sic).

### 2.2.2. Perspectiva do Enfermeiro

- **História pessoal e familiar**

Cliente do sexo masculino, 50 anos, natural de Cabo Verde a residir em Portugal há 9 meses em casa da irmã (veio para o funeral da mãe), casado, 6 filhos em Cabo Verde e uma das quais a estudar em Portugal (Porto). Refere beber 2-4 cervejas por dia e um copo de vinho às refeições. Em Cabo Verde bebia aguardente que o próprio fabricava e também fumava uma erva de nome “louro”. Em Portugal fuma apenas tabaco.

Ao fim de 2 meses a residir em Portugal apresentou os primeiros sinais de alterações de comportamento (insónia e postura desconfiada) e foi encaminhado pela irmã ao SU do

---

HGO, onde foi medicado e teve alta. Esteve internado em Dezembro de 2009 no HFF por nova descompensação, pois nesta altura estava a viver com uma irmã da esposa em Queluz.

Desconhecem-se antecedentes familiares. Desde que está em Portugal não fez nenhum tipo de terapêutica, e em relação à injeção mensal que fazia em Cabo Verde, nem ele nem a irmã sabem que tipo de medicação era.

- **Apresentação e postura**

Idade aparente inferior à idade real, aspecto cuidado e bom estado de higiene. Postura erecta, não defensiva nem submissa, confortável com a partilha de experiências e vivências. Independente nas das suas actividades de vida diárias. Olhar vago. Comportamento adequado, não tendo automatismos nem comportamentos involuntários.

- **Discurso e linguagem**

Discurso verbal organizado mas sob pressão, tom de voz firme. Tive alguma dificuldade em compreender a totalidade do discurso uma vez que o cliente utiliza muitos termos em crioulo.

- **Memória, atenção e concentração**

Sem alterações da memória e da atenção, mas com dificuldades na concentração.

- **Estado de consciência e orientação**

O cliente encontrava-se vigil, orientado no tempo e no espaço, sem alterações da continuidade e clareza da consciência. Apresenta consciência de si, quer da identidade quer da unidade do eu. Sem alterações da consciência do corpo.

- **Humor e afectos**

O cliente apresentava um bom contacto, embora um pouco reservado, em especial com o grupo. Apresentava um fâcies triste e humor eutímico. Os afectos eram adequados e em harmonia com as ideias. Mostrou preocupação com o bem-estar da família que está em Cabo Verde.

---

- **Pensamento**

Apresenta alterações de pensamento, nomeadamente ideias delirantes de conteúdo persecutório “foi a minha irmã que me trouxe para aqui, ela não gosta de mim, diz que sim mas eu sei que não ... eles querem o meu mal” (sic).

- **Percepção**

Não foram apuradas alterações da percepção, embora o Sr. G. diga que em casa “às vezes ouço vozes na minha cabeça” (sic). No internamento e quando confrontado com a possibilidade nega.

- **Insight**

Sem insight para a doença mas com alguma crítica para o internamento, verbalizando que sabe que “é para ficar melhor” (sic).

- **Estado físico e satisfação das necessidades**

Constituição do organismo adequada, com índice de massa corporal aparentemente dentro da normalidade para a idade. Mucosas coradas e hidratadas, dedos indicador e médio da mão direita amarelados, como sinal de ser fumador. Apresenta duas cicatrizes de tamanho considerável, uma no pescoço e outra ao nível do ombro esquerdo que foram feitas por uma catana pelo irmão João, em Cabo Verde, por uma desavença durante uma discussão (o irmão devia-lhe dinheiro).

Faz cerca de 4 refeições por dia e não referiu alterações do padrão de eliminação. Antes do internamento, referiu diversos dias com insónia.

- **Medicação**

O cliente encontra-se a fazer a seguinte terapêutica: Risperidona 2mg PO ao pequeno-almoço e ao deitar, Diazepam 10 mg PO ao pequeno-almoço, almoço e jantar, Biperideno AP 4 mg PO ao jantar e Flurazepam 30 mg PO ao deitar.

- **Efeito dos comportamentos e sintomas**

Apresenta boa adesão ao regime terapêutico. Apesar de reservado e um pouco isolado dos restantes clientes, tenta participar nas actividades de grupo propostas e com aparente agrado.

Recebe a visita da irmã uma vez por semana e a relação entre ambos é, aparentemente, sem conflitos. De acordo com o cliente, as relações e interacções com os familiares são

---

superficiais, havendo mesmo um irmão que o cliente verbaliza que “não me quer ajudar e não que saber de mim” (sic).

### 2.2.3. Encerramento da entrevista

No final dos 20 minutos, a entrevista foi dada por terminada, perguntando ao cliente se tinha mais alguma coisa a referir, se tinha dúvidas a esclarecer e se achava que poderíamos fazer mais alguma coisa por ele para além do que tem sido feito. O cliente referiu que se sente bem, bem tratado e que todos o têm ajudado, e que gostaria que o ajudássemos a tratar dos papéis legais para poder trabalhar em Portugal quando tivesse alta. Foi explicado ao cliente que ainda iria ser necessário permanecer mais uns dias no internamento, foi feito contrato terapêutico no sentido de continuar a aderir ao tratamento em geral e à terapêutica medicamentosa em particular, e foi também firmado que voltaríamos a conversar novamente no dia 10 de Maio.

## 2.3. Terceira fase – Avaliação diagnóstica

**Diagnóstico:** Processo de pensamento alterado

### **Intervenções de Enfermagem segundo a CIPE**

- Vigiar o processo de pensamento
- Gerir o ambiente físico
- Vigiar a acção do cliente

### **Resultados esperados**

- Redução da verbalização dos delírios
- Evidência de conteúdo adequado do pensamento

### **Actividades desenvolvidas**

Realizadas entrevistas terapêuticas para se apurar a evolução do processo de pensamento, e rapidamente o cliente deixou de verbalizar frases que indicavam ter presente delírio persecutório. Administrada terapêutica anti-psicótica com efeitos terapêuticos visíveis. O cliente permaneceu tranquilo durante todo o internamento, colaborante.

---

**Diagnóstico:** Sono alterado

### **Intervenções de Enfermagem segundo a CIPE**

- Vigiar o sono
- Gerir o ambiente
- Facilitar o sono

### **Resultados esperados**

- Boa qualidade de sono
- Acordar em horários adequados
- Sem insónia

### **Actividades desenvolvidas**

Administração de terapêutica hipnótica, proporcionar um ambiente calmo no final do dia e períodos de sesta, incentivar a participação nas actividades durante o dia.

**Diagnóstico:** Comunicação alterada

### **Intervenções de Enfermagem segundo a CIPE**

- Promover alternativas de comunicação
- Incentivar a comunicação
- Vigiar a comunicação
- Facilitar a comunicação expressiva de emoções

### **Resultados esperados**

- Expressão de emoções e sentimentos

### **Actividades desenvolvidas**

Foram programadas entrevistas de ajuda, nas quais foi incentivado o cliente a expressar o que sentia, no que diz respeito ao internamento, à percepção que tem da doença e face ao futuro. Foi também incentivada a sua participação nas actividades de grupo. A comunicação verbal era por vezes pouco perceptível devido ao uso de crioulo.

---

**Diagnóstico:** Adesão ao regime terapêutico comprometido

### **Intervenções de Enfermagem segundo a CIPE**

- Assistir a pessoa a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico
- Incentivar a adesão ao regime terapêutico
- Promover uma gestão eficaz do regime prescrito
- Ensinar sobre as complicações da não adesão ao regime terapêutico

### **Resultados esperados**

- Adesão ao regime terapêutico
- Capacidade de gestão eficaz do regime terapêutico
- Reconhecer efeitos secundários da medicação

### **Actividades desenvolvidas**

Na entrevista inicial identificaram-se que as razões pelas quais o cliente não tomava a medicação prendiam-se com os factores sociais a ele associados, nomeadamente à sua situação de residente ilegal no nosso país e ao facto de ter pouco apoio por parte dos familiares. Foram realizados ensinamentos sobre a importância da toma diária da medicação e que o resultado de ele não cumprir o regime terapêutico seria novo internamento, um desgaste da família e ainda mais dificuldades em encontrar trabalho. Optou-se por incluir na terapêutica medicação de depósito e foi feito o reforço da importância desta medicação injectável.

#### **2.3.1. Entrevista de acompanhamento à família**

No dia 01/05, a irmã do Sr. G. dirigiu-se ao serviço para o visitar. Aproveitando a oportunidade, foi realizada uma entrevista com o intuito de apurar um pouco mais da história de vida do Sr. G., relações familiares, perspectivas futuras e disponibilidade familiar em relação ao acompanhamento do Sr. G. A irmã acrescentou aos dados já conhecidos que em Cabo Verde o Sr. G. tem um cunhado deficiente a seu cargo e que como é o único que trabalha, optou por vir trabalhar para Portugal durante um período de forma a “juntar algum dinheiro” (sic). Desconhecia estes problemas de saúde do irmão, até ao momento em que é internado no HFF e vem viver com ela porque “a cunhada onde ele estava não se quer responsabilizar por ele” (sic). Têm também um

---

irmão que vive em Queluz mas que não quer ajudar o Sr. G. no que diz respeito à sua estadia em Portugal nem em relação ao seu estado de saúde. Nega que o irmão tenha consumos alcoólicos ou de substâncias psicotrópicas, referindo que apenas o trouxe ao hospital porque “ele andava acordado toda a noite e falava sozinho” (sic).

Quando questionada sobre como será o acompanhamento do Sr. G. após a alta, a irmã mostrou-se algo renitente em se responsabilizar por ele, dizendo que os rendimentos são poucos, tem muitas pessoas para sustentar e que “o melhor é ele regressar à terra” (sic), pois ela vive com o marido e quatro filhos num bairro social na Charneca da Caparica, num apartamento com três assoalhadas e neste momento está desempregada. Foi então combinado com ela que iríamos proporcionar uma entrevista com a Assistente Social de forma a ver qual a melhor solução para esta situação, numa tentativa de começar a planear a alta.

A irmã do Sr. G. compareceu para nova entrevista marcada no dia 10/05, no mesmo dia em que se estava a preparar a alta clínica. Foram esclarecidas algumas dúvidas sobre a evolução da doença e sobre as causas que levaram ao actual internamento. A família encontra-se disposta a acolhê-lo novamente em casa e ajudá-lo a organizar a sua vida, mas uma vez que por cá vai ser quase impossível arranjar emprego uma vez que a situação do Sr. G. neste momento é ilegal, articulou-se com a Assistente Social a remarcação do bilhete de volta para Cabo Verde.

Foi feito ensino à família sobre a importância da adesão ao regime medicamentoso, tendo sido estabelecido com o cliente um contrato terapêutico que para além de toda a medicação PO que tomou durante o internamento e que irá manter no domicílio, ser-lhe-á prescrita uma injeção que terá de fazer de três em três semanas e que é para manter quando regressar a Cabo Verde.

Aproveitou-se a oportunidade de estarem os dois no serviço, para ser feito o ensino sobre os consumos de álcool e as suas implicações com a terapêutica e com a doença. Feito o reforço que esta é uma doença crónica, e que o abandono das consultas e da medicação implica recaída e eventualmente um novo internamento.

---

### **3. Avaliação**

No final do internamento o cliente apresenta um humor eufímico, verbalizando desejo de voltar a trabalhar para poder proporcionar uma vida melhor à família e para se sentir útil.

Manifestou conhecimentos sobre a doença e sobre os malefícios da ingestão de bebidas alcoólicas, assim como manifestou interesse em continuar com a terapêutica.

No que respeita à família, apresenta uma boa relação com esta. As perspectivas futuras serão de o Sr. G. retomar a sua vida em Cabo Verde, e o seu seguimento ser feito lá.

No que respeita à minha avaliação, senti que através da postura empática e mostrando disponibilidade e compreensão, o cliente pode exprimir-se, dizendo o que o preocupava.

Durante as entrevistas foi usado toque e contacto directo com o olhar, que foi bem aceite pelo cliente. Pequenos movimentos das mãos também contribuíram para uma harmonia entre a comunicação verbal e não verbal.

A distância entre mim e o cliente foi suficiente para não invadir o seu espaço mas também próxima, sendo a necessária para poder criar um espaço de comunicação e empatia.

Usei um tom de voz sereno e pausado. Encontrava-me calma e respeitei os momentos de silêncio.

Terminado o acompanhamento terapêutico, julgo ter cumprido os objectivos propostos, penso ter estabelecido uma relação empática com o cliente, o que o levou a comunicar comigo.

Consegui estabelecer uma ordem lógica nas intervenções utilizando a evidência científica, que se deveu à preparação inicial.

Ao fazer a análise dos dados penso que os mesmos foram suficientemente explorados. Considero que o acompanhamento foi bem conduzido e foi de extraordinária importância em termos de momento de aprendizagem. Tive oportunidade de pôr em prática conhecimentos teóricos adquiridos e de aumentar a minha experiência prática nesta situação específica.

---

## **APÊNDICE IV – Estudo de Caso II**

## ESTUDO DE CASO II

### Dados colhidos no processo

Cliente de 31 anos, sexo masculino, nacionalidade portuguesa. Transferido do HCC no dia 10/05/2010, após ter sido conduzido ao Serviço de Urgência a 03/05/2010 com mandado de condução por novo surto psicótico (agressividade dirigida a vizinhos e ao irmão). Na urgência apresentava delírio persecutório e de perjúrio em relação aos vizinhos. Foi internado compulsivamente. Teve dois internamentos anteriores no HMB (Janeiro e Agosto de 2007) e três internamentos no HGO (Abril e Dezembro de 2008 e Novembro de 2009).

### 1. Entrevista de diagnóstico

#### 1.1. Preparação prévia

Foi utilizado o mesmo guião de entrevista já elaborado. Foi possível a consulta do processo clínico (actual e antigos) e foram programadas múltiplas entrevistas de enfermagem e também entrevistas ao irmão.

### 2. Avaliação clínica

#### 2.1. Primeira fase – definição de papéis e espaços

A entrevista foi realizada no serviço de Psiquiatria do HGO no dia 10/05/2010 durante o período da manhã e antes do almoço. A entrevista foi feita com supervisão enfermeira orientadora, e foi-lhe explicado porque estávamos lá as duas e o que iria acontecer naquele espaço. Como o cliente é uma pessoa com múltiplos internamentos naquele serviço, está familiarizado com os procedimentos.

Foi escolhida a sala de enfermagem por ser a única que estava disponível no momento, e apesar de ser calma e ter um ambiente acolhedor, o facto de ter janelas viradas para o Serviço de Urgência foi destabilizador pois o Sr. JB distraia-se com o que se passava lá fora (antes de ter o primeiro surto, era funcionário do Serviço de Urgência).

O facto de estarem dois técnicos presentes foi intimidatório para o cliente, não deixando que ele verbalizasse tudo o que era necessário, mas mesmo assim foi possível identificar as suas necessidades e levantar os diagnósticos de enfermagem.

---

Foi também garantido ao cliente toda a confidencialidade da informação recolhida durante a entrevista.

## 2.2. Segunda fase – avaliação diagnóstica

### 2.2.1. Perspectiva do cliente

O cliente sabe porque está internado, mas não apresenta crítica para a situação. Refere que os vizinhos “riem-se de mim, mandam bocas de noite e de dia, fazem barulho...” (sic) e que isso o deixa irritado, tendo desta vez partido os vidros do carro deles “porque eles merecem”. Após este incidente foi chamada a polícia e foi o irmão que o identificou como sendo ele o culpado dos danos, tendo sido levado até ao Serviço de Urgência. Diz que a culpa de estar internado é também do irmão, uma vez que ninguém o tinha visto a partir os vidros do carro, referindo que “o meu irmão podia mentir e dizer que eu não estava em casa ... ninguém me viu” (sic).

Quando abordado em relação à toma da medicação e ao facto de o irmão ter dito que ele abandonou a terapêutica, o Sr. JB diz que “o meu irmão não sabe nada” e que ele só não foi à última administração da medicação depôt porque era “no mesmo dia em que fui internado” (sic). Apesar de tudo, refere sentir-se bem no internamento porque ali tem “alguns amigos e tratam-me bem” (sic).

Refere que os vizinhos o acusam de “a culpa de tudo o que acontece lá no prédio é minha porque sou esquizofrénico” (sic). Quando explorada esta temática, diz com alguma clareza que são os outros que referem isso e não ele que usa a doença como escudo para fazer o que quer.

Boas perspectivas em relação ao futuro, pois deseja encontrar uma namorada, casar e deixar de viver com o irmão, sem com isso sair do bairro onde vive pois “é lá que estão os meus amigos” (sic). Diz também que está à espera que se resolva um processo que tem na Segurança Social para lhe ser atribuída uma reforma e depois encontrar uma actividade profissional que possa exercer.

### 2.2.2. Perspectiva do enfermeiro

- **História pessoal e familiar**

Sexo masculino, 31 anos, solteiro, desempregado, residente com o irmão num bairro social na Costa da Caparica. Tem o 9º ano de escolaridade e foi Auxiliar de Acção

---

Médica no Serviço de Urgência do HGO até ao primeiro surto com 26 anos, e desde então este é o seu sexto internamento, todos compulsivos. Actualmente encontra-se desempregado.

Apesar de não ter nenhuma actividade profissional actualmente, mantém rotinas e passa bastante tempo fora de casa “para não ouvir o barulho que eles fazem” (sic). Não tem forma de obter rendimentos, no entanto gere 5€ diários que o irmão lhe dá para tabaco e café. Nega hábitos alcoólicos, apenas um cerveja quando está calor e quando há festas. Consumo regular de haxixe (todos os dias quando os amigos lhe dão, senão gasta os 5€ de cinco em cinco dias), apesar de não apresentar sintomatologia de abstinência física ou psicológica durante o internamento. Refere que começou a consumir depois do primeiro surto e depois de estar desempregado “vivo num bairro social, é muito fácil arranjar drogas; quando saio de casa há sempre grupos a fumar e oferecem-me” (sic). Hábitos tabágicos marcados, cerca de um maço por dia.

Segundo o irmão, o Sr. EP, tem uma irmã da parte do Sr. JB que se encontra na Alemanha e é saudável e uma outra que reside actualmente nos Estados Unidos da América e que esteve há uns anos internada durante 5 meses do HJM mas não soube especificar o motivo do internamento. Os pais já faleceram. Desconhecem-se outros antecedentes familiares.

- **Apresentação e postura**

Idade aparente coincidente com a idade real, apresenta um aspecto cuidado e bom estado de higiene. Postura erecta, um pouco desconfiado e pouco à vontade durante a entrevista. Reservado das restantes pessoas do serviço, mas cordial quando abordado. Independente na realização das actividades de vida diária. Apresenta comportamentos adequados e não expressa relutância em cumprir as regras e procedimentos do serviço.

- **Discurso e linguagem**

Discurso verbal organizado mas pobre e provocado, cordato, linguagem e tom de voz adequados.

- **Memória, atenção e concentração**

Sem alterações da memória e da atenção, mas com dificuldades na concentração.

---

- **Estado de consciência e orientação**

O cliente apresentou-se vigil, orientado no tempo e no espaço, sem alterações da continuidade e clareza da consciência. Apresenta consciência de si, quer da identidade quer da unidade do eu. Sem alterações da consciência do corpo.

- **Humor e afectos**

Apresenta humor disfórico triste, contacto superficial e reservado, mas sem hostilidade. Apresenta-se confortável junto dos técnicos e no internamento, embora desconfiado com alguns dos outros elementos do grupo.

- **Pensamento**

Apresenta alterações de pensamento, nomeadamente ideias delirantes de conteúdo persecutório em relação aos vizinhos “eles metem-se na minha vida, estão-me sempre a vigiar” (sic).

- **Percepção**

Não foram apuradas alterações da percepção, embora o Sr. JB refira que os vizinhos “usam uns copos na parede, estetoscópios e se calhar buracos para me espiarem” “o meu irmão não ouve porque isto só acontece quando ele não está em casa” (sic).

- **Insight**

Sem crítica para a doença nem para a situação.

- **Estado físico e satisfação das necessidades**

Apresenta aspecto um pouco emagrecido mas aparentemente dentro da normalidade para a idade. Em casa fazia apenas duas refeições diárias e não refere alterações do padrão de eliminação nem de sono.

- **Medicação**

O cliente encontra-se a fazer a seguinte terapêutica: Risperidona 3 mg PO ao pequeno-almoço e ao jantar, Lorazepam 1 mg ao pequeno-almoço, almoço e jantar, Quetiapina 100 mg ao jantar.

- **Efeito dos comportamentos e sintomas**

Antes da instalação da doença e do primeiro surto psicótico, trabalhou como Auxiliar da Acção Médica no Serviço de Urgência do HGO, não tendo voltado a exercer outra actividade profissional. Como as alterações da percepção que apresenta são

---

destabilizadoras da sua permanência em casa, passa o tempo com os amigos na rua, mantendo uma rede social que para o Sr. JB é aceitável.

A relação com as irmãs é escassa e com o irmão apenas superficial, apesar de viverem na mesma casa. Reconhece que o irmão é capaz de estar saturado destes comportamentos e de ter de resolver tantos conflitos com os vizinhos, mas que são eles que têm a culpa e o irmão tem obrigação de o ajudar.

Refere que quando voltar a trabalhar não vai informar as pessoas que é esquizofrénico e até “pode ser que não precise de voltar a tomar comprimidos” (sic). Não demonstra vontade em abandonar o consumo de substâncias porque “isso é o que me liga aos meus amigos e eles não me criticam por ser esquizofrénico” (sic).

### 2.2.3. Encerramento da entrevista

Ao fim de cerca 45 minutos foi dada por concluída a entrevista, perguntando ao cliente se gostaria de acrescentar mais alguma coisa ao que já tinha sido dito e se tinha dúvidas que gostaria de ver esclarecidas. Foi reforçada a confidencialidade da informação fornecida e que sempre que sentisse necessidade, nos abordasse no sentido de o ajudarmos a melhorar o seu estado de saúde. Ficou também combinado que voltaríamos a falar dentro de uma semana, para verificar como se sentia e para trabalharmos alguns aspectos a melhorar tendo em vista maior qualidade de vida e ganhos em saúde.

### 2.3.4. Entrevista ao irmão

O irmão do Sr. JB encontrava-se a visitá-lo neste dia, pelo que foi aproveitada a oportunidade para esclarecer com ele algumas dúvidas no que dizia respeito internamentos anteriores, história familiar e evolução da doença. O Sr. EP manifestou desalento perante toda esta situação de doença do seu irmão, verbalizando que estava sem mais recursos e que já não sabia o que mais poderia fazer para o ajudar. Em breve estaria de visita ao país a irmã que vive na Alemanha e iam ver se juntos conseguiriam tratar de encontrar uma instituição que acolhesse o Sr. JB para ele próprio poder fazer o seu dia-a-dia descansando e sem sobressaltos.

Feita uma tentativa de ajudá-lo a encontrar uma solução para este problema e para o seu desgaste, mas com pouco sucesso. Fornece-nos o seu contacto e ficou combinado que em breve e quando o Sr. JB estivesse um pouco melhor, entraríamos em contacto com

---

ele para juntos trabalharmos numa solução. O Sr. EP referiu que viria visitar o irmão com regularidade e que estaria disponível para o que fosse preciso.

### 2.3. Terceira fase – avaliação diagnóstica

**Diagnóstico:** Processo de pensamento alterado

#### **Intervenções de Enfermagem segundo a CIPE**

- Vigiar o processo de pensamento
- Vigiar a acção do cliente
- Gerir o ambiente físico

#### **Resultados esperados**

- Delírio persecutório mais contido

**Diagnóstico:** Comunicação alterada

#### **Intervenções de Enfermagem segundo a CIPE**

- Vigiar o humor
- Gerir a comunicação
- Encorajar a comunicação expressiva de emoções
- Disponibilizar presença

#### **Resultados esperados**

- Expressão de sentimentos e emoções

**Diagnóstico:** Auto-estima diminuída

#### **Intervenções de Enfermagem segundo a CIPE**

- Oferecer escuta activa
  - Melhorar o auto-conhecimento
  - Promover a participação nas actividades
  - Executar entrevistas de relação terapêutica de ajuda
-

### **Resultados esperados**

- Melhor conhecimento de si
- Maior confiança nas suas capacidades

**Diagnóstico:** Consumo de substâncias psicotrópicas presente

### **Intervenções de Enfermagem segundo a CIPE**

- Informar sobre a problemática e sobre as consequências
- Orientar para a escolha de novos estilos de vida
- Promover o apoio e envolvimento da família

### **Resultados esperados**

- Adopção de estratégias de controlo do uso de substâncias psicotrópicas

**Diagnóstico:** Não adesão ao regime terapêutico

### **Intervenções de Enfermagem segundo a CIPE**

- Assistir a pessoa a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico
- Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico
- Incentivar a adesão ao regime terapêutico
- Ensinar sobre o regime terapêutico
- Estabelecer um contrato terapêutico

### **Resultados esperados**

- Adesão ao regime terapêutico
- Capacidade de gestão eficaz do regime terapêutico
- Reconhecer efeitos secundários da medicação

**Entrevista dia 12/05/2010**

### OBJECTIVOS

- Compreender o motivo que o levou a estar internado, promovendo-lhe consciência de si
-

- Promover a aquisição de conhecimentos para a resolução de problemas e modificação de comportamentos
- Estimular a expressão de sentimentos e emoções

### QUESTÕES

- Porque foi internado?
- O que sentiu?
- Porque teve aqueles comportamentos (destruir propriedade dos vizinhos)?
- Sabe que doença tem? O que significa?
- Como é que as suas atitudes influenciam a vida dos outros e a sua própria vida?
- Como se sentiria se fosse ao contrário?
- Como gere o seu regime terapêutico?

Como esta era a segunda entrevista e como desta vez foi realizada no período da tarde e antes do jantar (período mais calmo e sem tantas influências externas) e sem a presença de outro técnico de saúde, as condições reunidas foram mais facilitadoras para que se instalasse uma relação de confiança. Foi possível questionar o Sr. JB em todos os domínios que estavam programados, aprofundando cada um dos temas o máximo que foi permitido. Verbaliza sem constrangimentos o motivo do seu internamento, mantendo o mesmo delírio persecutório em relação aos vizinhos, e considera que os seus comportamentos não têm sido os melhores, que “se fosse comigo também não gostava” (sic), mas que eles “deixa-me fora de mim” (sic) e no limite, apresenta estes comportamentos destrutivos. Reconhece que eles têm todo o direito de chamar a polícia mas que não se importa de ficar internado “aqui tratam-me bem” (sic), verbalizando que tem consciência que esta é uma situação que vai voltar a acontecer e que depois da alta, passados uns meses volta a ser internado.

Inicialmente a medo mas depois mais à vontade, o Sr. JB foi referindo que o médico lhe tinha dito que era esquizofrénico mas que não sabia bem o que isso queria dizer. Em relação à terapêutica, nega o seu abandono, mas quando lhe foram feitos ensinamentos acerca da doença, dos seus sinais e sintomas e da sua evolução, ficou surpreendido, dizendo que não se identificava naquele quadro. No ensinamento feito sobre a medicação, compreendeu o que lhe foi ensinado, percebendo a importância de não falhar as tomadas e dizendo que esse é o seu comportamento actual, que só é internado porque os vizinhos chamam a polícia. O Sr. JB adopta um comportamento mais esquivo quando abordado sobre os consumos de haxixe, mas utilizando um processo de escuta activa e sem

---

preconceitos, foi possível que ele abordasse o tema de uma forma mais aberta. Aproveitando a oportunidade, foram-lhe ensinados os efeitos do uso de medicação anti-psicótica associados ao consumo de haxixe e também os efeitos na evolução da sua doença.

Por iniciativa própria, o Sr. JB referiu que a nossa conversa estava a ser muito positiva para ele porque “consigo falar do que se passa comigo” (sic), mostrando que as alucinações e os delírios que tem no domicílio não são partilhados com ninguém, deixando-o numa angústia grande por não poder desabafar sem ser julgado. No final, o Sr., JB foi capaz de verbalizar o que era a esquizofrenia e que não deveria continuar a fumar haxixe, mas que “isso depois logo se via” (sic).

