



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiatria**

Relatório de Estágio

**Promoção do Bem-estar Psicológico no adulto jovem
com alterações da saúde mental em processo de
transição**

Vanessa Sofia Domingos Candeias

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental e
Psiquiatria

Relatório de Estágio

Promoção do Bem-estar Psicológico no adulto jovem
com alterações da saúde mental em processo de
transição

Vanessa Sofia Domingos Candeias

Orientador: Prof. Carlos Pina David

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“E digo-vos que a vida é de facto obscuridade
excepto onde há arrebatamento,
e todo o arrebatamento é cego excepto onde há saber,
e todo o saber é vão excepto onde há trabalho
e todo o trabalho é vazio excepto onde há amor.
E o que é trabalhar com amor?
É pôr em todas as coisas que fazeis
Um sopro do vosso espirito”

Collière (1999,p.10) , citando Khalil Gibran

“Se puder criar uma certa qualidade de relação,
o outro poderá descobrir nele
a capacidade de utilizar esta relação para o seu crescimento,
para a mudança e para desenvolvimento pessoal”.

Carl Rogers (1961)

AGRADECIMENTOS

“Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, pois cada pessoa é única e nenhuma substituiu outra. Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, mas não vai só nem nos deixa sós. Leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo. Há os que levam muito, mas há os que não levam nada. Essa é a maior responsabilidade da nossa vida, e a prova que duas almas não se encontram ao acaso”.

Antoine de Saint-Exupéry

Agradeço a todos os que se cruzaram e contribuíram para o gratificante percurso de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional, nomeadamente ao Sr. Professor Carlos David e orientadores de locais de estágio.

Agradeço igualmente aos colegas de Mestrado pelo incentivo e companheirismo.

Aos meus amigos que na minha ausência presente me acompanharam neste percurso, com palavras e atos de carinho.

Por fim e não menos importante, à minha família de sangue e do coração, por todo o seu apoio, compreensão, incentivo, presença, escuta e todos os intermináveis adjetivos que vos proferi nestes quase dois anos de Mestrado. Obrigado por acreditarem comigo e me lembrarem que seria possível!

A todos um grande Bem-Haja.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN- Anorexia Nervosa;

BEP- Bem-estar Psicológico;

BES- Bem-estar Subjetivo;

C- Cliente;

C1- Cliente 1;

C2- Cliente 2;

C3- Cliente 3;

C4- Cliente 4;

C5- Cliente 5;

CIPE- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem;

ECSM- Equipa Comunitária de Saúde Mental;

EESM- Especialista em Enfermagem de Saúde Mental;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

UICA- Unidade de internamento de casos agudos;

WHO – *World Health Organization*;

RESUMO

O Bem-estar Psicológico é um conceito que ganhou força científica e se tem desenvolvido no âmbito da psicologia. Através da literatura constatou-se como um modelo que se oferece com benefícios no campo da saúde mental.

O modelo de Bem-estar Psicológico permite identificar o quão satisfeito e feliz um indivíduo se sente em domínios psicológicos diversos e, de que recursos psicológicos dispõe na relação consigo próprio, na relação interpessoal, nas relações com o meio e em relação às capacidades de adaptação (Novo, 2003). Os seus contributos para o trabalho com o cliente, ao nível dos objetivos de vida, autoaceitação, crescimento pessoal, autonomia, relacionamento positivo com outras pessoas e o domínio do ambiente (Ryff, 1989), constitui-se como um incentivo a sua mobilização para o campo da enfermagem.

O alvo de cuidados é o adulto jovem com alterações da saúde mental em processo de transição. Sabe-se que este emerge da busca do adolescente na procura da sua identidade e na perspetiva de uma integridade na velhice (Erikson, 1998). Parece-me premente atuar neste grupo populacional, com vista a que o impacto na vida familiar, social e profissional, seja o menor possível, face aos desafios que se colocam e à expectativa de vida que apresentam.

Neste relatório é evidenciado o papel do enfermeiro especialista em saúde mental, na promoção do Bem-estar Psicológico, tendo por base que os cuidados de enfermagem, se focam na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, ajudando o cliente a atingir a sua máxima capacidade funcional (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho, p. 17035).

O estágio desenvolveu-se numa unidade de internamento de casos agudos e numa equipa comunitária de saúde mental, com vista ao desenvolvimento de competências de especialista em enfermagem de saúde mental, com a temática subjacente da promoção do Bem-estar Psicológico.

Palavras-Chave: Bem-estar Psicológico, Adulto jovem e Transição.

ABSTRACT

The Psychological Well-being is a concept that has gained scientific force and has developed in the context of psychology. Through literature was found as a model that is offered with benefits in the mental health field.

The Psychological Well-being model identifies how pleased and happy an individual feels in many psychological domains and which are the psychological resources he has in relationship with himself, in interpersonal relations, in relations with the environment and about adaptive capacities (Novo, 2003). Its contributions to work with the customer in terms of life goals, self-acceptance, personal growth, self-help, positive relationships with others and the environment (Ryff, 1989), were established as an incentive for mobilization for field of nursing.

The target of care is the young adult with impaired mental health in a transition process. It is known that this emerges from the adolescent search of his identity and the perspective of a health in old age (Erikson, 1998). It seems urgent to act in this population, in order to the impact on family life, social and professional, is as small as possible, according to the challenges faced and their own expectations of life.

On this report is evidenced the role of the nurse in mental health, promoting psychological well-being, based on the nursing care, focus on promoting mental health and well-being, the identification of mental health risks, prevention of mental illness, diagnosis and intervention before maladjusted or maladaptive human responses to the transition processes, helping the client to achieve their maximum functional capacity (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho, p. 17035).

The internship has developed in an inpatient unit for acute cases and in a community team of mental health, to develop specialist skills in mental health nursing, with the underlying theme of promoting the Psychological Well-being.

Keywords: Psychological Well-being, Young adult and Transition.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
1.1. Bem-estar Psicológico.....	10
1.1.1. Perspetiva histórica e concetual	10
1.1.2. Construtos do Bem-estar Psicológico.....	12
1.1.3. Avaliação do Bem-estar Psicológico.....	13
1.2. Adulto Jovem	14
1.3. Teoria das Transições.....	17
2. PROBLEMÁTICA.....	19
3. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	22
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	26
4.1. Estágio em contexto de internamento	27
4.2. Estágio em contexto comunitário	37
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

APÊNDICES

Apêndice I - Mapa Concetual

Apêndice II - Pedido de autorização e acesso a Escala de BEP de 84 itens
ao autor/Autorização do autor

Apêndice III - Estudo de Caso C

Apêndice IV - Guião de Entrevista Inicial

Apêndice V - Portfólio Reflexivo

Apêndice VI - Estudo de Caso C1

Apêndice VII - Estudo de caso C2

INTRODUÇÃO

O presente relatório tem em vista apresentar e fundamentar o percurso de estágio realizado, perspetivando o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESM), preconizadas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). O estágio de enfermagem de saúde mental e psiquiatria decorreu entre 28 Setembro de 2015 a 12 Fevereiro de 2016, na sub-região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, numa Unidade de Internamento de Psiquiatria de Casos Agudos (UICA) e numa Equipa Comunitária de Saúde Mental (ECSM).

A temática subjacente ao relatório partiu inicialmente de uma preocupação individual e que se consolidou como temática em estudo, após revisão da literatura e a articulação com Professor orientador.

O Bem-estar Psicológico (BEP) é um conceito que ganhou força científica e se tem desenvolvido no âmbito da psicologia, que através da literatura se constatou como um modelo que se oferece com benefícios ao nível da saúde mental. Os seus contributos para o trabalho com o cliente no que diz respeito aos seus objetivos de vida, autoaceitação, crescimento pessoal, autonomia, relacionamento positivo com outras pessoas e o domínio do ambiente (Ryff, 1989), constitui-se como um incentivo a sua mobilização para os cuidados de enfermagem e projeto de estágio.

Focarmo-nos ao nível do bem-estar, reporta-nos para uma dimensão positiva da saúde mental, que entende que esta não deve ser unicamente avaliada a partir de reações negativas (Monteiro, Tavares & Pereira, 2012, citando Diener, 1994). Mas sim, numa perspetiva de um estado de bem-estar.

O bem-estar é tido como um conceito chave da própria definição de saúde mental (Siqueira & Padovam, 2008), apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e é considerada no *The European Mental Health Action Plan* como uma meta, para que todos os indivíduos tenham a mesma oportunidade de perceber o bem-estar mental ao longo da sua expectativa de vida (*World Health Organization*, 2013).

Neste relatório a intervenção de enfermagem dá enfoque à promoção do BEP no adulto jovem com alterações da saúde em processo de transição. Esta escolha deveu-se a uma inquietação que partiu do meu contexto de prática de cuidados, dado o elevado número de adultos jovens, que numa fase precoce da sua vida vêm comprometida a sua saúde mental e o seu processo de desenvolvimento ao nível pessoal, familiar, social e laboral. O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2010, p. 10) regista, que a maior parte das doenças mentais manifestam-se geralmente antes dos 24 anos de idade, estimando-se que um em cada cinco jovens apresentam perturbações mentais, o que representa elevados custos para os indivíduos, famílias, bem como para os setores da saúde, educação, justiça e segurança social. De salientar que pessoas com patologias do foro mental têm menor acesso à educação, têm níveis muito elevados de desemprego, salários baixos e muitas vezes são socialmente isoladas (WHO, 2013).

Com o intuito de evidenciar o papel do enfermeiro na promoção do BEP em clientes com alterações da saúde mental, foi considerado que os cuidados de enfermagem, “têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho, p.17035). Cabe ao EESM compreender os “processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (OE, 2010a, p.1).

O presente relatório foi elaborado tendo em vista a obtenção do grau de Mestre e EESM e submete-se a avaliação após frequência no Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, entre os anos 2014-2016. A sua metodologia consiste numa descrição, análise e reflexão do percurso de estágio desenvolvido, fundamentado à luz da teoria e apelando ao juízo clínico do profissional, perspetivando-se como futuro EESM.

O corpo do relatório encontra-se organizado em quatro pontos principais, sendo eles, o enquadramento teórico, problemática em estudo, as opções metodológicas e por fim a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo é apresentada a revisão da literatura que sustentou a implementação do projeto de estágio. O enquadramento encontra-se estruturado em três eixos o BEP, adulto jovem e da teoria das transições.

1.1. Bem-estar Psicológico

A temática do bem-estar tem sido estudada pela psicologia em duas áreas importantes. Concetualmente uma direcionada para a qualidade e satisfação com as condições e circunstâncias de vida, em que o seu constructo é em torno de conceitos como a felicidade, satisfação e experiências emocionais, designando-se de bem-estar subjetivo (BES) (Novo, 2003). E numa outra área, designada de BEP, que se centra no desenvolvimento do adulto e da saúde mental (Novo, 2003). Esta última perspetiva entende o bem-estar, como sendo mais que a ausência de distress ou problemas mentais, mas sim um sentido de vida, autoaceitação, crescimento pessoal, autonomia, o relacionamento positivo com outras pessoas e o domínio do ambiente (Ryff, 1989).

1.1.1. Perspetiva histórica e concetual

O estudo do Bem-estar começou a despertar interesse na Grécia antiga com os filósofos Aristóteles e Aristippus, na tentativa de deciframos em que consistia uma existência feliz e o bem-viver (Siqueira & Padovam, 2008). Contudo, somente a partir de 1960 é que os investigadores se dedicaram em construir conhecimento e evidência científica sobre o bem-estar, conseguindo introduzir o conceito no âmbito da psicologia e torna-lo um dos temas mais discutidos (Siqueira & Padovam, 2008).

Impulsionados por severas transformações sociais, como a Segunda Guerra Mundial, levantou-se a necessidade de procurar indicadores de qualidade de vida para monitorizar mudanças sociais e políticas (Siqueira & Padovam, 2008, citando Land, 1975). No presente contexto era valorizado o estudo de questões sobre a doença mental e sofrimento humano, e pouco explorados aspetos

como a saúde mental e felicidade (Machado & Bandeira, 2012). O Bem-estar constituiu-se um investimento no domínio da psicologia positiva.

Diener em 1984 na tentativa de sistematizar os estudos já realizados acerca do bem-estar surge como um dos principais investigadores na área do BES (Novo, 2003). O BES ergue-se num contexto empírico e reporta a uma avaliação cognitiva que consiste na satisfação global com a vida em domínios específicos, e uma avaliação afetiva, relacionada com uma análise sobre a frequência das emoções positivas e negativas (Siqueira & Padovam, 2008).

Uma outra forma de perspetivar o bem-estar surge no final dos anos 80, por Carol Ryff (1989) designando-se de BEP. Ryff (1989) constituiu-se um marco na literatura no que diz respeito à construção do modelo de BEP. Este modelo ergue-se com o sentido de colmatar as fragilidades teóricas do modelo de BES (Machado & Bandeira, 2012), e propôs-se a definir a estrutura básica do bem-estar no âmbito psicológico.

A origem do conceito de bem-estar reside na discussão filosófica e científica entre *hedonismo* e *eudaimonia*, que deram origem aos dois modelos de bem-estar. Especificando ao BEP, o termo *eudaimonia* tem sido utilizado como sinónimo de felicidade, no contexto da filosofia aristotélica (Novo, 2003). Nesta perspetiva, reconhece-se a necessidade da pessoa viver de acordo com o seu *daimon* ou *self*, isto é, de acordo com as suas máximas capacidades, de forma a conseguir a sua realização pessoal (Novo, 2003). O que corrobora Ryff (1989), que refere que o *daimon* é um ideal, no sentido da excelência, a perfeição para que cada indivíduo se esforça e dá sentido à sua vida.

Concretamente, o modelo de BEP proposto por Ryff (1989) tem na sua génese contributos teóricos de autores como Maslow (1968), Rogers (1961), Jung (1933), Allport (1961), Erikson (1959), Buhler (1939), Neugarten (1973) e Jahoda (1958). Bebendo de todos estes contributos, Ryff (1989) elaborou um modelo em que apresenta seis constructos que constituem a essência do BEP.

Em Portugal, seguindo os passos de Carol Ryff, Novo em parceria com outros autores, tem dado grandes contributos à pesquisa do BEP a nível nacional, com o desenvolvimento de estudos e colaboração em projetos na área. Especificamente destaca-se o processo de tradução e validação da escala de avaliação de BEP para a população portuguesa por Novo, Duarte-

Silva & Peralta (1997), publicação do livro por Novo (2003) com o título - Para além da eudaimonia: O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada e em 2005 refletindo sobre as estratégias de avaliação do BEP, com o artigo- *We need more than self-reports...* Contributo para a reflexão sobre as estratégias de avaliação do bem-estar (Novo, 2005).

No que diz respeito à área de enfermagem é um modelo teórico que se encontra a ser explorado, evidencia-se o trabalho de enfermeiros como Cade & Chaves (2003) com o estudo Avaliação do BEP em mulheres com hipertensão; Ferreira (2007) que se dedicou ao estudo do sentido interno de coerência e BEP nos enfermeiros prestadores de cuidados a doentes hemato-oncológicos e Moreira (2011) com a sua dissertação de Mestrado em Enfermagem com o tema espiritualidade, bem-Estar e qualidade de vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual.

1.1.2. Constructos do Bem-estar Psicológico

Na elaboração do modelo, Ryff (1989) identificou seis constructos necessários ao BEP: autoaceitação, autonomia, relações positivas com os outros, domínio do ambiente, objetivo de vida e crescimento pessoal. Estas seis dimensões constituem as vias de construção do BEP e refletem os sentimentos de satisfação e felicidade de cada um consigo próprio, com as suas condições de vida ao nível social, relacional, realizações pessoais passadas e expectativas futuras (Novo, 2003).

A autoaceitação é o critério mais recorrente de bem-estar e uma característica central na saúde mental (Ryff, 1989). Indicador de uma elevada autoaceitação é o indivíduo possuir uma atitude positiva em relação a si, reconhece e aceita os seus múltiplos aspetos positivos e negativos e tem uma consideração positiva acerca do seu passado de vida (Ryff, 1989).