Da minha parte, senti que a relação de confiança estabelecida com esta pessoa foi importante para mim enquanto prestadora de cuidados e como facilitadora do processo terapêutico, e para o Sr. JB foi benéfico ter alguém, com quem pudesse conversar sobre assuntos que não partilha com ninguém porque “eles não me entendem ... tenho medo de ser gozado” (sic). Durante este processo terapêutico, foi possível analisar o comportamento e as palavras da pessoa, e utilizando a reformulação e devolvendo muitas vezes a problemática à pessoa, identificaram-se alguns problemas. Em conjunto comigo, o Sr. JB encontrou soluções para esses problemas, nomeadamente sair de casa quando ele começa a achar que os ruídos dos vizinhos são demais, ir ter com eles e calmamente pedir-lhes para fazerem menos barulho e em último caso, falarmos com médico assistente e pedir-lhe que prescreva uma medicação em SOS para ele tomar quando se sentir mais nervoso.

No final desta entrevista, ficou decidido que voltaríamos a conversar mais um pouco, sobre este e outros temas, o que me pareceu do agrado do Sr. JB.

### **Entrevista dia 18/05/2010**

#### OBJECTIVOS

- Compreender os seus objectivos futuros e como a patologia interfere na sua vida
- Ajudar a pessoa a evoluir numa melhor adaptação social, inculcando esperança e fomentando autonomia

#### QUESTÕES

- O que deseja para o futuro?
-

- O que está disposto a fazer para que isso aconteça?
- Como vê o seu futuro com esta doença?
- Qual o papel do regime terapêutico na sua vida futura?

Comecei esta entrevista perguntando novamente ao Sr. JB os motivos do seu internamento, como ele se sentia e se considerava que estava alguma coisa diferente em si que fosse facilitador da alta. Verbalizou novamente afirmações que mostram que o delírio persecutório em relação aos vizinhos ainda está presente, sem crítica para o sucedido e que estava exactamente na mesma como quando entrou, “sinto-me bem ... gosto de estar aqui” (sic). Iniciei então as perguntas de acordo com o pré-definido, orientando a temática em torno dos projectos futuros e de como iria ser a sua vida após a alta. Disse que gostaria de voltar a trabalhar, encontrar uma actividade remunerada que lhe permitisse ser independente do irmão, ou então voltar a estudar uma vez que “só fiz até ao 9º ano” (sic). Mostrou vontade em perseguir este desejo, e disse que “é o que eu estou a pensar fazer mal resolva o problema da minha reforma” (sic). Ficou então combinado que iriam ser realizados esforços no sentido de contactar a Assistente Social e ver quais as oportunidades que se enquadravam dentro do que o Sr. JB queria para o seu futuro, ao que ele pareceu ficar bastante agradado com a ideia. Quando abordado sobre a articulação entre o seu problema de saúde, a toma da medicação e um futuro trabalho que pudesse arranjar, a resposta pronta foi que não iria dizer a ninguém qual o problema que tinha porque “não quero que olhem para mim de maneira diferente” (sic). Foi-lhe explicada novamente a importância da medicação porque a esquizofrenia é uma doença crónica e que a medicação não serve para curar, apenas para manter a doença mais controlada mas que com isso iria conseguir trabalhar e orientar a sua vida dentro da normalidade.

Mesmo após todo o reforço do ensino sobre a esquizofrenia e da importância da adesão terapêutica, e mesmo após o Sr. JB ter definido objectivos que gostaria de ver atingidos e dele próprio ter definido as estratégias para os alcançar, não foi possível motivar a pessoa na perseguição desses objectivos nem manter-se motivado para iniciar este processo de mudança. Existiam algumas distrações externas que dificultavam o seu processo de concentração na nossa entrevista e no que estava a ser abordado. Mesmo assim, as minhas atitudes permitiram-lhe definir objectivos e estratégias, vendo aspectos positivos no seu futuro e que mesmo com uma esquizofrenia, havia muito que ele podia fazer por ele próprio.

---

No final da entrevista, combinei com o Sr. JB que da próxima vez que conversássemos ele iria pensar num tema para ser discutido e trabalhado em conjunto comigo naquele espaço.

**Dia 27/05/2010**

### OBJECTIVOS

- Melhorar o processo de socialização, proporcionando uma saída ao exterior com as outras pessoas do serviço;
- Proporcionar alívio do stress e da ansiedade, através de uma sessão de relaxamento

Apesar de já existir uma relação estabelecida entre mim e o Sr. JB, este encontrava-se mais deprimido que o habitual, pois o irmão há uma semana que não atendia os telefonemas (quer do próprio JB quer dos técnicos do serviço), não recebe visitas e está sem tabaco para fumar. Aceitou conversar comigo apenas por cinco minutos, verbalizando que “cada vez estou mais farto de estar aqui, só quero ir embora”. Quando o incentivei a vir com o grupo numa saída ao exterior disse que não queria sair do canto dele nem falar com ninguém porque desde que ali está “só os enfermeiros é que falam comigo, fazem-me sempre as mesmas perguntas, mas só o médico é que me pode mandar embora”. A mesma conversa com as mesmas respostas voltou-se a repetir quando lhe pedi para participar na sessão de relaxamento, mostrando-lhe as vantagens e dizendo que se iria sentir melhor após a sessão. Nova resposta negativa, o que não me deixou grandes alternativas.

Este maior isolamento do JB e o humor mais depressivo estavam bastante marcados neste dia, e dei por mim sem recursos para o conseguir motivar fosse no que fosse. Optei por respeitar a sua vontade, reforçando o facto de que tanto eu como os restantes colegas estava ali para o ouvir quando ele tivesse vontade de falar, e para em conjunto com ele utilizarmos os recursos disponíveis para que ele se sentisse melhor, e que os esforços em tentar contactar o irmão iriam continuar. Voltei a abordar o tema dos projectos futuros já iniciado na última entrevista e com resultados positivos, mas o Sr. JB não deixou que a conversa progredisse, dizendo que o importante agora, o que ele mesmo queria, era ter alta e sair dali, “o resto logo se vê, não quero pensar nisso” (sic).

---

Apesar da não participação do Sr. JB nas actividades programadas para esse dia, as actividades foram realizadas com algumas das pessoa internadas no serviço, que mostraram uma boa adesão e agrado ao afectos das actividades serem desenvolvidas fora da esfera e do horário da Terapeuta Ocupacional.

**Dia 1/06/2010**

**OBJECTIVO**

- Promover consciencialização das dificuldades e quais os recursos disponíveis para as ultrapassar

Numa tentativa de continuar a evoluir com o Sr. JB na aquisição de estratégias de coping que lhe permitam uma adequada integração no meio social que o rodeia e lhe promovam recursos para lidar com as dificuldades, foi-lhe proposta a realização de uma “Estrada da Vida”. Neste dia o Sr. JB encontrava-se com o humor mais eufímico, pois perspectivava-se que a sua alta clínica fosse em breve e também porque durante o fim-de-semana o irmão foi visitá-lo, levando-lhe tabaco e garantindo-lhe que o iria buscar se entretanto tivesse alta. A entrada no serviço de uma cliente do sexo feminino de 25 anos de idade que rapidamente se tornou amiga dele, também terá contribuído para a melhoria do seu estado de espírito.

Foi de bom grado que aceitou falar um pouco mais comigo, verbalizando que a alta era algo esperado com alguma ansiedade, porque gostaria de em breve se juntar aos seus amigos para “poder fumar o que me apetece” (sic). Por mais ensinamentos que sejam feitos sobre os malefícios do consumo do haxixe, ele continua irredutível em abandonar este hábito, dizendo que “ainda é das poucas coisas que gosta de fazer” (sic). Após esta conversa inicial, foi-lhe explicado que eu gostaria de abordar com ele novamente o assunto das estratégias que ele poderia adoptar para ultrapassar as dificuldades, e que desta vez iríamos usar uma estratégia diferente. Foi-lhe então proposto que desenhasse uma estrada que começava no seu nascimento e que iria até à data actual, onde ele assinalava de um lado os momentos bons que vivenciou ao longo deste percurso e do outro os momentos maus, com recurso a sinais ou escrevendo mesmo a situação. Foi-lhe também dito que era importante que ele marcasse os desvios do seu percurso que foram acontecendo, pois isso influenciou de algum modo o rumo da sua vida. Foi-lhe explicado que faria o exercício sozinho, à vontade e que poria lá o que ele entendesse, e

---

que depois falaríamos sobre o desenhado/escrito mas só sobre o que ele permitisse e quisesse falar.

O Sr. JB foi muito renitente em efectuar o exercício, utilizando todas as desculpas que conseguiu, e foi de todo impossível de o demover deste pensamento. Acordei então com ele que no dia seguinte faríamos o mesmo exercício mas de outra forma, faríamos uma lista com as coisas boas e menos boas que existem na vida dele, e o que gostaria de manter e de alterar.

Foi muito difícil para mim lidar com esta recusa, porque até agora, todo o trabalho desenvolvido nesta relação terapêutica evoluiu no sentido ascendente, e comecei a sentir-me sem estratégias que me permitissem continuar a desenvolver um trabalho de enfermeira especialista com este cliente, de forma a conseguir aumentar-lhe os ganhos em saúde mas dentro do que ele pretende para ele próprio.

**Dia 2/06/2010**

### OBJECTIVOS

- Melhorar a interacção grupal
- Estimular a prática de exercício físico
- Estimular capacidades cognitivas, de concentração e memória
- Preparação para a alta

Aproveitando o espaço físico exterior disponível, as melhorias no estado do tempo e com a colaboração da enfermeira orientadora, reuni um grupo de clientes seleccionados de acordo com o seu estado de saúde e organizei uma sessão de exercício físico ao ar livre, de forma a proporcionar-lhes alguma descontração e bem-estar, ganhando com isso algum efeito relaxante. Desta vez foi possível motivar o Sr. JB na actividade, e sem grande relutância. Apesar de ter preparado a sessão, é sempre imprevisível o modo como os elementos do grupo poderiam reagir, mas houve adesão a 100% do grupo seleccionado, colaboraram em todos os exercícios e quando lhes foi pedido que dessem eles próprios sugestões de exercícios a serem praticados, todos aceitaram o desafio. Depois da sessão de exercício que acabou por funcionar como um aquecimento, passamos para a parte da estimulação cognitiva, expondo os exercícios como se fosse um jogo. Inicialmente houve alguns protestos porque os clientes preferiam que continuassem as actividades lúdicas e que os divertissem, mas à medida que o jogo foi

---

sendo explicado, começaram a interessar-se pela ideia. Basicamente, o exercício consistia em que cada um dissesse uma palavra, sendo que o seguinte repetiria o que já tinha sido dito e acrescentava mais qualquer coisa. Começamos por enumerar cores, e com alguns desvios e dificuldades conseguiu-se que todos os elementos completassem o exercício. Depois “demos uma volta ao mundo”, fazendo o mesmo exercício com países e com a aproximação do Mundial de Futebol, foi um exercício muito fácil de fazer. Por fim, “confeccionamos uma sopa”, seleccionando elementos saudáveis e que pudessem ser constituintes da sopa. A diversão e satisfação foi notória e verbalizada pelos clientes, e quando lhes foi explicado que apesar de parecer uma brincadeira que os exercícios físicos e mentais eram importantes para a sua saúde e bem-estar, perguntaram quando poderíamos repetir.

O Sr. JB teve de ser bastante estimulado para interagir com o grupo e colaborar nos exercícios, pois apesar de estar presente verbalizou que preferia não interagir com os outros, mas no final colaborou no que lhe foi pedido, e foi-lhe possível verificar por ele próprio que não era assim tão difícil e que podia aprender e sentir-se bem com as outras pessoas.

Aproveitando o facto de o Sr. JB ter alta e ir para o seu domicílio no dia 3 no período da manhã (altura que o irmão o poderá ir buscar), individualmente voltei a reforçar a importância da medicação no controle da doença, na prevenção dos internamentos e na estabilidade que ele terá na sua vida se cumprir o contrato terapêutico. Ele aceitou tudo o que lhe foi dito e comprometeu-se a respeitar o contrato, verbalizando as vantagens de não fugir ao plano instituído, até porque em conjunto com os técnicos optou-se por aquilo que seria mais terapêutico e adequando ao seu projecto de vida. Desta forma, o Sr. JB irá para o domicílio a fazer terapêutica depôt em monoterapia.

Como o Sr. EP, irmão do Sr. JB, compareceu neste mesmo dia no internamento para tratar dos preparativos para a alta, foi feita nova entrevista ao irmão, explicando-lhe a evolução do estado de saúde durante o internamento do Sr. JB e qual o tratamento que iria ser prescrito e a ser cumprido pelo Sr. JB. O Sr. EP deixou de verbalizar a vontade que tinha de procurar uma instituição para colocar o irmão, dizendo que se ele deixaria de tomar os comprimidos talvez fosse mais fácil aderir ao tratamento e com isso a esquizofrenia ficar mais controlada. Foi-lhe também explicado todo o trabalho desenvolvido com o Sr. JB no que diz respeito a mecanismos de adaptação social, e que o Sr. JB mostra-se motivado em procurar uma actividade remunerada e que será nesse

---

sentido que ele irá trabalhar. No entanto, o contacto com os amigos do bairro onde vive ir-se-ão manter porque é das poucas coisas positivas que o Sr. JB vê na vida dele.

### **3. Avaliação**

No final de um mês de internamento, o Sr. JB apresenta humor eufímico, bom contacto, discurso provocado mas sem grande dificuldade na expressão de sentimentos e emoções nas entrevistas individuais que realizei com ele. Mantém o delírio persecutório em relação aos vizinhos mas verbaliza estratégias que poderá utilizar para não os agredir fisicamente nem ter atitudes que lesem a propriedade dos vizinhos. Melhor interacção com outros elementos nas actividades de grupo, mantendo sempre um contacto superficial com pessoas estranhas do sexo masculino mas não do sexo feminino. Estabeleceu objectivos pessoais futuros, definindo estratégias para os atingir e adequados mecanismos de coping que lhe permitam lidar com as dificuldades, assim como melhorar a relação com o irmão com quem vive. Mantém recusa em abandonar o consumo de substâncias psicotrópicas mas houve uma boa adesão ao novo regime terapêutico instituído, comprometendo-se a respeitar o contrato terapêutico. Também foram melhorados os conhecimentos pessoais em relação à doença.

Segundo Betty Neuman, o principal objectivo de Enfermagem é prestar assistência à Pessoa de modo a reter e obter a estabilidade do sistema, ou seja, a Enfermagem assiste a Pessoa, família/grupos e comunidade para obter um nível máximo de bem-estar. Para o atingir, são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos factores de stress e condições adversas que podem afectar o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra a Pessoa. Assim, os clientes são vistos como um todo cujas partes estão em interacção dinâmica e sujeitas a factores de stress. As nossas intervenções visam a integridade da pessoa, e têm como foco as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de stress, procurando reduzir o seu efeito (Kérouac, 1994). Podemos assim ver que quando a integridade da pessoa fica comprometida por acção de factores de stress, a pessoa vivencia uma situação de crise.

Caplan (1961) citado por Chalifour (2009, p.185) diz-nos que

“Um estado de crise produz-se quando uma pessoa afronta um obstáculo a um objectivo importante da sua vida ...” seguido de “... um período de desorganização e de desconforto, no qual diferentes tentativas de resolução são

---

*utilizadas ... uma forma de adaptação é produzida, que pode ser ou não, no melhor interesse da pessoa e seus próximos”.*

Para poder intervir numa pessoa em crise, o enfermeiro recorre a estratégias que lhe permitam ajudar o cliente a desenvolver uma resposta o mais adaptativa possível, sendo um elemento activo e criativo nesta relação, orientando as acções do cliente ao longo das várias etapas de adaptação (Benter in Stuart, 2001). Como nos diz Phaneuf (1995) “... *ajudar não significa oferecer à pessoa soluções prontas mas orientá-la e facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos e assisti-la na sua evolução ou no seu progresso através das diferentes fases do processo de resolução de problemas”.*

Com base nestes princípios e no trabalho por mim desenvolvido, consegui estabelecer uma relação terapêutica com o cliente, delineando objectivos que fossem de encontro aos diagnósticos levantados e às necessidades do próprio cliente, tendo sempre em conta o seu projecto de saúde. Mantive uma postura empática, usei sempre um tom de voz calmo e pausado, respeitando os momentos de silêncio e os limites do cliente. Durante as entrevistas foi usado o contacto directo com o olhar, que foi bem aceite pelo cliente. Através da relação estabelecida, foi possível que o cliente exprimisse as suas dificuldades e sentimentos, e para muito contribuiu a minha disponibilidade e compreensão.

Em relação à minha avaliação, consegui evoluir positivamente adquirindo competências relacionais, comunicacionais e terapêuticas como Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, e o trabalho desenvolvido com o Sr. JB foi fulcral em todo este processo.

---

## **APÊNDICE V – Sessão de Relaxamento**

## PLANIFICAÇÃO DE ACTIVIDADE

Actividade: Sessão de Relaxamento

Local: Sala de actividades grande

Data: 27/05/2010

Duração: 30 minutos

| Actividade   | Objectivos   | Participantes  | Avaliação   |
|--|--|--|---|
| <p>Relaxamento muscular progressivo de Jacobson: após um período de aquecimento, foram dispostos os colchões pelo chão e com auxílio de uma música calma e uso de uma voz suave e pausada, foi-lhes pedido que contraíssem e descontraíssem grupos de músculos, associando respirações profundas e longas. No final foi-lhes também permitido permanecerem apenas deitados a ouvir a música.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir tensão muscular</li> <li>• Reduzir ansiedade</li> <li>• Melhorar a qualidade do sono</li> </ul> | <p>E., P.H., Hu.,He., N. e S. do sexo masculino e L. do sexo feminino.</p> <p>Idades compreendidas entre os 28 e 33 anos.</p> <p>Os principais diagnósticos de enfermagem são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações do pensamento (delírios)</li> <li>• Ansiedade presente</li> <li>• Humor alterado</li> <li>• Comunicação alterada</li> </ul> <p>He. apresenta também alucinações visuais</p> | <p>Apesar de ser uma actividade frequente no serviço, as pessoas seleccionadas aderiram de bom grado à proposta. Devido a um problema de coluna, L. realizou a sessão sentada, mas isso não foi incomodativo para nenhum dos presentes. Realizaram os exercícios, cada um à sua maneira, mas mantendo o efeito pretendido. Foi difícil seguir o guião por ter sido a primeira vez, mas acredito que com o tempo e coma prática este sentimento melhore, e a minha segurança aumente. No final e a pedido de todos, foi-lhes permitido manterem-se deitados a ouvir a música. Aí, E. tentou verbalizar os seus problemas pessoais e foi difícil mantê-lo focado apenas na respiração e na sensação de bem-estar provocada pelo relaxamento. A apreciação global do grupo foi bastante positiva, perguntando quando se voltaria a repetir e que preferiam fazer o relaxamento no período da tarde do que de manhã, como é prática do serviço.</p> |

## **APÊNDICE VI – Terapia pela Actividade**

## PLANIFICAÇÃO DE ACTIVIDADE

Sessão: Terapia pela actividade e estimulação cognitiva

Local: Exterior do serviço

Data: 02/06/2010

Duração: 40 minutos

| Actividade  | Objectivos  | Participantes   | Avaliação   |
|---|---|---|---|
| <p>Foram realizados alguns exercícios, em especial de rotação, de contracção e alongamento muscular como forma de promover a prática de exercício físico. Após um aquecimento realizado por mim, foi sugerido que cada um exemplificasse um exercício a ser praticado por todos.</p> <p>Depois da sessão de exercício que acabou por funcionar como um aquecimento, passamos para a parte da estimulação cognitiva, expondo os exercícios como se fosse um jogo. Basicamente, o exercício consistiu em que cada um dissesse uma palavra, sendo que o seguinte repetiria o que já tinha sido dito e acrescentava mais qualquer coisa. Começamos por enumerar cores, e com alguns desvios e dificuldades conseguiu-se que todos os elementos completassem o exercício. Depois “demos uma volta ao mundo”, fazendo o mesmo exercício com países. Por fim, “confeccionamos uma sopa”, seleccionando elementos saudáveis e que pudessem ser constituintes da sopa.</p> | <p>Desenvolver competências em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interacção de grupo;</li> <li>• Contacto com o meio externo;</li> <li>• Compreensão de que o exercício físico é importante par o gasto de energia e sequencialmente produz o relaxamento;</li> <li>• Atenção e concentração;</li> <li>• Auto-controlo</li> </ul> | <p>J., P., B., M., A.M., e N. do sexo masculino e A.C. do sexo feminino.</p> <p>Idades compreendidas entre os 28 e 38 anos.</p> <p>Os principais diagnósticos de enfermagem são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações do pensamento (delírios)</li> <li>• Ansiedade presente</li> <li>• Humor alterado</li> <li>• Comunicação alterada</li> <li>• ...</li> </ul> <p>B. apresenta também alucinações auditivas.</p> | <p>Apesar de ter preparado a sessão, é sempre imprevisível o modo como os clientes poderiam reagir, mas colaboraram em todos os exercícios e quando lhes foi pedido que dessem eles próprios sugestões de exercícios a serem praticados, todos aceitaram o desafio. O grupo em geral demonstrou ser uma actividade que os ajuda a sentirem-se bem.</p> <p>Inicialmente houve alguns protestos porque os clientes preferiam que continuassem as actividades lúdicas e que os divertissem, mas à medida que o jogo foi sendo explicado, começaram a interessar-se pela ideia. A diversão e satisfação foram notória e verbalizada pelos clientes, e quando lhes foi explicado que apesar de parecer uma brincadeira que os exercícios físicos e mentais eram importantes para a sua saúde e bem-estar, perguntaram quando poderíamos repetir.</p> |

## **APÊNDICE VII – Projecto de Adesão Terapêutica**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**EESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

# **PROJECTO DE ADESÃO TERAPÊUTICA**

**Trabalho elaborado por:**

**Lurdes Almeida**

**Susana Padrela**

**Hospital Garcia de Orta, 2010**

## ÍNDICE

|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>0. INTRODUÇÃO</b> .....            | <b>3</b>  |
| <b>1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> ..... | <b>5</b>  |
| 1.1. SURTO PSICÓTICO .....            | 5         |
| 1.2. RELAÇÃO TERAPÊUTICA .....        | 6         |
| 1.3. ADESÃO TERAPÊUTICA .....         | 9         |
| <b>2. OBJECTIVOS</b> .....            | <b>12</b> |
| 2.1. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS .....     | 12        |
| 2.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....      | 12        |
| 2.3. METODOLOGIA .....                | 12        |
| 2.4. RECURSOS .....                   | 13        |
| 2.5. ACÇÕES .....                     | 13        |
| 2.6. AVALIAÇÃO DA SESSÃO .....        | 13        |
| <b>3. CONCLUSÃO</b> .....             | <b>14</b> |
| <b>4. BIBLIOGRAFIA</b> .....          | <b>15</b> |

---

## 0. INTRODUÇÃO

A doença mental é um processo complexo em que tem de haver adaptação a vários níveis: físico, psicológico e social. Essa adaptação é um processo contínuo e requer do indivíduo a aquisição de conhecimentos, capacidades e atitudes diversas. Os conhecimentos sobre a doença, o tratamento, as técnicas terapêuticas e seus efeitos permitem que o cliente tenha um maior controlo sobre a sintomatologia, um maior cumprimento das prescrições e um maior controlo das respostas orgânicas.

O enfermeiro tem um papel essencial em todo este processo, pois a ele compete-lhe desenvolver estratégias no sentido de promover a adopção de estilos de vida saudáveis e promoção da saúde, e isso engloba orientações sobre a gestão do regime medicamentoso prescrito. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009)

“... a prática holística da enfermagem inclui avaliar o risco de não adesão (incluindo aspectos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais), identificar os diagnósticos e motivos para a não adesão, proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação e avaliar a adesão ao tratamento”.

Neste sentido, torna-se premente ajustar e desenvolver os cuidados de enfermagem às necessidades/dificuldades dos clientes, de forma a promover o desenvolvimento de intervenções que vão de encontro a essas mesmas necessidades/dificuldades e que possibilitem o esclarecimento de dúvidas, a informação sobre a sua doença no que respeita a sinais e sintomas de alerta, a sua prevenção e quais as condições que lhes facilitam melhorar a sua qualidade de vida

Este projecto surge da necessidade de dar resposta a um problema identificado pelos profissionais do serviço de Psiquiatria do HGO: a fraca adesão ao regime medicamentoso dos clientes que são internados naquele serviço, levando a reinternamentos consecutivos.

A importância da adesão ao regime medicamentoso é incontestável, pois dela depende o sucesso dos efeitos da medicação prescrita e o controlo da sintomatologia psicótica. Segundo um estudo realizado em 1999 e citado por Cardoso e Galera (2006), 40% das pessoas que têm prescrito neurolépticos abandonam a medicação no primeiro ano de tratamento e 75% ao fim de dois anos. Segundo o mesmo estudo, estes resultados estão

---

relacionados principalmente com os efeitos adversos e/ou complexidade do esquema medicamentoso.

O projecto foi elaborado no âmbito do Módulo de Estágio de Intervenção na Crise do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portuguesa e tem como objectivo a implementação de um programa de sessões de educação para a saúde direccionadas a motivar pessoas internadas a uma melhor adesão ao regime medicamentoso. As sessões irão ser dirigidas a pessoas com psicose internadas no serviço de Psiquiátrica do HGO que cumpram os critérios de inclusão pré-definidos e irá ser desenvolvida nas semanas de 31 de Maio a 18 de Junho de 2010.

No desenvolvimento deste trabalho construiremos uma breve contextualização teórica, na qual abordaremos conceitos como psicose e relação de ajuda. Sendo esta revisão orientada para a adesão ao regime medicamentoso, desenvolveremos uma breve definição do tema e a importância deste, nos clientes com psicose.

Resta acrescentar que apesar de esta temática ser actualmente mais trabalhada e haver um investimento maior nos serviços de reabilitação e reeducação funcional de pessoas com doença mental, consideramos pertinente que os ensinamentos sobre o regime medicamentoso tenham início ainda durante o internamento, uma vez que nem todos os clientes são referenciados às Unidades de Dia e mesmo os que são, o primeiro contacto que têm com estas unidades é muitas vezes ao fim do primeiro mês após a alta.

---

## **1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **1.1. SURTO PSICÓTICO**

A psicose consiste numa perturbação mental, que se caracteriza pela perda de contacto com a realidade. Implica a emissão de falsos juízos, apresentados sobre a forma de delírio, podendo incluir simultaneamente a presença de alucinações, distúrbios de comportamento e isolamento social (Sousa, 2005).

Na fase aguda verifica-se a presença de sinais e sintomas característicos como: a alteração do processo do pensamento, alucinações, alterações do humor e de alterações do comportamento.

Ao nível do conteúdo do pensamento surgem os delírios. Segundo Townsend (2002), os delírios são “... falsas crenças pessoais que são inconsistentes com a inteligência ou a cultura da pessoa”. Ou seja, os indivíduos continuam a ter determinada crença, apesar de provas evidentes de que ela é falsa ou irracional.

As alucinações são outras manifestações que surgem nas psicoses. São falsas percepções sensoriais não associadas a estímulos externos reais, podendo envolver qualquer um dos cinco sentidos (Townsend, 2002).

As alterações do humor propiciam que o indivíduo se sinta abandonado e perdido no mundo. As oscilações do humor são bastante frequentes, na medida em que se sente extremamente eufórica ou deprimida.

No contexto da psicose, surgem também alterações do comportamento, que diferem dos comportamentos habituais que a pessoa costuma ter. Na maioria das vezes, as alterações do comportamento, surgem como consequência às alterações do pensamento e da percepção.

Apesar do atrás descrito, devemos considerar a unicidade da pessoa, isto é, os sintomas variam de indivíduo para indivíduo e, em alguns casos, oscilam com o passar o tempo.

#### **1.1.1. Tipos de psicose**

Para Azevedo (1996), as psicoses classificam-se em orgânicas, sintomáticas e funcionais. As psicoses orgânicas consistem em perturbações mentais que surgem devido a alterações orgânicas cerebrais, nas quais se verifica o compromisso cerebral.

---

As psicoses sintomáticas surgem de um quadro clínico da doença somática, que indirectamente possa resultar numa agressão sobre o sistema nervoso central, sendo assim a causa orgânica mas exógena ao cérebro. As psicoses funcionais identificam-se como perturbações mentais nas quais não se observam lesões cerebrais e de origem ainda não comprovada. Nesta categoria inserem-se as perturbações esquizofrénicas, as perturbações afectivas, as perturbações paranóides e os estados borderline.

As psicoses esquizofrénicas incluem um conjunto de perturbações, nas quais predomina a discordância, a incoerência ideativa e verbal, a ambivalência, o autismo, as ideias delirantes, as alucinações e as perturbações afectivas, relativamente as oscilações do humor e ao isolamento social que promove (Azevedo, 1986).

As perturbações afectivas caracterizam-se por um quadro clínico cujo sintoma comum essencial é uma perturbação do humor acompanhada por perturbações a nível cognitivo, psicomotor, psicofisiológico e relacional. Neste tipo de perturbações inclui-se a perturbação bipolar, que é caracterizada por uma alteração afectiva generalizada, caracterizada por alterações bruscas do humor (Azevedo, 1986).

As perturbações paranóides caracterizam-se pela presença de ideias delirantes de conteúdo persecutório, ou de ciúme, envolvendo um único tema. Há uma construção de um delírio sistematizado e lógico, que facilmente poderá enganar o observador (Azevedo, 1986).

Os estados borderline caracterizam-se por uma instabilidade, uma organização constante da personalidade que não se deteriora esquizofrenicamente. Remete-nos para uma dimensão de fronteira, isto é, ao limite entre a neurose e a psicose (Azevedo, 1986).

## 1.2. RELAÇÃO TERAPÊUTICA

A relação terapêutica, também chamada de relação de ajuda ou relação cara a cara, é a relação que se estabelece entre o enfermeiro e o cliente no âmbito das suas actividades. O estabelecimento de uma relação de ajuda é fundamental para o cuidado emocional do cliente e família. A variedade de situações com que o enfermeiro se pode deparar no seu desempenho profissional torna indispensável um conhecimento de tudo o que possa afectar, positiva ou negativamente a relação, porque disso vai depender que esta seja terapêutica ou não.

---

Segundo Brammer citado por Lazure (1994, pág.14), “ A relação de ajuda é uma relação na qual o enfermeiro fornece ao cliente as condições que este último necessita *para satisfazer as suas necessidades fundamentais*”, não havendo “receitas” na relação de ajuda, no entanto esta tem sempre como objectivo a promoção da saúde do cliente. Para Chalifour (1989, pág.18) “... relação de ajuda consiste numa interacção particular entre duas pessoas, o enfermeiro e o cliente, em que cada um contribui pessoalmente na procura e na satisfação duma necessidade de ajuda apresentada por *este último*”. Segundo Rogers (1985, pag.43) a relação de ajuda são as “... relações nas quais pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade *para enfrentar a vida*”.

No papel do enfermeiro existe então um compromisso de ajudar o outro e essa ajuda deveremos procurar obtê-la não só dos outros mas também de nós próprios. A capacidade de estabelecer relações de empatia tem a ver quer com os nossos sentimentos, quer com a maneira nos comunicarmos com o outro, pois é através da comunicação que as pessoas transmitem os seus pensamentos, ideias e sentimentos. A relação enfermeiro-cliente deve ser vista como um processo com um conjunto de características específicas e diferenciadas de outro tipo de relação que se possa estabelecer entre meios profissionais ou sociais. Podem-se citar os seguintes:

- **É uma relação Multiforme**

Isto quer dizer que a relação que um enfermeiro estabelece com um cliente é única e irrepetível. Dado que quem forma uma relação são duas pessoas, cada uma com sentimentos, pensamentos e vivências distintas, a qualidade e a quantidade das interacções assim como os seus resultados diferirão segundo as características pessoais de cada enfermeiro e de cada cliente, do momento presente, das preocupações que ambos tenham num determinado momento, do último acontecimento que tenham experienciado e de uma multiplicidade de variáveis impossíveis de enumerar ou delimitar. Não existe assim uma receita sobre a forma de iniciar e manter uma relação de ajuda, devendo esta ser adaptada a pessoa, situação e momento presente.

- **Implica um processo de desenvolvimento pessoal**

Nos cuidados ao cliente, família ou grupo o enfermeiro realiza uma série de actividades de aconselhamento e de apoio dirigidas a ajudar pessoas a desenvolver capacidades

---

adaptativas e relacionais para que a pessoa aprenda sobre si mesma, sobre as causas e consequências das suas ações, sobre o comportamento humano em geral.

O transtorno produzido na vida das pessoas significa assim uma possibilidade de desenvolver potencialidades e de crescer pessoalmente. Do outro lado o enfermeiro também aumenta o seu repertório de capacidades relacionais, adquire novas experiências sobre o sofrimento e a vida das pessoas, e apresenta novas formas de fazer frente a situações de stress de modo a proporcionar ajuda.

A relação de ajuda constitui assim uma experiência de aprendizagem e crescimento para o próprio enfermeiro.

- **A relação de ajuda e a relação social são distintas**

Mesmo que a relação de ajuda tenha uma conotação pessoal no sentido em que se estabelece entre pessoas, deve-se distinguir da chamada relação social. As diferenças fundamentais referem-se à finalidade da relação, os papéis que cada participante desempenha e aos interesses ou satisfação das necessidades. Enquanto na relação social as finalidades incluem elementos como companheirismo, diversão, ou prazer, na relação de ajuda a finalidade primordial é o trabalho sistemático dos sentimentos, pensamentos, e comportamentos problemáticos do cliente. Os papéis assumidos pelos participantes na relação social são variáveis e interpermutáveis dependendo do momento, situação e interesses e jogo.

Na relação de ajuda os papéis são claramente definidos e não são permutáveis. O enfermeiro utiliza sempre intervenções do tipo medicamentoso, enquanto o cliente, família ou grupo, são receptores das ditas intervenções, sem que haja possibilidade de intercâmbio de papéis ou situações. Na relação social as necessidades pessoais e interpessoais são satisfeitas em partilha e é precisamente este motivo que permite que a relação continue, enquanto na relação de ajuda o enfermeiro ajuda o cliente, família ou grupo, a identificar e expressar as suas necessidades, e eles próprios a procurar meios para lhes responder eficazmente.

- **São necessários conhecimentos e habilidades específicas**

Desde o início das relações os resultados das interações não devem ser deixados ao acaso. O enfermeiro necessita de um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências. Deve ter conhecimentos acerca dos processos de desenvolvimento das

---

crianças, das causas e efeitos do comportamento humano, ter um amplo repertório de capacidades relacionais, ser competente ao lidar com situações difíceis e stressantes que requerem uma decisão acertada, e ser capaz de reconhecer as formas mais eficazes de apoio em cada situação. Deve ter ainda um conhecimento de si mesmo suficiente para identificar e compreender as próprias necessidades, crenças e valores, assim como as causas sobre o seu comportamento, evitando que as percepções sobre os demais sejam distorcidas pelas suas concepções e problemas.

O enfermeiro deve adoptar atitudes e aptidões facilitadoras da relação se quer que as suas intervenções sejam eficazes e terapêuticas (empatia, aceitação, coerência, escuta e disponibilidade).

### 1.3. ADESÃO TERAPÊUTICA

A evolução da farmacologia no que concerne ao tratamento das doenças mentais em muito tem contribuído para uma maior estabilidade e um maior controlo da sintomatologia, permitindo que os internamentos das pessoas com doença mental sejam mais curtos e uma melhor inserção destas pessoas na comunidade. Como efeito adverso, uma melhoria da sintomatologia leva a uma redução nas tomas ou a um abandono da terapêutica, pois a pessoa sente-se melhor e pressupõe que não é mais preciso continuar com a medicação, levando esta atitude a recaídas e a reinternamentos.

Segundo a OE/ICN (2009)

“... a adesão é definida, em geral, como a medida em que o comportamento do cliente é concordante com as recomendações do prestador de cuidados. Naturalmente, abrange comportamentos alargados, relacionados com a saúde, que vão para além de tomar a medicação prescrita, e considera a auto-gestão da doença e das suas consequências”.

Klein e Gonçalves (2006) refere que a adesão é o “... processo de auto-regulação que permite às pessoas exercer algum controlo sobre a sua doença na medida em que se vão ajustando aos significados que os medicamentos assumem nas suas vidas e não como o acto de obedecer às instruções médicas”, e engloba a falha nas tomas da medicação bem como a alteração das doses prescritas.

A adesão ao regime medicamentoso é influenciada não só pela percepção e compreensão que a pessoa tem da sua doença e da necessidade de terapêutica, mas também pelo seu projecto de saúde e pela relação terapêutica e de confiança

---

estabelecida com os profissionais de saúde. Assim, os factores que podem levar à não adesão ao regime medicamentoso podem estar relacionados com a pessoa com doença mental, com o regime de tratamento ou com a relação com a equipa de saúde.

- **Características do regime de tratamento**

Segundo Klein e Gonçalves (2006), os factores mais importantes relativo ao tratamento dizem respeito à sua duração e complexidade, bem como os efeitos secundários da medicação e a gravidade da doença. Os estudos efectuados dizem-nos que as pessoas têm uma baixa adesão a tratamentos de longa duração e que impliquem alterações das suas rotinas diárias, e uma melhor adesão quando a medicação produz poucos efeitos secundários e um alívio rápido dos sintomas.

- **Características da pessoa com doença mental**

As características pessoais e psicopatológicas, o insight e os dados demográficos (idade, género, meio sociocultural e económico) influenciam as crenças que a pessoa tem acerca da sua doença e da eficácia do tratamento. Para uma boa adesão ao regime medicamentoso, é necessário que os clientes construam vejam no tratamento um sentido para melhorarem a sua qualidade de vida, e se libertem um pouco do estigma que existem em torno das doenças de foro mental e da medicação psiquiátrica. Não menos importantes são os suportes que estes clientes têm, a nível familiar e social. Segundo Klein e Gonçalves (2006, p.115)

”... as pessoas que estão isoladas de outros têm uma maior probabilidade de não aderir, enquanto as pessoas com uma rede mais vasta de relações interpessoais tendem a apresentar uma maior probabilidade de seguir as recomendações médicas, particularmente quando estas envolvam mudanças nos estilos de vida”.

- **Características da relação com a equipa de saúde**

Por vezes, a não adesão à terapêutica começa logo na informação que é transmitida aos clientes pelos técnicos, pois nem sempre se tem em conta as diferenças na linguagem, o nível educacional da pessoa que se tem à frente ou a sua classe social. É importante não esquecer que os clientes adequam os ensinamentos que lhes são feitos ao que eles próprios sabem e pensam acerca da doença e da medicação. Klein e Gonçalves (2005, p.115) dizem-nos que “... a opção de aderir ou não às prescrições médicas é uma forma de os doentes expressarem as suas tentativas de lidar com a doença”. Para se conseguir uma boa adesão ao regime medicamentoso por parte dos clientes, é necessário trabalhar com eles numa base de confiança, não subestimando as suas capacidades, adequando os

---

ensinos às suas crenças e nível cultural e aos suportes existentes, quer a nível familiar quer na comunidade.

De acordo com Klein e Gonçalves (2005), os indivíduos com doença mental avaliam quais as vantagens e desvantagens da toma da medicação, pesando os efeitos secundários e os benefícios no controle ou alívio de sintomas que muitos deles nem sequer os consideram como sintomas, mas como parte de quem são. Daí ser necessário ter sempre em consideração as representações sobre a doença que estas pessoas têm, bem como todas as pessoas que os rodeiam, nomeadamente em relação ao tipo de doença, às suas causas, ao prognóstico, às consequências e quanto à cura/controlo (Klein e Gonçalves, 2005). Nesta medida, consideram-se fundamentais os programas de psico-educação e de apoio a famílias associadas a um bom suporte comunitário, proporcionando-lhes um maior conhecimento sobre a doença, motivando-os para o não abandono do programa medicamentoso e ajudando-os na resolução dos problemas que vão surgindo.

As consequências das recaídas são difíceis de gerir, e levam a uma diminuição da esperança de uma vida estável para estas pessoas e para quem as rodeia. A sintomatologia psicótica mal controlada leva a um desajuste no ambiente familiar, maior número de visitas ao hospital (quer aos serviços de urgência, consultas ou até mesmo internamento) e a um aumento das despesas em saúde (Cardoso e Galera, 2006). Associado a isto, podem ainda surgir prescrições desnecessárias de fármacos mais agressivos e ocasionalmente, erros no diagnóstico e tratamento. Em muitos casos, as recaídas levam a que o tempo de recuperação seja mais prolongado e uma pior resposta ao tratamento (Klein e Gonçalves, 2005).

---

## 2. OBJECTIVOS

Para este projecto definimos objectivos gerais e específicos. Estão também definidos os critérios de inclusão dos participantes nas sessões, as actividades a desenvolver e a avaliação das actividades.

- Motivar para a adesão ao regime medicamentoso;
- Reconhecer a importância da medicação no controle da doença mental;
- Normalizar o quotidiano, melhorando as relações sociais e familiares.

### 2.1. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as necessidades dos clientes;
- Identificar sinais e sintomas de alerta;
- Identificar o significado da medicação SOS e as situações em que deve ser utilizada;
- Interpretar correctamente o guia de tratamento.

### 2.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Clientes internados no serviço de Psiquiatria do HGO que cumpram os seguintes critérios:
  - Escala de Coma de Glasgow = 15
  - Com doença psicótica
  - Estável do ponto de vista psicopatológico
  - Interessado em participar no programa

### 2.3. METODOLOGIA

- Sessões de psico-educação individuais em contexto de entrevista, de acordo com as necessidades do cliente;
  - Sessões de psico-educação em grupo de três clientes estruturadas de acordo com o programa;
-

## 2.4. RECURSOS

- Materiais: apresentação de slides, sala de convívio pequena, guia de tratamento, impresso para registo da actividade (HGO)
- Humanos: enfermeiros e pessoas internadas no serviço de Psiquiatria do HGO

## 2.5. ACÇÕES

Efectuar sessões individuais ou em grupo sobre:

- Breve abordagem sobre a doença mental e actuação perante a crise
- Importância da medicação e interpretação do Guia de Tratamento

## 2.6. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

- Através de um questionário, avaliar os conhecimentos adquiridos no que respeita ao cliente, nomeadamente:
    - Uso de sinais de alerta para buscar cuidados de saúde;
    - Descrição do processo de doença;
    - Descrição dos efeitos da medicação;
    - Descrição da toma correcta da medicação;
  - Registo das dificuldades observadas e/ou verbalizadas pelos clientes
-

### 3. CONCLUSÃO

Tendo em atenção tudo o que foi abordado, é notório que para que haja uma boa adesão ao regime medicamentoso é necessário ter em conta a pessoa, a família e a equipa de saúde. É pois pertinente uma abordagem biopsicossocial, pois os clientes são sujeitos activos no processo medicamentoso e como tal necessitam de ser considerados e assumidos como parceiros em toda a interacção terapêutica, tanto no hospital como na comunidade.

Uma melhoria na adesão ao regime medicamentoso promove uma melhor segurança do cliente, pois este irá apresentar maiores ganhos em saúde e uma melhor qualidade de vida.

Os clientes do serviço de Psiquiatria do HGO encontram-se em diversas fases do seu percurso de doença, quer por primeiros surtos, quer situações de diagnóstico ainda pouco definidas, quer por múltiplos internamentos, o que dificulta a manutenção de um grupo homogéneo. Tudo isso modifica a motivação destas pessoas, e caberá aos enfermeiros fomentar a participação dos clientes, tendo sempre em vista os ganhos que daí virão, porque nem que seja por repetição, consegue-se sempre qualquer coisa.

Esperamos que a longo prazo este projecto consiga trazer os seus frutos, e que seja possível demonstrar que intervir na gestão do regime medicamentoso a partir do internamento traz ganhos em saúde. Deixamos esse desafio a todos os elementos da equipa de enfermagem deste serviço.

---

#### **4. BIBLIOGRAFIA**

- AZEVEDO, M. – As psicoses na praxis clínica. In GOMES, A. Alves – **Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na praxis do clínico geral** s.ed. Lisboa: Laboratórios U.C.B., 1986. P.227-277
  - CARDOSO, L.; GALERA, S. – **Adesão ao tratamento psicofarmacológico**; Acta Paul Enferm, 2006, São Paulo, p.343-348.
  - CHALIFOUR, Jacques. – **A Intervenção Terapêutica**. Volume 2 Estratégias de Intervenção. Loures: Lusodidacta, 2009.
  - HARRISON, P; GEDDES,J; SHARP,M – **Guia prático de Psiquiatria**; Climepsi, 2006, Lisboa
  - KLEIN, J.; GONÇALVES, A. – **A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários**; Psico-USF, v.10, nº 2, p.113-120, Julho/Dezembro, 2005, Braga
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS/ICN – **Estabelecer parcerias com os indivíduos e famílias para promover a adesão ao tratamento**; CIPE; Lisboa, 2009.
  - SOUSA, L.; Psicose ciclóide. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370 vol.6 nº53,264-270, Novembro/Dezembro, 2005.
  - TOWNSEND, M. – **Enfermagem Psiquiátrica**; Guanabara, 2002, Rio de Janeiro
-

**ANEXOS**

---

## ABORDAGEM SOBRE A DOENÇA MENTAL E ACTUAÇÃO PERANTE A CRISE

### Objectivos

- Promover um maior conhecimento sobre a patologia, explicando em que consiste e qual a etiologia das psicoses
- Ajudar no reconhecimento de sinais e sintomas da sua doença
- Explicar o que é a crise e qual a necessidade do internamento
- Promover a identificação de uma pessoa de referência e explicar a sua importância

### Plano da sessão

- Apresentação dos técnicos ao grupo
  - Apresentação de cada cliente
  - Apresentação dos objectivos e da duração da sessão
  - Exposição dos slides da apresentação, promovendo a participação dos elementos do grupo a colocarem a suas dúvidas
  - Síntese da sessão, permitindo que os elementos do grupo verbalizem os conhecimentos adquiridos
  - Registo da sessão, enumerando o nome dos técnicos, dos participantes e a avaliação global da sessão
-

## PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

### SINAIS E SINTOMAS

- Perturbações do sono
- Isolamento social
- Esquecimento
- Distrair-se com facilidade
- Falta de energia
- Irritabilidade
- Medo
- Perda de apetite

**CRISE**



**INTERNAMENTO**

### A QUEM RECORRE ?

- Familiares
- Amigos
- Enfermeiros do Internamento
- Médico de Família
- Psiquiatra
- Serviço de Urgência

## INTERPRETAÇÃO DO GUIA DE TRATAMENTO

### Objectivos

- Reconhecer a importância da medicação no controle da doença mental
- Explicar quais as razões que levam a uma má adesão ao regime terapêutico
- Identificar o significado da medicação SOS e as situações em que deve ser utilizada
- Informar e esclarecer sobre a medicação depósito
- Interpretar correctamente o guia terapêutico

### Plano da sessão

- Apresentação dos técnicos ao grupo
  - Apresentação de cada cliente
  - Apresentação dos objectivos e da duração da sessão, remetendo para a continuidade da sessão anterior
  - Exposição dos slides da apresentação, promovendo a participação dos elementos do grupo a colocarem as suas dúvidas
  - Exposição e distribuição do “guia terapêutico”, promovendo a sua manipulação por parte dos clientes, dando exemplos do que poderão encontrar
  - Síntese da sessão, permitindo que os elementos do grupo verbalizem os conhecimentos adquiridos
  - Registo da sessão, enumerando o nome dos técnicos, dos participantes e a avaliação global da sessão
-

## **IMPORTÂNCIA DA MEDICAÇÃO**

- A função da medicação é controlar os sintomas e evitar as recaídas
- Não esquecer de tomar sempre a medicação de acordo com a prescrição médica

- Ocorrem falhas na toma da medicação, mesmo que sejam apenas algumas tomas
- Não se toma a dose prescrita pelo médico
- Se interrompe totalmente a medicação
- Se falta às consultas
- Não se fazem os exames pedidos

**MEDICAÇÃO  
SOS**

**MEDICAÇÃO  
DEPÔT**

**GUIA DE TRATAMENTO**

## **APÊNDICE VIII – Estudo de Caso III**

## ESTUDO DE CASO III

M.C. dirigiu-se à consulta de enfermagem encaminhada pelo Médico de Família para observação pela psiquiatria.

Mostrava-se muito ansiosa, discurso centrado em queixas somáticas (dor pré-cordial e perdas urinárias). Previamente observada pelo Médico de Família que descartou qualquer tipo de patologia do foro cardíaco com exames auxiliares de diagnóstico. Ao se tentar apurar melhor a causa desta ansiedade, a cliente referiu também que tinha perdido o controlo do esfíncter vesical, dizendo que “parece que a bexiga rebenta e acordo toda urinada” (sic). Ao se efectuar o ensino sobre as alterações musculares que vêm com a idade e que há métodos que ajudam a contornar o problema (uso de fraldas, existindo vários tipos), a ansiedade da cliente começou a aumentar, uma vez que não estávamos a ir de encontro às suas necessidades.

### 1. Dados colhidos no processo

Após consulta do processo de Consulta Externa, verificou-se que M.C. foi seguida na Consulta Externa do HJM de 1962 a 1993 por “psicose ciclóide”. Teve um internamento há mais ou menos 20 anos no HMB. Encaminhada novamente ao HJM em 2002 pelo Médico de Família por humor deprimido e alterações de comportamento. Os registos médicos são sempre compatíveis com humor deprimido, discurso lentificado e circunstancial, nunca se tendo apurado ideação suicida.

### 2. Avaliação diagnóstica

#### 2.1. Perspectiva do enfermeiro

- **História pessoal e familiar**

Cliente do sexo feminino, 69 anos, divorciada, duas filhas, porteira, a residir no Beato. Antecedentes familiares relevantes, apenas a existência de um primo materno que terá cometido suicídio. Em Setembro de 2009 foi diagnosticado a M.C. uma fibrilhação auricular com resposta ventricular controlada, apresentando também alterações no electrocardiograma sugestivas de isquémia da face lateral do miocárdio.

---

- **Apresentação e postura**

Idade aparente coincidente com a idade real, apresenta um aspecto cuidado e bom estado de higiene. Postura curvada, tensa, olhar cabisbaixo. Tem um comportamento adequado.

- **Discurso e linguagem**

Discurso verbal sob pressão, tendência para verborreia. Passou de um tom de voz adequado para hiperfonia. Linguagem adequada.

- **Memória, atenção e concentração**

Aparentemente sem alterações da memória, mas com dificuldades na concentração e na atenção.

- **Estado de consciência e orientação**

A cliente apresentou-se vigil, orientada no tempo e no espaço. Apresenta consciência de si, quer da identidade quer da unidade do eu. Sem alterações da consciência do corpo.

- **Humor e afectos**

A cliente apresentava um bom contacto. Apresentava um fâcies tenso e humor deprimido, com alguma labilidade emocional. Os afectos eram congruentes com o humor.

- **Pensamento**

Apresenta alterações do curso e da forma do pensamento, assim como descarrilamento de ideias: “eu sou porteira e limpo as escadas do prédio, e um dia entrou um homem pelo prédio que se começou a despir à minha frente”, “o senhor que trabalha na farmácia começou-me a vigiar desde essa altura, e eu nunca mais lá fui” (sic).

- **Percepção**

AAV não na consulta mas em casa: “ouvi um rádio a tocar às 3h da manhã que me dizia que o meu irmão tinha morrido (sic).

- **Insight**

Apresenta crítica para o seu estado de saúde, tendo recorrido ao Médico de Família e à consulta do HJM.

---

- **Estado físico e satisfação das necessidades**

Apresentava um aspecto um pouco emagrecido. Mucosas coradas e hidratadas. Refere insónia e “dor no peito” (sic).

- **Medicação**

A cliente encontra-se a fazer a seguinte terapêutica: Depakine, Bromalex e Dumirox.

- **Efeito dos comportamentos e sintomas**

Apresenta boa adesão ao regime terapêutico. Vive sozinha mas as filhas almoçam com ela todos os domingos. Ultimamente tem-se isolado, tendo restringido ao mínimo as suas actividades fora de casa.

## 2.2. Entrevista à família

Contactadas as filhas que inicialmente mostraram pouca disponibilidade em se dirigirem ao hospital e acompanhar a mãe, tendo aparecido umas horas mais tarde. Explicada a situação ao que elas responderam que este estado mental da mãe se mantinha há vários anos, e era por isso que ela era seguida no HJM.

## 3. **Intervenções de enfermagem**

Mediante tudo o que foi apurado, foi sugerido à família que recorre-se ao Serviço de Urgência do HCC, pois a sua mãe apresentava alterações significativas e seria melhor ser observada por um Psiquiatra.

## 4. **Avaliação**

Contactada a filha de M.C. no dia 27/10/2010 para follow up. Referiu que no Serviço de Urgência do HCC foi feita alteração da terapêutica, tendo a cliente ficado em casa de uma das filhas três dias, ao fim dos quais apresentou-se mais estável e referiu vontade de regressar ao seu lar. No seguimento da consulta de enfermagem de 18/10/2010, foi marcada consulta para o Psiquiatra que a acompanha e foi informada a família.

---

## **APÊNDICE IX – Estudo de Caso IV**

## ESTUDO DE CASO IV

### 1. Dados colhidos no processo

C.L. é uma cliente do sexo feminino acompanhada em consulta privada de psiquiatria desde 2001 por hetero-agressividade dirigida a familiares (eventual surto psicótico e AAV). Encontrava-se nesta altura na Dinamarca no programa Erasmus e os pais foram buscá-la porque andava desconfiada, com alguns conflitos com uma colega e sentia-se triste. Em 2005 foi para os Açores por questões laborais e por abandono de terapêutica (a mãe administrava-lhe solução de Risperdal na comida sem ela saber), piorou o seu estado de saúde manifestando insónia, gastos excessivos e dificuldade em se concentrar. Em Setembro de 2007 foi encaminhada ao Serviço de Urgência e internada compulsivamente por alterações de comportamento, ideias delirantes de conteúdo persecutório e AAV, tendo-lhe sido diagnosticada uma psicose esquizofrénica. Novamente internada em Dezembro de 2008, tendo sido encaminhada ao Serviço de Urgência após hetero-agressividade dirigida aos pais, tendo ficado internada cerca de um mês.

Na Consulta Externa, para além das consultas regulares com o psiquiatra e da administração quinzenal de terapêutica depôt, faz também parte do projecto terapêutico de C. L. frequentar o grupo pós-alta conduzido por um psiquiatra do HJM, algo que faz com alguma irregularidade.

### 16/11/2010

Convocada para comparecer na Consulta Externa pois faltou às duas últimas administrações de terapêutica depôt. Com alguma renitência, acabou por aceitar o nosso pedido de convocatória e aproveitada a oportunidade para se realizar entrevista.

### 2. Avaliação diagnóstica

#### 2.1. Perspectiva do enfermeiro

- **História pessoal e familiar**

Cliente do sexo feminino, 36 anos, solteira a residir com os pais (pai engenheiro electrónico com 80 anos, mãe secretária com 70 anos). Licenciada em Engenharia

---

Química e com diversos mestrados iniciados e nenhum concluído. Diversos projectos de trabalho com alguma sustentabilidade mas todos abandonados pela própria. Tem um irmão mais velho com 34 anos, economista, que reside nos Açores e constituiu família por lá.

- **Apresentação e postura**

Idade aparente coincidente com a idade real, apresenta um aspecto cuidado e bom estado de higiene. Postura tensa, olhar inquisidor, comportamento defensivo.

- **Discurso e linguagem**

Discurso verbal sob pressão, circular e saltuário. Linguagem adequada.

- **Memória, atenção e concentração**

Sem alterações da memória, atenção e concentração.

- **Estado de consciência e orientação**

Vigil, orientada no tempo e no espaço. Apresenta consciência de si, quer da identidade quer da unidade do eu. Sem alterações da consciência do corpo.