As relações positivas com os outros, passam pelo desenvolvimento de relações satisfatórias e de confiança, de estabelecer relações empáticas, afetivas e íntimas, isto é, a capacidade de estabelecer relações interpessoais de reciprocidade (Ryff, 1989).

A autonomia está associada ao locus interno de avaliação, o indivíduo não se cinge à aprovação dos outros, mas avalia-se segundo padrões pessoais (Ryff, 1989). O nível ótimo de autonomia passa por o indivíduo ter autodeterminação e independência, capacidade de resistir a pressões sociais no que concerne em pensar e agir de forma diferente, regula o seu comportamento e avalia-se segundo padrões pessoais (Ryff, 1989).

Maestria ambiental ou domínio do ambiente está relacionado com a capacidade do indivíduo escolher ou criar ambientes adequados às suas condições psíquicas, e é entendida como uma característica de saúde mental (Ryff, 1989). O nível ótimo de maestria do ambiente passa por ter domínio e competência na gestão do ambiente, controlo de um conjunto complexo de atividades externas, fazer uso efetivo das oportunidades de crescimento e a capacidade de escolher ou criar contextos adequados às necessidades e valores pessoais (Ryff & Keyes, 1995).

O constructo objetivos de vida passa por sua vez, por ter objetivos e um sentido de vida, a capacidade de atribuir um significado ao passado e presente, ter crenças que dão sentido à vida (Ryff, 1989).

O crescimento pessoal está associado a um funcionamento psicológico ótimo, com o constante desenvolvimento do potencial humano. A abertura às experiências é uma característica chave da pessoa no seu funcionamento pleno. Um crescimento pessoal ótimo envolve ter um sentimento de desenvolvimento contínuo, abertura a novas experiências, percebe o seu potencial, perspectiva o crescimento do eu e do seu comportamento, realiza mudanças que refletem maior autoconhecimento e eficácia (Ryff, 1989).

1.1.3. Avaliação do Bem-estar Psicológico

Carol Ryff em 1989, atendendo às seis dimensões do bem-estar, reuniu um conjunto de escalas, às quais chamou de *Scales of Psychological Well-Being*. Este instrumento de 120 itens de avaliação revelou uma elevada consistência interna (Novo, 2003). É uma escala de autoavaliação e de respostas tipo Likert, com seis categorias de resposta que vão desde o discordo completamente, até ao concordo completamente.

Mais tarde Ryff e colaboradores elaboram três novas versões alternativas à original, uma versão de 84 itens (1992), segunda versão de 18 itens (1995) e uma terceira de 54 itens (2005), todas com bons parâmetros psicométricos e correlações elevadas com a escala de origem (Machado & Bandeira, 2012).

Em Portugal, já existem algumas traduções das *Scales of Psychological Well-Being*. A primeira foi em 1997 por Novo, Duarte-Silva & Peralta, tendo direcionado a validação para a população de adultos. Outras validações se seguiram, mas específicas a determinados grupos populacionais.

Comptom e colaboradores (1996) na tentativa de estudar quais são as medidas de saúde mental identificaram como resultado, que a saúde mental deve ser definida a partir do BES e crescimento pessoal (Novo, 2003). Deste modo, segundo Novo (2003) o BEP associa-se a estas duas dimensões e oferece-se como um indicador global de saúde mental.

Novo em 2005 refletiu sobre as estratégias de avaliação do bem-estar e refere que é importante ter em conta que a avaliação do bem-estar a partir da experiência subjetiva, apenas dá uma perspetiva do funcionamento. No entanto, há a ter em conta também a qualidade do funcionamento, isto porque, as experiências subjetivas não podem constituir-se como critério de saúde mental (Novo, 2005). Deste modo a “conceptualização do bem-estar psicológico em termos fenomenológicos exige o acesso ao mundo subjetivo, pelo olhar do próprio, a sua conceptualização em termos de saúde mental exige o acesso às manifestações desse bem-estar” (Novo, 2005).

1.2. Adulto Jovem

O presente relatório dá enfoque ao adulto jovem, fase de vida que no meu contexto de cuidados verifico ser expetada por muitos, como sendo uma etapa cujo funcionamento humano esteja na sua rentabilização ótima, o que nem sempre acontece. Por outro lado é uma fase de vida que se encontra a ser explorada a nível científico, como referido por Novo (2003) a maior parte do século XX os investigadores e teóricos mobilizaram a sua atenção para o estudo da infância e adolescência, e em seguida direcionaram-se para a pessoa idosa e o envelhecimento.

Caraterizar o adulto jovem em termos de idade biológica ainda não é um dado unanime para diferentes autores. Entende-se como idade biológica a posição do individuo em relação ao seu potencial de vida (Novo, 2003).

Após pesquisa da literatura no que concerne à idade biológica em que se compreende o adulto jovem, os resultados foram vários. Levinson (1977) identifica o adulto jovem nas idades compreendidas entre os 17 e 45 anos, Sorensen & Luckmann (1998) entre os 20 a 30 anos, Arnett (2000; 2006), acredita que esteja entre os 18 e os 25 anos, Feist & Feist (2008) alicerçando-se na teoria de Erikson consideram que está situado entre os 19 a 30 anos.

Para uma melhor compreensão dos desafios e conflitos que o adulto jovem poderá vivenciar, Erikson na teoria desenvolvimento psicossocial apresenta uma explicação concetual do desenvolvimento social do individuo, acompanhado pelo “desenrolar do caracter social genético do ser humano no decurso das suas interações com o ambiente (Dias & Fontaine, 2001,p. 84). Isto é, Erikson adotou uma perspetiva holística, atendendo por um lado à interação entre o biológico, o psicológico e social, e por outro lado ao desenvolvimento do individuo ao longo do ciclo vital (Erikson,1998).

Na sua teoria o autor considera dois estágios na vida adulta, a idade adulta jovem e a idade adulta (Erikson,1998). O adulto jovem à semelhança de outros estádios depara-se com uma crise definida por dois polos extremos e opostos, isto é, depara-se com um conflito que terá de solucionar, uma tarefa psicológica que surge do crescimento físico, maturidade cognitiva e experiencias sociais, sendo o resultado uma escolha positiva ou negativa para o seu desenvolvimento (Dias & Fontaine, 2001).

O momento de crise do adulto jovem é marcado pela intimidade versus isolamento. Entende-se por intimidade a capacidade do individuo se comprometer com associações concretas, que podem exigir sacrifícios e compromissos significativos (Erikson,1998). A antítese da intimidade é o isolamento, ou seja, o medo de permanecer não reconhecido numa relação, de estabelecer compromissos, revelando um ego frágil, o isolamento prolongado é a patologia nuclear potencial do adulto jovem (Erikson,1998).

A intimidade psicossocial só é possível quando o jovem está seguro da sua identidade, se assim não ocorrer as suas relações poderão ser estereotipadas

ou/e isolar-se (Dias & Fontaine, 2001). Segundo Erikson (1998) o maior perigo do isolamento é o reviver hostil e regressivo da identidade, e caso exista regressão, pode existir uma fixação no conflito com o outro (Erikson,1998). Este conflito revê-se nas relações familiares, pares e laborais.

Dias & Fontaine (2001), citando Erikson (1959), chamam a atenção para o facto de muitos indivíduos só adoecerem psicologicamente numa idade pré-adulta, uma vez que nessa idade se ensaia o comprometimento numa relação mais íntima, que revela a fraqueza latente da identidade, isto, porque uma relação autêntica é o resultado e a prova de que a personalidade está delineada. Quando a identidade não está formada o adulto jovem, ao experienciar intimidade, sente tensão, relacionada com uma relação de fusão interpessoal e perda de identidade. A reação a esta situação é isolar-se ou cingir-se a relações estereotipadas e formais (Erikson,1998).

Perspetivando o desenvolvimento do ciclo vital individual, no contexto do ciclo vital familiar, entende-se que o adulto jovem tem um processo emocional de transição, que se evidencia através de mudanças de segunda ordem na família, e que são necessárias ao desenvolvimento (Carter & McGoldrick,1999, citados por Wright & Leahey,2009). Carter & McGoldrick (1999), citados por Wright & Leahey (2009) consideram que o adulto jovem se encontra numa fase de diferenciação de si próprio em relação à sua família de origem, tem em vista o desenvolvimento de relacionamentos de amizade e conjugais, deverá estabelecer uma identidade em relação ao trabalho e à sua independência financeira, e esta transição emocional passa sobretudo por aceitar as responsabilidades emocionais e financeiras por si.

Parece-me que ao ter por base uma estrutura concetual positiva do desenvolvimento, a enfermagem poderá ter um contributo determinante na formulação de cuidados que tenham em conta os processos transacionais.

1.3. Teoria das Transições

Afaf Meleis deu início ao desenvolvimento da sua teoria de médio alcance em meados de 1960, à qual deu o nome de Teoria das Transições (*Transitions Theory*). Centrada no fenómeno específico da transição, a autora teve o intuito de oferecer um foco concetual e uma imagem mental, da forma como o conceito de transição está presente ao longo do ciclo de vida (Meleis, 2005).

Chick & Meleis (1986) definiram transição como uma passagem de uma fase de vida, condição ou *status* para outra, refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre a pessoa e o ambiente, desenvolve-se numa determinada situação e contexto, podendo envolver uma ou mais pessoas. Concretamente as transições são compreendidas como experiências humanas, como um conjunto de respostas, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, desenvolvidas ao longo do tempo, baseadas nas expectativas e perceções dos indivíduos, influenciadas pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações ao nível de bem-estar (Meleis & Trangenstein, 1994).

À luz da presente teoria a enfermagem é entendida como a arte e a ciência de facilitar as transições (Meleis, 2010). A sua intervenção deve proporcionar conhecimentos e *empowerment* àqueles que vivem o processo de transição, promovendo através dos cuidados de enfermagem congruentes com as experiências únicas dos clientes e suas famílias, as respostas saudáveis que conduzam ao restabelecimento da sensação de bem-estar (Meleis, 2005).

O cliente de cuidados é visto como um ser humano com necessidades específicas, que se encontra em constante interação com o ambiente e que tem a capacidade de se ajustar ao mesmo, mas que dada a doença, risco da mesma ou vulnerabilidade, vivencia ou está em risco de experienciar um desequilíbrio (Meleis, 2012).

O ambiente é perspectivado como podendo constituir-se ou fazer parte dos eventos que incitam a necessidade de um processo de transição, assim como a sua natureza particular pode impedir ou facilitar o desenvolvimento do processo (Chick & Meleis, 1986). De salientar que a teórica considera que o

domínio da enfermagem incorpora um foco central nos ambientes sociopolíticos e económicos dos clientes (Meleis, 2012).

A teoria identifica quatro tipos de transição. A transição de saúde- doença é compreendida como um processo que engloba a mudança de um estado de bem-estar para a gestão de uma doença aguda ou crónica, ou para um novo bem-estar na doença crónica (Meleis, 2012). A teórica refere que a saúde tem sido entendida como sendo mais do que a ausência de doença (Meleis, 2012). A transição de desenvolvimento como um processo em que existem inúmeras mudanças de papéis vivenciadas no curso normal do crescimento e desenvolvimento sejam de carácter individual ou familiar (Meleis, 2010). A transição situacional está relacionada com eventos que exigem a definição ou redefinição do repertório de papéis e das suas interações, que está associado à adição ou subtração de pessoas, como exemplo a morte de um parente ou o nascimento de um novo membro (Meleis, 2010). Por fim a transição organizacional é representada por mudanças impulsionadas pelo ambiente social, político ou económico, bem como na estrutura e/ou dinâmica de uma organização (Meleis, 2010).

O enfermeiro na abordagem ao cliente em processo de transição, deve reconhecer e caracterizar a natureza da transição quanto ao tipo, padrão e suas propriedades, as condições que facilitam e/ou inibem o processo e os padrões de resposta existentes, tendo em consideração os indicadores de processo e resultado (Meleis, 2010). Nos processos de transição é importante ter ciente que o significado atribuído às transições varia de cliente para cliente, que os períodos de transição são acompanhados por uma ampla gama de emoções, muitas das quais derivadas das dificuldades encontradas nos processos de transição (Tomey & Alligood, 2011). Inúmeras vezes são desenvolvidos diferentes processos transacionais em simultâneo ou de forma sequencial, que condicionam a natureza da relação e a forma como o indivíduo se move em direção a uma transição saudável (Tomey & Alligood, 2011).

Ao considerar estes aspetos reconhece-se a importância do cuidado de enfermagem, que com sensibilidade, consciencialização e humanização, identifica no cliente fatores que indiquem a transição, com vista a facilitar e favorecer uma transição saudável (Zagonel, 1999).

2. PROBLEMÁTICA

Após apresentação do enquadramento teórico, torna-se relevante abordar de que modo a teoria se apresenta como um tema pertinente, se delimita como problemática e conceitualmente como se articula (Apêndice I- Mapa Concetual).

A trabalhar acerca de quatro anos na área da saúde mental e inserida num programa integrado de recuperação psicossocial, apercebi-me de uma crescente população de adultos jovens num processo mútuo de adaptação à vida adulta e de gestão da sua saúde mental. De um modo geral, com o objetivo de recuperarem ou projetarem a sua vida, otimizando as suas capacidades e os seus recursos pessoais, sociais e profissionais, para fazer face às limitações diretas e indiretas, que surgem no quadro de doença mental.

Considerando que “cinco das 10 principais causas de incapacidade a longo prazo e de dependência psicossocial são doenças neuropsiquiátricas” (Direção-Geral de Saúde, 2013, p.5), é premente atuar precocemente quando se instala uma patologia do foro psiquiátrico. Os indicadores revelam que além dos efeitos diretos mencionados, existem indiretos que contribuem para o aumento da carga global de doença, pela interação com outros quadros clínicos e por estilos de vida disfuncionais (DGS, 2013). As patologias psiquiátricas podem assumir um impacto considerável ao nível da vida familiar do indivíduo, das suas relações sociais e ao nível profissional (DGS, 2013). Acrescendo por vezes o sentimento de discriminação, estigma e exclusão social (DGS, 2013).

Percebendo que a saúde não é a ausência de doença, a OMS entende saúde mental (Apêndice I) como, um “estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (WHO, 2001). O conceito de bem-estar está intrinsecamente ligado aos conceitos da OMS, de saúde e saúde mental, tendo sido um constructo alvo de inúmeras investigações. Entende-se que definir saúde como um estado de bem-estar, é defini-lo numa perspetiva multidimensional, que representa uma tentativa explícita para mover a atenção para modelos de saúde e integrar

nas práticas de avaliação a consideração dos estados de bem-estar a par dos de mal-estar (Novo, 2003, p.67) (Apêndice I).

O BEP surge como resultado de um desenvolvimento e funcionamento positivos, que abarcam a dimensão da perceção pessoal e interpessoal, a apreciação do passado, o envolvimento no presente e a perspetiva do futuro (Novo, 2005) (Apêndice I).

Em 2005 na Conferência de Helsínquia, ficou acordado que ao nível da Europa, cada país iria assumir o compromisso político de considerar a saúde mental, como uma área de intervenção de alta prioridade, assim como a tomada de consciência da importância do bem-estar mental, e a sua promoção para todos (DGS, 2005). A WHO em 2013 reforça novamente esta importância no *The European Mental Health Action Plan*, referindo que todas as pessoas que tenham problemas de saúde mental têm o direito, ao longo da sua vida, de serem autónomos, de assumir a responsabilidade e de participar em todas as decisões que afetam a sua vida, a sua saúde mental e bem-estar. A promoção do bem-estar ao nível da saúde mental (Apêndice I), fornece uma base para a resiliência, fortalecendo a esperança para o futuro, e constrói a capacidade do individuo se adaptar às mudanças e lidar com a adversidade, isto porque, em tempos de elevado *stress* social e económico, é imperativo que se promova o bem-estar e se previnam problemas de saúde mental (WHO,2013).

Novo (2003) afirma que o BEP (Apêndice I) oferece-se como um indicador global de saúde mental, uma vez que abarca duas medidas de saúde mental, o BES (perceção individual de felicidade) e o crescimento pessoal, baseando-se no estudo de Compton e colaboradores em 1996. Segundo WHO (2013) no *The European Mental Health Action Plan* é importante que se invista em meios para medir o bem-estar e os seus determinantes ao longo o ciclo de vida, assim como em meios para implementar as mesmas.

No meu contexto de trabalho, apercebo-me de clientes numa busca constante do seu bem-estar. Bem-estar que lhe permita concretizar o seu projeto de vida, fazendo face a baixos níveis de autoestima, numa conquista da sua autonomia, na procura de restabelecer ou criar novas relações interpessoais e gerindo todos estes fatores com as contingências dos contextos em que estão inseridos. Destaco, especial preocupação com a população de

adultos jovens (Apêndice I), em que verifiquei que alguns se encontravam no início do seu projeto de vida, seja a nível familiar ou profissional, que ficam comprometidos com alterações ao nível da saúde mental. De salientar que alterações da saúde mental influenciam o bem-estar, e que as pessoas com patologias do foro mental têm menor acesso à educação, níveis muito elevados de desemprego e salários baixos (WHO,2013).

Carter & McGoldrick (1999), citados por Wright & Leahey (2009) abordam que o adulto jovem se encontra num processo emocional de transição de aceitar as responsabilidades emocionais e financeiras por si e que venha a dar início à formação de um sistema conjugal.

À luz da teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson, o adulto jovem encontra-se na eminência de resolver um conflito entre a intimidade versus isolamento. Segundo Erikson (1998) o maior perigo do isolamento é o reviver hostil e regressivo da identidade, e caso exista regressão, pode existir uma fixação no conflito com o outro (Erikson,1998). Assim, o adulto jovem emerge da busca do adolescente na procura da sua identidade, e na perspectiva de uma integridade na velhice, onde existe uma aceitação do seu passado e continuidade de investimento no presente (Erikson,1998).

A teoria das transições de Afaf Meleis oferece-se como uma teoria de médio alcance, que justifica claramente a importância dos cuidados de enfermagem, na promoção e facilitação de transições saudáveis (Apêndice I). A promoção do BEP justifica-se no adulto jovem em processo de transição, com a finalidade de se promover um desenvolvimento do potencial ótimo do indivíduo, e tendo em consideração que “a existência de objetivos de vida e o envolvimento em esforços de crescimento pessoal influenciam o modo como são vividas as experiências e as fases de transição de vida e contribuem positivamente para o bem-estar psicológico” (Novo, 2003, p. 69).

Considero que para a abordagem do BEP no adulto jovem com alterações da saúde mental, o estudo de Ryff (1989) torna-se um modelo teórico sólido, uma vez que se focou nas dimensões considerados como fundamentais à saúde mental (Novo, 2003). Ryff e Singer (1998), referem inclusivamente que os constructos de BEP defendidos por Ryff são dimensões importantes da saúde mental e inclusivamente da saúde em geral.

3. OPÇÕES METODOLÓGICAS

O percurso de estágio apresentado no presente relatório teve por base a implementação de um projeto, cuja finalidade se centrou concomitantemente em desenvolver competências de EESM e a promoção do BEP em adultos jovens em processo de transição, seguidos em contexto de saúde mental, numa unidade comunitária. Tendo como premissa as competências específicas do EESM, contempladas no regulamento das competências específicas do enfermeiro EESM (OE, 2010a), foram delineados dois objetivos gerais e decorrentes objetivos específicos. O primeiro objetivo geral é focado no desenvolvimento de competências especializadas e o segundo na exploração do fenómeno de BEP.

Objetivo geral: Desenvolver competências de EESM para a promoção do BEP no adulto jovem com alterações da saúde mental em processo de transição. **Objetivo 1:** Ampliar a autoconsciência e conhecimento na relação terapêutica com o cliente adulto jovem com alteração da saúde mental em processo de transição. **Objetivo 2:** Aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos cuidados do EESM ao adulto-jovem com alterações da saúde mental em processo de transição. **Objetivo 3:** Ampliar competências de avaliação do estado mental e BEP do jovem adulto com alterações de saúde mental em processo de transição; **Objetivo 4:** Desenvolver competências de intervenção de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossociais e psicoeducativas, que permitam promover o BEP e transição do adulto jovem com alterações de saúde mental. **Objetivo 5:** Avaliar os resultados sensíveis de enfermagem às intervenções do EESM na promoção do BEP no adulto jovem com alteração de saúde mental em processo de transição. **Objetivo 6:** Desenvolver competências na coordenação de cuidados com base na gestão de caso em adultos jovens com alterações de saúde mental em processo de transição.

Objetivo Geral: Descrever as características de um fenómeno-promoção do BEP no adulto jovem com alteração de saúde mental em processo de transição. **Objetivo 7:** Descrever quais são os contributos da promoção do BEP

no jovem adulto com alteração da saúde mental em processo de transição. **Objetivo 8:** Identificar as intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional que foram mobilizadas para a promoção do BEP no jovem adulto com alteração da saúde mental em processo de transição. **Objetivo 9:** Descrever as principais dificuldades e facilidades apresentadas pelos adultos jovens em processo de transição para atingirem estados de BEP.

Foi mobilizado como estratégia de estudo e de desenvolvimento profissional-pessoal, o estudo de caso, que é “frequentemente referido como permitindo estudar o objeto (caso) no seu contexto real, utilizando múltiplas fontes de evidência (qualitativas e quantitativas) e enquadra-se numa lógica de construção de conhecimento, incorporando a subjetividade do investigador” (Meirinhos & Osório, 2010, p.64). Foi também construído um portfólio reflexivo que consiste na síntese de um conjunto de reflexões desenvolvidas ao longo do estágio, com o objetivo de retratar de forma resumida vários temas que foram levados a reflexão ao longo do meu percurso de desenvolvimento.

Relativamente aos clientes de cuidado foram selecionados tendo em consideração as condições dos clientes e contextuais, que me permitissem o seu acompanhamento. Optei com base nos diferentes autores apresentados no enquadramento teórico, por compreender o adulto jovem entre os 18 a 30 anos inclusivamente. Salguardo que esta delimitação não argumenta a favor da opinião que a idade biológica define um período normativo e uniforme em termos do desenvolvimento, mas que dá pistas quanto aos processos existentes. Foram também considerados os adultos jovens que estivessem a vivenciar um processo de transição de saúde-doença, podendo associar-se outros processos transacionais. Foram excluídos para a realização do estudo de caso e aplicação da escala de BEP, todos os que além dos critérios anteriores, apresentassem défice cognitivo, confusão mental, atividade delirante ou alucinatória não controlada, quadro de agitação psicomotora e baixo nível de escolaridade (não saber escrever e ler). A elaboração dos presentes critérios fundamentou-se que o BEP revela uma expressão pessoal e

subjetiva, uma avaliação direta e introspectiva com base nos valores e padrões pessoais, que se obtém através da auto-avaliação do cliente (Novo, 2005).

Em projeto de estágio foi apresentado um plano de desenvolvimento de competências, de modo a assegurar o rigor e a concretização do projeto estruturado. Face ao projeto de estágio não existiram alterações significativas ao mesmo durante a sua implementação.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, recolhida informação nos processos clínicos dos clientes e através da articulação com profissionais das equipas de cuidados. Foi realizada uma observação participante, com vista a assumir “uma variedade de funções dentro do estudo de caso (...) [como] participar nos eventos que estão a ser estudados” (Yin, 2005, p. 121) e prestando cuidados de enfermagem atendendo às necessidades identificadas.

Foi utilizada a escala de avaliação do BEP de 84 itens de avaliação cedida e autorizada a sua utilização para o presente projeto pela Sra. Prof^a. Dr.^a. Rosa Novo (Apêndice II).

A escala referida atende aos seis construtos do BEP: autoaceitação, autonomia, relações positivas com os outros, domínio do ambiente, objetivo de vida e crescimento pessoal. Para a avaliação destes construtos, Ryff e colaboradores reuniram as escalas correspondentes a cada dimensão, pelo que o conjunto das escalas constituiu um inventário de auto-avaliação único, com uma mistura alternada dos itens de cada escala, com respostas do tipo Likert (Novo, 2003). A versão de 84 itens (14 por escala) foi validada para a população portuguesa por se apresentar como tendo as características desejáveis para a utilização no âmbito da investigação e avaliação clínica (Novo, 2003).

Novo, Duarte-Silva & Peralta (1997), confirmado por Novo (2003), relativamente às qualidades psicométricas da escala, avançaram: existir equivalência de conteúdo entre a versão original e a portuguesa; índices de consistência interna (alfa entre .75 e .86 para as seis escalas/ .93 para o instrumento global) e temporal adequados; assim como uma sensibilidade das medidas à diferenciação interindividual.

Quanto aos coeficientes de intercorrelação das seis escalas, apontam-se valores de .22 e .70,, refletindo os graus diversos de relação entre as

dimensões do BEP (Novo,2003). A mesma autora refere ainda que as três escalas- autonomia,crescimento pessoal e relações positivas (Apêndice I), apresentam uma relativa interdependência entre si e valores moderados de correlação com o total (inferiores ou próximos a .50). Quanto às escalas domínio do meio, objetivos de vida e aceitação de si (Apêndice I), apresentam fortes relações entre si e maiores com o resultado total (superiores a .60) (Novo,2003).

De salientar que a presente escala fornece duas medidas. Uma medida global do BEP, mais indicada para complementar uma análise, e medidas por dimensão, que mostram maior sensibilidade a diferenças relativas às variáveis (Novo, 2003). No presente trabalho foram atendidos os resultados obtidos por dimensão do BEP.

A implementação do projeto teve sob perspectiva considerações éticas e da deontologia da profissão de enfermagem, que sustentam a prática do enfermeiro especialista, percebendo-se que este “demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. [que assenta] num corpo de conhecimento no domínio ético - deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (OE, 2010b, p. 4).

A consecução dos objetivos de estágio é apresentada em detalhe no capítulo seguinte.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estágio de saúde mental realizou-se de 28 Setembro de 2015 a 12 Fevereiro de 2016 na sub-região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo. O primeiro âmbito de estágio foi na UICA com uma duração de sete semanas, seguindo-se numa ECSM durante onze semanas.

Transversalmente a ambos os estágios existiu um período de integração aos serviços e equipas. Saliento que mais do que as aprendizagens que se perspectivavam em projeto, muitas outras oportunamente contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, que foram determinantes para este processo de desenvolvimento de competências específicas do EESM e concomitantemente para as competências comuns do enfermeiro especialista.

Foi também essencial prolongar a revisão da literatura além da pesquisa realizada na fase de projeto, de veras que a “teoria é um excelente instrumento para explicar e predizer. dá forma às perguntas e permite o exame sistemático de uma sequencia de acontecimentos” (Benner, 2001, p.32). O intuito foi promover um encontro entre a teoria e a prática de cuidados, uma prática reflexiva e apelando ao juízo crítico para a operacionalização de um processo de enfermagem individualizado.

Segundo a OE (2010a) é determinante para o EESM que este na sua prática clínica mobilize um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos, associados a elevados níveis de julgamento clínico, com o fim de proporcionar experiências gratificantes nos processos terapêuticos desenvolvidos. Uma prática baseada na evidência científica e fundamentada em conhecimentos teóricos sólidos é considerada também uma competência comum do enfermeiro especialista, cuja prática clínica e processos de tomada de decisão assentam em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes (OE, 2010b).

Le Boterf (2005) considera que a competência se encontra na capacidade de mobilização do saber agir, saber integrar e saber transferir o conhecimento e capacidades adquiridas e aplica-las no contexto. Os dois estágios foram então um percurso que me incitaram à reflexão e desenvolvimento dos diferentes saberes e a uma prática integradora dos mesmos.

Em seguida apresentam-se dois subpontos que dizem respeito ao estágio em contexto de internamento e comunitário. É realizado em cada um deles uma breve exposição do local de estágio, descrição e reflexão crítica ao trabalho que foi desenvolvido, assim como aos resultados obtidos face aos objetivos delineados.

4.1. Estágio em contexto de internamento

Sabe-se que com o avanço dos meios terapêuticos disponíveis, o tratamento de pessoas com patologia psiquiátrica passou a ser cada vez mais efetuado na comunidade, tanto que o próprio internamento de pessoas com doença mental em fase aguda passou de modo preferencial a realizar-se em unidades psiquiátricas integradas nos hospitais gerais, tal como consta no Plano Nacional de Saúde Mental de 2007-2016 (Ministério da Saúde, 2008). Esta inserção garante um apoio eficaz de outras especialidades e contribui para a diminuição do estigma que está associado às instituições psiquiátricas.

A UICA é um internamento misto integrada num hospital geral e dá resposta a uma área geográfica alargada. Os internamentos ocorrem ao longo das 24h, sendo que a proveniência dos clientes pode ser pelo serviço de urgência, consulta externa ou transferência de internamento de outras especialidades ou unidades hospitalares. A equipa é de cariz multidisciplinar e tem como objetivo o diagnóstico e tratamento de pessoas com doenças psiquiátricas em fase aguda e subaguda.

De um modo geral as idades dos clientes adultos na unidade são variáveis, sendo que a nível do hospital é a unidade de internamento de psiquiatria que melhor oferece clientes com as idades consideradas em projeto para o adulto jovem (18-30 anos).

Para o estágio na UICA havia definido objetivos concretos a desenvolver, que concorreram para o meu desenvolvimento contínuo como EESM e para a aplicação do projeto na promoção do BEP a nível comunitário. Os objetivos específicos trabalhados foram os objetivos 1,2 e 3 (capítulo 3).

No que concerne ao objetivo 1 (capítulo 3) posso avançar que logo com a integração na unidade e equipa, observando e experienciando a prestação de cuidados aos clientes internados na UICA, dei continuidade a um percurso de desenvolvimento. Desenvolvimento pessoal e profissional que sob novos desafios e sob novas perspetivas de cuidado, logo me despertaram o interesse pelo repensar do meu “eu” enquanto enfermeira.

O facto de trabalhar numa unidade de internamento de saúde mental e psiquiatria trouxe-me inicialmente a tranquilidade de perceber o que são pessoas com doença mental. No entanto, um ambiente que de algum modo me pareceu familiar se tornou um impasse aquando da necessidade de reajuste quanto à minha abordagem de cuidados. Inicialmente senti-me numa lógica de replicação de cuidados que habitualmente prestava no meu contexto, sem me colocar em perspetiva, sem me incitar a pensar- no aqui e agora o que estava a vivenciar, a sentir e o que podia mudar para me desenvolver como EESM. Em alguns momentos fui confrontada com o que é esperado do enfermeiro especialista, o que o acresce ao enfermeiro de cuidados gerais, qual o seu marco, a sua diferença. Foi este pensamento que me instigou a uma espiral de questionamentos de mim enquanto enfermeira e futura EESM.

De grosso modo considero que a competência “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2010a) foi a competência que mais cedo dei início ao seu desenvolvimento. De salientar que é uma competência específica do EESM, mas também considerada como uma competência comum, que dá contributos para no domínio das aprendizagens profissionais (OE,2010b).

Como estratégia de desenvolvimento desta competência, nesta fase de estágio realizei reflexões escritas mobilizando o ciclo de Gibbs. Foram reflexões que decorreram de interações com a cliente que selecionei para a prestação de cuidados, tornando-se uma análise reflexiva das interações realizadas (Apêndice III). Através destes diários de aprendizagem e de reflexões com a orientadora do local de estágio, foi-me possível identificar as dificuldades que tive ao longo do processo de cuidados e perceber os meus estados internos, no papel que estava a assumir e nas intervenções que

realizei. Tudo isto numa lógica de dar conta de mim “integrativo, para melhorar a relação terapêutica” (OE, 2010a).