- **Humor e afectos**

A cliente apresentava um bom contacto, humor irritável. Os afectos eram congruentes com o humor.

- **Pensamento**

Aparentemente sem alterações do pensamento, embora refira que o tutor do mestrado não lhe tenha deixado prosseguir com a sua ideia para a tese, dizendo que nem ele próprio conseguia seguir aquela linha de pensamento (delírio de grandiosidade?)

- **Percepção**

Não foram apuradas alterações da percepção.

- **Insight**

Sem crítica para a doença nem para a situação.

- **Estado físico e satisfação das necessidades**

Mucosas coradas e hidratadas. Apresenta excesso de peso ponderal.

---

- **Medicação**

A cliente encontra-se a fazer a seguinte terapêutica: Risperdal Consta 75mg quinzenalmente e Olanzapina 10 mg (desconhece que toma porque a mãe dilui na comida).

- **Efeito dos comportamentos e sintomas**

Apresenta baixa adesão ao regime terapêutico. Refere que passa os dias em que não vai ao mestrado fechada em casa com os pais, sendo isso fonte de stress e de conflito entre eles (os pais vivem muito centrados nela). Isolada socialmente, referindo apenas o pouco convívio com os colegas do mestrado durante os trabalhos de grupo e as aulas como actividades sociais, embora em 2008 tenha estado inscrita na nataçãõ e nas danças de salão, mas mais uma vez abandonou. Apresenta baixa tolerância à frustração e em lidar com as adversidades pois nunca concretizou nenhum dos projectos que lhe foram aparecendo, apenas a licenciatura, acabando por os abandonar ou porque considerou que fossem trabalhos menores (“não queria fazer todos os dias a mesma coisa”, “já não aprendia mais nada de novo”).

Discurso centrado em ser mulher em período fértil e na sua auto-imagem, culpabilizando a medicação da amenorreia, queda de cabelo e do aumento de peso.

### **3. Intervenções de enfermagem**

Ao longo da entrevista, foram sendo colocadas questões a C.L. e a entrevista foi sendo conduzida numa tentativa de ela compreender como o seu estado de saúde pode interferir nos seus objectivos de vida e no seu processo de socialização, promovendo-lhe uma maior consciência de si, das suas ambições e das suas limitações. Os seus projectos de vida estão muito centrados na sua formação académica, pois para ela um grau académico superior é o que lhe vai permitir arranjar um emprego à sua medida, uma vez que todas as outras tentativas foram pouco satisfatórias. Considera que o ser licenciada em Engenharia Química lhe confere um grau de diferenciação superior ao das outras pessoas com quem tem de conviver no grupo terapêutico, tornando-se este um pouco redutor.

Usando os princípios definido por Chalifour (2009) sobre terapia de suporte, em que o foco é o alívio de sintomas e na modificação de comportamentos através dos mecanismos de adaptação do cliente e de recursos ambientais, foi-se orientando a

---

cliente para os seus verdadeiros problemas e para os principais factores de stress. O autor diz-nos que o uso desta técnica “... encoraja os comportamentos positivos, favorece a ventilação, aconselha, estabelece limites, serve de agente de realidade, assegura e serve de modelo de identificação” (p.267). Aos poucos a cliente foi pondo a descoberto algumas das causas que lhe fazem estar tão revoltada com tudo o que se passa na sua vida. O discurso muito centrado na sua vontade em ser mãe e no seu desejo em ter relações sexuais. Revelou-se que é uma mulher que sente que perdeu muitas coisas da sua juventude porque sempre esteve muito empenhada em estudar, não tendo namorado tudo o que gostaria nem tendo convivido com os amigos como gostaria, acabando por pôr muitas expectativas nestes colegas de mestrado, sentindo-se revoltada quando confrontada com o facto de eles serem bem mais novos que ela e os interesses sociais serem diferentes. “Só tive um namorado e as coisas tiveram de acabar com a minha ida para a Dinamarca” (sic). Dando-lhe espaço para exprimir os seus sentimentos e emoções, mesmo através de um discurso circular e um pouco desorganizado, lá acabou por associar todas estas ideias à necessidade que sente em ter uma relação afectiva e não só sexual, em viver uma vida de casal como a maioria das pessoas da sua idade, e não viver apenas com os pais e para os pais, pois eles já têm uma idade avançada.

#### **4. Avaliação**

A cliente sentiu-se incomodada e algo desconfiada com a minha presença pois não me conhece, mas acabou por aceitar que eu estivesse presente durante o processo. Foi-lhe proposto comparecer no próximo encontro do grupo terapêutico a que ela tem faltado a que ela rapidamente argumentou dizendo que “aquilo não me diz nada porque são só pessoas desempregadas e com problemas mentais” e “não quero expor a minha vida privada a pessoas que não conheço de lado nenhum” (sic), acabando por aceder quando lhe foi dito que os elementos da equipa de enfermagem da Consulta Externa também iriam estar presentes e que era uma maneira de ela também sair de casa.

Sugerido que fosse a uma entrevista à AEIPS, numa tentativa de ela se socializar mais e fazer uma melhor orientação das suas habilitações académicas para projectos com maior sustentabilidade, que ela recusou dizendo “já lá fui e aquilo não é para pessoas licenciadas como eu” (sic).

---

No final da entrevista aceitou tomar a medicação depôt embora contrariada, e combinou-se ela aparecer na próxima segunda-feira para conversarmos mais um pouco e também para poder falar com o médico assistente (algo que ela queria).

Entre equipa de enfermagem foi discutido o caso, se C.L. será mesmo uma pessoa com necessidade de medicação anti-psicótica ou se estamos todos a contribuir para a existência de uma patologia que afinal não existe, podendo apenas ser fruto de uma educação demasiado protectora e de alguns acontecimentos de vida, que levaram a que esta pessoa fosse uma pessoa com baixa tolerância à frustração e com dificuldades da resolução de problemas, reagindo quase sempre de forma impulsiva. Todos foram de acordo que as nossas percepções seriam postas em consideração aos restantes elementos da equipa multidisciplinar e na possibilidade de se marcar uma entrevista familiar.

### **18/11/2010**

A cliente não compareceu ao grupo terapêutico, embora tenha aparecido na Consulta Externa apenas para falar com o Psiquiatra, sem sucesso. Exposto à equipa as nossas percepções e houve abertura dos outros elementos para se tentar uma nova abordagem ao plano terapêutico de C.L. Foi então proposta para a consulta de Psicologia (o Psicólogo é do sexo masculino e pode proporcionar uma melhor expressão dos seus sentimentos e emoções relativas à sua sexualidade uma vez que a cliente apresenta uma postura mais sedutora na presença de elementos do sexo masculino). A consulta ficou marcada para 26/11/2010.

### **26/11/2010**

C.L. compareceu à consulta de psicologia como combinado. Segundo informação fornecida pelo Psicólogo, houve uma boa relação terapêutica estabelecida entre os dois e acordo em seguir as consultas de psicoterapia individual.

Para além de toda a sua história de vida e familiar, a conversa foi sendo orientada para aquilo que neste momento mais perturba C.L., a dificuldade em lidar com a sua sexualidade e muito centrada em ser mãe. Confessou ao Psicólogo que apenas tinha tido dois relacionamentos amorosos, um deles com a duração de 3 anos com uma pessoa de raça negra que conheceu numa discoteca, associando as pessoas de raça negra a tudo de bom e de mau que este relacionamento lhe trouxe.

---

**30/11/2010**

C.L. faltou à administração de terapêutica depôt. Decido em equipa aguardar algum tempo antes de ser novamente convocada.

## **APÊNDICE X – Estudo de Caso V**

## ESTUDO DE CASO V

**11/11/2010**

L. é um cliente do sexo masculino, seguido pela ESMC de Sintra, com um diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide, com má adesão ao regime terapêutico e, associado ao seu diagnóstico, há também história de consumos de álcool e drogas. Apesar de ser seguido em consulta em Sintra, por se encontrar a residir numa pensão na zona das Amoreiras dirigiu-se à Consulta Externa com o cartão do HJM para lhe ser administrada terapêutica depôt (encontrava-se uns dias atrasado).

Apresentava maus cuidados de higiene, nomeadamente em relação ao vestuário, olhar desconfiado, tenso, discurso coerente e bom contacto. No meio da consulta de enfermagem, a intervenção foi orientada no sentido de saber quais as ocupações do cliente, as condições habitacionais e de alimentação e de recursos financeiros. Foi então esclarecido que L. reside numa pensão num quarto alugado cujo custo é cerca de 80% do seu rendimento, cozinha os próprios alimentos (ideias delirantes de envenenamento) e a senhoria autoriza-o a tomar banho duas vezes por semana, cobrando 5€ cada vez que ele quiser lavar a roupa. Logo perante este facto, o meu primeiro sentimento foi de ambivalência, pois se por um lado é gratificante ver que há pessoas com perturbação mental inseridas na sociedade, de forma mais ou menos ajustada, também me fez pensar que estas pessoas acabam por ser um pouco exploradas pelos donos destas pensões/casas que são alugadas para a sua reinserção e reabilitação...

Com esta informação, foi-lhe perguntado o que precisava de nós ou se o poderíamos ajudar nalguma coisa. Perguntou o que tínhamos para oferecer e foi-lhe devolvida a pergunta, questionando novamente o que ele precisava e o que ele considerava que fosse prioritário. Revelou então que a sua situação financeira não estava fácil, pois por a mãe não o querer receber em casa tinha de viver na pensão em Lisboa, desinserido do seu meio e que a namorada com quem tinha tido o último relacionamento tinha-lhe esgotado as poucas economias nos consumos de substâncias psicotrópicas. Com alguma orientação e identificação dos problemas, concluiu que se conseguíssemos arranjar alguma ajuda a nível monetário, nem que fosse uma ajuda para a compra da medicação ou num quarto um pouco mais económico, seria o prioritário no momento. Fazendo parte do acordo terapêutico, ficou decidido que iríamos contactar o serviço social e procuraríamos uma solução à medida das suas necessidades e ele comprometia-se a vir

---

à Consulta Externa uma vez por semana, tomar banho e lavar a sua roupa. A custo o acordo foi aceite, pois apesar de ter argumentado que a próxima toma da medicação seria apenas daí a um mês, estabeleceu-se ali uma relação de confiança pois L. recusava-se a ir à consulta de enfermagem a Sintra e alimentou-se a esperança de se arranjar uma solução.

Explorando um pouco mais a entrevista, em relação a projectos de vida e de actividade laboral, disse que estava a procurar emprego mas que não estava fácil, tendo abandonado a consulta dizendo que não queria conversar mais quando lhe foi proposto uma entrevista num local onde pudesse fazer formação profissional.

### **15/11/2010**

L. apareceu para falar um pouco, para saber se tínhamos uma resposta ao que tinha sido combinado no último dia. Quando confrontado com o facto de ter passado pouco tempo e que este foi insuficiente para obtermos uma resposta, disse que então ia para Sintra, pois tinha decidido abandonar a pensão. Esta ideia foi um pouco mais explorada, procurando saber as suas motivações e objectivos. Referiu-nos que as vozes lhe diziam que Lisboa estava a atacar o povo dele e que tinha de ir defender Sintra. Fazendo uma orientação para a realidade, frustrou todas as tentativas, dizendo que ia ajudar a Polícia e que ficava a viver na rua, que as pessoas de lá não o iam tratar mal porque ele estava a protegê-las, e se visse que afinal estava tudo bem regressaria então a Lisboa e viveria na rua, algo que já não era a primeira vez.

Ao tentarmos em conjunto procurar uma solução que não fosse destrutante, disse que como não tínhamos dinheiro para lhe dar que não queria conversar mais e ia tratar daquilo que era prioritário para ele, tendo abandonado o local de consulta.

### **18/11/2010**

L. regressou à consulta, disposto a conversar e aberto às nossas sugestões. Com alguma crítica para o último encontro, confessou que quando saiu da entrevista foi para a pensão, tomou a medicação SOS e repousou o resto do dia, pois as vozes estavam a incomodá-lo e a deixá-lo bastante ansioso. Quando confrontado com a consulta com o Psiquiatra que tinha em Sintra para aquele dia, respondeu que quando terminasse de conversar connosco iria a Sintra remarcar a consulta, porque neste momento

---

considerava que precisava de uma ocupação, e como estava difícil arranjar emprego, precisava de alguma coisa que lhe preenchesse o dia para além de dormir e de uma vez por outra ir consumir bebidas alcoólicas. Colocada a hipótese de ele frequentar as actividades sócio-ocupacionais da ESMC de Sintra, o cliente disse desconhecer e preferir ficar na cidade de Lisboa. Explorando um pouco mais as suas habilitações e actividades em que já esteve inserido, frequentou o curso de Psicologia até ao primeiro internamento, tendo abandonado a faculdade nessa altura. Já frequentou a AEIPS e os cursos deles ligados à informática mas que tinha abandonado. Mostrou interesse em regressar a esta associação e disposto a manter o projecto até ao fim, inclusive em integrar o projecto das “Casas Primeiro”, desde que ele cozinhasse a própria comida. Este projecto consiste em colocar quatro a seis pessoas com perturbação mental e com as suas capacidades funcionais mantidas a viver numa casa alugada em Lisboa, em que os técnicos apenas prestam supervisão das actividades de vida diária.

Apresentava melhores cuidados de higiene e a roupa mais bem cuidada. Comprometeu-se ir passando para conversar um pouco e para vermos como estava o seu estado físico e mental, e reconheceu a importância da medicação, verbalizando novamente que a sua situação financeira não estava fácil.

#### **24/11/2010**

L. foi à nossa procura, para falar um pouco e conforme o combinado. Como era dia de greve e na Consulta Externa apenas estavam algumas pessoas, não encontrou os seus elementos de referência optou por se ir embora e regressar noutra dia.

#### **02/12/2010**

Voltou a contactar-nos, novamente com maus cuidados de higiene (problemas monetários e mantém conflito com a senhoria), para nos questionar se já tínhamos a entrevista marcada para ele na AEIPS. Contactados os técnicos de lá a perguntar a disponibilidade de o receberem (o caso já tinha expostos previamente), e L. foi encaminhado para a sede da AEIPS para a entrevista.

---

## **APÊNDICE XI – Estudo de Caso VI**

## ESTUDO DE CASO VI

**18/11/2010**

Em mais uma das consultas de enfermagem realizadas na Consulta Externa do HJM, surgiu-nos a mãe da S. que veio pedir ajuda para encontrar uma solução para a filha, pois já não sabia o que mais fazer nem como lidar com ela. Esta mãe verbalizou que “a minha filha tem uma perturbação mental” (sic), tendo mudado recentemente do Pedopsiquiatra para um Psiquiatra. Pedia-nos também alguma orientação porque lhe indicaram uma associação para comportamentos aditivos e obsessivos e que ela acha que se enquadra no problema que a sua filha apresenta, estando disposta a empenhar-se financeiramente para a poder ajudar.

Inicialmente em conjunto numa tentativa de se perceber o que se passava, rapidamente foi perceptível que seria melhor fazer as entrevistas individualmente. Foi pedido então a S. que aguardasse na sala de espera enquanto falávamos com a mãe.

- **Entrevista à mãe**

Contou-nos então que S. foi seguida pela Pedopsiquiatria desde os 13 anos, altura em que “começou a ter comportamentos estranhos na escola e a andar com más companhias” (sic). Saiu de casa com esta idade e como pais preocupados tentaram sempre manter algum contacto com ela, até que descobriram que S. estava a viver numa casa de prostituição. Retiraram-na de lá e acolheram-na novamente no lar, levando a situação e o dono da casa a tribunal. Ao falarem um pouco mais com S. e ao tentarem perceber o que a levou a esta situação, foram confrontados com uma relação de cariz sexual que ela terá tido com o marido de uma prima aos 10 anos de idade. Esta situação levou a desavenças familiares mas sem repercussões jurídicas. Quando explorado o que o marido pensa e sente em relação a toda esta situação, as respostas foram todas evasivas, focando apenas que a relação entre o casal se veio a degradar desde essa altura.

S. foi estudando e sendo acompanhada pelo Pedopsiquiatra. Até aos 18 anos não teve nenhum relacionamento com rapazes mas manteve uma relação afectiva e sexual com uma amiga, algo que os pais desaprovaram. Frequentou um curso de auxiliar de

---

educadora de infância até ao último estágio, altura em que foi confrontada com a polícia, pois tinha desaparecido um telemóvel, um ipod e 25€ do local de estágio, tendo S. sido considerada culpada. Mais tarde a mãe veio a saber que roubou diversos telemóveis e uma loja em Benfica.

Em Março de 2010, após uma grande saturação dos pais, decide sair novamente de casa e ir viver com o namorado (relação esta que durava há mais ou menos 2 anos). Recentemente a mãe descobriu que durante este tempo ela acabou por se prostituir para arranjar dinheiro, pois apenas o namorado trabalhava e o seu rendimento não era o suficiente para os dois. Como a relação deles se deteriorou, regressou a casa dos pais tendo ido trabalhar para poder pagar o último estágio que faltava do curso. Começou então a trabalhar na Segurança Social e também umas horas numa casa a fazer limpezas (a mãe suspeita que seja mais uma casa de prostituição). Tentando explorar melhor esta sua suspeita, revela que não chegou a comprovar com os próprios olhos mas quando confrontou S. esta confirmou.

- **Entrevista a S.**

Esta parte da entrevista não foi por mim assistida, mas pelo relatado pela Enf.<sup>a</sup> Paula, foi uma entrevista curta pois S. já se encontrava saturada de estar à espera. Não negou nenhum facto quando confrontada com alguns relatos da mãe embora falasse das coisas com leviandade, imaturidade e distanciamento afectivo.

Perante estes dados, é necessário pensar o que tudo isto significa para mim e para os outros técnicos, o que cada um de nós valoriza e percepção, quais as contra-actitudes que uma história destas produz em nós. Tudo isto varia de quem olha e de quem escuta, da fase da vida em que se encontra e das suas vivências. Daí a discussão em equipa e da partilha de informação ser tão importante na saúde mental e ainda mais neste contexto de saúde mental comunitária, num serviço de “porta aberta”.

**22/11/2010**

S. procurou-nos espontaneamente. Por indisponibilidade do serviço e dos técnicos, combinamos conversar com ela no dia seguinte, proposta que foi aceite.

---

**23/11/2010**

S. voltou a aparecer. Falamos com calma com ela procurando saber o motivo porque nos tinha procurado. Disse “porque sou doente mental e preciso de me tratar” (sic). Quando questionada exactamente sobre o que esperava de nós e porque é que dizia que era doente mental, a resposta foi sempre a mesma “não sei” (sic). Foi então estabelecida uma regra em que ela não pode voltar a dizer “não sei”, tendo de se esforçar por encontrar uma resposta às perguntas colocadas.

A entrevista foi orientada para falarmos sobre o porquê de ela roubar. Revela então que lhe dá algum prazer roubar os outros (rush de adrenalina em contacto com o perigoso e criminoso?). Rouba porque quer comprar coisas que precisa (gadgets e tabaco) e não por necessidade de comprar coisas fundamentais, como roupa ou comida, nem para drogas. Reconhece que é errado o que faz. Quando feitas as mesmas perguntas em relação a sexo, refere que é apenas pelo dinheiro, não sente prazer mas já sentiu.

Vive com os pais mas não quer ficar sempre assim, embora não tenha a consciência que os pais não vão estar cá para sempre. Quando abordada em relação aos seus projectos futuros diz que quer abrir um infantário só dela, projecto pouco estruturado e com pouca sustentação (ideias megalómanas?).

Apresenta ao longo de toda a entrevista um aplanamento dos afectos e muita imaturidade, quer no discurso quer na associação de ideias. Não reconhece necessidade de realizar tarefas domésticas “a minha mãe faz tudo lá em casa” (sic), mas considera-se uma adulta. Confessa que está procurar emprego.

Quando abordada em relação a comportamentos de risco, refere que só toma a pílula há um ano e que nunca engravidou (imaturidade orgânica ou ocultação da verdade?). Usa sempre preservativo, “excepto com aquelas pessoas que tenho confiança e que sei que vão ter cuidado” (sic). Quando questionada sobre a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, mostra-se perplexa perante o facto de se poder transmitir por via oral.

Pedindo-lhe que pensasse e escrevesse numa folha de papel os seus sentimentos em relação ao seu corpo e em relação a regras, demos por terminada a entrevista. Foi reforçado que a porta se iria manter aberta enquanto ela assim o desejasse, mas que não existiam pós mágicos e muita da mudança que ela espera que ocorra tem de partir dela própria.

---

Discutida em equipa a vantagem de ser encaminhada para a Psicóloga (sexologia) e para um Psiquiatra específico.

### **25/11/2010**

S. não apareceu, proposto o caso à Psicóloga que aceitou vê-la em consulta e a consulta foi marcada.

### **09/12/2010**

S. e a mãe dirigiram-se à consulta de psicologia. Segundo avaliação da Psicóloga e de acordo com alguns exames auxiliares de diagnóstico trazidos pela mãe, S. apresenta para além de uma grande dificuldade em controlar os seus impulsos, uma debilidade (QI no limite inferior da classe). Não tem critérios para ser seguida em consulta de Psicologia neste regime e foi sugerido que fosse encaminhada para uma associação onde pudesse permanecer durante o dia de forma a lhe serem inculcadas algumas regras sociais e delinear um plano de actividades diário, tendo acompanhamento psicológico nesse contexto.

S. mantém-se a trabalhar em part-time e tem actualmente uma relação com uma pessoa do sexo masculino de 37 anos. Ultimamente tem apresentado alguns efeitos extrapiramidais da medicação (Flufenazina mensal). Foi apresentada a julgamento a 26/11/2010 por ter assaltado e roubado a mala de uma senhora, tendo sido condenada a 10 horas de trabalho comunitário.

Combinado o caso ser novamente discutido em equipa, para articular com o serviço social uma estrutura adequada a esta situação e para um ajuste terapêutico.

### **10/12/2010**

S. apareceu sozinha na Consulta Externa, com o “trabalho de casa” anteriormente pedido efectuado com a ajuda da mãe e de uma amiga (o que ela sentia em relação a si, ao seu corpo e às regras). Demonstrou vontade em começar a trabalhar no sentido de melhorar a sua vida, ficando sempre bem claro que só iríamos avançar num plano se efectivamente fosse aquilo que ela quisesse e enquanto quisesse. Explorando um pouco mais as suas actividades de vida diárias, ficamos a saber que durante o tempo em que a mãe está a trabalhar, ela passa o tempo livre que tem em casa do avô e com dois tios.

---

Questionada frontalmente sobre a existência de relações sexuais entre ambos que ela nega, mantendo sempre o aplanamento dos afectos, que tem sido uma constante destas entrevistas.

Foi então planeado que S. passaria todos os dias pela Consulta Externa para falar com a enfermeira, sendo os dias dela estruturados a partir daí e à medida do que for sendo falado. Ficou decidido que S. iria procurar na internet sobre trabalho de voluntariado (nomeadamente no banco alimentar, pois aí pode exercer algumas actividades com supervisão) e também começar a delinear um plano alimentar para diminuir o peso e concomitantemente aumentar a sua auto-estima.

Para além da enfermeira da Consulta Externa, ficou programado que iria também acompanhar este caso uma aluna da Especialização em Enfermagem que entretanto iniciou o seu módulo de estágio neste contexto.

---

## **APÊNDICE XII – Visita Domiciliária I**

## VISITA DOMICILIÁRIA I

H.C. é um cliente do sexo masculino, 48 anos de idade, que faz parte do grupo de mais de 60 clientes desinstitucionalizados do HJM e que a equipa na qual estou inserida a fazer estágio, participou nesse processo e acompanha à distância, realizando sempre que necessário, visitas domiciliárias. Encontra-se desde 08/10/1020 inserido num lar da Santa Casa da Misericórdia em Sobral de Monte Agraço.

### 1. Dados colhidos no processo

O cliente foi encaminhado ao serviço de Urgência a 22/12/2009 pela Urgência Social por alterações do comportamento, recusa alimentar e dificuldades na marcha. Esteve internado com o diagnóstico clínico de Esquizofrenia numa Clínica Psiquiátrica do HJM de 12/2009 a 09/2010, tendo nesta altura sido transferido para a Residência Psiquiátrica III, onde permaneceu até 10/2010. Foi transferido para este serviço porque as suas rotinas diárias ainda se encontravam muito desorganizadas, necessitando de suporte, e por se apresentar sem crítica para a sua patologia ou para os consumos, e não reunia os critérios necessários para o serviço de reabilitação.

Durante a sua estadia na residência Psiquiátrica III o serviço social tratou da sua reforma, tendo o cliente sido reformado devido ao seu estado físico e psíquico, fragilizado pelo consumo excessivo e prolongado de bebidas destiladas. Esta pensão é paga pela Segurança Social e depositada numa conta bancária em nome do Sr. H.C.

- **História pessoal e familiar**

Antecedentes pessoais de alcoolismo desde os 15 anos de idade, com o actual diagnóstico de síndrome demencial de provável etiologia alcoólica.

É o segundo de uma fratria de 3, com a 4ª classe de escolaridade, motorista de veículos pesados, desempregado desde 02/2001. Das duas irmãs, a mais velha reside na Bobadela e segundo a tia “tem uma doença psiquiátrica e não se sabe nada dela” e a mais nova vive no Algarve com 9 filhos. Casou com 19 anos e está separada há mais ou menos 10 anos desta relação nasceram dois filhos (actualmente com 14 e 12 anos), e

---

esta relação foi descrita pela tia como sendo conflituosa, tendo-se o casal separado várias vezes.

Desde a separação que viveu sempre perto da tia na zona de Sintra e foi realizando trabalhos esporádicos como pedreiro e reparador de equipamentos de frio, em 2007 foi viver para a Bobadela para casa da mãe (casa alugada), que por ter sofrido um acidente vascular cerebral e por ter sofrido amputação de um dos membros inferiores em consequência de Diabetes Mellitus foi para um lar, ficando o Sr. H.C. a viver sozinho. O pai faleceu há mais ou menos 10 anos.

Cerca de 4 meses antes do seu internamento, começaram-se a verificar alguns défices de memória e alguma desorientação no espaço e no caminho de regresso a casa. A casa onde vivia foi assaltada (roubaram alguns dos bens que ainda havia da mãe), começou a esconder comida nas gavetas e alguma desorganização na arrumação da casa.

## **2. Perspectiva do enfermeiro**

- **Apresentação e postura**

Idade aparente superior à idade real, curvado e olhar desconfiado, tenso.

- **Discurso e linguagem**

Discurso pobre sugestivo de défice cognitivo, linguagem pouco cuidada.

- **Memória, atenção e concentração**

“Acentuada alteração da atenção e memória e dos processos pré-frontais, compatível com quadro demencial, compromisso da memória verbal, visual e associativa” (avaliação neuropsicológica). Memória recente não existe e apenas mantém alguns fragmentos da memória a médio e longo prazo.

- **Estado de consciência e orientação**

Alguma desorientação no tempo e no espaço, orientado na pessoa.

- **Humor e afectos**

O cliente apresentou um bom contacto. Apresentava fâcies tenso e humor eutímico. Os afectos eram congruentes com o humor.

---

- **Pensamento**

Aparentemente sem alterações dos processos de pensamento.

- **Percepção**

Aparentemente sem alterações da percepção.

- **Insight**

Sem crítica para a sua situação de saúde e para a necessidade de precisar de supervisão nas suas actividades de vida diárias.

- **Estado físico e satisfação das necessidades**

Encontra-se emagrecido. Nega consumos de álcool desde que reside no lar.

- **Efeito dos comportamentos e sintomas**

Mantém os projectos de voltar a trabalhar como motorista, voltar a morar na Bobadela e regressar aos consumos alcoólicos. Não apresenta comportamentos de auto nem hetero-agressividade, com boa aceitação das regras impostas pelo lar. Sem autonomia para gerir as suas actividades diárias nem os seus bens. Manifesta pouco interesse em colaborar no seu processo de recuperação

### **3. Intervenções de enfermagem**

#### **3.1. Visita Domiciliária – 15/10/2010**

A equipa composta pela enfermeira, assistente social e médico dirigiu-se ao lar onde se encontra o Sr. H.C. em Sobral de Monte Agraço. As condições físicas do local são agradáveis, pois é um edifício recente com três andares, composto por grandes salas de áreas comuns para se desenvolverem algumas actividades, sala de TV e área de refeições. Os outros dois pisos são quartos. Este lar tem também assistência médica diária e de enfermagem 24h por dia.