O cuidado a clientes com perturbação do comportamento alimentar, e em concreto à Cliente (C) selecionada para estudo de caso, constitui-se como um desafio ao nível da relação terapêutica. Bouça no livro de Sampaio (1998) referiu que o cliente com Anorexia Nervosa (AN) ao pedir ajuda trás em si inúmeras ambivalências, isto porque, pede ajuda mas diz conseguir controlar-se sozinho, pede ajuda mas sem que interfira nas suas convicções e ideais. É nesta comunicação “paralisante e contraditória” (Sampaio,1998,p. 147), mas que resulta de uma dura experiência de luta, que tem de ser aceite, uma vez que é a única ponte para chegar ao “mundo da anorexia” (Sampaio, 1998,p. 147). Esta comunicação tem de ser decodificada e devolvida, para que se clarifiquem os limites que ela introduz e que impedem que a cliente encontre outras possibilidades para a sua vida (Sampaio, 1998).

Relativamente ao contacto com C a abertura para a relação por parte da mesma foi gradual, C tinha uma postura reservada, pouco comunicativa numa primeira abordagem. C exigiu de mim alguma plasticidade para entrar na relação, para o desenvolvimento da relação e para a leitura e interpretação dos seus processos de pensamento e vivências.

Por outro lado, tal como corroborado pela literatura à semelhança de C, muitos clientes têm consigo sentimentos ambivalentes, querem tratar-se, mas têm medo, apreensão pelo medo de perder o controlo e ser engordadas contra a sua vontade e resistência, querem melhorar mas não querem mudar, nem ficarem diferentes (Bouça, 2000). Pelo que se constituiu um desafio o cuidado a C, no desenvolvimento de uma relação de confiança e comunicação eficaz.

Hoje perceciono que numa primeira fase do estágio de internamento ao estar centrada no meu desenvolvimento, isto é, na gestão das minhas emoções, dúvidas, inseguranças, pesquisas teóricas e desafio de aplicação do projeto, a relação com o outro foi rígida e limitada. Concretamente sentia dificuldade em gerar espontaneamente intervenções no seio das entrevistas, dificuldade em me concentrar no relato da cliente, de modo a recolher/processar mentalmente a informação que me estava a fornecer e paralelamente gerar novas perguntas que fossem pertinentes ao diálogo. De

um modo global considero que a minha capacidade de naquele momento estar em relação estava comprometida. Penso inclusive que me inibiu no desenvolvimento de uma postura de autenticidade, congruência, atenção positiva condicional e de empatia, qualidades consideradas necessárias na relação de ajuda por Rogers (1983).

Ao longo do estágio na UICA com as várias entrevistas senti que desenvolvi a capacidade e a disponibilidade de estar na relação, estando em contacto com o que estava a sentir e a pensar, a dar sentido ao que ouvia e a devolver as questões que me pareciam pertinentes no momento. Senti-me em contacto comigo e sobretudo senti-me “eu”, senti-me autêntica e congruente, com o que sou nas relações de cuidado que estabeleço, com o acréscimo de atender a novos indicadores na relação e intervenção. Ao gerir algumas barreiras, foi para mim mais espontâneo o desenvolvimento de relações com o intuito terapêutico e a explorar diferentes estratégias comunicacionais, que segundo Peplau (1952), citado por Stefanelli & Carvalho (2005) a comunicação com fim terapêutico é o ponto crucial para a enfermagem de saúde mental.

Para mim a tomada de consciência das minhas emoções e sentimentos, isto é, compreende-las e nomeá-las foi e continuará a ser um trabalho importante a ser realizado, que considero que me ajudará no meu autoconhecimento e consciência dos meus próprios sentimentos no momento em que eles ocorrem (Goleman, 2002, citado por Diogo, 2006). Isto porque, a “compreensão da experiência emocional é geradora de crescimento pessoal” (Diogo, 2006, p.80).

Neste estágio na UICA propus-me também desenvolver o objetivo 2 e 3 (capítulo 3). Estes dois objetivos foram desenvolvidos sobretudo através da prestação de cuidados de enfermagem a C, no qual foi desenvolvido o processo de enfermagem.

No que diz respeito à prestação de cuidados ao adulto jovem em fase de transição, primeiramente foi necessário selecionar um cliente para cuidados. No total dos 28 clientes identificaram-se os que tinham idades compreendidas entre os 18-30 anos, que estivessem a vivenciar um momento de transição e que dessem resposta aos critérios definidos em projeto. Ao aplicar os critérios à população de clientes da UICA selecionei C. Apesar ter planeado somente a

realização de estudo de caso no segundo estágio, pareceu-me pertinente para o meu desenvolvimento realizar também neste contexto (Apêndice III).

A C à data tinha 27 anos, caucasiana, nasceu e vivia no distrito de Lisboa. Licenciada em contabilidade, trabalhou na sua área de formação até 2015. Solteira e sem filhos, segundo elemento de uma fratria de dois irmãos. A residir com os pais e o irmão. Tinha como diagnóstico médico de AN do tipo purgativo, realizado em 2015. Encontrava-se a ser seguida pelo Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar, sendo o segundo internamento no contexto da doença atual.

No contexto de internamento dirigir os meus cuidados para clientes com patologias do comportamento alimentar pareceu-me extremamente enriquecedor do ponto de vista de desenvolvimento de competências. Vários autores consideram que a AN é caracterizada por profundas perturbações psicológicas e complicados problemas no relacionamento interpessoal, é uma doença médica complexa decorrente da desnutrição e de comportamentos para baixar o peso, sendo uma perturbação de tratamento difícil e prolongado que exige uma equipa multidisciplinar (Sampaio,1998; Bouça, 2000). Sabe-se inclusive que é uma perturbação com expressão clínica em períodos de transição do desenvolvimento, como o início da adolescência e da vida adulta, que por razões contextuais ou associadas à personalidade, pode perpetuar, estabilizando num processo patológico que se torna crónico e de difícil recuperação (Bouça, 2000). Foi baseado neste enquadramento teórico que se consolidou a seleção de C como cliente a intervir.

Foi-me possível integrar a equipa multidisciplinar e colaborar nos cuidados de C no seio da mesma. As reuniões do núcleo em contexto de internamento ocorrem duas vezes por semana, sendo realizadas reuniões entre a equipa multidisciplinar, com os clientes e com a equipa alargada (família). Estes foram excelentes momentos de aprendizagem, com especial importância para o plano de cuidados estruturado para C.

Nestas reuniões tive oportunidade de acompanhar uma enfermeira EESM, pelo que foi evidente o papel do enfermeiro no cuidado ao cliente com AN, evidenciando-se a importância do juízo clínico do EESM.

No cuidado a C foi interessante a exploração e desenvolvimento de conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos cuidados do EESM. Isto porque segundo Byrne (2001) o objetivo do tratamento na AN vai mais além da mudança de padrões alimentares, mas também na ajuda a encontrar formas eficientes de lidar com os problemas, problemas que habitualmente são tratados de maneira ineficiente, pouco saudável e imatura. De um modo global o cuidado empreendido pela equipa e no qual tive oportunidade de participar foi mais além do incentivo à alimentação, ao repouso e a hábitos de vida saudáveis, mas também e sobretudo, pela procura de um modo eficiente de gerir as adversidade do quotidiano e as vivenciadas no passado. À luz da psicologia do desenvolvimento, a AN “representa uma adaptação às necessidades do período de transição. estes representam considerável instabilidade e, por isso, são períodos de grande potencial evolutiva, mas também de grande risco” (Bouça, 2000, p.144).

Concretamente no percurso de cuidado com C mobilizei o processo de enfermagem de modo a operacionalizar cuidados de enfermagem congruentes com as necessidades identificadas com C. O processo de enfermagem segundo Taylor (1992) consiste numa adaptação da técnica de solução de problemas e que inclui as fases de avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final. Townsend (2012) considera-o como um processo contínuo, dinâmico e não estático, aceite como uma metodologia científica de enfermagem, orientada para a finalidade de prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

Neste contexto de cuidados de saúde mental o maior enfoque é dado às respostas emocionais e interpessoais do cliente aos problemas reais ou potenciais, e é na fase de avaliação que se recolhe a informação sobre tais respostas e se definem intervenções (Taylor,1992). Numa primeira fase dirigi a minha intervenção para a avaliação/apreciação de C que deu contributos para o objetivo 1 (capítulo 3).

Foi realizada uma primeira entrevista formal, que teve o intuito de me apresentar, apresentar os meus objetivos e proceder à recolha de informação acerca da cliente. A recolha de informação foi pautada pelo que a cliente quisesse apresentar e se sentisse confortável para tal. Atendendo que a

continuidade de cuidados permitia a exploração de mais informação. Considero que uma entrevista inicial, “é sobretudo uma tomada de contacto entre dois seres humanos que, colocados um perante o outro, devem tomar conhecimento, aceitar-se e respeitar-se a fim de puderem criar entre eles uma conveniência terapêutica” (Phaneuf, 2005, p. 250).

Esta entrevista teve na sua base um guião de entrevista inicial, que posteriormente foi aprimorado com vista a orientar para a recolha de informações necessárias ao cuidado de enfermagem centrado na promoção do BEP no adulto jovem em processo de transição (Apêndice IV).

A minha avaliação e intervenção, tal como planeado em projeto teve como base teórica a Teoria da Transições de Afaf Meleis e o Modelo de Bem-estar Psicológico (BEP) de Carol Ryff. A minha intervenção foi guiada à luz de ambos, com o sentido que a enfermagem toma como foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou processos de vida (Chick & Meleis, 1986).

No caso apresentado identifiquei que C se encontrava a vivenciar de modo simultâneo e interativo uma transição de saúde/doença e do seu desenvolvimento. Como área de intervenção de enfermagem as transição são atendidas, quando interferem com a saúde ou quando as respostas às transições são manifestadas por comportamentos relacionados à saúde (Chick & Meleis, 1986).

O Modelo de BEP neste contexto inseriu-se como organizador da avaliação e intervenção, dando contributos na identificação de áreas de atuação que poderiam beneficiar os processos de transição.

A primeira entrevista com C deu seguimento a outros contactos que permitiram dar continuidade a este processo de avaliação, sendo realizada uma avaliação global com ênfase na história de saúde mental da cliente e dos aspetos relevantes da sua vida e relações. Foi também mobilizado o processo clínico da utente de modo a completar e orientar a colheita de informação realizada. Em estudo de caso é apresentado o registo gráfico das relações familiares, sociais e ambientais da cliente (Apêndice III).

Enquadrando-se na avaliação global de C foi realizada uma avaliação quantitativa do BEP. Para esta avaliação foi aplicada a escala de autoavaliação

do BEP de 84 itens de avaliação, apresentada no capítulo 3. Esta apresentou-se como a escala que melhor se oferecia, tanto para a obtenção de um resultado global de BEP, como possibilitando resultados específicos por dimensão/constructo do BEP.

No caso de C a aplicação da escala teve a duração de cerca de 20 minutos parecendo não ter existido dúvidas quanto ao seu preenchimento. Os resultados quantitativos apontavam: autoaceitação (40); autonomia (46); domínio do meio (48); objetivos de vida (57); relações positivas (60); crescimento pessoal (68).

Já com contributos da avaliação quantitativa e qualitativa do BEP de C foi dado início ao plano de cuidados de enfermagem. Na etapa de planeamento de cuidados o intuito é de se delinearem intervenções que visem resolver ou diminuir o desequilíbrio do cliente, selecionando as intervenções que têm maior probabilidade de o restabelecer, tendo em consideração as expectativas passíveis de serem atingidas (Amaral,2010).

O plano de cuidados foi realizado utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), taxonomia padronizada, que é reconhecida como uma terminologia para o domínio da enfermagem e a documentação dos cuidados de saúde reconhecidas a nível mundial (*International Council of Nursing, 2011*).

De modo a contribuir para uma avaliação mais abrangente de C, objetivo que tinha o intuito de desenvolver neste estágio (avaliação do BEP e estado mental), foi desenvolvida uma intervenção que além dos contributos para a relação, teve o intuito de realizar uma exploração do autoconceito da cliente, o seu posicionamento na relação consigo própria, na relação interpessoal e nas relações com o meio. Esta abordagem teve o intenção de cooperar na avaliação de C, mobilizando uma intervenção que pressupunha otimizar a avaliação de C, considerando de forma qualitativa o seu posicionamento no aqui e agora, face aos seis constructos do BEP.

Concretamente a intervenção contribuiu para a compreensão e conhecimento da cliente, numa perspetiva de autoapresentação do seu retrato, considerando que ao apresentar as suas características / interesses / capacidades, C estava a dar informações que a retratam e contribuindo para

diminuir a dificuldade de autoanálise (Manes, 2014). Após este momento de aquecimento, seguiu-se a exploração do seu “eu” face aos seis constructos do BEP, contribuindo para a tomada de consciência de si e a identificar áreas com necessidade de intervenção. Tudo isto, tendo na base que o estabelecimento de um plano de intervenção é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação de dados e teoria, negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de classificação internacional (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho, p. 17035). O plano da sessão encontra-se em Apêndice III. Para a avaliação da intervenção utilizou-se as orientações para a formulação de indicadores, subordinados aos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional da OE (2004).

Corroborando a informação obtida qualitativamente e quantitativamente, o objetivo foi estruturar diagnósticos de enfermagem e áreas de intervenção. Nesta etapa concretizaram-se seis diagnósticos de enfermagem (Bem-estar psicológico comprometido; Baixa autoestima; Imagem corporal perturbada; Autonomia comprometida; Ingestão de Alimentos deficitária; Baixo peso). Foi levantado como risco potencial a ingestão alimentar deficiente. De um modo global a intervenção corroborou os resultados quantitativos, apontando para a autoaceitação e autonomia, como áreas com menos pontuação e como prioritárias de intervenção.

Os indicadores de resultado selecionados para a intervenção, segundo CIPE (2011) foram disponibilidade para o conhecimento, consciencialização facilitadora e disponibilidade para comunicação efetiva. Considero que estiveram presentes pelo envolvimento da cliente durante a intervenção e consecução da mesma.

Pouco tempo após a realização da intervenção C teve alta médica. Teria sido pertinente o cuidado centrado sobretudo nos constructos do BEP que identificou com necessidade de intervenção. De um modo global após a aplicação do processo de enfermagem posso considerar que no decorrer do acompanhamento que realizei a C, foi para mim perceptível que C tem dificuldade em expressar os seus pensamentos, opiniões e emoções e que no seio da família existem lacunas de comunicação entre os vários elementos, no que toca às expectativas de cada um nas relações e na gestão de conflitos.

Pareceu-me também que C está num conflito de desenvolvimento da sua identidade, isto reportando à relação de proximidade/dependência com a mãe e de necessidade de aprovação/reconhecimento por parte do pai. Emerge também um conflito entre as expectativas que os pais têm acerca do cuidado da C em relação ao seu irmão, e o que a própria cliente pretende assumir. C referiu concretamente que a sua autoaceitação é um problema que a influencia grandemente na consecução da sua vida, apesar de ter e demonstrar uma elevada disponibilidade para o seu crescimento pessoal. A autonomia validado através de dados quantitativos da escala de BEP é um dos constructos com necessidade de ser trabalhado, apesar de a cliente não o apontar como tal e não ter sido possível a sua exploração, face à sua alta clínica.

Neste contexto de estágio dados os objetivos propostos foi-me também possível prestar cuidados ao cliente I. I é um jovem de 28 anos, com 12º ano de escolaridade, tendo formação profissional em multimédia. Adotado aos 3 anos de idade, com razoável relação com família adotiva. Iniciou consumo de substância ilícitas aos 15 anos, tendo aos 18 anos o primeiro surto psicótico, após rutura afetiva. À data foi realizado diagnóstico médico de esquizofrenia.

Trabalhou até há 2 anos como técnico de som, tendo ido para uma comunidade terapêutica até ao momento do internamento. Sem consumos desde há 2 anos. Entra na UICA com alterações do pensamento e perceção, após história de abandono de terapêutica.

No cuidado a I. foi mobilizado o processo de enfermagem e investido na entrevista com intuito de recolher informação global e história de saúde mental pertinente para a prestação de cuidados. Assim como a identificação dos processos transacionais vivenciados e avaliação qualitativa do BEP.

Os sintomas que o levaram ao internamento à data estavam em fase remissão, perceptível através avaliação do estado mental do cliente. Foi mobilizada a escala de BEP. Após a avaliação de I. foram devolvidos os resultados e perspectivado com o cliente áreas que poderiam ser trabalhadas (plano de cuidados), com o sentido de otimizar o seu potencial de desenvolvimento pessoal, gestão da sua situação de saúde-doença e reintegração na sociedade. Foi assim incentivado o seu autoconhecimento

dirigido para a gestão da sua situação de saúde-doença e promovida a reflexão e definição de objetivos.

Apesar do estágio na UICA estar focado nos objetivos 1,2 e 3 (capítulo 3) e ter centrado o desenvolvimento dos objetivos sobretudo nos contributos no cuidado a C. Tive também oportunidade de estar com outros adultos com alterações de saúde mental, que não tendo as idades estipuladas em projeto ou os restantes critérios definidos, me permitiram ter ganhos no desenvolvimento da relação terapêutica, concretamente no desenvolvimento da capacidade de avaliação e desenvolvimento da técnica de entrevista.

Foi-me possível assistir a vários momentos de formação que ocorriam no hospital em articulação com a faculdade de medicina, a reuniões de equipa alargada, com contributos para a entrevista em saúde mental, a comunicação interpessoal em psiquiatria e o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar.

Foi interessante perceber a realidade de uma unidade de casos agudos psiquiátricos, localizada num hospital central, perceber o circuito que muitos clientes realizam pelos serviços de saúde. Percurso que para mim foi curioso porque se trata do que muitos, dos meus clientes de cuidado realizam.

Apoiada pela OE (2001) julgo que os cuidados de enfermagem devem integrar um quadro de referência próprio e uma prática baseada na evidência e teoria de enfermagem, objetivando a excelência do cuidado e inserindo-se num contexto multiprofissional.

4.2. Estágio em contexto comunitário

O segundo estágio foi desenvolvido numa equipa comunitária de saúde mental (ECSM). Equipa que está integrada num hospital geral, que dá resposta a cerca de 350 mil habitantes.

A ECSM com sede na comunidade é constituída por uma equipa multidisciplinar, que inclui psiquiatras, enfermeiros, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e uma técnica de psicomotricidade.

A equipa assume ter como objetivos de atuação: intervenções de acordo com as necessidades específicas de cada cliente; a acessibilidade e contacto

próximo com clientes com patologias graves do foro psiquiátrico; intervenções precoces, pedagógicas ou reabilitativas; a inserção social dos doentes, trabalhando com as famílias e com estruturas comunitárias; a articulação com os Cuidados de Saúde Primários e cooperação com estruturas comunitárias. Objetivos estes que têm em vista dar resposta ao esperado para as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, definido em Decreto- Lei Nº8/2010 de 28 Janeiro.

Parece-me que a forte ligação entre as estruturas comunitárias e o hospital central de referência, permite um cuidado centrado nas necessidades da pessoa, atendendo às várias etapas de vida dos clientes e suas situações de doença. O hospital central referido foi o primeiro serviço em Portugal a desenvolver um modelo integrado de cuidados de saúde mental na comunidade, orientado para as necessidades da população e apoiado em equipas multidisciplinares (Mendes, Morais, Melo, Bandeira, Gaião, Parente, Pinto, Maia & Cardoso, 2012)

Como configurado no Plano Nacional de Saúde Mental de 2007-2016 (Ministério da Saúde, 2008) os cuidados a pessoas com perturbações mentais devem ser prestados no meio menos restritivo possível, pelo que a decisão de internamento só deve ser tomada quando esgotadas todas as alternativas de tratamento na comunidade. Os serviços de saúde mental devem criar condições que favoreçam a autodeterminação e a procura de um caminho pessoal das pessoas com problemas de saúde mental, pelo que a abordagem deve dar cada vez maior ênfase à manutenção dos clientes na respetiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas (Ministério da Saúde, 2008). Assim o local de estágio consolida-se como opção para a implementação do projeto, pelos objetivos que se propõe, que parecem beneficiar com uma intervenção direcionada para o BEP.

A título profissional é uma área de intervenção da saúde mental, que para mim era desconhecida, mas que se inclui numa filosofia de cuidados que no meu parecer reporta à saúde mental positiva. Em termos positivos, entende-se a saúde mental como um estado de funcionamento ótimo do ser humano, no qual se contempla a promoção das qualidades da pessoa para otimizar o seu

potencial (Lluch-Canut, 2002, 2003, citada por Sequeira, Carvalho, Sampaio, Sá, Lluch-Canut, Roldán & Merino, 2014). Sabe-se que nos últimos anos, os conceitos da Saúde Mental Positiva têm tido uma valorização crescente na investigação em saúde (Sequeira *et al*, 2014).

Para este estágio estipulei o desenvolvimento dos nove objetivos que se apresentam no terceiro capítulo, que concorrem sobretudo para o desenvolvimento de competências de EESM e para o estudo do fenómeno de promoção do BEP.

Dando continuidade ao desenvolvimento da minha autoconsciência e conhecimento na relação terapêutica (objetivo 1- capítulo 3), realizei um portfólio reflexivo (Apêndice V), que teve o objetivo de retratar de uma forma resumida vários temas que foram levados a reflexão. A sua construção teve na base o reconhecimento da importância da prática reflexiva na reelaboração de saberes e considerando, que já não é apenas suficiente “o desenvolvimento das estruturas e competências intelectuais, nomeadamente das que são importantes para conhecer a realidade, mas também das que são indispensáveis para construir o significado pessoal e para elaborar e implementar projetos de ação transformadora da mesma” (Campos,1991, p.10).

Neste estágio dei enfoque ao desenvolvimento da entrevista de relação de ajuda. Relação que me pareceu determinante desenvolver face aos cuidados que tinha o intuito de prestar, a promoção do BEP. A relação de ajuda pode ser considerada como instrumento nos cuidados de enfermagem, pelo que se acredita que os cuidados de enfermagem prestados no seio deste tipo de relação contribuem certamente para a qualidade e eficácia dos cuidados (Mendes, 2006).

Segundo Chalifour (2008) a relação de ajuda deve ser estruturada em três momentos, a primeira fase a de orientação da relação, em que o objetivo é clarificar o pedido de ajuda, é recolhida a informação fornecida pelo cliente e o seu modo de compreender a dificuldade que vivencia. Num segundo momento, a fase de trabalho ou emergência de identidades, o interveniente define estratégias e aplica-as para fazer face à necessidade do cliente e por fim a fase

de conclusão, em que se analisa a concretização dos objetivos propostos, e o profissional deve assegurar a transição do cliente para a situação futura (Chalifour, 2008). Foi para mim importante ter refletido sobre este tipo de relação e como me situava na mesma. A monitorização dos meus pensamentos e sentimentos, como determinam a minha ação, e o impacto que tem no cliente, estiveram no centro da minha aprendizagem, pelo reconhecimento da sua influência nas interações e relações estabelecidas. O que contribuiu para a capacidade de identificar “no aqui-e-agora emoções, sentimentos valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica” (OE, 2010a, p.4).

Foi-me possível ter consciência do meu modo de comunicação na relação, tanto ao nível da captação de informação como na sua transmissão, o que foi importante visto que Phaneuf (2005) considera que a comunicação se situa num plano cognitivo e afetivo. A tomada de consciência dos sentidos que valorizo quando estou em relação e da minha comunicação não-verbal, contribuiu para a identificação dos fatores pessoais que podem interferir na relação terapêutica, assim como a mobilização do meu eu de forma integrativa para potenciar a relação (OE, 2010a). Até à data ainda não me tinha questionado e pensado de forma estruturada das implicações deste modo de comunicação, como exemplo o toque. Chalifour (2008) defende que o profissional em relação de ajuda deve ter uma elevada consciência da sua vivência e do cliente quando existe o toque, sendo que deve ser o mais claro possível para o profissional, se o toque corresponde a uma necessidade sua ou do cliente, da intencionalidade do toque e que informação veicula. Foi neste patamar que se situou também a minha reflexão, a autoconsciência do toque e da proximidade que estabeleço com os clientes, com contributos para o pensar acerca dos contextos e “limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico” (OE, 2010a, p. 4). Como referido por Chalifour (2008) o toque é o modo de contacto mais direto que pode existir, mas que também pode ser considerado uma ameaça para o cliente.

No seio da relação parece-me que a avaliação do cliente passa também por compreender o seu não-verbal, o que se constituiu como desafio para mim neste estágio e que contribui para o desenvolvimento do meu juízo clínico.

Juízo clínico que é desenvolvido tendo por base competências de âmbito psicoterapêutico, mas que também me parece estar relacionado com o autoconhecimento do profissional, da sua autoconsciência no aqui e agora, culminando com o uso de si como instrumento terapêutico (OE, 2010a).

No que concerne à comunicação não-verbal, esta diz respeito a um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as trocas verbais e que contribuem até para o seu significado (Phaneuf, 2005). No âmbito da saúde este nível de comunicação é muito importante porque revela e contribui para a expressão do cliente do que está a vivenciar de tal modo, que pode transmitir informações que a própria linguagem não consegue traduzir (Phaneuf, 2005). Autores defendem inclusive que em caso de conflito entre o verbal e não-verbal a mensagem não-verbal prevalece (Ramos & Bortagarai, 2012, citando Schelles, 2008). A comunicação não-verbal pode ser expressa de diferentes formas, seja ela cinésica ou linguagem do corpo, a proxémia, a paralinguagem e a tectésica ou o toque (Santos & Shiratori, 2005).

Hoje considero que a minha abordagem vai mais além do que me é comunicado verbalmente, o que contribui grandemente para a minha intervenção como futura enfermeira especialista.

No seio da relação de ajuda foram desenvolvidas e mobilizadas atitudes consideradas por Rogers (1983), como facilitadoras na relação, isto é, a congruência, aceitação positiva incondicional e empatia. Atitudes que acredito que contribuíram para o desenvolvimento de um laço positivo com os clientes e possibilitou oferecer cuidados de enfermagem individualizados. Foi determinante o contributo da Sra. Enf. Orientadora no desenvolvimento destas atitudes, elevando-me a outros níveis de reflexão e de autoconsciência e conhecimento. Sabe-se que “a autoconsciencilização difere do autoconhecimento no sentido em que a primeira não exige um conhecimento das razões pelas quais cremos ou sentimos determinada maneira” (Taylor, 1992, p.39).

Chalifour (2008) refere que o profissional na sua intervenção deve ter uma atitude empática relativamente ao cliente, esforçando-se por mergulhar com o cliente no seu mundo subjetivo. Foi sob esta perspetiva que centrei o meu

cuidado, pois considero importante valorizar o que é dominante no outro quando estou a intervir, porque é baseado na sua perceção do mundo, como encara o que o rodeia e como considera intervir, que deve ser alicerçada a abordagem do profissional. Foi um trabalho que me pareceu importante, no sentido de trabalhar a minha capacidade de captar com precisão os sentimentos e significados que o cliente está a viver e comunica (Rogers, 1983). Para isso uma atitude de compreensão empática pareceu-me determinante numa abordagem centrada no cliente e promoção do BEP.

A atitude que para mim foi mais claro trabalhar e que foi dominante desde as primeiras entrevistas, foi um sentimento de consideração positiva pelos clientes. Relaciona-se com o “respeito e confiança que a pessoa que ajuda manifesta à pessoa ajudada a fim de a levar a aperceber-se de todo o seu valor e dignidade” (Phaneuf, 2005, p.334). É um profundo respeito, aceitação e atitude positiva de aceitação do que a pessoa é no momento, dando abertura à partilha e à expressão de sentimentos dominantes (Rogers, 1983). Considero que o que me motiva e conduz à prática de enfermagem no campo da saúde mental e psiquiátrica e inclusivamente á realização da especialização é acreditar que o ser humano tem qualidades e um potencial para o crescimento, cujo principio de ação é o enfoque nas e qualidades e recursos do ser humano e não nas suas fraquezas ou deficiências (Taylor, 1992).

A congruência ou autenticidade foi uma atitude igualmente trabalhada, tanto pela consciência do meu “eu” nas relações terapêuticas estabelecidas a nível profissional, como através da consciência do meu “eu” a nível pessoal. Tudo isto, com vista a estar em relação com o mínimo de barreiras pessoais ou profissionais (Rogers, 1983).

Foi também trabalhada a presença, como um valor subjacente à relação terapêutica, isto é, uma atitude de alerta, de interesse, de estar com o outro perante as suas adversidades (Phaneuf, 2005). Tendo em consideração que o EESM avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de *stress*, de crises situacionais e avalia o impacto que o problema de saúde mental tem no bem-estar do cliente (OE, 2010a). A minha intervenção foi dirigida revelando disponibilidade e constituindo-me como um recurso, numa lógica de

antecipação do que poderia ocorrer aos clientes que selecionei para cuidar, tendo em conta as suas histórias e diagnósticos de enfermagem delimitados.

Face ao meu percurso pessoal e profissional de um modo global considero que a consciência dos meus fatores pessoais, como influenciam a relação e a minha ação, é sem dúvida importante para o desenvolvimento do meu autoconhecimento, que implica segundo Taylor (1992) um conhecimento sobre o porquê sobre determinadas crenças e sentimentos. Foi a continuidade de um trabalho, que se perspetiva em desenvolvimento constante, que através da supervisão clínica dos orientadores em estágio, da discussão e consequente introspeção me ajudou neste processo de maior consciência de mim- no aqui e agora- e com isso de maior autenticidade na relação.

Neste segundo estágio após integração no serviço e equipa, procedi à seleção dos clientes de cuidado dos quais iria desenvolver estudo de caso. Para tal guiei-me pelos critérios definidos em projeto, assim foram selecionados os clientes que tinham idades entre os 18-30 anos, obtendo uma amostra de 9 clientes. Destes 9 clientes foram selecionados os que na atualidade estavam a ser acompanhados em consulta de enfermagem (5 clientes).

A estes 5 clientes (C1, C2, C3, C4, C5), realizei uma entrevista inicial (guião de entrevista inicial- Apêndice IV) e foi aplicada a escala de BEP. A partir desta primeira entrevista selecionei dois adultos jovens (C1,C2) em processo de transição, que preenchiam os critérios de inclusão definidos anteriormente. Dos restantes três clientes (C3, C4, C5) exclui logo à partida C3, dado que o seu projeto terapêutico as consultas de enfermagem estavam a ser esporádicas, pela melhoria clínica do cliente e carências económicas limitadoras da deslocação à unidade. Do contacto com C3 destaco como oportunidade de aprendizagem, a realização de uma visita domiciliária com a Sra. Enf.^a Orientadora. Os restantes clientes (C4 e C5) não apresentaram os critérios definidos, nomeadamente baixo nível de escolaridade, com dificuldades marcadas de interpretação e expressão verbal. No entanto, assumi os seus cuidados de enfermagem sob supervisão da Sra. Enf.^a Orientadora, com o intuito dar contributos para o meu leque de experiências em estágio.

Após seleção dos clientes e focando-me nos clientes C1 e C2, dos quais realizei estudo de caso (Apêndice V e VII), desenvolvi um processo de cuidados de enfermagem, com o intuito de aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos cuidados do EESM ao adulto-jovem com alterações da saúde mental em fase de transição.

Sucintamente, a cliente D. (C1) é do género feminino, negra, com 28 anos de idade. Nacionalidade Cabo-Verdiana. Tem o 12º ano de escolaridade, frequentou curso profissional na área da hotelaria. C1 tem como diagnóstico médico uma Perturbação Bipolar II, realizado em 2007. Seguida pela ECSM desde 2008 com registo de uma fraca adesão ao tratamento e ao regime medicamentoso. Em diferentes momentos de agudização da sua situação de doença a equipa foi um recurso mobilizado.

A situação atual de doença teve como principal fator precipitante uma reestruturação no meio laboral, com consequentes conflitos laborais. Em Outubro de 2015 recorre a consulta médica apresentando-se com um quadro de humor depressivo, pelo que foi encaminhada para consulta de enfermagem.