O Sr. H.C. encontrava-se na sala da TV com outras pessoas, pouco interactivo com o meio envolvente. Por manter uma ideação marcada de abandonar o lar e por ver na equipa a porta de saída, quando contrariado e quando lhe foi explicada a importância de se manter activo e participar nas actividades propostas (colaborar na ida às compras com algumas funcionárias, participar nos passeios realizados, ajudar no arranjo do jardim), mostrou-se desagradado e altivo no discurso, com alguma agressividade

---

latente. Foram estabelecidos objectivos a cumprir entre o Sr. H.C. e as funcionárias e terapeutas do lar, com o acordo de ambas as partes, ficando a supervisão a cargo destas funcionárias, funcionando a equipa como um elemento de apoio, que se manteria disponível para o que fosse necessário.

A articulação entre a equipa e esta estrutura de apoio na comunidade funciona muito bem, e foi possível ver no terreno aquilo que se preconiza em termos de articulação entre as estruturas e equipas hospitalares e as da comunidade. A receptividade das funcionárias do lar aos elementos da equipa, tendo-nos recebido muito bem e terem-nos dado abertura para ser a nossa equipa sugerir algumas orientações para o plano de actividades diárias para o Sr. H.C. e de se realizarem alterações de terapêutica.

### **23/10/2010**

O lar contactou a equipa por o cliente se encontrar um pouco agitado e inquieto, apresentando por vezes algumas manifestações físicas compatíveis com crises tónico-clónicas presenciadas pela equipa de enfermagem e que reverteram espontaneamente. Discutido o caso em equipa e ponderou-se a realização de uma TAC-CE e observação por Neurologia, na eventualidade de serem realmente crises epilêpticas/convulsivas no contexto da degradação física devido aos excessivos consumos de álcool. Feita alteração terapêutica (comunicada via telefone ao corpo clínico do lar) e a marcar nova visita domiciliária.

---

## **APÊNDICE XIII – Visita Domiciliária II**

## VISITA DOMICILIÁRIA II

C. é uma cliente do sexo feminino de 47 anos, residente nos Olivais com os pais e um irmão com patologia psiquiátrica diagnosticada (esquizofrenia), que frequentou o ensino superior universitário até ao 3º ano de Psicologia Clínica.

Seguida desde Abril pela equipa de enfermagem da Consulta Externa, onde foi feita psicoeducação de adesão e gestão autónoma do regime terapêutico e também de promoção do auto-cuidado. Em Março de 2010 C. é internada na Clínica Psiquiátrica III do HJM com síndrome depressivo e eventual sintomatologia psicótica que não se vem a confirmar, apresentando lentificação psicomotora e sintomas extra-piramidais, tendo tido alta ao fim de três semanas.

A 07/12/2010 a irmã mais velha vem pedir ajuda à equipa pois C. agrediu fisicamente o pai e queria saber como proceder para activar o internamento compulsivo e gostaria de falar com o médico assistente da irmã. Já em Junho tinha-se dirigido à Consulta Externa fazer um pedido de interdição que foi negado. C. faltou à última consulta em Novembro, sendo a próxima agendada para Abril. Neste contexto e dada a situação familiar (pais idosos, o pai com uma patologia psiquiátrica/quadro demencial a necessitar de alguns cuidados, C. com má adesão ao regime terapêutico e um irmão que teve alta recentemente de um internamento por descompensação da sua patologia psiquiátrica), foi contactada a equipa comunitária da área de residência que desconhecia da sinalização desta família. Decidido então que a melhor estratégia seria colher mais dados através de uma visita domiciliária, pois já em Maio se tinha realizado uma com bons resultados.

Fomos então recebidos por C. num apartamento recentemente remodelado, cuidado e com bom gosto, com um leve cheiro a urina no ar. O pai encontrava-se sentado num cadeirão na sala, sem necessitar de fralda e com mobilidade mantida, embora um pouco emagrecido. A mãe também se encontrava presente. Uma senhora de 77 anos com aspecto cuidado, autónoma e rapidamente ficou demonstrado que era o pilar daquela família. C. apresentava um excesso ponderal de peso (segundo informação colhida dentro da equipa, melhor que da última vez), aspecto cuidado, o quarto um pouco desorganizado mas pelo excesso de coisas que lá existem.

---

Quando abordada sobre o seu estado e sobre as suas actividades de vida, mostrou sempre um sorriso um pouco forçado e sempre muito cordata nas respostas, procurando corresponder às expectativas. Fazendo perguntas mais incisivas sobre a sua relação com os pais, nomeadamente sobre a eventual agressão ao pai, nega dizendo que tudo não passou de um mal entendido e quando se tentaram apurar mais pormenores, verbalizou “isso são coisas da minha irmã e eu só digo mais na presença de um agente da PSP” (sic). Quando questionado o pai, começa por confirmar que a filha lhe bateu com umas botas mas na presença desta nega, dizendo que foi apenas uma brincadeira e alguma agressão verbal.

Questionada a mãe sobre o acompanhamento que têm recebido, refere que tanto o marido como o filho são seguidos em consultas de neurologia (?) privadas, C. é então seguida no HJM e que não têm apoio domiciliário do Centro de Saúde. Demonstraram pouca abertura a este tipo de apoio, tendo em tempos ponderado a ajuda de uma empregada doméstica mas que nunca foi avante. Refere ainda que o maior apoio vem da filha mais velha, acima de tudo na orientação de documentos legais, algum apoio financeiro e supervisão da parte clínica de todos os elementos.

Sobre a gestão da casa, é essencialmente efectuada pela mãe, com quase nenhuma ajuda de C. pois passa grande tempo no seu quarto e dorme grande parte do dia. Verifica-se uma desculpabilização desta mãe em relação às atitudes dos filhos que residem com ela “eles sempre foram muito tímidos, e fui sempre eu que fiz tudo” (sic). C. referiu que tem uma entrevista de emprego num call center na próxima segunda-feira, e que até agora tem comprado as suas coisas com dinheiro que a mãe lhe dá (a mãe conta que muito é ela que lho tira da carteira sem autorização).

Finalizada a visita dizendo que qualquer coisa que fosse preciso que a equipa se encontrava disponível e que iríamos entrar em contacto com a outra filha a contar-lhe que a visita domiciliária tinha sido feita.

O contacto com o privado das pessoas, com a sua intimidade é constrangedor e ao mesmo tempo um choque com a realidade, que é sempre diferente da nossa e da que esperamos. O importante é manter sempre o foco do que nos levou ali, manter uma observação isenta de juízos de valor e adequar o projecto terapêutico e as áreas de intervenção não ao que nós queremos ou gostaríamos, mas ao que aquelas pessoas de forma individual e como um todo pretendem e estão dispostas a aceitar, sem nunca alimentar expectativas irreais.

---

## **APÊNDICE XIV – Entrevistas Familiares**



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA** | INSTITUTO DE  
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**EESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

## **ENTREVISTAS FAMILIARES**

**Trabalho elaborado por:**

**Lurdes Almeida**

**Equipa de Saúde Mental Comunitária de Oeiras – Departamento de  
Psiquiatria e Saúde Mental – Hospital de São Francisco Xavier –  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, 2011**

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>0. INTRODUÇÃO .....</b>                         | <b>3</b>  |
| <b>1. FASE CONCEPTUAL.....</b>                     | <b>6</b>  |
| 1.1. RELAÇÕES FAMILIARES.....                      | 11        |
| 1.2. BURDEN OBJECTIVO E SUBJECTIVO .....           | 15        |
| 1.3. EMOÇÕES EXPRESSAS (EE).....                   | 18        |
| <b>2. TIPO DE ESTUDO / FASE METODOLÓGICA .....</b> | <b>21</b> |
| <b>3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>        | <b>23</b> |
| 3.1. DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS .....            | 25        |
| <b>4. CONCLUSÃO .....</b>                          | <b>26</b> |
| <b>5. BIBLIOGRAFIA .....</b>                       | <b>29</b> |

---

## **0. INTRODUÇÃO**

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio do curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, Módulo III – Opção, da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, desenvolvido na Equipa de Saúde Mental Comunitária de Oeiras, que pertence ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de São Francisco Xavier e foi desenvolvido no período de 15/12/2010 a 28/02/2011.

Para Colvero et al (2004, p.200) “... a doença mental deve ser compreendida como um fenómeno complexo e histórico, atravessado pelas dimensões psicossociais que determinam o processo saúde-doença mental”.

Dos objectivos definidos no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, é de destacar o que preconiza “... promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias”. Nesta medida, e estando a família no centro de todo este processo, é importante vermos qual o impacto e a receptividade às Intervenções Familiares (IF), assim como analisar as dificuldades sentidas pelos profissionais para num futuro próximo podermos melhorar e tornar das IF uma actividade efectiva e permanente nos nossos serviços de saúde mental.

Diversos estudos realizados demonstram que o índice de recaídas de pessoas com esquizofrenia ao fim de um ano passa de 41-53% para 6-12% nas famílias que foram sujeitas a Intervenções Familiares, e aos dois anos passa de 66-83% para 17-40%. Os mesmos estudos referem também uma melhor adesão à terapêutica farmacológica e a uma diminuição nos custos dos cuidados após as IF. No final desse ano, foram registadas melhoras no que diz respeito ao estado clínico e funcionamento social dos clientes, assim como da sobrecarga familiar. Passou-se do uso de chantagem e resignação para uso de uma comunicação mais assertiva e positiva e um aumento das redes e actividades sociais das famílias. Finalmente, houve também melhoras relacionadas com o suporte e assistência profissional recebidos. Assim, as melhoras registadas ao fim de um ano de IF mostram-nos que o cliente/família encontraram estratégias diferentes de forma a enfrentarem os problemas do dia-a-dia.

---

Segundo dados epidemiológicos, a esquizofrenia é uma doença grave e crónica, que atinge cerca de 1% da população mundial (Kaplan e Sadock, 2007). As famílias desempenham um papel importante no dia-a-dia da maioria das pessoas com esquizofrenia, e nas últimas duas décadas diversos estudos têm vindo a demonstrar a eficácia das intervenções psicoeducativas nestas famílias, como complemento do tratamento farmacológico dos clientes, contribuindo para a prevenção de recaídas e para o seu processo de recuperação, e também melhorando o bem-estar da família como um todo.

As pessoas que têm sintomas psiquiátricos não são receptores passivos de tratamento e o objectivo não é fazer com que sigam as recomendações como se fossem regras. O decurso a longo prazo da doença mental não é previsível, no entanto, estudos têm demonstrado que as pessoas que participam activamente no seu tratamento e que desenvolvem estratégias de coping eficazes apresentam resultados mais favoráveis, incluindo uma melhor qualidade de vida.

De acordo com os objectivos definidos internamente na Equipa de Saúde Mental Comunitária de Oeiras e englobando os projectos existentes de forma a poder deixar um contributo, um dos projectos preconiza a realização de IF nas famílias em que um dos elementos tem uma psicose, não só numa tentativa de alívio da sobrecarga mas também numa ajuda a estes familiares para encontrarem estratégias que lhes permitam lidar melhor com o seu familiar com um problema de saúde mental. Como este projecto está pensado há muito tempo dentro da equipa mas ainda não concretizado, foi-me proposto fazer o levantamento das necessidades destes familiares para a partir daí se encontrar a justificação para a implementação do projecto.

Assim, este trabalho tem como objectivos principais:

- Adquirir competências enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica na realização de entrevistas a familiares de pessoas com doença mental psicótica, fazendo não só colheita de dados para se conhecer melhor estas famílias e os seus problemas, mas também fornecer informações pertinentes sobre a etiologia e curso da doença e também fornecer terapia de suporte;
  - Identificar os principais problemas dos familiares de pessoas com diagnóstico de psicose, com a finalidade de implementar e avaliar um plano de orientação às famílias de tais pacientes.
-

Com estes objectivos, as principais questões para este trabalho foram:

- Quais os conhecimentos que estas famílias têm sobre a doença do seu familiar?
- Quais as principais alterações ocorridas na dinâmica das relações?
- Quais as consequências para o cuidador e as estratégias para alívio da sobrecarga / da situação em que se encontra?
- Qual o conhecimento que os familiares têm e qual os apoios disponíveis na comunidade?

Após uma revisão bibliográfica sobre diversos estudos e diversos autores que abordam as questões relacionadas com o cuidado à pessoa com doença mental, servindo essa revisão como quadro conceptual deste trabalho, foram seleccionadas famílias de clientes com psicose cujo gestor de caso é a enfermeira da equipa, elaborado um guião de entrevista de acordo com a bibliografia consulta de forma a se conseguirem levantar as necessidades dos familiares no que respeita a: conhecimento sobre a doença, alterações na dinâmica familiares pela existência de um elemento doente, consequências para o cuidador, estratégias para o alívio da situação e conhecimento dos recursos e apoios existentes na comunidade.

Para a preparação das entrevistas, para além de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema das intervenções familiares, os vários modelos, o tema da sobrecarga e da família como modelo sistémico, foi também necessária a orientação da enfermeira orientadora, pois foi sempre tido em conta que este trabalho iria ser o arranque de um projecto maior da equipa e também porque é ela a gestora de caso destas famílias, quem melhor conhece as pessoas e os contextos.

---

## 1. FASE CONCEPTUAL

Com o aparecimento de anti-psicóticos de última geração, começou a tornar-se mais evidente a necessidade de incluir as famílias e a comunidade no tratamento e acompanhamento das pessoas com perturbação mental, surgindo mudanças que levam ao desenvolvimento de estratégias e de intervenções centradas na e para a comunidade.

Nos últimos tempos tem-se vindo a verificar uma mudança de atitude no que concerne às pessoas com doença mental, passando de políticas que as mantinham à margem e institucionalizadas em hospitais psiquiátricos, longe de tudo e de todos, para políticas que promovem a sua integração na sociedade e nas famílias, passando o hospital a fazer parte apenas do manejo de situações de crise ou de casos especiais, como os clientes internados por longos períodos em serviços de Psiquiatria Forense. Deste modo, a responsabilidade da gestão e controlo do tratamento e da reabilitação das pessoas com perturbações mentais fica a cargo da família, sem que com isso estejam preparadas para tal. Os serviços de saúde mental, tanto os hospitalares como os da comunidade, e acima de tudo os enfermeiros que neles trabalham, têm desta forma uma função acrescida: orientar estas famílias de forma a ficarem mais esclarecidas sobre tudo o que rodeia a doença dos seus familiares e as melhores formas de agir perante situações complexas que passarão a fazer parte do seu quotidiano, de forma a serem capazes de gerir a sobrecarga a que estão sujeitos.

Com a reformulação eminente e visível das reformas na saúde mental em Portugal e com uma maior intervenção na comunidade, a família passa a ser a principal cuidadora das pessoas com perturbação mental, tornando-se o hospital apenas um recurso para as situações de crise que não se conseguem gerir sem internamento. Assim, é importante criar-se também uma consciência crítica no que concerne às necessidades que estas famílias apresentam ou possam apresentar, seja em necessidades informativas ou em estratégias que lhes permitam lidar com a doença e com os efeitos a longo prazo que ela provoca no familiar com perturbação mental e no próprio cuidador.

Desde sempre que o hospital tem sido o único recurso de tratamento e acompanhamento de pessoas com perturbação mental, contribuindo desta maneira para a sua exclusão e desvinculação da família e da sociedade, ficando liberta desta sobrecarga e contribuindo para a cronicidade de pessoas com estas patologias. Por outro lado, sempre foi muito

---

defendido nesta área a culpabilização das famílias no que respeita à saúde mental. Os conceitos de família patogénica” e “mãe esquizofrenizante” são ainda hoje muito utilizados por técnicos especializados, embora cada vez mais esteja a emergir o paradigma da desinstitucionalização e do envolvimento da família e da comunidade no tratamento e acompanhamento a estas pessoas.

Ao colocarmos os familiares das pessoas com doença mental grave como gestoras de caso, levantamos alguns problemas aos profissionais que actuam a nível comunitário pois estes passam a ser o suporte destas famílias, tais como

“... os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida quotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita” (Colvero et al, 2004, p.198).

Vários estudos citados por Campos et al (2005, p.221) mostram que “... a cronificação e o empobrecimento resultantes das psicoses não são causados por factores intrínsecos à doença, mas por variáveis muitas vezes ligadas à família e à comunidade, que podem ser modificadas no processo de intervenção”. Nesta medida, é importante criar uma consciência crítica de que as IF permitem não só fornecer informações e competências aos cuidadores, mas também ajudá-los na sua sobrecarga, permitindo-nos vê-los também como alvo dos cuidados. Contudo, e de acordo com alguns estudos, “... há uma proporção significativa de familiares que se recusam a frequentar um grupo, havendo necessidade de sessões domiciliárias”, sendo a melhor estratégia a adoptar adequar as intervenções às necessidades das famílias (Pereira, 2006, p.5).

Quando entramos em contacto com familiares de pessoas portadoras de doença mental grave, verificamos que muitas delas têm escassa informação acerca do diagnóstico, prognóstico e curso da doença, assim como falta de estratégias para lidarem com o que as espera. Como nos diz Paiva et al (2000, p.22) “... a doença mental ainda suscita mal-estar nas pessoas não só pelo medo do desconhecido, mas por tratar-se de algo carregado de crenças e preconceitos, principalmente quando falamos em esquizofrenia”.

São vários os problemas com que as famílias de pessoas com doença mental crónica se deparam. Um desses problemas consiste nas dificuldades sentidas pelas famílias em lidar com a sintomatologia/comportamentos do familiar doente (alucinações, ideias persecutórias, perturbações do afecto, alterações do humor, alterações dos hábitos de

---

comer e de dormir, comportamentos violentos, apatia, descuido com a higiene pessoal ...), representando uma das maiores fontes de stress para as famílias. Para além disso, precisam de ajuda para lidar com questões relacionadas com a culpa, a sobrecarga, o pessimismo, o isolamento social e todos os sentimentos negativos que surgem do estigma que envolve esta doença e que são capazes de alterar o funcionamento de qualquer família, especialmente se ela não for capaz de adoptar estratégias que lhe permitam adaptar-se a esta nova realidade, ou se não for capaz de admitir que precisa de ajuda (Pereira, 2006; Waidman, 1999). Muitos destes sentimentos negativos vêm daquilo que os familiares acham que é a causa da doença, muitas vezes atribuindo a culpa à pessoa doente (más companhias, uso de drogas, ou algum traço de personalidade) ou a factores externos (actos de bruxaria ou factores hereditários), tomando desta maneira uma atitude de culpa ou proteccionista em relação à pessoa doente face à doença (Reis, 2004). Tudo isto vai culminar numa diminuição cada vez maior da autonomia da pessoa com esquizofrenia e um aumento da sobrecarga do cuidador.

A pessoa com doença mental faz parte de uma família e é no seio dela que deve permanecer tanto quanto possível. Passando a família a constituir um parceiro no processo de tratamento, implica que se ajude a família a construir novos saberes e novos modos de ser e estar, de forma a manter as relações familiares tão organizadas quanto possível perante a doença mental e todas as suas consequências.

Os familiares de pessoas com esquizofrenia ficam melhor preparados para cuidar dela se receberem informação adequada sobre a doença e seu tratamento, bem como aconselhamento que lhes dê apoio emocional e conselhos práticos de como controlar o comportamento da pessoa doente. Ajudar a família a melhor compreender a doença mental é capacitá-la para melhor cuidar do seu familiar, diminuindo o sofrimento e frustração. Tudo isto constitui um verdadeiro desafio para os profissionais da área da saúde mental. Os profissionais de saúde podem tornar-se uma fonte de apoio e suporte para a família, ajudando-a a procurar caminhos para que possam fortalecer e valorizar as potencialidades do cliente, contribuindo desta forma para a sua reinserção social e para que cada vez menos constituam um “peso” para a família e sociedade.

O estudo realizado por Hanzawa et al (2008) mostrou que as reuniões de grupos de famílias não só são importantes na partilha de sentimentos e na aquisição de informação sobre todas as questões inerentes ao processo de doença, mas também é visível uma

---

melhoria nas estratégias de coping e nas competências adquiridas para lidar com o familiar doente.

Assim, de acordo com os dados e encontrados na bibliografia consultada, os programas de psicoeducação dirigidos a familiares de pessoas com perturbação mental grave, nomeadamente esquizofrenia, têm como objectivo melhorar a capacidade de comunicação entre os familiares e adquirir competências na técnica de resolução de problemas, dando resposta às adversidades sentidas no curso da doença.

Segundo Pereira (2006, p.2), a psicoeducação é o

“... conjunto de abordagens orientadas por dois vectores: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o stress e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado”.

Isto é, permite melhorar os aspectos funcionais da pessoa doente em colaboração com a família e aliviar a sobrecarga do cuidador, orientando-o na adopção de estratégias que lhe permitam melhorar a reabilitação da pessoa de quem cuidam.

A intervenção ao nível da psicoeducação, nomeadamente em famílias de pessoas com esquizofrenia, vem responder a uma melhor compreensão da doença e mudança de atitude na pessoa portadora de uma doença psiquiátrica que apresenta no seu ciclo de vida oscilações, mas que poderão ser controladas. A família deve estar envolvida no acompanhamento do cliente, verbalizar as suas preocupações face à doença, ser ensinada sobre os vários aspectos da patologia e alertada quanto à necessidade de se manter vigilante, principalmente nas alterações do estado psíquico e cumprimento da terapêutica.

McFarlane dividiu as IF em multifamiliares, unifamiliares ou só com familiares, com ou sem o cliente, em contexto hospitalar ou no domicílio (Pereira, 2006). O estudo realizado pelo mesmo autor, refere-se a IF integrando o cliente e segundo o modelo de Falloon. Este modelo é baseado na aplicação de teorias cognitivo-comportamentais em contexto unifamiliar, incluindo o cliente, e comporta os seguintes temas:

- Avaliar as necessidades da família e da pessoa doente;
  - Sessões educativas sobre esquizofrenia e tratamentos;
  - Treino de competências comunicacionais (expressar sentimentos positivos e negativos, fazer pedidos de forma positiva e assertiva, escuta activa, ...);
-

- Treino de técnica de resolução de problemas, de forma a poderem lidar com os problemas do dia-a-dia (gestão das crises, prevenção de recaídas, ocupação sócio-profissional, ...);
- Melhorar as estratégias de coping de forma a reduzir o stress;
- Estabelecer objectivos individuais e familiares.

As IF são parte importante do regime terapêutico, em que o tratamento da esquizofrenia não passa do mero controlo da sintomatologia mas também de recuperação funcional.

Pereira (2006, p.7) define IF como

“... sessões familiares com função específica de suporte ou tratamento, com base em princípios sistémicos, cognitivo-comportamentais ou psicanalíticos, devendo incluir pelo menos um dos seguintes componentes: intervenção psicoeducativa, trabalho de resolução de problemas e de manejo da crise e/ou intervenção com o doente”.

É de realçar que qualquer que seja o tipo de IF aplicada, os resultados da sua eficácia são visíveis, pois este tipo de intervenção vai de encontro às necessidades do cliente/família que vão mudando face aos agentes de stress. Contudo, e segundo Pereira (2006), será prioritário intervir naquelas famílias com elevados níveis de emoções expressas, ou em que a sobrecarga familiar é maior por o cliente apresentar disfunções sociais devido à sintomatologia. Há consenso quanto à duração das IF, que deverá ser no mínimo entre 9-12 meses e incluir mais que 10 sessões para se poderem obter alguns resultados, pois é necessário tempo para as pessoas receberem a informação e a processarem.

Os resultados obtidos das IF podem ser interpretados segundo o modelo de stress-vulnerabilidade. Segundo esta teoria as re-agudizações da doença resultam da interacção entre os factores de vulnerabilidade e os factores de stress. Como factores de vulnerabilidade psicobiológica podem citar-se entre outros os genéticos, os de personalidade, os cognitivos e os comportamentais. Os factores de stress sócio-ambiental podem ser as emoções expressas elevadas, os acontecimentos de vida traumáticos, a tensão profissional e o baixo suporte social (Reis, 2004). O que se pretende é que haja um equilíbrio entre estes factores, pois quando o stress aumenta acima de um determinado limiar, a probabilidade de haver recaídas é maior. Os fármacos funcionam como tampão, protegendo a pessoa dos efeitos do stress. A intervenção psicossocial pretende que esse limiar seja elevado, havendo uma protecção adicional.

---

Podemos então encarar as IF como complementares do tratamento médico e da reabilitação psicossocial, pois com o recurso às IF podemos “... reduzir cerca de 4 vezes as taxas de recaídas a um ano e entre 20-50% as taxas de recaída e readmissão hospitalar a dois anos, em comparação com o tratamento individual clássico não complementado com eles” (Pereira, 2006, p.5).

### 1.1. RELAÇÕES FAMILIARES

Família é um sistema composto por vários elementos que se organizam por subsistemas, e estabelecem relações de afectividade e funcionais entre eles, desempenhando diferentes papéis. Este sistema família está inserido num sistema ainda mais abrangente que é a sociedade. O diagnóstico inicial de uma doença mental pode ser particularmente doloroso, com o choque inicial, a confusão e o medo. As famílias passam por um luto, quer das perdas efectivamente sofridas – da tranquilidade da vida familiar e da relação que até aí mantinham – quer da própria esperança no futuro.

Segundo Pereira (2006, p.2), os doentes com esquizofrenia muitas vezes abandonam o regime terapêutico e “... 30% a 40% apresenta resistência à terapêutica farmacológica”, daí que o tratamento farmacológico por si só não é suficiente, sendo cada vez mais consensual que a melhor maneira de evitar recaídas a longo prazo é utilizar também estratégias psicossociais, envolvendo o cliente, a comunidade e também as famílias. Esta forma de pensar toma ainda maior dimensão em Portugal, onde a família é vista como a rede de suporte natural, e em que a maior parte dos clientes que são desinstitucionalizados são inseridos no seu meio familiar, sendo cada vez mais importante criar uma consciência crítica que nos permita envolver as famílias nos planos de tratamento e também no acompanhamento e reabilitação dos seus familiares com doença mental. Com estas mudanças, as famílias ficaram responsáveis por providenciar e fornecer abrigo, suporte financeiro e assistencial, serem os gestores de caso neste processo de saúde-doença, fornecer suporte emocional e ainda defenderem os melhores interesses do seu familiar. Segundo Alves e Silva (1998, p.95), é “... a família que fica com o encargo de assegurar que este toma a medicação com regularidade, que vai ao médico nas consultas marcadas”.

O estudo realizado por Campos et al (2005) mostrou que os cuidados à pessoa com doença mental recaem mais sobre um dos membros da família, mantendo os outros um pouco à margem, embora refiram que não devam haver diferenças com os restantes

---

membros e esteja implícito que em caso de necessidade, um dos outros familiares assume o papel de cuidador.

O estudo realizado por Reid et al (2005) mostra que as principais necessidades dos familiares e que são passíveis de serem sujeitas a psicoeducação dizem respeito a controlar os factores de stress e as emoções, reconhecer a importância do cliente nas decisões do seu tratamento e o acesso a informação e suporte, para que a família possa negociar o tratamento mais adequado ao seu familiar com os serviços de saúde. Com isto, a família será capaz de fornecer um maior suporte e também de adquirir as competências necessárias que lhes permitam reduzir e gerir melhor a sua sobrecarga.

As IF são uma ajuda importante no processo de tratamento de uma doença mental grave, e têm como principais objectivos fornecer informação sobre a etiologia, o diagnóstico, os sintomas e o curso da doença mental, assim como as opções de tratamento e os recursos existentes no que respeita ao apoio existente e ao processo de reabilitação e reintegração. É útil também na diminuição do estigma que rodeia a doença mental e no isolamento a que estas famílias automaticamente se colocam, pois com as IF podem verificar que não estão sós e que muitos mais partilham dos seus sentimentos e dificuldades, podendo inclusive trocar experiências e encontrar entre eles a melhor estratégia a adoptar na resolução dos problemas. O facto das famílias se sentirem segregadas socialmente é um impedimento a que peçam ajuda efectiva. As famílias são muito selectivas no pedido de apoio fora da família mais próxima porque são descrentes desse apoio, antecipando as reacções negativas e a falta de compreensão (Chafetz e Barnes, 1989).