O estudo de caso teve início a 26 Novembro de 2015, foi desde logo perceptível que C1 se encontrava com alterações ao nível do seu BEP e que se encontrava em dois processos de transição simultâneos, saúde-doença e organizacional. Após avaliação do BEP destacando-se três constructos com menos pontuação- domínio do meio, objetivos de vida e a aceitação de si.

M. (C2) é do género masculino, caucasiano, com 26 anos de idade e de nacionalidade Portuguesa. Tem o 12º ano de escolaridade, tendo frequentado o primeiro ano do ensino superior. Sem vida profissional ativa. Com um diagnóstico médico de Transtorno Esquizoafetivo, desde a infância que é seguido em pedopsiquiatria por suposta Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Aos 18 anos (2007) teve a primeira consulta na ECSM e foi traçado um diagnóstico provisório de Perturbação Bipolar I, concluindo-se mais tarde ser um Transtorno Esquizoafetivo. Entre os anos de 2007 e 2014, C2 manteve um seguimento regular na equipa para controlo de sintomatologia da doença e promover um desenvolvimento adequado face às expectativas de C2 e exigências do quotidiano. Apenas aos 26 anos (2015) existiu uma

compensação da sua situação de saúde, no entanto oscilações de humor e afetividade, parecem condicionar a sua relação com o “eu” e o mundo.

Dando continuidade ao projeto terapêutico de C2, o estudo de caso teve início a 30 Novembro de 2015 e foi desde logo perceptível que C2 se encontrava a vivenciar dois processos de transição simultâneos, o de saúde-doença e do desenvolvimento. A avaliação do BEP revelou que os constructos com menor pontuação são a aceitação de si, autonomia e domínio do Meio.

Para a consecução dos cuidados foram realizadas entrevistas, a C1 oito entrevistas e a C2 cinco entrevistas no total. A regularidade das mesmas foi acordada com os clientes consoante o seu projeto terapêutico e avaliação contínua da necessidade de intervenção. Considero que ao cliente não lhe deve ser privada a expressão dos seus pontos de vista e preocupações, ou a possibilidade de ponderar o seu plano de tratamento, porque “o seu ponto de vista pode ser descartado como parte da doença” (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2006, p.6). Isto para salientar que considero fundamental e alicerço a minha prática na promoção de direitos, como a não discriminação, autonomia individual, o direito à informação e participação (OE, 2005).

Retratando o percurso desenvolvido, atento que a primeira entrevista deu logo início à avaliação contínua dos clientes C1 e C2, que considero que contribuiu para o objetivo (objetivo 3- capítulo 3). Na avaliação inicial foram objetivados os processos transacionais que C1 e C2 estivessem a vivenciar. Processos transacionais que foram analisadas à luz da teoria das transições, atendendo a três conceitos centrais da teoria: a natureza, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta às transições (Meleis, 2010).

Foi realizada uma avaliação qualitativa do BEP inicial e final, o que permitiu aceder pelo relato do cliente ao seu posicionamento ao nível dos constructos do BEP e uma avaliação quantitativa do BEP inicial, mobilizando a escala de 84 itens de avaliação. A avaliação do BEP inicial permitiu identificar constructos do BEP que beneficiavam de intervenção, dando um grande contributo para a elaboração de diagnósticos de enfermagem.

Foi também importante fazer uma colheita de dados junto do processo clínico e do cliente, de modo a aceder a informação relevante para a prestação

de cuidados de enfermagem e a uma avaliação global, que retratou a história de saúde do cliente, com ênfase na história de saúde mental (OE, 2010a).

Foi realizado um registo gráfico da composição da família-genograma, de cada cliente e um mapa das relações dos clientes com o contexto ambiental, com o objetivo de permitir uma observação rápida dos elementos constituintes, suas interações e relações (Caeiro, 1991).

A avaliação do estado mental foi realizada e registada em todas as entrevistas desenvolvidas, o que promoveu o desenvolvimento de uma maior destreza de avaliação, com contributos significativos para o cuidado de enfermagem. Numa primeira instância para a seleção dos clientes para realização do estudo de caso e uma ferramenta útil de agulhagem às intervenções de enfermagem desenvolvidas.

Teoricamente segundo Kaplan, Sadock & Grebb (1999) a avaliação do estado mental é entendida como a avaliação que descreve as observações do profissional e as suas impressões sobre o cliente no momento da entrevista, o que engloba em termos gerais a avaliação da sua aparência, fala, ações e pensamentos. Considera-se que é uma avaliação objetiva e sem juízos de valor da observação do comportamento do cliente (Trzepacz, 2001).

Trzepacz (2001) acrescenta que uma correta avaliação e intervenção em saúde mental, tem por base uma avaliação meticulosa do cliente, que atende a uma avaliação subjetiva baseada na experiência do cliente, sua memória dessa experiência e uma componente objetiva (avaliação do estado mental).

Concretamente C2 desafiou-me nesta avaliação visto nos diferentes contactos apresentar oscilações do seu estado de humor, que influenciavam o seu modo de contacto, expressão da afetividade, pensamento e discurso.

De um modo global a avaliação realizada aos clientes concorreu para o desenvolvimento de EESM, concretamente na execução de uma avaliação global do cliente, dando ênfase à recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental e história de saúde (OE, 2010a).

Prosseguindo o processo de enfermagem, foram identificados focos de intervenção, levantados diagnósticos de enfermagem e planeadas intervenções, atendendo a resultados esperados. Elaborei planos de cuidados

de enfermagem individualizados (Apêndice VI; VII), que concorreram para o desenvolvimento da competência “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, (...), a recuperar a saúde mental, mobilizando dinâmicas próprias de cada contexto” (OE, 2010a).

À semelhança do primeiro contexto de estágio foi utilizada a CIPE. No processo de diagnóstico foi realizada uma integração das diferentes informações, bem como a utilização de um pensamento crítico, centrando atenção às respostas dos clientes aos diagnósticos traçados (OE, 2010a). O plano de cuidados foi atualizado ao longo do processo de cuidados, no que concerne às intervenções de enfermagem que se identificaram como pertinentes e benéficas face às necessidades apresentadas pelos clientes.

Foram desenvolvidas intervenções identificadas em plano de cuidados, que tiveram o intuito tanto de ajudar os clientes a alcançar um novo estado de saúde mental, como de promover a adaptação e integração da situação de saúde/doença vivida (OE, 2010a) e acessem a novos níveis de BEP. O que concorreu para a concretização do objetivo 4 (capítulo 3).

Foram realizadas entrevistas, a cada entrevista eram definidos objetivos específicos para a mesma, atendendo ao plano de cuidados elaborado e à análise da última entrevista realizada. A valorização da última entrevista do cliente teve o intuito de dar continuidade aos cuidados. Penso que esta continuidade é importante, porque revela ao cliente que é reconhecido na sua individualidade, evidenciando o modo de contacto do profissional. Chalifour (2008) valoriza os modos de contacto na relação de ajuda, porque defende que é sobre este que se fundam todas as intervenções de carácter psicoterapêutico e que inclusivamente se este não for satisfatório, as intervenções correm o risco de não ter qualquer efeito. À luz do mesmo autor o modo de contacto pode ser uma forma de manifestar o interesse pelo cliente (Chalifour,2008).

A minha abordagem nas entrevistas de um modo transversal foi estruturada em cinco momentos, o que foi baseado em Chalifour (2009): antes da entrevista (definição de objetivos, recolha de informação necessária, instrumentos a mobilizar); início da entrevista (fase introdutória, de aquecimento); corpo da entrevista ou fase de trabalho (concretização dos

objetivos delineados); final da entrevista (avaliação/síntese da entrevista, agendamento da próxima entrevista) e após a entrevista (retorno aos aspetos chave da entrevista, registo da mesma e atualização do plano de intervenção).

Concretamente, na fase inicial da entrevista era questionado a C1 e C2 por novidades que quisessem apresentar, que dissessem respeito aos seus últimos dias. Perante este relato era-me facilitada a avaliação do estado mental e a atender a uma avaliação subjetiva do cliente, isto é, ao relato das suas vivências considerando que estas são influenciadas pelas experiências e interpretação das mesmas, pelo seu intelecto e personalidade (Trzepacz, 2001). Com este tipo de aquecimento tive o intuito de permitir a abertura à expressão do outro, percebendo o que valoriza e o que o preocupa, o que na sua realidade se coloca como desafio e como o resolve, contribuindo para um espaço de partilha livre, que permite como referido por Chalifour (2009), fazer emergir o que se figura no cliente, sendo que o profissional deve prestar atenção, de forma simultânea ao que o cliente diz, o modo como diz, á dinâmica entre o cliente e profissional e ao que se passa em si mesmo.

O corpo da entrevista era dirigido para a realização de intervenções de enfermagem, concretamente direcionadas aos diagnósticos levantados. As intervenções realizadas foram mobilizadas no seio de entrevistas de ajuda.

Entende-se que a entrevista em contexto de cuidados, diz respeito a um encontro geralmente previsto e planificado, em que existe a tomada de contacto entre os intervenientes, que devem aceitar-se e respeitar-se a fim de poderem criar entre eles uma conveniência terapêutica (Phaneuf, 2005).

Verificou-se determinante o desenvolvimento de uma relação, uma relação de ajuda, que foi pautada por influências de uma filosofia humanista, cuja origem se deve a Carl Rogers. O denominador da relação foi a centração na pessoa, esta focagem no cliente é uma condição preliminar essencial á relação de ajuda, cujos sentimentos e emoções do cliente, as suas reações, necessidades e desejos são a prioridade (Phaneuf, 2005).

Relativamente a C1 foi mobilizada a entrevista de ajuda em situação de crise, que se trata de uma estratégia de comunicação profissional realizada pela enfermeira a respeito de um acontecimento ou vivência traumática que ultrapassa as capacidades de adaptação da pessoa e gera um *stress* intenso

(Phaneuf, 2005). Perante o momento de crise que C1 vivenciou, em que dificuldades adaptativas ao meio laboral condicionaram a alterações na saúde mental da cliente e do seu BEP, tornou-se importante intervir.

Segundo Chalifour (2009), que cita Aguilera (1995), Rapoport (1975), Roberts (1990), existem um conjunto de atividades a assumir numa intervenção em situação de crise que passam por: estabelecer e manter um laço positivo com o cliente; avaliar o funcionamento geral do cliente, procurar os acontecimentos significativos que contribuíram para a crise; ajudar o cliente a tomar consciência do significado deste acontecimento; corrigir se necessário as distorções cognitivas que atribui ao acontecimento e aos efeitos na sua vida; incitar à expressão de emoções; explorar capacidades de controlo do cliente e a sua rede de apoio; oferecer o apoio/suporte de que o cliente necessita de maneira intensiva e por fim avaliar os resultados das intervenções efetuadas. Foi nesta linha de intervenções que foram direcionados os cuidados de enfermagem. A relação de ajuda foi mobilizada não só com o objetivo de ajudar a cliente na sua recuperação, mas também uma ajuda para a sua autorrealização e crescimento (Phaneuf, 2005).

No cuidado a C2 a relação estabelecida teve na base que os objetivos da relação de ajuda desenvolvem-se em torno de ajudar o cliente a ultrapassar uma provação, a resolver uma situação atual ou potencialmente problemática, a encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório e a detetar o sentido da sua existência (Lazure, 1994). No caso apresentado o objetivo foi com C2 procurar o desenvolvimento de um funcionamento pessoal mais satisfatório, concretamente níveis mais elevados de BEP.

No caso de C2 considero que foi importante promover uma ligação baseada no respeito, aceitação e compreensão, não centrada em objetivos académicos, ou na procura de intensiva de problemas. O objetivo foi centrar-me em C2, nas suas emoções e inquietações (Phaneuf, 2005). Tive o intuito de criar mediante a disponibilidade de C2, um ambiente que favorecesse a evolução, mas sobretudo a consciência de certas dificuldades, algumas visíveis ao nível do seu comportamento (Phaneuf, 2005). Foi um trabalho sobretudo direcionado para a autoconsciência de C2 como ponto de partida para a transformação, para a modificação. Foi ajudar C2 a tomar consciência dos comportamentos,

hábitos e emoções que prejudicam a sua adaptação, a sua gestão da situação de saúde doença e o seu desenvolvimento.

A comunicação foi uma das principais ferramentas terapêuticas, que permitiu conhecer C1 e C2, os seus ambientes, as suas conceções do que os rodeia e também constituir-se como um modo de intervenção (Phaneuf, 2005).

Na fase final da entrevista era realizada uma síntese dos aspetos abordados e em algumas vezes foi sugerido aos clientes que até à entrevista seguinte, pensassem num determinado assunto, ou que procurasse explorar determinadas vivências e coloca-las em prática. Esta estratégia tipo trabalho de casa teve o fundamento de incitar em C1 e C2 à introspeção de si e mobilizando os contributos do modelo cognitivo-comportamental, que tem como pressuposto que grande parte dos problemas são aprendidos e podem ser modificados através de nova aprendizagem, implicando prática para atingir o objetivo (Guerra *et al*, 2014).

Otimizando a experiência do primeiro contexto de estágio, dei enfoque a uma avaliação continua e registo dos resultados em cada entrevista, atendendo aos planos de cuidados elaborados (Apêndice VI; VII). Após a redação do resumo da entrevista era realizada uma avaliação da mesma face aos objetivos propostos. Nesta avaliação foi também atendido em cada entrevista aos indicadores considerados por Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000), como as respostas dos clientes ao longo da transição, podendo estes ser indicadores de processo ou de resultado. Os indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping*) permitiram caracterizar as respostas às transições e o modo como estas se estavam a proceder (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Nas últimas entrevistas foram também tidos em consideração indicadores de resultado (maestria de novas competências, reformulação da identidade), que permitiram avaliar os resultados da transição face ao esperado e a uma avaliação da evolução do desenvolvimento de competências (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Esta avaliação contribui para o desenvolvimento do objetivo 5 (capítulo 3). O que contribuiu para o desenvolvimento de competências de EESM, no que concerne à identificação dos resultados esperados com a implementação de projetos de saúde, na sequência da realização e implementação de planos de cuidados individualizados (OE,2010a).

Relativamente ao objetivo 6 (capítulo 3) tive a oportunidade de observar em diversos casos, o papel do enfermeiro na coordenação de cuidados com base na gestão de caso e perceber o impacto positivo que tem no cliente. Metodologia que inclui atividades como a organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços para o cliente (OE, 2010a). Tive a possibilidade nos dois casos que apresento, de assumir esse papel, onde senti que verdadeiramente se atende à globalidade do cliente, e que no seio de uma equipa interdisciplinar se prestam cuidados centrados nas necessidades reais do cliente. Exemplo de tal foi perante o panorama apresentado por C1, a hipótese da baixa médica pareceu em conjunto com a cliente o modo temporariamente mais adequado de gerir a situação. C1 tal como apresentado por si estava num estado limite, sob pressões externas, num ambiente laboral e relacional desfavorável, que não estava a conseguir adaptar-se. Cabe ao enfermeiro especialista monitorizar a segurança do cliente e avaliar as mudanças ao nível da sua saúde mental (OE,2010a), assim como adotar estratégias protetoras para os clientes mais vulneráveis (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho). Neste sentido a baixa médica pareceu-me perfeitamente justificável e benéfica para a consecução dos objetivos de C1. Foi uma hipótese colocada e discutida em equipa e que teve resultados positivos ao nível da saúde da cliente.

No que concerne ao objetivo geral de descrever as características de um fenómeno-promoção do BEP no adulto jovem com alteração de saúde mental em processo de transição, levantei três objetivos, que se constituíram como perguntas orientadoras para a realização dos estudos de caso. Em detalhe as suas respostas encontram-se em Apêndice VI e VII.

Quanto ao Objetivo 7 (capítulo 3) posso avançar que a mobilização do modelo, mais concretamente da escala de BEP de 84 itens de avaliação,

possibilitou quantificar e avaliar logo na primeira entrevista, como C1 e C2 se identificaram perante cada área do BEP. Isto é, identificaram os quão satisfeitos e felizes se sentiam em domínios psicológicos diversos e de que recursos psicológicos dispõem: na relação consigo próprio (aceitação de si), na relação interpessoal (competência de relacionamento interpessoal satisfatório), nas relações com o meio (domínio do meio) e em relação às capacidades de adaptação (autonomia, objetivos na vida e crescimento pessoal) (Novo, 2003).