Nem todas as famílias possuem critérios para integrarem grupos de psicoeducação e de IF, mas deverá ser dada a todas essa oportunidade. A prioridade deverá ser dada aos familiares em que o diagnóstico de esquizofrenia já está instituído no seu familiar, especialmente se esse for um diagnóstico recente e em que a sintomatologia produtiva ainda esteja bem presente e que apresentam risco de recaída (Pereira, 2006).

Paiva et al (2000), no seu estudo, mostram que são vários os autores que dão destaque ao papel da família no acompanhamento à pessoa com doença mental. Os estudos em que os familiares que foram envolvidos neste processo desde o primeiro dia de admissão no hospital, sendo englobados nos cuidados pela equipa, sendo-lhes fornecida informação sobre a doença e sobre o que esperar e como lidar com a sintomatologia e com e com os comportamentos do seu familiar, mostram que os pacientes sofreram

---

menor número de reinternamentos. Além disso, a informação fornecida ajuda também a família a adquirir competências que lhe permitam lidar com o estigma a que estarão sujeitos, e também a ser agente de socialização, promovendo a integração do seu familiar na comunidade e até no meio laboral. Sarraceno (1999) citado por Paiva et al (2000, p.22) diz-nos que “... deve-se aumentar a estabilidade emocional no ambiente familiar e a capacidade dos familiares para interagirem com a pessoa doente, além de torná-los capazes de exprimirem os seus próprios sentimentos e necessidades de forma directa, facilitando a solução dos conflitos que possam surgir”.

O que mais se verifica nestas famílias, e de acordo com a bibliografia consultada, é que todas elas têm esperança numa cura, e induzem isso no seu familiar, que ao aperceber-se que por vezes a sua patologia não está devidamente controlada, causa-lhe ansiedade porque não irá corresponder às expectativas. No estudo de Paiva et al (2000), é visível que os familiares têm dificuldade em aceitar a realidade e em enfrentar o futuro, no entanto devem ser orientados nesse sentido, desenvolvendo expectativas aceitáveis e congruentes com as capacidades presentes na pessoa doente. Para tal, o enfermeiro tem um papel muito importante, intervindo a este nível de cuidados, fornecendo informação de forma adequada e começando a intervir desde o primeiro dia de internamento, vendo não só o cliente como alvo de cuidados mas também a família e a comunidade.

Segundo dados da bibliografia, há uma redução de 20%-50% de recaídas e reinternamentos das pessoas cuja família teve uma intervenção psicoeducativa, mostrando também estas famílias menor sobrecarga e maior efectividade no apoio prestado ao seu familiar no controle e gestão da sua doença (Draft, 2003). Apesar de existirem diferentes modelos de IF, todos pressupõem uma boa relação entre a família e a equipa que vai intervir, sessões de psicoeducação sobre a doença e o seu curso, suporte social, treino de competências na gestão de stress e melhorar formas de comunicação, englobar toda a família e não só a pessoa doente e no mínimo ter a duração de seis meses. O seu principal objectivo é que os elementos da família adquiram conhecimentos que lhes permita resolver os conflitos provocados por conviver com um familiar portador de doença mental grave. Para tal, é muito importante ter conhecimento sobre os factores precipitantes de recaídas no passado. Uma outra forma de prevenir recaídas é ter conhecimento das estratégias de coping ineficazes que foram usadas, pois promovendo novas estratégias é importante na motivação dos familiares no sentido de uma mudança de comportamentos e melhoria não só da situação de saúde do seu familiar mas também das relações entre eles.

---

As IF são consideradas um processo que tem como finalidade levar a que os familiares sintam menor stress psicológico melhorando as suas competências na gestão da doença e nos mecanismos que lhes permitam uma melhor adaptação às alterações de comportamento e de afectos que o doente apresenta. Deste modo e segundo Reis (2004, p.38), “... o processo de intervenção psicoeducativa deve focalizar sempre as duas principais dimensões dos problemas familiares, a das emoções e a dos comportamentos”. O mesmo autor diz-nos que uma forma de iniciar este tipo de intervenção junto dos familiares por forma não a avaliar as emoções expressas mas sim “... avaliar em cada um o tipo de representação que têm do doente e da doença, as emoções que expressam quando se referem ao doente e saber qual o estatuto e papel que desempenham na família”, por uma entrevista semi-estruturada, sem o propósito de seguir um guião mas orientando a pessoa nas perguntas e focalizando nos dados que se pretendem obter.

Segundo Reis (2004, p.21) “... a capacidade das famílias lidarem com um familiar afecto de esquizofrenia depende também da forma de evolução da doença, do tipo de resposta ao tratamento e do grau de incapacidade do doente”. Nas relações familiares, a existência de um elemento doente leva a que a família se reorganize e se reestruture de forma a se adaptar a esta nova realidade. No caso de o familiar ter esquizofrenia, as relações são afectadas pela percepção que a família tem dos comportamentos que o doente apresenta, reagindo a eles com uma carga emotiva e afectiva que pode ser elevada.

As famílias atribuem a doença a diversos factores que lhes permitem atribuir uma relação causal com a existência da doença, nomeadamente a falhas na concepção (drogas, álcool ou outros factores hereditários), à educação que recebeu e a alguns factores que poderiam ser modificáveis, a existência de conflitos conjugais e evitar que assistisse a circunstâncias que foram traumáticas. Noutro campo, há algumas famílias que atribuem a doença a factores morais, como sendo uma atitude sobrenatural ou intervenção divina, como castigo ou expiação de pecados (Reis, 2004).

Para Townsend (2002), existem algumas características que devem ser tidas em conta quando intervimos numa família, de forma a potenciar aquele sistema quanto à sua funcionalidade, nomeadamente a comunicação entre o grupo, o conceito que cada um tem de si, as expectativas em relação ao outro, as intercepções que existem entre os diferentes elementos, a tolerância, a confiança, os afectos.

---

Importa referir alguns obstáculos que impedem um adequado funcionamento familiar que para Stuart e Laraia (2001) são a distância não proporcional criada entre os membros, o desequilíbrio de atitudes (excesso de zelo por parte de um e passividade, obediência por parte de outro), o não aceitar e não enfrentar a realidade, a fraca identidade e autoridade entre gerações, a existência de um membro que utilize substâncias ilícitas, ou esteja sujeito a abuso sexual, emocional ou físico por outro membro da família.

Compreender o funcionamento familiar é fundamental para entender os vários comportamentos presentes quando existe um membro com doença mental e intervir apoiando e identificando as necessidades da família. Para essas famílias, o aparecimento desta doença e as suas consequências fazem agravar eventuais conflitos e dificuldades no quotidiano, anteriormente enfrentados por elas.

De acordo com Stuart e Laraia (2001), as intervenções de enfermagem devem ter o objectivo de melhorar o relacionamento da pessoa doente com a família promovendo a participação destes no projecto de vida do mesmo, manter a estabilização do seu estado de doença, reduzir as recaídas, elas incidem no ensino à família sobre a doença, técnicas para lidar com os sintomas e as crises, fortalecimento de áreas positivas da família. Este processo deve incluir o desenvolver de habilidades na comunicação, na resolução de conflitos, na tomada de decisões, na afirmação quanto às opiniões, nos comportamentos em situação de stress, na utilização dos recursos.

## 1.2. BURDEN OBJECTIVO E SUBJECTIVO

A palavra burden significa sobrecarga, mas normalmente está associada aos aspectos negativos que envolvem os cuidados a pessoas com perturbação mental, e varia com o tipo e estadio da doença, o estadio da família, o parentesco do cuidador, a raça, o sexo e a idade do cuidador, os contextos culturais e o número de crises enfrentadas.

Os estudos de burden familiar com a doença mental referem: discussões intensas, decadência ou falta de comunicação, comportamento bizarro e perturbador para os vizinhos, ameaça de fazer mal a si próprio ou aos outros (por vezes concretização), fazer barulho à noite, não aderir a um horário regular, ter linguagem abusiva, representar perigo para a família e para outros fora da família.

A um aumento das exigências, os cuidadores respondem empregando estratégias que vão ao encontro do que é necessário para cuidar da pessoa e que minorem o burden da

---

prestação de cuidados. Os cuidadores que não são capazes de se adaptar ou de modificar estratégias para irem ao encontro das necessidades experimentam uma intensificação do burden.

Uma definição proposta por Campos et al (2005, p.219) sobre sobrecarga diz-nos que esta diz respeito “à presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afectam significativamente a vida dos familiares ou cuidadores responsáveis pelo paciente, e corresponde ao elemento do sofrimento explicitamente atribuído ao paciente”. O mesmo autor (p.222) citando Goldman (1982) diz que

“... a sobrecarga familiar pode ser definida como sendo o stress emocional e económico a que as famílias se submetem, quando um parente recebe alta de um hospital psiquiátrico e retorna ao seu lar, principalmente quando laços familiares foram rompidos pelo padrão de cronicidade, no caso dos pacientes que permanecem por longos períodos em instituições psiquiátricas”.

O mesmo autor citando Marsh (1992) e Platt (1985) separa a sobrecarga objectiva “... que se refere aos problemas ou dificuldades concretas, verificáveis e observáveis causadas pelos comportamentos do paciente” da sobrecarga subjectiva “que se refere aos sentimentos pessoais sobre o ato de cuidar do paciente e está relacionada às consequências da sobrecarga objectiva” (p.222). Ou seja, o burden objectivo tem um impacto significativo nas respostas ao cuidado com a pessoa doente enquanto que o burden subjectivo é importante na previsão da angústia dos membros da família.

Xavier et al (2002, p.166) dizem-nos que

“... a sobrecarga objectiva correspondente ao impacto directo das modificações e limitações impostas pela doença de um indivíduo nos seus familiares (e.g., disrupção das rotinas domésticas, restrição das actividades sociais, dificuldades laborais/financeiras), e a sobrecarga subjectiva, conjunto de sentimentos decorrente da vivência intra-psíquica destas limitações (e.g., perda, culpabilidade, tensão relacional intra-familiar, preocupação com o futuro, medo da violência) ”.

A partir do momento em que a intervenção em pessoas com psicose passou a ter como foco a comunidade, muitos têm sido os estudos efectuados que nos permitem identificar quais os factores que levam ao burden do cuidador. A bibliografia consultada e presente em inúmeros estudos mostra-nos que estes factores incluem as características clínicas da doença, a intensidade e gravidade dos sintomas positivos, número de reinternamentos, progressão da doença, comportamentos e competências sociais mantidas pelos clientes, incluindo a actividade laboral. A somar a isto, encontramos também as características do cuidador, que incluem o viver com o cliente na mesma casa, a frequência de apoio e vigilância dos comportamentos, as emoções expressas, as estratégias de coping mais comumente utilizadas, o reconhecimento da doença e da sintomatologia, fracos

---

recursos sociais e de apoio por parte dos profissionais de saúde. Um estudo realizado por Magliano e citado por Hanzawa et al (2008, p.261), diz que “... estratégias de coping como interesses sociais, resignação, falar com amigos e evitar os conflitos eram importantes no efeito na sobrecarga do cuidador”, mas este autor não conseguiu mostrar uma relação de causa-efeito no seu estudo.

O discurso das famílias que revelam algum nível de sobrecarga é centrado em alterações financeiras da própria família (ou porque a pessoa doente deixou de trabalhar ou porque o cuidador necessitou de alterar o seu modo de trabalhar para poder ser o principal cuidador ou porque aumentaram os gastos com consultas e medicação) e também com outros ajustes necessário nas rotinas familiares, de forma a se poder prestar uma maior assistência. Com isto, ocorrem alterações na dinâmica familiar que levam a um stress constante e alguma impotência em lidar com as atitudes e comportamentos do familiar doente. Campos et al (2005, p.232) refere que “... os comportamentos e os sintomas levariam à sobrecarga, pois resultam em desorganização da rotina familiar e em tarefas extras de cuidado para os cuidadores, acarretando factores de stress crónicos, com os quais os familiares necessitam aprender a lidar, principalmente porque dispõem de pouco suporte social”

A sobrecarga que os familiares de pessoas com esquizofrenia sofrem inclui múltiplas responsabilidades como alterações financeiras, alteração da sua própria saúde física e mental com privação de algumas actividades sociais e de vida pessoal, responsabilidade pelo cuidado da pessoa doente e da supervisão do seu tratamento. A gravidade da doença e as características dos seus sintomas são factores importantes que nos permitem prever qual o grau de sobrecarga que aquela família irá ser sujeita, sendo o comportamento desorganizado da pessoa doente o mais associado a elevados níveis de sobrecarga, associado a limitadas estratégias de coping por parte do cuidador. O estudo realizado por Chadda et al (2007) mostra-nos que as principais estratégias desenvolvidas pelos cuidadores para dar resposta ao burden incluíam a procura da solução mais eficaz, apoio de amigos e familiares próximos ou evitar as situações que potenciariam conflito, refugiando-se em actividades como fumar ou abuso de substâncias (álcool, drogas ou medicação). Neste estudo, fica evidente que os familiares de pessoas com esquizofrenia tendencialmente respondem às adversidades com respostas emocionais, ou de chantagem ou refugiando-se em comportamentos que funcionam como estratégia de fuga, incutindo indirectamente no cliente culpa.

---

Do estudo realizado por Colvero et al (2004), as famílias referiram-se sentir sobrecarregadas pois os seus familiares apresentam uma grande dependência material e afectiva, assim como falta de iniciativa e um sentimento de insegurança devido à imprevisibilidade de comportamentos que as pessoas com perturbação mental apresentam.

O burden subjectivo está maioritariamente associado à falta de capacidade do familiar em identificar a frequência dos sintomas positivos e negativos da doença e em como esses sintomas afectam o comportamento do seu familiar, tendência em utilizar estratégias de coping centradas nos problemas que advém da sintomatologia negativa e tendência em não usar a técnica de resolução de problemas para fazer face aos comportamentos provocados pela sintomatologia positiva (Webb et al, 1998). O mesmo autor diz-nos que os principais factores que afectam o burden do cuidador estão relacionados com a gravidade dos sintomas apresentados pela pessoa com esquizofrenia, o conhecimento que o cuidador tem sobre a doença e o seu curso, o tipo de estratégias de coping mais usadas e o suporte social disponível. Os sintomas positivos que afectam a sobrecarga referidos pelos familiares dizem respeito à inquietação apresentada pelos clientes e à presença de alucinações. Os sintomas negativos referem-se à anedonia, à apatia e passividade em realizar actividades laborais, sociais e até mesmo de auto-cuidado.

O estudo realizado por Webb et al (1998) mostra-nos que o uso de estratégias de coping centradas na resposta directa ao problema não aumentam o burden subjectivo quando é em resposta à sintomatologia positiva, no entanto, quando em resposta à sintomatologia negativa, as famílias demonstram elevados níveis de sobrecarga. Isto porque a sintomatologia negativa é a que persiste por mais tempo, a que limita a longo prazo as actividades da pessoa doente e a que é mais refractária tanto à medicação como às intervenções que se possam realizar. Neste caso, a melhor estratégia a utilizar reside na técnica de resolução de problemas, aplicada pelos próprios familiares à situação em si, promovendo assim uma melhoria nas estratégias de coping e significativa diminuição da sobrecarga.

### 1.3. EMOÇÕES EXPRESSAS (EE)

“As EE não é uma escala de emoções das famílias, mas sim uma forma de as tipificar, tendo por base a narrativa dos familiares quando falam do doente com um

---

entrevistador. Trata-se por isso de uma representação do doente através da qual os familiares deixam transparecer os seus afectos e modos de lidar com o doente” (Reis, 2004, p.27).

As emoções expressas são mais comumente avaliadas em contexto de entrevista, avaliando os “comentários críticos, a hostilidade, a sobre-implicação emocional, os comentários positivos e comentários afectuosos” na forma como os familiares se expressão ao falar do seu familiar com doença mental (Reis, 2004, p.26). O mesmo autor define que “... um familiar tem uma EE alta quando, durante a entrevista, o número de comentários críticos é igual ou superior a 6 ou existe hostilidade em relação ao doente” (p.26). A hostilidade e a crítica são direccionadas à pessoa e não ao comportamento apresentado. A parte emocional “... é muitas vezes acompanhada de choro, e as narrativas de auto-sacrifício em relação ao doente que a caracterizam” (p.26). Os comentários positivos reflectem o reconhecimento de qualidades da pessoa doente, e são visíveis por comentários afectuosos e de apreço. As EE baixas funcionam como factor de protecção de recaídas e também revelam um melhor prognóstico e melhor adesão ao regime medicamentoso.

O clima emocional das famílias afecta a evolução da doença. Nomeadamente no caso de EE, os estudos feitos incluem um ambiente hostil, críticas feitas à pessoa doente, envolvimento emocional excessivo. Muitos estudos mostraram que quanto maior é o nível de EE mais hipóteses há de recaídas graves que requeiram hospitalização (Rose et al (2002). Outros estudos (Sczufca e Kuipers (1996,1999); Magliano et al (1998) têm demonstrado existir correlação significativa entre EE, burden e o tipo de estratégias escolhidas para enfrentar a doença. Na família, os cuidadores que usam estratégias para enfrentar a doença baseadas na emotividade apresentam níveis mais elevados de burden. A presença de apoio social conduz a um melhor funcionamento da família e a um menor desgaste emocional da família (Rose et al.2002).

Segundo Pereira (2006), as IF mostram resultados naquelas famílias com elevadas EE ou naquelas em que os clientes tiveram múltiplos internamentos, podendo-se reduzir em cerca de 50% os surtos psicóticos e as hospitalizações daí decorrentes. Para se efectivarem, o autor defende a adopção de um modelo de vulnerabilidade-stress para doentes com psicose, encarar as IF como um complemento da medicação e estabelecer uma relação terapêutica com as famílias, incluído o cliente nos objectivos e nas medidas adoptadas. Depois é mantido todo um programa psicoeducativo definido à priori, englobando melhorar as técnicas de comunicação, ensino sobre a doença e sobre a

---

gestão da terapêutica farmacológica, melhorar as estratégias de coping e fornecer empowerment na técnica de resolução de problemas, sempre direccionando as questões e os ensinamentos para a realidade. Os maiores resultados verificam-se num maior controlo sobre o stress e diminuição dos sintomas deficitários que advém da própria doença, direccionando estas intervenções não para o controlo sintomatológico mas para a recuperação funcional destas pessoas.

O estudo de Reid et al (2005) mostra que as famílias demonstram que as suas maiores dificuldades dizem respeito a lidar com o stress, sentimentos de desesperança e controlo das suas próprias emoções de forma a se manterem saudáveis mentalmente. Para Xavier et al (2002), as emoções expressas estão associadas ao nível de sobrecarga familiar, pois quanto mais evidentes as emoções expressas, mais elevado o nível de sobrecarga, e influenciam a progressão da doença, nomeadamente a esquizofrenia, pois elas são indicadores do modo como os familiares se relacionam com aquele que é portador de doença mental, nas atitudes críticas, nas expressões de hostilidade e nos comentários negativos.

O estudo realizado por Reis (2004), em que se aplicou uma listagem de adjectivos com conotação positiva e negativa a familiares de pessoas com esquizofrenia que descreviam os comportamentos e atitudes do familiar doente, mostrou que naqueles familiares em que as conotações negativas eram predominantes o índice de recaídas era mais elevado ao fim de um ano. Este facto é um indicador de sobrecarga familiar e de elevadas emoções expressas. No entanto, nas famílias em que predominou a escolha de adjectivos positivos não é indicativo de menor índice de emoções expressas.

---

## 2. TIPO DE ESTUDO / FASE METODOLÓGICA

De acordo com a bibliografia consultada e com os objectivos definidos, podemos considerar este trabalho como um estudo exploratório-descritivo, pertencendo ao método de investigação qualitativa. Neste método, o importante é compreender por completo o fenómeno em estudo, observando, descrevendo e interpretando os fenómenos e como estes se apresentam, não procurando controlá-los. O principal objectivo do método qualitativo é descrever ou interpretar o fenómeno e não tanto avaliá-lo (Fortin, 1999).

Foi através da experiência e da vivência destas famílias que se procurou identificar os principais problemas dos familiares de pessoas com diagnóstico de psicose e compreender qual a sua percepção perante esta problemática. Segundo Fortin (1999, p.135) um estudo deste género permite “... *estudar as características de uma população particular ou descrever a experiência de um grupo de pessoas, antes de elaborar uma intervenção susceptível de melhorar a situação*”.

A selecção dos métodos e das técnicas obedeceu aos imperativos colocados pelo tipo de informação que era necessário recolher para caracterizar a problemática enunciada e recolher informações de tipo quantitativo e qualitativo.

As famílias seleccionadas foram aquelas cujo familiar sofre de uma perturbação mental grave, no caso psicose/esquizofrenia e cujo gestor do seu caso é a Enfermeira da Equipa e orientadora deste estágio. Foi considerado que a entrevista seria o método mais conveniente face ao objectivos definidos, sendo que os propósitos deste método de colheita são essencialmente permitir a recolha de percepções, sentimentos e experiências vividas pelos entrevistados.

Foram então realizadas oito entrevistas semi-estruturadas e exploradas as respostas dos participantes às questões de forma a revelar o que significa viver com uma familiar portador de psicose esquizofrénica, explorando as suas experiências pessoais. O guião da entrevista não era nem inteiramente aberto nem encaminhado por um grande número de perguntas precisas. A atenção centrou-se no discurso do entrevistado, a partir do problema proposto, sem contudo perder de vista o objectivo. É de ressaltar que apesar de previamente ter havido contacto com o cliente, as entrevistas foram todas realizadas

---

sem a consulta do processo clínico, sendo este consultado e retirada de lá informação pertinente após as entrevistas familiares.

As entrevistas foram realizadas numa sala privada, a todos foi pedido o seu consentimento informado, explicado o objectivo das entrevistas e pedida autorização para tomar notas do que ia sendo dito (optou-se por não se utilizar um gravador). Segundo Fortin (1999, p.307) “No caso de entrevistas, transcrever-se-á o conjunto da entrevista, rememorando o encontro logo após o ter efectuado ou transcrevendo integralmente o registo do conteúdo”. Tal como referido anteriormente, as questões do guião foram formuladas a partir da bibliografia consultada e validadas pela Enfermeira Orientadora. Os temas abordados abrangem as alterações ocorridas no ambiente familiar, desde o aparecimento da sintomatologia, os mecanismos de resposta adaptados pelo cuidador, a sua participação no tratamento e as necessidades de apoio.

Tendo por base os objectivos definidos e as questões de partida, bem como a fundamentação teórica, foram estabelecidas as categorias para o tratamento dos dados. As categorias estabelecidas tiveram por base as linhas orientadoras do guião da entrevista, sendo que cada subcategoria representa a opinião dos elementos. Assim, da análise das entrevistas emergem as categorias: dados demográficos e sociais dos clientes, suporte familiar, suporte técnico, burden objectivo, burden subjectivo, emoções expressas.

Com a análise das entrevistas, procede-se à identificação das unidades de registo que correspondem às unidades “... de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando categorização e a contagem frequencial” (Bardin, 2006, p.98) e sempre que oportuno as unidades de contexto de modo a tornar mais claro o conteúdo. A unidade de contexto serve de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões são óptimas para que se possa compreender o significado exacto da unidade de registo (Bardin, 2006).

Por este trabalho ter sido realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio do curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica correspondente a 180h, a análise de conteúdo das categorias e subcategorias deverá ser realizada futuramente, pois este projecto será para se desenvolver na ESMC de Oeiras, não ficando terminado aqui. Assim, nesta primeira parte apenas se irão destacar as dados demográficos e sociais dos clientes e famílias entrevistadas.

---

### 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tal como já foi dito, foram realizadas oito entrevistas a familiares de pessoas do sexo masculino com perturbação mental, nomeadamente esquizofrenia / psicose esquizofrénica no período de 20/01/2011 a 28/02/2011.

Dos entrevistados, todas eram do sexo feminino, na sua maioria mães da pessoa com perturbação mental, havendo duas irmãs e uma esposa, com idades compreendidas entre os 35 e os 75 anos. Tirando o caso descrito na EF8, os restantes partilham a mesma habitação, sendo este um dos principais factores para a sobrecarga se começar a manifestar precocemente. Na sua maioria, estavam sem ocupação (ou por situação de reforma ou por desemprego), estando apenas três no activo.

A idade de início da sintomatologia (primeiro surto psicótico) é consistente com o encontrado na bibliografia. Segundo Harrison, Geddes & Sharpe (2006, p. 247) “... o aparecimento [esquizofrenia] atinge o seu pico no início da idade adulta, embora os sintomas prodrómicos ocorram muitas vezes na adolescência”. Apenas um dos clientes foge a esta definição (idade do aparecimento foi aos 40 anos), mas a explicação mais provável poderá ser que na sintomatologia manifestada serem pouco evidentes sintomas positivos (alucinações e delírios), e também devido a este cliente passar grande parte do seu tempo isolado, tendo sido sempre assim, e muitas vezes as pessoas mais próximas atribuem estas alterações de comportamento a características da personalidade e não a sinais e sintomas de uma perturbação mental.

Sete dos oito entrevistados sabem pelo menos identificar o diagnóstico da doença mental que o seu familiar é portador, sem com isso significar que possuem mais ou menos conhecimentos sobre a sintomatologia, curso e prognóstico da doença. Apenas uma mãe referiu não saber o que o seu filho tinha (EF6), no entanto e segundo informação da equipa, já lhe forma entregues documentos com diversa informação e investiu-se bastante na psicoeducação desta família.

Para a análise das outras características, nomeadamente no que refere a sinais de sobrecarga e emoções expressas, é importante saber há quanto tempo estes familiares estão em contacto com as manifestações da doença, daí se terem colocado as questões da idade do cliente, da idade no primeiro surto e da idade do cuidador. Pelos dados

---

obtidos, foi possível verificar que apenas três dos entrevistados têm contacto com a doença num período inferior a dez anos, enquanto outros três num período superior a 20 anos. Estes dados são importantes, pois se as famílias que têm contacto com os sintomas positivos da doença revelam estratégias de coping pouco estruturadas pois não possuem os conhecimentos necessários para fazer face ao apresentado pelo seu familiar, já as famílias que lidam acima de todo com a sintomatologia negativa, apresentam resignação e encontraram estratégias que lhes permitem lidar com o seu familiar, mas muitas vezes não são as mais adequadas para aliviar a sobrecarga. Todos apresentam sinais de sobrecarga, positiva e/ou negativa, dependendo da sintomatologia mais evidente apresentada pelo seu familiar.

Como aspecto relevante e não directamente proporcional ao tempo de convivência com a doença mental, é o número de internamentos a que os clientes foram submetidos, não sendo isso reflexo do número de crises que as famílias tiveram de ultrapassar. De facto, uma das coisas que mais me surpreendeu ao realizar este estudo foi o contacto com diversas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia / psicose esquizofrénica que nunca tiveram um único internamento e em que a maioria delas teve apenas um, o do primeiro surto. Estes dados revelam o bom trabalho que se tem feito nesta equipa e com estas pessoas e suas famílias, pois muitas vezes as crises são geridas com a articulação dos técnicos da equipa e as famílias, mantendo o cliente no seu ambiente natural tanto quanto possível.

Em relação à identificação do apoio da comunidade que estas famílias têm e a quem podem recorrer, os dados obtidos revelam uma grande falta de informação destas pessoas acerca dos recursos existentes. Apenas uma família identifica a Equipa de Saúde Mental Comunitária como um recurso onde pode recorrer, três desconhecem de todo onde se dirigir no caso de pedir ajuda ou orientação, acabando uma por dizer que em caso de extrema necessidade dirige-se ao Serviço de Urgência. Uma mãe também identifica em caso de necessidade pedir ajuda aos bombeiros, uma irmã refere que muitas vezes pede ajuda à Paróquia ou no Centro de Saúde, dirigindo-se ao Médico de Família. Apenas uma mãe, e acredito que de acordo com a sua experiência pessoal, identifica o Delegado de Saúde como recurso e em caso de extrema necessidade.