Corroborar os valores da escala com dados qualitativos permitiu concretizar a individualidade dos clientes em cada constructo, evidenciando-se focos de intervenção, com grandes contributos para os diagnósticos de enfermagem. No caso de C1 ao aceder às áreas/constructos prioritárias para intervir, estas sugeriam a necessidade de reorganização de papéis de C1, que confluíam para dois processos de transição (saúde-doença e organizacional). No caso concreto de C2 a mobilização da escala na primeira entrevista, constituiu-se como a primeira ferramenta que incitou C2 a um confronto com o seu “eu” real e a uma introspeção *“senti um distanciamento (...) como uma escala me pode deixar triste”* (sic). Foi possível logo na primeira entrevista constatar esta assimetria, entre o “eu” real e o “eu” idealizado.

Para C2 a promoção do BEP teve o intuito de dar contributos aos processos de transição de saúde-doença e de desenvolvimento, que tiveram como alicerce que “a existência de objetivos de vida e o envolvimento em esforços de crescimento pessoal influenciam o modo como são vividas as experiências e as fases de transição de vida e contribuem positivamente para o bem-estar psicológico” (Novo, 2003, p. 69).

Relativamente ao objetivo 8 (capítulo 3), considero que de um modo transversal a C1 e C2, em todas as entrevistas foi proporcionada uma escuta ativa, disponibilizada presença, com o sentido de facilitar a partilha de emoções e sentimentos.

No cuidado a C1 para a promoção da adaptação ao meio laboral, foi importante primeiramente avaliar expectativas de C1 se ajustar, reforçar a definição de prioridades, avaliar o desempenho do seu papel e ensinar técnicas de adaptação, assistindo na modificação comportamental de C1. As técnicas

de adaptação consistiram primeiramente numa reestruturação cognitiva, face às possíveis distorções do pensamento, decorrentes também do seu estado depressivo. Foi perceptível nas primeiras entrevistas que C1 no momento de crise sugeria ter um perfil cognitivo para encarar as suas vivências sob uma ótica negativa e de não valorização (Beck & Newman, 2005, citados por Knapp & Beck, 2008). O que evidenciou a necessidade de intervir conotando os aspetos positivos das vivências e dos seus resultados. C1 foi também orientada com o sentido de gerir a sua ansiedade, face à procura de emprego e promovida a mobilização da estratégia de resolução de problemas face a novas situações. A promoção de estratégias de *coping* e a capacidade de resiliência foram úteis para C1 fazer face à situação de crise e dar sentido à sua vivência. A uma dada altura existiu a necessidade retirar C1 do ambiente stressante, que foi uma intervenção motivada pela proteção dos direitos da cliente e até na prevenção de violência para com a mesma.

Foi determinante apoiar C1 em diferentes processos de tomada de decisão, ajudando-a a dar sentido ao seu percurso, com vista a atingir um novo estado de equilíbrio. A contextualização da realidade com que C1 se iria deparar face ao seu objetivo de adaptação, foi igualmente importante, assim como a promoção da sua autorresponsabilização pela execução do seu plano de ajuste à realidade laboral.

Na fase depressiva C1 teve uma autoimagem negativa de si, pelo que o objetivo face ao tempo estipulado para intervenção foi incitar em C1 a uma disponibilidade para autoimagem positiva. As vivências passadas de C1 foram referidas como ainda tendo um grande impacto no presente e condicionando assim uma imagem negativa de si. Identificando este facto pareceu importante inicialmente explorar as vivências passadas negativas, que condicionam a dificuldade na autoaceitação de C1. Para tal foi planeado mobilizar os contributos da terapia pela reminiscência. No entanto, foi desde logo interdito por C1 o relato direto do seu passado. Como tal, o enfoque dado ao passado de C1 foi trabalhado de forma indireta ao longo de todas as entrevistas, incitando C1 a reformular o significado de eventos passados, procurando os resultados positivos dessas vivências e a mobiliza-las como estratégias de

coping no presente. Foi também demonstrado respeito quanto à sua decisão de não querer partilhar e sobretudo disponibilidade para quando o quiser fazer.

Perante este obstáculo foram direcionadas intervenções para reforçar a identidade pessoal de C1, conotando aos seus aspetos positivos, reforçar as suas capacidades e a encorajar as afirmações positivas de si. Foram clarificadas distorções cognitivas e incentivada a promover uma autoperceção positiva.

Perante uma volição comprometida na definição e concretização de objetivos de vida, que foi grandemente condicionada pela alteração de saúde-doença, foi importante uma abordagem em que primeiramente foram avaliadas as expectativas de C1 para o seu futuro. Foi então promovida a elaboração de objetivos de vida, a traçar prioridades e incentivada na consecução do plano estabelecido. Para tal foi importante apoiar no processo de tomada de decisão e incentivar o uso da estratégia de resolução de problemas.

Com o objetivo de promover a adesão ao tratamento pareceu-me que o contributo dos cuidados centrados na pessoa foi determinante. A mobilização dos contributos da não diretividade das entrevistas, mais evidente na primeira parte das mesmas, pareceu-me um contributo importante, revelando que não era utilizada autoridade ou poder sobre C1, em que a preocupação está sobre si, na sua expressão de emoções e sentimentos, respeitando as suas diferenças e autonomia (Phaneuf, 2005). Quanto à monitorização do regime medicamentoso foi presente em quase todas as entrevistas, foi privilegiada a avaliação das respostas à medicação, possíveis barreiras e as respostas negativas ao tratamento. Foi necessário realizar ensino sobre a medicação, sobre nutrição, estratégias de adaptação ao regime e avaliação das respostas ao ensino. De salientar que o reforço à adesão foi constante.

Quanto ao risco de abuso de álcool a intervenção foi dirigida à disponibilidade para C1 expressar as suas dificuldades na gestão do consumo de álcool, qual o objetivo do consumo e o que lhe provoca, com a finalidade de promover o estabelecer de limites e o reconhecimento de tais consumos como um malefício e não como estratégia adaptativa.

Pareceu também importante, projetando o futuro orientar C1 antecipadamente para sinais e sintomas de crise, considerando a sua individualidade.

No cuidado a C2 o meu intuito foi sobretudo fomentar a tomada de consciência de C2 da sua experiência pessoal e esta ser o guia e critérios ao processo de intervenção (Chalifour, 2009).

Especificamente para a promoção da autoconsciência de C2 o objetivo de intervenção foi no seio da relação promover o confronto entre o “eu idealizado” e o “eu real”. Este confronto foi promovido através da utilização de estratégias comunicacionais. Foi visível que C2 não lida de um modo geral de forma construtiva com a utilização da estratégia de confronto. Verificou-se maior eficácia com a exploração do seu “eu” a partir de vivências suas, desmontando-as e identificando o que pensou, fez e sentiu. O objetivo foi procurar novas explicações para a causa de sofrimento, de desconforto e assim de novas vias de resolução para os mesmos (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho).

Paralelamente foram considerados os obstáculos à comunicação e a própria negação de C2 ao processo de autoconsciência. O reforço da identidade foi fundamental para a motivação neste processo. Existiu a necessidade ao longo das entrevistas através de estratégias comunicacionais pautar e organizar o pensamento de C2, de modo a promover o desenvolvimento de um pensamento organizado e coerente.

Na intervenção para a promoção da autoeficácia de C2 foi importante primeiramente avaliar qualitativamente o contexto em que se apresentava, como emocionalmente C2 geria (sentimentos de frustração, tristeza e atitude de isolamento), perceber as suas expectativas perante os problemas e o seu comportamento na tomada de decisão, informações que considere relevantes para determinar o tipo de intervenção a mobilizar.

A promoção da capacidade de resiliência, do desenvolvimento e mobilização de estratégias de *coping*, assim como técnicas de adaptação, nomeadamente a estratégia de resolução de problemas, pareceram ponderantes para a promoção dos fatores promotores de saúde mental e bem-estar (OE, 2010a).

Por outro lado a continuidade de cuidados prestados pela equipa, na promoção da adesão à medicação, foi contemplada nas diferentes entrevistas, abrindo espaço para a realização da mesma. Aspeto valorizado como importante na promoção da autonomia na gestão de saúde-doença de C2.

A promoção da autonomia teve como ponto de partida a avaliação das expectativas de C2 face a este constructo, pelo que determinou a sua independência económica através de um emprego. Considerando a importância dada a C2 na procura de um emprego, as intervenções foram direcionadas para a promoção da consciencialização no que concerne aos seus requisitos individuais para a aceitação de um emprego. Por um lado o objetivo seria trabalhar a sua consciência e por outro a sua autonomia na avaliação e seleção mediante indicadores individuais de avaliação. Foi mobilizada uma situação vivenciada por C2 (entrevista de emprego), trabalhada em entrevista, constituindo-se como uma estratégia de *coping*.

Noutro sentido foi desenvolvido o apoio na tomada de decisão de C2, na seleção de critérios para a escolha de um emprego. Sintetizar estes critérios pareceu-me importante para a redução do sentimento de frustração face a novas oportunidades.

Para a promoção da autonomia de C2 o cliente foi também incentivado à mobilização da estratégia de resolução de problemas. Concretamente trabalhando a etapa da escolha da solução mais vantajosa para o problema que se coloca. C2 foi incentivado a mobilizar estratégias que o auxiliassem na sua capacidade de avaliação das diferentes soluções, como estratégias de *coping*, mas também valorizando o apoio dos pais dada a importância que C2 lhes atribui. Pareceu-me benéfico intervir tendo por base o princípio hologramática, isto é, considerando que na parte existe um reflexo do todo, do sistema família (Morin, 1991). Nesta perspetiva colocar um elemento do sistema (C2) a pensar e guiar-se sob os fundamentos do sistema, isto é, aquando da seleção da solução ponderar qual seria a opinião dos pais. O objetivo foi contribuir para a autoeficácia e autonomia na decisão.

Perante a avaliação de C2, contribuindo para o desenvolvimento de autonomia, não me parece de todo benéfico incitar C2 na atualidade a desvincular-se dos seus pais e à influência das suas opiniões e orientações. Ambos estão de acordo com o projeto de desenvolvimento de C2 e são um pilar no apoio à gestão da situação de saúde/doença.

No que concerne ao objetivo 9 (capítulo 3), quanto às dificuldades e facilidades dos clientes para atingirem novos níveis de BEP, considero que para C1 a maior dificuldade identificada é a sua não-aceitação do passado, que se destaca como importante na construção de um significado para o futuro envolto numa consideração positiva, que dá sentido à vida (Ryff, 1989). Como identificado por C1 as influências que o passado ainda tem no presente podem ser uma condicionante, um fator precipitante a futuros momentos de crise. Esta talvez seja a maior inconsistência do plano de cuidados apresentado. Identifico como facilidades a adesão ao tratamento, no que concerne à sua presença nas consultas e disponibilidade à intervenção dos profissionais. O impacto dos processos de transição na vida de C1 parece-me que foram motivadores à procura de um novo estado de BEP.

No caso de C2 foi perceptível que a principal dificuldade do cliente em atingir um estado mais elevado de BEP se colocou na sua baixa consciencialização do “eu” e as repercussões que tem ao nível do seu quotidiano, concretamente na aceitação de si, na sua autonomia e maestria ambiental. De salientar que a autoaceitação é o critério mais recorrente de bem-estar e uma característica central na saúde mental (Ryff, 1989). Penso que as características pessoais de C2 como a dominância de um pensamento tangencial, baixa tolerância à crítica construtiva, ideias sobrevalorizadas e ideias de grandiosidade, foram condicionantes à intervenção e podem-se ponderar como dificuldades na consecução de um estado mais elevado de BEP. A procura de um estado bem-estar dentro da cronicidade da doença e o desenvolvimento de C2 enquanto adulto jovem, parecem-me ser os maiores desafios transacionais de C2 e que condicionam o seu BEP.

Identifico como facilidade a adesão ao tratamento, no que diz respeito à assiduidade às consultas, ao seu sentimento de pertença a uma equipa. O sentir-se ligado à equipa considero que é um fator facilitador às transições e a um novo estado de BEP.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório teve o intuito de apresentar um percurso de desenvolvimento de competências de EESM que teve subjacente a temática da promoção do BEP. A implementação do projeto de estágio foi norteada por dois objetivos gerais, um direcionado para o meu desenvolvimento de competências e outro para o estudo do fenómeno da promoção do BEP. De um modo global considero que perante o planeado foi possível o desenvolvimento do projeto de estágio tal como perspetivado.

No que concerne ao objetivo geral de desenvolver competências de EESM para a promoção do BEP no adulto jovem com alterações da saúde mental em processo de transição, decorreram objetivos específicos que atenderam ao perfil competências definido para o EESM (OE,2010a).

Foi mobilizado o processo de cuidados de enfermagem, no cuidado aos clientes apresentados no presente relatório. Sabe-se que o processo de enfermagem constitui-se como uma metodologia através da qual o enfermeiro pode prestar cuidados utilizando uma abordagem sistemática e científica (Townsend, 2012). Neste sentido perante a concretização dos objetivos específicos e a prestação de cuidados com base no processo de cuidados de enfermagem, considero que me foi possível desenvolver competências:

“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, (...) , na optimização da saúde mental; 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; presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar, de grupo, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE,2010a).

No decorrer dos cuidados prestados enquanto futura EESM, desencadearam-se reflexões que me permitiram aceder a novos níveis de autoconsciência e conhecimento, que contribuíram para o desenvolvimento da competência “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento pessoal e profissional” (OE,2010a). Foi a continuidade de um percurso de desenvolvimento, que através da supervisão clínica dos Srs. Enfermeiros orientadores, me incitaram a sair da zona de conforto, para um confronto e a

aceder a novos níveis de autoconsciência, sobretudo no seio da relação terapêutica. Foi na tentativa de

“melhorar a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus sentimentos, dos seus medos, tomar consciência dos seus mecanismos de projecção e de defesa, a fim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitiram melhorar a qualidade dos cuidados que presta” (Diogo,2006, p. 81).

O primeiro estágio na UICA foi marcado pela exploração/reflexão da concetualização do projeto de estágio, de modo a executa-lo na prática de cuidados. Nesta etapa procurei aliar a minha prática com teoria, perspetivando a minha avaliação e intervenção à luz de modelos teóricos e recorrendo ao uso da linguagem CIPE no plano de cuidados. Foi um trabalho de pesquisa, uma procura do sentido e ligação das aprendizagens, a procura de intervenções individualizadas ao cliente, assim como a avaliação do seu resultado.

No segundo estágio na ECSM foi dada continuidade ao trabalho realizado e dado enfoque ao desenvolvimento de todos os objetivos do projeto. Neste estágio considero que foi conseguido, com a supervisão clínica da Sr^a Enf. Orientadora, a prestação de cuidados perspetivando-me como futura EESM, baseados: no respeito pelas capacidades, vulnerabilidades, crenças, valores e desejos do cliente; tendo na sua base de intervenção uma relação de confiança e parceria; realizando um planeamento, implementação e avaliação dos seus cuidados especializados, em que a promoção do potencial de saúde mental do cliente foi conseguida através da valorização e otimização das respostas humanas aos processos de transição (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho).

Foram utilizados em ambos os estágios, como estratégias de estudo e de desenvolvimento pessoal e profissional o estudo de caso e a realização de um portfólio reflexivo.

No que concerne ao segundo objetivo geral de descrever as características de um fenómeno-promoção do BEP no adulto jovem com alteração de saúde mental em processo de transição, foi conseguido tendo por base os estudos de caso realizados a C1 e C2. Os objetivos específicos constituíram como questões orientadoras do estudo de caso.