Talvez estes dados tenham sido enviesados por a questão ter sido mal formulada, pois no curso das entrevistas as pessoas revelam ter outros conhecimentos, como os Fóruns Sócio-Ocupacionais, pedir marcação antecipada das consultas, pedirem para falar com a Enfermeira da Equipa quando sabem que é ela a gestora de caso, e quando necessário,

---

todos sabem que podem-se dirigir ao Serviço de Urgência ou contactar a PSP e/ou os Bombeiros nas situações de crise.

### 3.1. DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS

|                              |                   |  |
|------------------------------|-------------------|--|
| Idade do Cuidador            | 30-40             | 35 (EF1)                                 |
|                              | 40-50             | 42 (EF3); 43 (EF7)                       |
|                              | 50-60             | 59 (EF8)                                 |
|                              | 60-70             | 62 (EF4 e EF6)                           |
|                              | > 70              | 73 (EF2); 75 (EF5)                       |
| Parentesco                   | Mãe               | 5  |
|                              | Esposa            | 1 (EF3)                                  |
|                              | Irmã              | 2 (EF1 e EF8)                            |
| Situação Laboral             | No activo         | 3 (EF3, EF7, EF8)                        |
|                              | Desempregada      | 1 (EF1)                                  |
|                              | Reformada         | 4 (EF2, EF4, EF5, EF6)                   |
| Idade do Cliente             | 20-30             | 25 (EF7); 28 (EF1)                       |
|                              | 30-40             | 34 (EF4); 38 (EF6)                       |
|                              | 40-50             | 45(EF3); 46 (EF2); 47 (EF5)              |
|                              | 50-60             | 56 (EF8)                                 |
| Idade do Cliente no 1º Surto | < 20              | 15 (EF5)                                 |
|                              | 20-30             | 20 (EF2 e EF7); 23 (EF4); 25 (EF1 e EF3) |
|                              | 30-40             | 32 (EF6); 40 (EF8)                       |
| Partilham a mesma Habitação  | Sim               | 7  |
|                              | Não               | 1 (EF8)                                  |
| Diagnóstico do Cliente       | Esquizofrenia     | 4  |
|                              | Psicose           | 2 (EF1 e EF4)                            |
|                              | Outro             | EF3 (“esquizo-emotividade”)              |
|                              | Desconhece        | 1 (EF6)                                  |
| Número de Internamentos      | 0                 | 3 (EF2, EF4 e EF8)                       |
|                              | 1                 | EF1                                      |
|                              | 2                 | EF7                                      |
|                              | 3                 | EF6                                      |
|                              | > 4               | EF3 e EF5                                |
| Apoio da Comunidade          | Desconhece        | EF1; EF3; EF4                            |
|                              | ESMC              | EF2                                      |
|                              | Serviço Urgência  | EF1; EF5                                 |
|                              | Polícia/Bombeiros | EF6                                      |
|                              | Centro Saúde      | EF8                                      |
|                              | Outros            | EF7 (Delegado Saúde); EF8 (Paróquia)     |

#### 4. CONCLUSÃO

Citando Brito (2006, p.7),

*“...viver com uma doença como a esquizofrenia é difícil e confuso tanto para os doentes como para as suas famílias, pelo que as famílias afectadas pela doença precisam, naturalmente, de adquirir conhecimentos sobre a doença e sobre como lidar com os sintomas e suas consequências no dia-a-dia, tal como os profissionais que tratam estes doentes no internamento precisam de conhecimentos específicos sobre a patologia e formas de tratamento”.*

Compreende-se assim a necessidade de existir uma actuação pedagógica e formativa direccionada para familiares de pessoas com perturbação mental, ou seja, é necessário sensibilizar as famílias para os aspectos clínicos da doença promovendo simultaneamente a mudança no padrão relacional entre essa família e a pessoa doente de forma a promover o seu processo adaptativo. Esta mesma intervenção baseada na informação/formação aos familiares sobre os principais aspectos relacionados com a doença e seu tratamento permite a esses mesmos familiares a compreensão da doença e a participação activa no tratamento e no pós-alta.

Ao enfermeiro cumpre a necessidade de conhecer todos estes aspectos, centrando os cuidados no cliente, nunca esquecendo que este pertence a uma família e como tal essa família deve ser tida sempre em conta em todo o processo. Deste modo Stuart e Laraia (2001) referem-se a um modelo que estabelece para as práticas dos enfermeiros a intervenção sobre o desenvolvimento de competências dos familiares, valorizando a sua colaboração, as suas decisões e as relações entre os diferentes membros da família, de modo a ajustar a organização funcional familiar e sensibilizar para as abordagens individualizadas respectivamente.

As intervenções de enfermagem devem ter o objectivo de melhorar o relacionamento da pessoa doente com a família promovendo a participação no projecto de vida do mesmo, manter a estabilização do seu estado de doença, reduzir as recaídas, incidindo no ensino à família sobre a doença, técnicas para lidar com os sintomas e as crises, fortalecimento de áreas positivas da família. Este processo deve incluir o desenvolver de habilidades na comunicação, na resolução de conflitos, na tomada de decisões, na afirmação quanto às opiniões, nos comportamentos em situação de *stress*, na utilização dos recursos. O enfermeiro deve ter disponibilidade, ser claro, directo no discurso e validar, esclarecer, aconselhar em toda a sua intervenção.

---

Com a realização deste trabalho, foi possível verificar que por vezes as famílias ainda são colocada num segundo plano como alvo de intervenção nos cuidados de enfermagem, embora todos os profissionais tenham consciência e verbalizem a família como uma prioridade. É ela o principal suporte e muitas vezes o único no apoio a pessoas com perturbação mental, cabendo-lhes o papel não só de familiar, mas também de amigo, gestor de caso, cuidador e até mesmo de substituto de serviços de saúde quando estes são incapazes de dar resposta.

Como enfermeira no exercício profissional (numa realidade recente na área da Saúde Mental) e como futura Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, pude constatar que a percepção que os familiares têm das nossas intervenções são bem diferentes daquelas que nós profissionais temos, o que leva a concluir que temos de rever as nossa actuações ou que devemos fazer uma melhor avaliação dos seus resultados, criando uma maior consciência crítica para aquilo que se passa à nossa volta.

Os familiares entrevistados são clientes de um serviço de saúde no qual eu exerço funções enquanto enfermeira, e por razões diversas acabam por estar em contacto com o meu contexto de trabalho e não só com este campo de estágio. Enquanto profissionais, ao intervirmos com os familiares em contexto de crise, agimos de acordo com o preconizado no serviço e de acordo com aquilo que achamos ser no melhor interesse da pessoa naquele momento e naquela situação específica. Ao entrevistar estes familiares e ao reportá-los a situações de crise, constatei que a percepção que eles têm do apoio prestados pelos profissionais em termos de internamento não é a melhor, pois muitos deles referiram sentir-se desapoitados, mal informados e até mesmo negligenciados no suporte que poderiam dar ao seu familiar, nomeadamente na inflexibilidade do horário das visitas. Enquanto profissionais a trabalhar em Saúde Mental, vendo a pessoa como um sistema e optando por uma perspectiva não só holística mas também ecológica, acho que as nossas práticas têm de ser repensadas e modificadas.

Devido à minha pouca experiência nesta área e nas intervenções específicas em Saúde Mental, tive algumas dificuldades em limitar o tempo das entrevistas. Para além do guião ser extenso e ter sido ambiciosa ao querer avaliar tantas dimensões relacionadas com o cuidar à pessoa com perturbação mental, não tive em consideração quando iniciei este trabalho que ao abrir a porta para as pessoas falarem de temas para os quais muitas ainda nem tinham parado para pensar e outras efectivamente já revelavam alguns sinais de sobrecarga, teria de disponibilizar tempo para esclarecer dúvidas, fornecer informações sobre a própria doença e também fornecer suporte. As emoções reveladas

---

em todas as entrevistas não são passíveis de se deixarem cair no vazio sem serem trabalhadas, pois para aquelas pessoas, mais do que responder a umas questões, estão a falar com um profissional de saúde, e isso indirectamente cria nelas algumas expectativas de ajuda e suporte a que tem de ser dada resposta.

Como grande aspecto positivo deste trabalho, conhecer a realidade destes clientes e famílias que também são a população alvo dos meus cuidados enquanto enfermeira, permitiu-me criar uma relação de proximidade com elas e isso actua como elemento facilitador de uma relação terapêutica e de suporte a implementar quando existir novo contacto com estas pessoas, seja novamente em contexto comunitário seja em situação de crise, o que de facto já se verificou e foram uma mais-valia os conhecimentos adquiridos. Também foi útil porque a área de influência do serviço de Psiquiatria do Hospital de São Francisco Xavier não é assim tão grande, sendo as características da população semelhantes à minha amostra, o que no futuro me irá permitir estender as minhas intervenções definidas para esta amostra às restantes famílias desta área geográfica, esperando com isso atingir melhores resultados e maiores ganhos em saúde para estas pessoas.

---

## 5. BIBLIOGRAFIA

- ALVES, F. e SILVA, L. – **A Família como Suporte da Política de Saúde Mental em Portugal**. Dissertação de Mestrado (p.95-99), ISSSP; Porto; 1998
  - BANDEIRA, M. et al – **Sobrecarga das Famílias de Pacientes Psiquiátricos**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol.54, nº1 (p.34-46); 2005
  - BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. Edições 70; Lisboa; 2004
  - BRITO, Luísa – **Intervenções Psicoeducativas para Famílias com Esquizofrenia**. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, nº5 (p.15-24); Coimbra; 2006
  - CAMPOS, P. et al – **Representação da Sobrecarga Familiar e Adesão aos Serviços Alternativos em Saúde Mental**. *Psicologia em Revista*, vol.11, nº18 (p.219-237); Belo Horizonte; 2005
  - CHADDA, R. et al – **Caregiver Burden and Coping: a Prospective Study of Relationship Between Burden and Coping in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder**. *Society of Psychiatric Epidemiology*, nº 42 (p.923-930); 2007
  - COLVERO, Luciana et al – **Família e Doença Mental: a Difícil Convivência com a Diferença**. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, vol.38, nº2 (p.197-205); São Paulo; 2005
  - COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL – **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016**. Lisboa; 2008
  - DRAFT VERSION – **Family Psychoeducation Fidelity Scale: Implementation Resource Kit**. *Evidence-Based Practices* (p.4-27); 2003
  - FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização**. 1ª Edição; Lusociência; Loures; 1999
  - HANZAWA, S. et al – **Burden and Coping Strategies in Mothers of Patients with Schizophrenia in Japan**. *Psychiatric and Clinical Neurosciences – Journal Compilation of the Japanese Society of Psychiatry and Neurology*, nº62 (p.256-263); 2008
-

- HARRISON, P., GEDDES, J., & SHARPE, M. - **Guia Prático Climepsi de Psiquiatria**. 1.<sup>a</sup> Edição, Climepsi Editores, Lisboa. 2006.
  - KAPLAN, H.; SADOCK, B – **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica** – 9<sup>a</sup> edição, Artmed, Porto Alegre. 2007.
  - MAGLIANO, L. et al – **Effectiveness of a Psychoeducational Intervention for Families of Patients with Schizophrenia: Preliminary Results of a Study Funded by the European Commission**. World Psychiatry, nº4 (p.45-49); Fevereiro; 2005
  - PAIVA, S. et al – **Grupo Familiar na Convivência como Doente Mental: Programa de educação em Saúde**. Revista Família, Saúde e Desenvolvimento, vol.2, nº1, Jan/Jun (p.21-29); Curitiba; 2000
  - PEREIRA, M. G. et al – **Intervenções Familiares na Esquizofrenia: dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal**. Revista Acta Médica Portuguesa, nº19 (p.1-8); Lisboa; 2006
  - REID, J. et al – **The Psychoeducation Needs of Parents who have an Adult Son or Daughter with Mental Illness**. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, vol.4, nº2 (p.1-13). 2005
  - REIS, Filipe – **Intervenção Psicoeducativa nas Famílias de Esquizofrénicos**. Revista PsiLogos, vol.1, nº1 (p.19-41); Lisboa; 2004
  - ROSE, Linda et al – **A Grounded Theory of Families Responding to Mental Illness**. Midwest Nursing Research Society, vol.24, nº5 (p.516-536); 2002
  - STUART, G., LARAIA, M. – **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Práticas**. 6<sup>a</sup> Edição, Artmed editora, Porto Alegre. 2001.
  - WAIDMAN, M. A. et al – **Família e Doença Mental**. Revista Família e Desenvolvimento, vol.1, nº 2 Jan/Dez (p.27-32); Curitiba; 1999
  - WEEB, C. et al – **Burden and Well-Being of Caregivers for the Severely Mentally Ill: The Role of Coping Style and Social Support**. Schizophrenia Research 34 (p.169-180); 1998.
  - XAVIER, M. et al – **Questionário de Problemas Familiares: Desenvolvimento da Versão Portuguesa de um Instrumento de Avaliação de**
-

**Sobrecarga Familiar.** Revista Psicologia, Saúde e Doenças, vol.3, nº2, (p.165-177); Lisboa; 2002

- YACUBIAN, J. et al – **Psicoeducação Familiar.** Revista Família, Saúde e Desenvolvimento, vol.3, nº2, Jul/Dez (p.98-208); Curitiba; 2001

## GUIÃO ENTREVISTA

### 1. DADOS BIOGRÁFICOS

- Idade
- Grau de parentesco com o cliente
- Situação laboral
- Idade do cliente
- Diagnóstico do cliente
- Idade do cliente no 1º surto
- Partilham a mesma habitação
- Número de internamentos do cliente

2. Como se sentiu quando soube o estado de saúde do cliente?

3. Desde que sabe que o seu familiar está doente, como é que isso alterou a sua vida pessoal?

4. E a dinâmica familiar (situação económica, relacionamento entre os elementos, comunicação, temas de discussão)

5. Com quem partilha o cuidado ao cliente? Quem mais o apoia?

6. Consegue ter tempo para si e para os outros elementos da família?

7. Mantém actividades sociais? Quais?

8. Como se sente?

(Exausto, Cansado, Deprimido, Angustiado, Ansioso, Isolado, Desesperança, Só, Frustrado, Triste, Culpado, Castigado, Desiludido, Irritado, Dominado, Medo, Observado pelos Outros, Impaciente, Vergonha, Desamparado, Sem Saúde, Sem Liberdade, Raiva, Inseguro)

9. Quais os comportamentos/atitudes que o cliente tem que o incomodam mais? (sintomatologia produtiva e negativa)

10. Sabe o que motiva esses comportamentos/atitudes? Sabe como agir?

11. Identifica os sinais de alerta antes da crise? Numa emergência, a quem pode/deve recorrer?

12. Como vê o cliente?

(Fardo, Inútil, Doente, Violento, Incapaz, Colaborante, Como uma Criança, Inteligente, Sociável, Trabalhador, Preguiçoso, Dispendioso, Desorganizado, Irresponsável, Autónomo, Frio, Meigo, Responsável, Isolado)

13. Como acha que os outros vêem o cliente?

---

14. O cliente reconhece a doença? Tem controlo sobre ela?
  15. No caso de ter havido internamentos:
    - Como o cliente retomou a vida após a alta?
    - Como vê o internamento do cliente? (alívio, trauma, insuficiente, orientação)?
  16. A que atribui a doença do cliente?
    - Factores internos (cliente)
    - Factores externos (sociais, familiares)
  17. Como vê o seu futuro? E o do cliente?
  18. Como se vê na gestão da doença do cliente (parceiro, passivo, sobrecarga, controlo)?
  19. Como vê os profissionais de saúde?
    - Médicos?
    - Enfermeiros?
    - Psicólogos?
    - Assistentes Sociais?
  20. Como ultrapassa o stress/sobrecarga (álcool, amigos, familiares, férias, profissionais de saúde, medicação)?
  21. Recebe informação suficiente sobre a doença/tratamento e ajuda que tem necessitado ao longo deste tempo? Por parte de quem? De que forma?
  22. Que apoio existe na comunidade, onde possa recorrer?
  23. O que acha que lhe faz falta para se sentir mais apoiado?
  24. No caso de se realizar na ESMC de Oeiras grupos de familiares, estaria interessado em fazer parte? Qual o horário que mais lhe convinha?
-

## ENTREVISTA Nº1 - R.G., 1982

- DADOS COLHIDOS NO PROCESSO

R. teve o seu primeiro surto psicótico com internamento no DPSM em Janeiro de 2008, por apresentar ideias delirantes persecutórias, de envenenamento, de contaminação e isolamento “há muita gente que me quer fazer mal ... tentaram envenenar o meu café e também me injectaram o vírus da sida” (sic). Nega consumo de drogas e por vezes bebe em excesso. Teve alta com remissão de ideias delirantes e com crítica parcial para a sua situação clínica.

A primeira consulta na ESMC Oeiras foi em Abril de 2008. Esteve inscrito na Unidade de dia de Laveiras “Farol do Bugio” e também no Hospital de Dia do Hospital de Santa Maria, tendo desistido de ambas por considerar que “era muito deprimente” (sic). Trabalhou numa empresa de jardinagem e também num call center. Encontra-se actualmente a frequentar o 11º ano pelas Novas Oportunidades. É solteiro.

Recorreu ao Serviço de Urgência do HSFx em Dezembro de 2010 por quadro de agitação psicomotora e insónia com cerca de uma semana de evolução, no contexto de stress emocional e abandono de terapêutica. Iniciou nessa data medicação depôt.

- ENTREVISTA FAMILIAR

1. Irmã, 35 anos, desempregada. R. tem 28 anos e teve o primeiro surto psicótico aos 25 anos. R. vive com os pais e com a irmã. Teve apenas um internamento que coincidiu com o primeiro surto.

2. “foi um choque ... impacto com o desconhecido”

3. “é preciso ter muita paciência ... temos de estar sempre alerta e em vigilância, ver se ele dorme, se ele mexe muito nas coisas ... é muito carente e necessita da nossa atenção”

4. Não houve alteração da dinâmica familiar “como estou desempregada acabo por ter disponibilidade para orientar o R.”

5. Articula com o pai “o R. não está sozinho”

6. 7. Continua a sair com os amigos e o R. também sai com os amigos “quando acho que estou quase a rebentar, vou passear ou sair com o meu namorado”

8. “preciso ter mais paciência e estar sempre a vigiá-lo”

9. “o meu irmão está sempre em stress, sempre ansioso. Acaba por ser muito chato devido aos seus comportamentos, está sempre a perguntar as horas, sempre a perguntar tudo, mexe e muda as coisas de sitio lá em casa ... está sempre

---

- desconfiado, faz muitas perguntas ... por exemplo, depois de ir à casa-de-banho pergunta sempre se está mais magro”
10. “é da doença ... R. sempre foi muito activo e com muita energia ... é preciso mantê-lo ocupado, e responder a todas as perguntas que ele faz”
  11. “o R. começou a dormir muito mal e a ficar cada vez mais ansioso e tenso, acabamos por levá-lo ao SU, tendo ele próprio reconhecido essa necessidade”
  12. Responsável. “ele costuma dizer que não se sente bem e pede para o levarmos à Urgência, mas leva sempre a mochila dele com algumas coisas para o caso de ficar internado ... ele mantém as amizades, recomeçou a estudar e avisa-nos quando não se sente bem”
  13. “há amigos que o abandonaram, mas isso é como tudo na vida ... agora que está mais lentificado da medicação que fez na Urgência, algumas pessoas olham para ele na rua desconfiadas, como se estivesse drogado”
  14. R. tem insight e foi voluntário ao SU
  15. R. recomeçou os estudos, tendo frequentado o Hospital de Dia e o Fórum Sócio-Ocupacional, e também trabalhou em jardinagem e num call center. “o internamento foi necessário pois as coisas ficaram melhores e conseguimos organizar melhor aquilo que se passava com o R.”
  16. “foi um conjunto de situações, ele estava desempregado, o subsídio de desemprego ia acabar, começaram a surgir alguns conflitos com amigos ... já desde pequeno que o meu irmão é muito nervoso e hiperactivo ... lembro-me de o ter ido ver à maternidade e ele com horas de vida estava deitado de barriga para baixo com a cabeça levantada a ver tudo o que se passava à volta”
  17. “se ele não abandonar a medicação, vai tudo correr bem ... a minha vida não se vai alterar muito”
  18. Parceiro. “vimos sempre com ele às consultas e sempre nos trataram bem”
  19. Nunca tiveram contacto com a Psicóloga. As consultas têm sido suficientes e têm boa relação com o médico assistente. A Enfermeira e a Assistente Social também têm mostrado disponibilidade sempre que foi necessário
  20. Mantém relações de amizade e sai com o namorado
  21. “conheço muitas pessoas que têm familiares que também têm esta doença, mas as situações são todas diferentes ... vamos aprendendo com o dia-a-dia ... os enfermeiros e ao médicos respondem às nossas perguntas ... o meu irmão lê
-

muitos livros sobre psicologia ... era útil fornecerem-nos informação escrita sobre a doença em geral e qual a melhor maneira de lidar com as situações”

22. Desconhece. Em caso de necessidade, vão ao Serviço de Urgência
  23. “o R. necessita de uma ocupação, para estar ocupado e não começar com aqueles pensamentos ... eu gostaria de receber mais informação”
  24. Sim, estava interessada. “depende de eu estar ou não a trabalhar, mas ao fim-de-semana era o mais indicado”
-

## ENTREVISTA Nº2 - C.C., 1964

- DADOS COLHIDOS NO PROCESSO

Seguido desde Julho de 1990 no Hospital de Setúbal com diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide, seguido também n HMB e em Cascais, sem sintomatologia produtiva mas com sintomatologia negativa. Já fazia ocasionalmente medicação depôt na ESMC Oeiras quando vinha passar férias a casa da irmã, sendo transferido definitivamente para a equipa em 2008, altura em que deixou o Alentejo e passou a morar em Oeiras.

A mãe em 2008 fez uma tentativa de suicídio por intoxicação medicamentosa e C. tem uma filha com 26 anos que vive com a mãe com diagnóstico de esquizofrenia.

- ENTREVISTA FAMILIAR

1. Mãe, 73 anos, reformada, viúva há 20 anos, 5 filhos (2 rapazes e três raparigas). Irmã, 44 anos, casada, trabalha numa bomba de gasolina. C. tem 46 anos, o primeiro surto psicótico que teve tinha 20 anos, vive com a mãe e nunca esteve internado. Esquizofrenia.

2. “mal, tinha muitos cuidados para o ajudar e para o C. ficar bem”

3. “vivo para ele ... estou mais preocupada, com a medicação, tenho de o estar sempre a vigiar, como um garoto ... preciso de o avisar para tomar banho, para mudar de roupa...

4. Tem uma outra irmã que ajuda na renda da casa e nas compras, nunca houve conflitos devido à doença

5. “o C. tem mais 4 irmãos”. Esta irmã é o maior apoio

6. “passo o tempo todo com o meu filho, para o ajudar e também para ficar mais vigiado ... costumamos ir jantar e passar os fins de semana a casa da minha filha

7. “por vezes vamos passar uns dias ao Alentejo ... vivo para o meu filho”

8. “bem, mas se tivesse uma vida normal era um descanso”

9. “o meu filho sempre teve muita força de vontade para trabalhar, mas como não pode..., não se consegue levantar de manhã para ir trabalhar”, “o C. não pode ver muita gente, só se sente bem com a minha mãe ... quando fica muito ansioso, foge mas aparece umas horas depois”

10. 11. “quando é contrariado ou quando alguém fala num tom de voz mais alto, o C. fica tenso e diz que lhe dói a cabeça. Nessas alturas pede para o levarmos para casa e fazemos. Ele toma a medicação, dorme, e depois acorda melhor”. C. nunca foi violento nem nunca aconteceu nada grave, não sabem onde se dirigir em caso de necessidade

---

**12.** “estamos habituados, é acarinhado por todos, todos têm cuidado com o que falam”, “às vezes ralho com ele por causa do tabaco”

**13.** “inicialmente achavam que era drogado, chamavam-no maluco e isso deixava-o pior”

**14.** C. sabe o nome da doença mas sem crítica para a sintomatologia

**15.** Não se aplica

**16.** “ele tem uma filha que tem a mesma doença e dizem que é dele que ela tem, mas ele não apanhou de ninguém porque mais nenhum de nós é doente”, “ele esteve casado e teve uma filha, e um dia a mulher disse que não queria estar mais com ele porque gostava de outro e ele voltou para minha casa. Ficava fechado em casa, a chorar, por vezes ficava muito ansioso e fugia. Sempre foi muito chegado a depressões lá no Alentejo. Depois foi trabalhar para a Mauritânia durante 6 meses e nessa altura vinha muito mal, muito nervoso, não dormia. Corremos muitos médicos até que fomos a um Psiquiatra que acertou nos comprimidos e ele ficou melhor com as injeções que começou a fazer”

**17.** O C. diz que quando a minha mãe morrer vai logo atrás, ou fica comigo, mas isso preocupa-o”, “eu penso em como será, mas como tem mais 4 irmãos, eles tomam conta dele ... ele é que se preocupa muito, dizendo que vai logo atrás. E também que tudo seria melhor se ele trabalhasse, fica muito preocupado quando ouve na televisão que vão cortar as reformas”

**18.** Parceiro. “vimos sempre às consultas e tratam-nos sempre bem, ouvem-nos e tomam atenção ao que dizemos”

**19.** Sem contacto com a Psicóloga ou Assistente Social. “o Dr. e a Enfermeira têm muita paciência para ele, pois ele gosta muito de conversar e de cumprimentar toda a gente, são muito simpáticos”

**20.** “nada, o que hei-de fazer? Espero que apareça alguém que lhe dê tarefas ou que goste de conversar com ele”, “não se pode alterar muito a rotina dele, fica nervoso”

**21.** “o Dr. e a enfermeira vão-nos dizendo o que é preciso saber”

**22.** “vimos às consultas e à injeção aqui (ESMC) e o C. já foi a uma entrevista ao Fórum mas não gostou daquilo, é muita gente e não gosta das actividades”

**23.** “corre tudo bem, achamos que o C. é bem encaminhado aqui”

**24.** “talvez, mas só se fosse para bem dele ... o horário depende da disponibilidade das minhas filhas, mas elas trabalham”

---

## ENTREVISTA Nº 3 – P.M., 1965

- DADOS COLHIDOS NO PROCESSO

Aos 17/18 anos apresentou comportamentos bizarros (partia, cortava alcatifa, hetero-agressividade). Teve o primeiro surto psicótico em 1990, com diagnóstico clínico de Esquizofrenia Paranóide. Primeiro internamento em 92/93 no HMB (hetero-agressividade, AAV, transmissão de pensamento, delírio bizarro com animais e objectos que se relaciona com difusão dos limites do eu), múltiplos internamentos no HJM, internamento em 1993 no HFF, internamento em 1997 no DPSM e também em Dezembro de 2005 por episódio maneiforme.

A mãe tem diagnóstico interrogado de esquizofrénica/psicótica.

- ENTREVISTA FAMILIAR

1. Esposa, 42 anos, empregada. P. tem 45 anos, diagnóstico de “esquizo-  
emotividade” “a doença do P. manifesta-se pelas emoções dele”. Teve múltiplos internamentos, sendo o primeiro antes do casamento. Têm um filho com 10 anos.

2. “foi muito complicado, a minha família não aceitou bem ... gerou-se muita confusão na minha casa ... tinha vergonha, tinha medo que os meus sentimentos por ele mudassem ... fui muito criticada pela minha família e pelos meus amigos ... depois não sabia bem o que ele tinha...”

3. “não houve grandes alterações a nível económico, mas com a ajuda da minha sogra temos conseguido ter uma vida normal”. Não encontra mudanças a nível pessoal.

4. “temos algum cuidado na forma como falamos com ele, e por vezes ele está um pouco mais implicativo, mas sabemos que é da doença e temos paciência ... como a minha sogra é viúva passa muito tempo na nossa casa e faz companhia ao P., e por vezes isso deixa-nos pouco espaço para estarmos só nós”

5. “com o meu filho D.”. O filho é uma criança hiperactiva, a tomar Ritalina “mas o problema do D. não tem a ver com o pai, é de mim porque eu também sou hiperactiva”

6. “sou eu que dou apoio ao D., com os trabalhos da escola e é comigo que ele fala mais ... não tenho tempo para mim porque tenho de dar apoio ao P. e ao meu filho, tenho de orientar as coisas lá em casa porque a minha sogra não ajuda nada e também tenho de trabalhar...”

7. “comecei a dar-me com umas colegas do trabalho que agora são minhas amigas e nos últimos anos temos organizado uns passeios e umas férias que eu e o P. temos ido

---

e tem sido muito bom, ele gosta bastante. E também organizamos uns jantares e almoços e é bom para desanuviar dos problemas”

**8.** “sinto-me cansada, mas tenho orgulho em ter o marido que tenho ... tomei esta decisão em consciência”

**9.** Mudança no olhar, agitação, uso de linguagem...

**10.** Achava que era contra ela, agora sabe que é da doença e que está a entrar em crise. O filho também entende que é da doença. Dilui medicação na comida, agarra-se à fé (“tem ajudado muito”), aceita um poder acima de nós que governa o mundo “o facto de o P. viver num ambiente equilibrado também ajuda a que ele se mantenha mais calmo”

**11.** Alucinações auditivas, o olhar fica diferente, brutalidade verbal, querelante e hostil “entro dentro daquele contexto e tento controlá-lo”. Chama a polícia ou leva-o até à Urgência (o último internamento foi há 6 anos e P. tem crítica para a crise)

**12.** “amo muito o meu marido”

**13.** No início reconhece que tinha vergonha de conviver a nível social quando o P. estava em crise, mas actualmente tem boa aceitação dos colegas. Os vizinhos também têm boa aceitação e mostram-se preocupados

**14.** P. apresenta crítica para a doença e para a crise

**15.** “após a alta o P. tem sempre muita vontade para trabalhar, para lutar ... regressou sempre de uma forma melhor e muito activo”

**16.** “o P. fazia campismo enquanto jovem, fumava haxixe, bastante ... a mãe tem depressão e a irmã também”

**17.** “um dia de cada vez ... o P. tem reforma”

**18.** Parceiro

**19.** “nunca quis sair desta zona para o P. não perder o acompanhamento que tem aqui na equipa”. Nunca teve contacto com Psicóloga e a Assistente Social nunca procurou por vergonha. Refere não ter razões de queixa, o espaçamento entre as consultas é o suficiente, há flexibilidade na sua remarcação, a equipa funciona de forma articulada

**20.** Desabafa com as colegas e vai de férias

**21.** “a informação é relativa, também procuro na net”

**22.** Não sabe

**23.** “uma melhor rede de transportes”

**24.** Não se sente confortável com o grupo. Trabalha por turnos, sem folgas fixas.

---

## ENTREVISTA FAMILIAR Nº 4 – H.Q., 1976

- DADOS COLHIDOS NO PROCESSO

Viveu até aos 11 anos na Alemanha, altura em que o pai faleceu. Completou o 9º ano de escolaridade. Teve apenas um único relacionamento afectivo (dos 18 aos 24 anos).

Primeiro surto psicótico aos 24 anos (Agosto 2000), apresentando ideias delirantes de auto referência e persecutórias, desconfiado, discurso desorganizado e saltuário, neologismos, insónia, comportamentos bizarros, coincidente com consumo de cannabinóides. Nega consumo de outras drogas, incluindo abuso de álcool. Sem AAV nem ideação suicida. Diagnosticada Psicose Esquizofrénica Paranóide. Teve a primeira consulta na ESMC em Setembro de 2000.

Após introdução de terapêutica anti-psicótica, apresentou apatia, avolia, humor deprimido e lentificação psicomotora, tendo culminado num episódio depressivo moderado em 2000 com boa resposta a anti-depressivos.

Em 2002, novo surto psicótico após consumo de cannabinóides e álcool e com suspensão da medicação (foi ao Algarve de férias durante uma semana). Apresentou nesta altura ideias delirantes de conteúdo místico e hipocondríaco e alucinações cenestésicas (“sentia alterações estranhas no tronco, por exemplo dor”).

- ENTREVISTA FAMILIAR

1. Mãe, 62 anos, pensionista (doméstica), viúva a viver com um companheiro. Tem a seu cargo uma bebé de 18 meses (filha de um irmão). H. tem 34 anos, está empregado. Sabe que ele tem uma psicose que teve início tinha o filho mais ou menos 23 anos. Nunca esteve internado e vivem os quatro na mesma casa.

2. “o meu filho teve um esgotamento, e chegava a casa tarde, subia às árvores, escavou o quintal com as mãos, falava sozinho, começou a pintar corações vermelhos no corpo com o nome da namorada ... tinha pensamentos negativos para se suicidar, fugia de casa, coisas tipo paranóia ... fui falar com a Enf.<sup>a</sup> e fui a um médico”, “sentia-me muito nervosa, mas tive que enfrentar a situação ... encaro bem os problemas, não fico agarrada às coisas, não sou pessimista”

---

3. 4. “o padrasto revolta-se contra ele, nada do que o H. faz está bem ... não aceita bem esta situação”. O seu relacionamento afectivo deteriorou-se (o companheiro culpabiliza-a por fazer as vontades ao filho). “quase não há conversa, quando falam é para desconversar ... acontecem grandes discussões, que de coisas sem jeito vão ao extremo ... eles não têm nem nunca tiveram grandes conversas”

5. com uma tia do H., tem-no acompanhado na doença “fala com ele, faz-lhe ver as coisas ... consegue falar melhor com ele, até porque eu só tenho a 4ª classe”

6. “vou conseguindo gerir as coisas”

7. vai ao café e tem almoços e jantares com amigos, sempre sem o filho

8. “cansada, exausta mesmo ... a vida seria mais fácil se o H. não fosse doente ... tenho de pensar por mim e por ele ... faz-me muitas perguntas, não consegue decidir nada sozinho”

9. “a conversa fica diferente, começa-me a irritar” (aparentemente, a sintomatologia produtiva está ausente)

10. “são as drogas ... chamo-o à realidade, pergunto-lhe o que anda a fazer ... às vezes também vou falar com a enfª ou com o médico e às vezes mudam-lhe a medicação”

11. “fica com um olhar diferente, troca palavras, não diz coisa com coisa, as coisas não batem certo”

12. “é uma desilusão ... podia ter sido outro rapaz, com outro comportamento e outro trabalho, uma vida diferente, podia ter casado e ter outra estabilidade”

13. “alguns colegas do trabalho tratam-no mal”

14. sabe o que tem e identifica os sinais, mas não assume, desvia a conversa

15. NÃO SE APLICA

16. o H. consumia drogas durante a escola; durante a tropa para além da comida a mãe também lhe dava dinheiro, refere que nesta altura o comportamento dele ficou diferente, ficou menos afável (18-19 anos). Associa também de forma directa à permanência do consumo de drogas, ao facto de a namorada o ter abandonado, ao pai ter morrido quando ele tinha 11 anos. Mas desde pequeno sempre foi um miúdo endiabrado (hiperactivo??)

---

**17.** “não penso nisso, levo o dia-a-dia ... ele também trabalha e é ele que toma conta dos comprimidos”

**18.** Parceiro/Controlo “antigamente vinha sempre com ele às consultas porque havia coisas que ele não dizia ao médico”

**19.** nunca teve contacto com Psicóloga e Assistente Social, e não tem razão de queixa do médico nem da enfermeira

**20.** desabafa com familiares (mãe e irmã), tomou medicação para a depressão (ainda toma às vezes, e também para as dores de cabeça)

**21.** diz que recebe informação suficiente

**22.** NÃO SE APLICA

**23.** não sabe

**24.** mostrou pouca disponibilidade

---

## ENTREVISTA FAMILIAR Nº5 – A.B., 1964

- **DADOS COLHIDOS NO PROCESSO**

Seguido no Centro de Saúde Mental de Oeiras desde 1993. Primeiro internamento de 26/12/2003 a 05/01/2004 com diagnóstico de esquizofrenia residual e abuso de álcool, apresentando inquietação psicomotora e agressividade verbal (acompanhado por esquizofrenia sem internamentos há cerca de 10 anos). Teve alta com Dissulfiran.

Segundo internamento a 17/06/2005 a 24/06/2005 com o mesmo diagnóstico, apresentando comportamento desorganizado e agressivo no contexto de abuso de álcool. Nesta altura encontrava-se a frequentar o fórum sócio-ocupacional com suspensão durante alguns dias e comportamentos agressivos no meio familiar. Teve alta com Dissulfiran.

1986 – Internamento no HMB

1994 – Abandonou curso de jardinagem na ARIA

1996 – Personalidade Borderline (oscilações bruscas e intensas de humor e dos afectos e períodos da angústia intensa, que numa atitude empática e de contenção rapidamente recupera)

1997 – Ideação suicida “vou-me matar amanhã ... ou no comboio ou na ponte ... isto é só um desabafo ... estou cheio da minha mãe”. Afectos embotados/incongruentes

1998 – Internado para desintoxicação por abuso de benzodiazepinas

2000 – Ida ao Serviço de Urgência por intoxicação medicamentosa

Várias entradas e saídas por abandono da Unidade de Dia e do Fórum Sócio-Ocupacional.

- **Antecedentes familiares**

- Avô esquizofrénico, esteve internado no HJM, suicidou-se aos 40 anos. Pai esquizóide, faleceu em 1994. Irmã mais nova faleceu por overdose.

- Nasceu em Angola, retornado quando a independência. Não concluiu o liceu. Traços de personalidade imatura.

- **ENTREVISTA FAMILIAR**

1. Mãe, 75 anos, reformada (professora do Ensino Básico), viúva. Vivem na mesma casa seis pessoas (filha e netos, mais um amigo da neta; a filha é divorciada). O

---

A. tem 47 anos, Tem Esquizofrenia. O primeiro surto foi aos 15 anos mas não foi internado (partia vidros e montras na rua, consultaram um médico privado que também seguiu o avô). Já teve múltiplos internamentos, sendo o primeiro aos 18-20 anos.

2. “triste”

3. 4. “não mudou muito, trabalhava ou de manhã ou de tarde”. Refere que houve um aumento de conflitos com o pai, mas agora reconhece que há um ambiente familiar estável, são muito unidos.

5. Filha

6. 7. “neste momento não tenho vida pessoal, mas quando estava na escola tinha a minha vida ... dediquei-me ao marido e aos filhos”. Junto com o A. desenvolvem algumas actividades “ouço música que me habituei a gostar”

8. Cansada

9. “quando consome álcool, parte coisas, e isso incomoda-me ... o A. não ouve vozes”.

10. Álcool e consumos de haxixe. “tento manter-me calma, não dar muita atenção ao que ele diz ... diz muitas asneiras e eu não ligo, não serve de nada ralhar com ele porque não aceita nem compreende ... ele depois fica muito arrependido e pede desculpa e promete que não volta a acontecer”

11. “agitado, agressivo verbalmente, não dorme...”

12. “protege-me muito, é muito meu amigo”

13. “todos gostam dele, é muito prestável e tem bom coração”

14. O A. sabe o que tem e identifica

15. Retomou a sua vida “normalmente”. Alívio “é algo necessário”

16. “é hereditário, o avô era esquizofrénico, a minha filha também é depressiva, tal como o meu marido era”

17. Conta com o apoio da filha e dos netos: “nós temos casa própria, e o A. recebe uma pensão e espero que fique com metade da minha ... vamos observando e estando em cima dele, por isso vamos controlando as coisas ... o A. tem respeito ao sobrinho e à irmã, mas adora gastar dinheiro em roupa e música”

18. Passivo: “acho que estão disponíveis, mas falo pouco com os técnicos” (o A. vai sempre sozinho e decide tudo sozinho)

19. Nunca teve contacto com a Psicóloga nem com a Assistente Social. Acha que o atendimento por parte da Enfermeira é bom, mas em relação às consultas médicas, acha

---

que são muito espaçadas e deviam ser mais perto umas das outras para se poderem fazer ajustes de terapêutica

**20.** “fumo, ouço música ... tento abstrair-me”

**21.** Recebeu sempre informação e apoio necessário quando procurou os técnicos e foi correspondida

**22.** Serviço de Urgência

**23.** “que o problema saísse de cima de mim ... sinto-me bastante cansada” (esta mãe adopta uma postura de matriarca que sempre controlou tudo)

**24.** Não quer, alegando dificuldade nos transportes e dificuldades nas deslocações “a minha filha sei que gostava, mas fica difícil por causa do horário de trabalho”

---

## ENTREVISTA FAMILIAR Nº6 – L.M., 1972

- DADOS COLHIDOS NO PROCESSO

Internado no DPSM de 28/06/ a 18/08/2010 por Psicose Esquizofrénica tipo Paranóide, apresentando ideação delirante hipocondríaca e AAV “não tenho pulso ... estou sobre mim ... ouvi-os dizer que ia morrer em breve”, ideias de auto-relação e isolamento social. Sem insight, tomando a medicação “por respeito aos meus pais”. Teve a primeira consulta a 21/10/2010. Tinha tido dois internamentos prévios no DPSM e seguido em consulta privada.

- ENTREVISTA FAMILIAR

1. Mãe, 62 anos, aposentada (funcionária pública). L. tem 38 anos, vive com os pais. A mãe diz que não sabe a doença do filho (segundo informação da equipa, já lhe forma entregues documentos com diversa informação e investiu-se bastante na psicoeducação desta família). L. teve três internamentos (2010, 2009 e o primeiro aos 32 anos), “acendeu velas pela casa toda, passava o tempo agarrado a um terço e um dia cheguei a casa e ele estava na banheira deitado, com velas à volta a dizer que ia morrer”.

2. “senti-me muito mal, gritava de noite de dia ... já viu, um desgosto deste ... é como se tivesse uma chaga no peito que está sempre a sangrar ... fui-me abaixo em Abril do ano passado, entrei em depressão”

3. “houve alterações, o meu filho é muito dependente de mim, está-me sempre a pedir miminhos ... nunca mais fui feliz porque o meu filho não tem vontade de fazer nada”

4. Houve deterioração na relação do casal. Não houve maior número de discussões entre o casal, mas “como o meu marido é mais terra a terra, há alguns conflitos com o L. ... ele não gosta de ser contrariado”

5. “sozinha, o meu marido trabalha”

6. Acompanha o marido em viagens de trabalho, mas vive em função do filho

7. Sem actividades sociais; férias só com o filho

8. “sem força, sem alegria, quase feita num trapo”

9. “o L. não está seguro, sempre com medos e com alguns comportamentos ... está sempre a ver se a luz e o gás estão desligados e não quer estar em locais com muita gente”

---

**10.** Não sabe: “uma vez vi o meu filho tão desesperado, a dizer que ia morrer, que me agarrei a ele e pedi ao Dr. Sousa Martins para me ajudar, e o Dr. respondeu-me que tudo ia ficar melhor e o meu filho acalmou-se”

**11.** “o meu filho deixa de comer, fala sozinho, diz que ouve vozes”

**12.** “é uma pessoa muito triste porque ele não tem nada ... não conseguiu acabar o curso e até escreveu livros de química, não tem emprego e isso é um problema”

**13.** “os vizinhos só souberam da ultima vez que foi internado porque foi com os bombeiros, mas não mudaram o comportamento”. L. é uma pessoa socialmente isolada, não tendo amigos

**14.** Sem crítica e sem insight. Apenas refere dor no peito e tem alguns comportamentos desorganizados

**15.** “não retomou porque tinha apagões, só começou a conduzir há pouco tempo”.

“para mim é mais uma facada, mas sei que quando sai de lá sai um pouco melhor”

**16.** “ a vida foi madrasta para o meu filho: não entrou no curso que queria, foi operado em pequeno, acho que é uma coisa que o acompanha desde pequeno ... anda qualquer coisa à volta dele ... nunca conseguiu ter um relacionamento normal, começou a perder os amigos...”

**17.** “tenho medo que ele possa ficar desesperado se não começar a trabalhar, e desejo que ele acabe o curso porque só lhe faltam duas cadeiras”. Coloca as esperanças na família afastada para o orientar

**18.** Sente-se como passiva, porque não dão informação suficiente e também não pede nada para ser acompanhada e ouvida

**19.** Sem contacto com a Psicóloga e a Assistente Social. Não verbaliza, mas dá a entender que gostaria de maior acompanhamento tanto da parte médica como da Enfermeira

**20.** Reza. Não sai de casa porque não pode deixar o filho sozinho e também não desabafa com o marido

**21.** Não recebe nem nunca recebeu informação nenhuma

**22.** Chama os bombeiros, mas só em situação de desespero porque acredita mesmo que o filho vai morrer

**23.** “psicóloga, para o L. e para eu também ter alguém com quem falar”

**24.** Sim, perto da tarde

---

## ENTREVISTA FAMILIAR Nº7 – T.C.O., 1986

- DADOS COLHIDOS NO PROCESSO

Primeiro internamento em 2007, sendo encaminhado ao Serviço de Urgência com mandato de condução, com AAV e ideias delirantes persecutórias. Sintomatologia induzida por cannabis. Teve a primeira consulta na ESMC Oeiras no mesmo anos, após 20 dias de internamento no DPSM. Anteriormente, em 2003, tinha ido acompanhado pela policia ao Serviço de Urgência e recorda essa situação como traumática

Novo internamento em 2009, voluntário, por alterações de comportamento com heteroagressividade e irritabilidade e ideias delirantes por paragem de terapêutica e consumos tóxicos (actividade delirante persecutória). Iniciou terapêutica depôt nesta altura.

Antecedentes familiares: pai com perturbação psiquiátrica e uma tia com patologia psiquiátrica

- ENTREVISTA FAMILIAR

1. Mãe, 43 anos, vivem juntos os dois, trabalha (empregada doméstica). T. tem 25 anos, trabalha como ajudante de cozinha num restaurante, teve o primeiro surto aos 20 anos e foi internado (teve dois internamentos no total). Já lhe disseram que era uma esquizofrenia mas também que era uma psicose.

2. “pensava que ia morrer, estava desesperada, não imaginava o que era, achava que ia não aguentar e que não se ia resolver”

3. “deixei de sair, deixei de ter assunto para falar com os meus amigos ... mas depois ganhei força, comecei a ver que ele pode ter uma vida normal”

4. “desde que o T. ficou doente nunca mais teve namorado, nunca mais levei ninguém lá a casa e nunca mais fui passar um fim-de-semana fora”. Acomodou-se. Por dificuldades monetárias, sente menos força, maior dificuldade porque só pode sair de casa depois de ter o T. orientado (facilita a vida dele para o T. não perder as coisas, tem de o orientar para trocar de roupa, chamar para tomar banho). Paga a medicação e esconde do filho, porque se ele descobre abandona a terapêutica. A relação que tinham ficou um pouco deteriorada, mas conseguiu um meio-termo “procurei ficar bem comigo mesmo para poder estar bem com ele ... agora já respondo, perdi o medo dele”. Os colegas do trabalho também tentam orientá-lo “quando está descompensado, salta na linha do comboio”

---

5. Sozinha. Tinha uma amiga mas esta foi para Inglaterra e as coisas também se tornaram mais difíceis

6. Sai e fala com amigos, após um longo período sem sair de casa, só ia à Igreja, não conseguia estar no meio de muita gente devido à tristeza e vergonha

8. “tinha vergonha e medo, as pessoas criticavam, fui falando com as pessoas e elas foram aceitando ... depois houve uma novela brasileira (um rico e um pobre com a mesma doença) que fez com que as pessoas aceitassem melhor, tudo é normal, hoje consigo controlar a situação”

9. “chorava muito, as pessoas olhavam para ele no comboio”. Ligava para a mãe preocupado se alguém a ameaçava, insónia, com phones e ouvir música durante toda a noite, bebia muitas bebidas brancas, acabando por não se levantar para ir trabalhar. Perdeu as chaves de casa, a carteira, deixou o gás ligado, o ferro ligado “muito esquecido”

10. Medicação escondida na comida, com alguma regularidade “no fundo ele sabe, só não dá o braço a torcer”

11. “o T. anda de noite com óculos escuros e põe capuz”. Agressivo, desconfiado, querelante com a mãe, agressivo verbalmente e com alterações de comportamento, desvio do olhar. A mãe chama a policia “faltou a duas consultas e à injeção, então chamei a polícia para o levar às consultas ... ele entende que há mais regras”

12. “não termina nada do que começa ... ele é impecável no trabalho, responsável, mas em casa é desleixado e eu lá vou desculpando e fazendo as coisas”

13. “começou a haver discriminação, no prédio as pessoas começaram a implicar, e eu perdi o medo e confrontei as pessoas”

14. Sem insight e sem crítica para a doença nem para a sintomatologia “diz que não tem nada, culpa os medicamentos e a mãe porque o levou a primeira vez à consulta”

15. “da primeira vez e ao fim de 6 meses disse que queria regressar ao trabalho e da segunda ao fim de dois anos, só tomava Zyprexa à noite, voltou a trabalhar

16. “o Dr. falou que mesmo sem as drogas a doença teria aparecido à mesma, mas mais fraca ... T. era um problema na escola, nunca conseguiu aprender ... era uma criança inquieta, insuportável, com dificuldade em se concentrar, mas aprendeu a ler muito cedo e é inteligente”. Mau relacionamento entre os pais. A mãe veio primeiro para Portugal e deixou T. durante três meses, e quando lá voltou ele já mostrava alterações de comportamento. Trouxe-o com ela em Novembro, com 16 anos. Tem uma tia que acordava a meio da noite e fazia o trabalho todo de casa, trocava sempre os

---

móveis de lugar ... o pai do T. era um homem violento, quando bebia e com alterações de comportamento, pondo a vida em risco “andava em pontes e na linha do comboio”. Associa as alterações de comportamento do filho ao consumo de álcool e drogas.

**17.** “ainda não consigo ver ... acho que o T. não vai casar nem constituir família, é muito desligado ... também tento não pensar nisso, tento viver o hoje”

**18.** Parceiro/Controlo “enquanto eu estiver bem e viva está tudo bem”

**19.** Sem contacto com Psicóloga. Em relação aos restantes técnicos “tudo preparado por Deus ... na hora do desespero encontrei estas pessoas que são boas pessoas”. Refere bom atendimento, sempre muito receptivos, com respeito e carinho “não posso reclamar ... respeitam o meu filho como é, não o vêem diferente”

**20.** Já tentou fumar mas não resulta. Bebe vinho às escondidas, mais ou menos dois copos. Não sai de casa. “tomava medicação para dormir (Xanax) mas ficava com a cabeça avoadá”

**21.** No internamento foram pouco flexíveis com o horário das visitas, teve de alterar os horários de trabalho. Refere que foi mal informada sobre a articulação entre o internamento e a ESMC, tendo ficado muito ansiosa porque não percebia como as coisas iam funcionar.

**22.** Delegado de saúde

**23.** Alguém com quem partilhar a sobrecarga, que ganhasse a confiança do T. “um voluntário, para o apoiar quando eu não estou, para me sentir mais segura”

**24.** Sim, e o horário é indiferente

---

## ENTREVISTA FAMILIAR Nº8 – A.R.C., 1955

- DADOS COLHIDOS NO PROCESSO

Teve a primeira consulta na ESMC Oeiras a 16/05/1995, por uma psicose esquizofrénica residual. Eventual início da doença há vários anos com ideias delirantes místicas, isolamento social, cuidados pessoais deficientes, eventual actividade alucinatória persecutória, por vezes alterações de comportamento (fica reticente e um pouco agressivo quando tenta concretizar sintomas), discurso desorganizado, ideias de auto-relação.

Consumos de haxixe, cocaína e comprimidos no passado assim como abuso de álcool. Frequentou o ISEL durante nove anos, faltando apenas um semestre para terminar o curso de engenharia

- ENTREVISTA FAMILIAR

1. Irmã, 59 anos, esta a trabalhar. A. tem 56 anos, sempre viveu sozinho e continua, a irmã telefona todos os dias, acompanha-o às consultas do Médico de Família e na ESMC desde que esta se mudou para Caxias. O A. por vezes almoça com a irmã ao fim-de-semana. Tem Esquizofrenia. A. nunca esteve internado.

2. Só soube quando foi contactada pela Assistente Social do Centro de Saúde “encarei com naturalidade ... é uma doença como outra qualquer”

3. “lido com muita calma, é muito importante dar apoio e qualidade da vida ao meu irmão ... no início foi necessário um esforço adicional, articular com o apoio da paróquia para irem lá levar as refeições, mas como o A. tem dinheiro ficou mais fácil ... agora tenho de me organizar muito bem para lhe lá ir levar o jantar, fazer as limpezas ao fim-de-semana e tenho de coordenar os meus horários para vir às consultas, nesses dias fico até mais tarde no trabalho”

4. Não houve alterações na dinâmica familiar

5. “antigamente o A. almoçava fora e fazia compras para cozinhar, agora é mais complicado ... tenho mais duas irmãs mas são mais desligadas, mas quando estou mais cansada ligo-lhes para ser uma delas a fazer-lhe o jantar, mas só quando estou esgotada do trabalho, é para poder descansar”

6. “sim, a minha filha já não mora comigo, mas continua a dar-lhe apoio e também estou com o meu marido”

7. “tenho um grupo de amigos da minha idade que costumamos fazer jantares em casa uns dos outros, e quando é na minha casa o meu irmão também vai, eles sabem o

---

que o A. tem ... no verão as minhas cunhadas fazem churrascos e eu também costumo levar o A. e ele vai sempre”. Vai de férias todos os anos sem o irmão.

**8.** “cansada, porque me esforço para que o meu irmão não fique incapacitado”. A. participa nas actividades sociais de forma passiva

**9.** “o ele passar muito tempo fechado em casa, não fala com ninguém, não tem brio pessoal, nem interesse por nada, esta alheio ao que o rodeia”

**10.** “acho que é devido à doença, por isso relevo certas coisas ... vou insistindo com ele para sair e para tomar banho e fazer a barba”

**11.** Nunca foi necessário, mas recorre muito ao Médico de Família quando é necessário

**12.** “é o meu irmão, mas com um problema de saúde”

**13.** No passado os vizinhos viam esta situação muito mal, pois o A. tinha muitas bebedeiras e por vezes ficava deitado no hall do prédio, os condóminos tentaram expulsá-lo do prédio mas como a casa é dele, não conseguiram. Por parte da família, há boa aceitação.

**14.** “eu acho que sim, mas nunca lhe perguntei directamente”. O A. faz apenas medicação depôt, além disso é só medicação para o colesterol e HTA

**15.** NÃO SE APLICA

**16.** O pai faleceu muito cedo, A. tinha 13 anos, e todos os irmãos tiveram de começar a trabalhar e estudar à noite. Na adolescência o A. consumiu drogas mas deixou por volta dos 20 anos. Por volta do 25 de Abril o A. teve uma depressão porque tinha muitos ordenados em atraso (trabalhava na Lisnave) “e foi aí o princípio de tudo”. Depois começou a consumir bebidas alcoólicas com muita frequência.

**17.** “através da paróquia já o inscrevi no lar, e mesmo que este lar não tenha vagas podemos sempre vender a casa dele e pegar o lar”

**18.** Passivo. Nunca foi às consultas médicas e continua a não ir, nunca sentiu necessidade. Acompanha o irmão apenas porque desde que as instalações da ESMC mudaram, A. não tem como se deslocar.

**19.** Só teve contacto com a equipa e tem boa impressão, o contacto tem sido bom e a disponibilidade também. As consultas são de 6 em 6 meses e suficientes. Assistente Social só no Centro de Saúde.

**20.** Organiza umas escapadelas com o marido e vai de férias até ao Algarve

**21.** “o que senti necessidade procurei na internet, mas nunca recebi informação nenhuma e faz falta”

---

**22.** Paróquia, Centro de Saúde

**23.** “se fosse possível, uma pessoa disponível para acompanhar o A. para sair, em casa, organizar-lhe a vida”

**24.** Sim, mas de forma a que o horário desse para articular com a actividade laboral