Na tentativa de descrever os contributos da promoção do BEP no jovem adulto com alteração da saúde mental em processo de transição, considero

que no caso de C1 e C2 a mobilização do modelo e escala de BEP, possibilitou quantificar e avaliar logo na(s) primeira(s) entrevista(s), como C1 e C2 se situavam perante cada área do BEP. Isto é, identificaram o quão satisfeitos sentiam em domínios psicológicos diversos e de que recursos psicológicos dispunham na relação consigo, com o meio e em relação às capacidades de adaptação (Novo, 2003). Corroborar os valores da escala com dados qualitativos permitiu aceder à individualidade dos clientes em cada constructo, evidenciando-se áreas de intervenção e facilitando, fundamentando o levantamento de diagnósticos de enfermagem. A promoção do BEP teve também o intuito de dar contributos aos processos de transição dos clientes, considerando que “a existência de objetivos de vida e o envolvimento em esforços de crescimento pessoal influenciam o modo como são vividas as experiências e as fases de transição de vida e contribuem positivamente para o bem-estar psicológico” (Novo, 2003, p. 69).

Relativamente ao objetivo de Identificar as intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional que foram mobilizadas para a promoção do BEP, posso dizer que as intervenções realizadas foram mobilizadas no seio de entrevistas de ajuda. Verificou-se determinante o desenvolvimento de uma relação de ajuda, que foi pautada por influências de uma filosofia humanista, cuja origem se deve a Carl Rogers. Foram mobilizadas nas entrevistas de ajuda, intervenções das quais destaco o desenvolvimento de estratégias de *coping*, apoio na tomada de decisão, gestão da ansiedade, estratégia de resolução de problemas, entre outras que se identificaram como benéficas a cada cliente.

Quanto a descrever as principais dificuldades e facilidades apresentadas pelos adultos jovens em processo de transição para atingirem estados de BEP, como facilidade identificou-se a ligação à equipa de cuidados e como dificuldades fatores pessoais nomeadamente condicionados pela história de vida do cliente e condicionantes da própria doença.

Terminando, considero que cuidados de enfermagem centrados no cliente, nas suas necessidades devem ir além dos fenómenos de doença, devem sim ter em conta eventos de vulnerabilidade acrescida, real ou potencial, que de forma direta ou indireta afetam a saúde, a saúde mental e o seu BEP.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J., Xavier, M. (2010). *Estudo Epidemiológico Nacional de saúde Mental- 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55 (5), 469-480.
- Arnett, J. (2006). *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century*. Washington: American Psychological Association.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bolander, V. (1998). *Sorensen e Luckmann Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bouça, D. (2000). *Anorexia nervosa minha amiga*. (2ª Ed.). Porto: Ambar.
- Byrne, K. (2001). *Anorexia e Bulimia-Um guia para Pais e Educadores*. São João do Estoril: Principia.
- Caeiro, R. (1991). *Registos Clínicos em Medicina Familiar*. Lisboa: Instituto de Clinica Geral da Zona Sul.
- Campos, B. (1991). *Educação e Desenvolvimento Pessoal e Social*. Porto: Edições Afrontamento.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (vol 1). Loures: Lusodidacta.

- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção* (vol 2). Loures: Lusodidacta.
- Chick, N., Meleis, A.I. (1986). Transitions: A Nursing Concern. In P.L. Chinn. *Nursing research methodology*. (pp. 237-257). Rockville: Aspen.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2006). *Guia para a defesa dos Direitos em Saúde Mental*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Ministério da saúde.
- Decreto-Lei N.º 8/2010 de 28 de Janeiro. (2010). *Diário da República 1ª série, N.º 19*. Ministério da Saúde.
- Dias, M., Fontaine, A. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian-Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro, uma perspectiva emotivo-emocional da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Direção-Geral da Saúde (2005). *Conclusões da Conferência de Helsínquia*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal – Saúde Mental em Números – 2013*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Direcção de Serviços de Planeamento. Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- Erikson, E. (1998). *O ciclo de vida completo de Erik H. Erikson* (M.A. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Tradução original do inglês *The Life Cycle Completed*, 1997, New York: W.W. Norton & Company, inc.)
- Feist, J., Feist, G. (2008). *Theories of Personality*. 7ª ed., Columbus: McGraw-Hill Education.
- Guerra, M., Lima, L., Torres, S. (2014). *Intervir em grupos*. (2ªed.), Lisboa: Climepsi Editores.
- International Council of Nursing (2011). *CIPE® Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (H. Castro, Trad). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (Tradução original do ICNP® Version 2- International Classification for nursing practice)
- Kaplan, H., Sadok, B., Grebb J. (1999). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Knapp, P., Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30 (II), 54-64.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas; resposta a 80 questões*. Porto: Asa.
- Levinson, D. (1977). *The seasons of a man's life*. New York: Alfred A. Knoff.
- Loureiro, L. (2014). *Primeira Ajuda em Saúde Mental*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

- Machado, W., Bandeira, D. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlados. *Estudos de psicologia*, 29 (4), 585-595.
- Manes, S. (2014). *83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupos*. (11.ªed.), Lisboa: Paulus Editora.
- Meirinhos, M., Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: revista de educação*, 2(2),49-65.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: development and progress*. 3ªed. Nova Iorque: Lippincott.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*, 23 (1),12-28.
- Meleis, A., Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*. 42 (6), 255-259.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theoris in Nursing Research and Praticce*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 5ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, a., Morais, M., Melo, M., Bandeira, R., Gaião, S., Parente, J., Pinto, P., Maia, T., Cardoso, G. (2012). Psiquiatria Comunitária na Equipa da Brandoa – Realidade Assistencial em Dezembro de 2008. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*,10 (1) 59-76.
- Mendes, J. (2006). A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Revista Informar*, 36,71-77.

- Monteiro, S., Tavares, J., Pereira, A. (2012). Adaptação portuguesa da escala de medida de manifestação d bem-estar psicológico com estudantes universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (1), 66-77.
- Morin, E. (1991). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Novo, Duarte-Silva & Peralta (1997). O bem-estar psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. *Avaliação psicológica: Formas e contextos*, V, 313-324.
- Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia- O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian-Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Novo, R. (2005). We need more than self-reports: contributo para a reflexão sobre as estratégias de avaliação do bem-estar. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 477-495.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento concetual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros-Suplemento da Revista*, 13, 3-8.
- Ordem dos enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação*. Loures: Lusociência.
- Ramos, A., Bortagarai, F. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*, 14(1), 164-170.
- Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da Republica, 2.ª Série, Nº122 (25-07-2015) 17034-17041
- Rogers, C. (1983). *Um Jeito de Ser*. São Paulo: EPU.
- Ryan, R., Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: a Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annu. Rev. Psychol*, 52,141-166.
- Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57,1069-1081.
- Ryff, C., Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*,9,1-28.
- Sampaio, D. (1998). *Vivemos livres numa prisão*. Lisboa: Caminho

- Santos, C., Shiratori, K. (2005). A influência da comunicação não-verbal no cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4),434-437.
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), 45-53.
- Siqueira, M., Padovam, V. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209.
- Stefanelli, M., Carvalho, E. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Monole.
- Taylor, C. (1992). *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness*. 13ª Ed. Porto Alegre: Artes Médica.
- Tomey, A., Alligood, M. (2011). *Nursing theorists: and their work*. 7ª ed. Maryland Heights: Mosby Elsevier.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica-Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª ed. Loures: Lusociência.
- Trzepacz, P; Baker R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental* (V. Ramos, R. Albuquerque, Trad). (1ªed). Lisboa, Climepsi Editores.
- World Health Organization (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2013). *The European Mental Health Action Plan*. Izmir: World Health Organization.

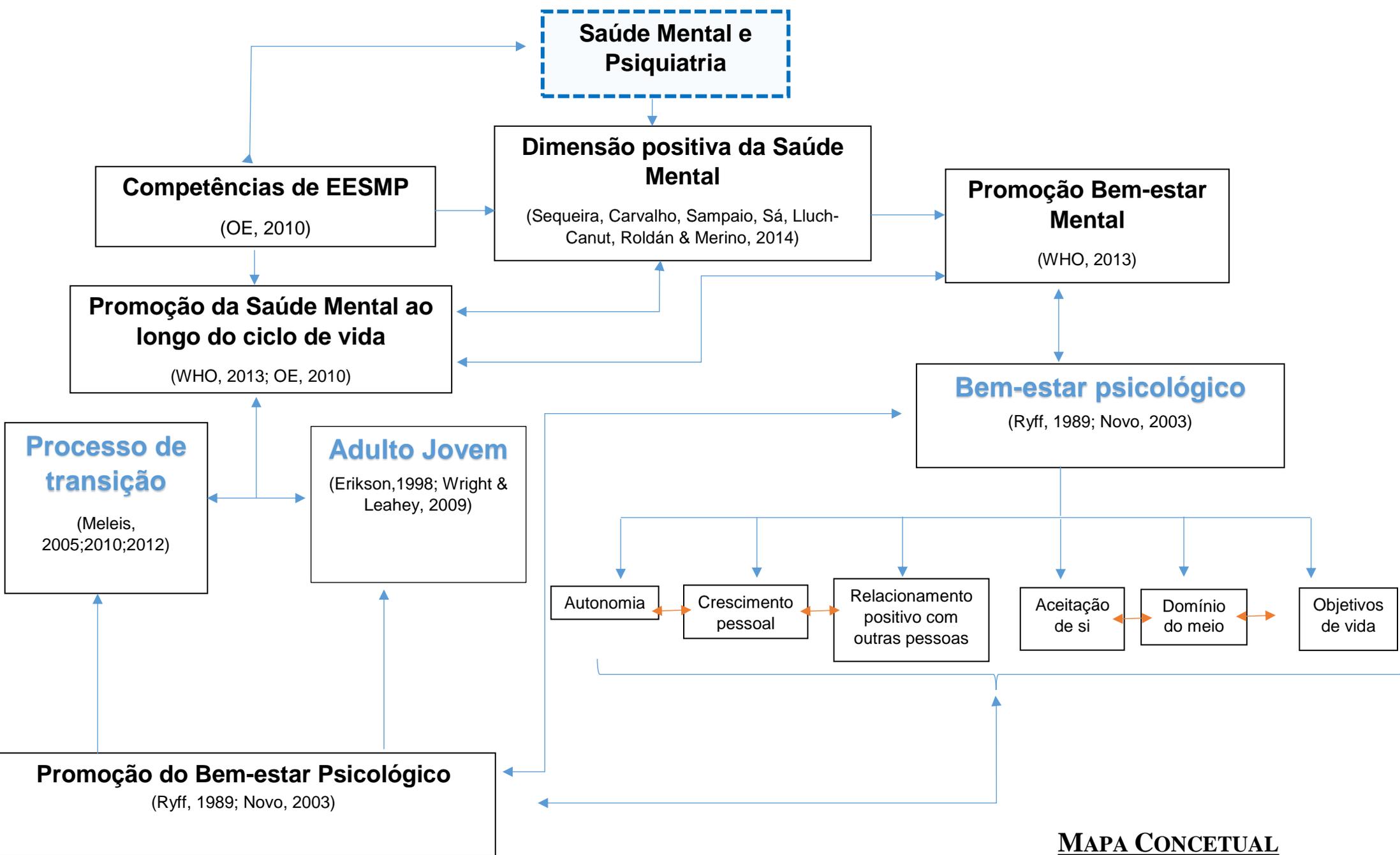
Wright, L., Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 2ª ed. ,São Paulo: Editora Roca.

Yin, R. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª ed., Porto Alegre: Bookman.

Zagonel, I. (1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (3), 25-32.

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa Concetual



MAPA CONCEPTUAL

**Apêndice II – Pedido de autorização e acesso a Escala de BEP
de 84 itens ao autor/Autorização do autor**

PEDIDO DE ACESSO E UTILIZAÇÃO
Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Psicológico de 84 itens

Exma. Sra. Professora Doutora Rosa Novo

Eu, Vanessa Candeias, aluna da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a frequentar o Curso de Mestrado na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, encontrô-me a desenvolver um projeto de estágio, cujo tema subjacente é a **"Promoção do Bem-estar Psicológico no adulto jovem com alterações da saúde mental em processo de transição"**.

Neste sentido, venho por este meio solicitar o acesso e utilização da Escala de Bem-Estar Psicológico de 84 itens, por si validada para a população portuguesa, no estudo desenvolvido em torno da temática apresentada, cujos objetivos são:

- Descrever quais são os contributos da promoção do BEP no adulto jovem com alteração da saúde mental em processo de transição;
- Identificar as intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional que foram mobilizadas para a promoção do BEP no adulto jovem com alteração da saúde mental em processo de transição;
- Descrever as principais dificuldades e facilidades apresentadas pelos adultos jovens em processo de transição para atingirem estados de BEP.

Disponível para prestar qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,
Vanessa Sofia Domingos Candeias

Vanessa Sofia Domingos Candeias

Lisboa, 19 Julho de 2015



Rosa Ferreira Novo

para mim ▾

23:15 (

Dra. Vanessa Candeias

Envio-lhe a escala e folhas de cotação anexas que permitem a determinação de resultados. Se tiver dúvidas sobre a cotação, diga-me. Aconselho-a a seguir as indicações que lhe dei no mail do passado dia 12 de Junho relativamente à aplicação. As normas de referência para interpretar os dados que obtiver também os pode consultar nesse mesmo livro. Agradeço que na publicação nos seus trabalhos referencie o livro e os artigos respectivos. Muitos trabalhos estão acessíveis na net, designadamente no repositório da minha Faculdade. Com votos de um bom trabalho

Rosa Ferreira Novo

Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa

Alameda da Universidade 1649-013 LISBOA

Tel. 21 794 36 00 Fax: 21 793 34 08

rnovo@fp.ul.pt

Apêndice III – Estudo de Caso C



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

2014/2016

Unidade Curricular:

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ESTUDO DE CASO

- Cliente C -

Discente:

Vanessa Sofia Domingos Candeias Nº 708

Turma 4

Lisboa,

2015



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

2014/2016

Unidade Curricular:

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ESTUDO DE CASO

- Cliente C -

Discente:

Vanessa Sofia Domingos Candeias, N^o 708

Docentes:

Prof^a. Coordenadora Francisca Manso

Prof. Carlos David

Orientadores do Local de Estágio:

Sra. Enf^a. Marisa Loio

Sr. Enf^o. Viriato Silva

Lisboa,

2015

“Coragem não é a ausência de medo, mas antes a capacidade de agir face ao medo.”

Nancy Anderson

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN- Anorexia Nervosa

BEP- Bem-estar Psicológico;

CIPE - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem;

DSM-V- Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5ª
Edição;

EESMP- Especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. ANOREXIA NERVOSA.....	7
2. ESTUDO DE CASO	10
2.1. Identificação da cliente	10
2.2. Acontecimentos relevantes.....	10
2.3. Relações familiares e sociais	13
2.4. Resumo do internamento atual	15
2.5. Contributos da Teoria de Afaf Meleis e do Modelo de BEP	16
2.6. Plano de Cuidados	19
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

APÊNDICES

Apêndice I- Entrevista Inicial

Apêndice II- Diário de Aprendizagem II

Apêndice III- Plano de Intervenção Psicoterapêutica

Apêndice IV- Diário de Aprendizagem III

INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se de um estudo de caso desenvolvido acerca da cliente C e que concorre para a Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

C é uma cliente que esteve internada na unidade de internamento de casos agudos, a ser seguida pelo Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar. A escolha desta cliente em específico deveu-se ao facto da sua patologia de base constituir-se para mim como um desafio de aprendizagem, tanto a nível profissional como pessoal e por se encaixar nos critérios de população a intervir definidos em projeto de estágio.

Sabe-se que a Anorexia Nervosa (AN) é uma perturbação com expressão clínica em períodos de transição do desenvolvimento, como o início da adolescência e da vida adulta, que por razões contextuais ou associadas à personalidade, pode perpetuar, estabilizando num processo patológico que se torna crónico e de difícil recuperação (Bouça, 2000).

Tendo como base teórica a Teoria da Transições de Afaf Meleis e o Modelo de Bem-estar Psicológico (BEP) de Carol Ryff a minha intervenção foi guiada à luz de ambos, com o sentido que a enfermagem toma como foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou processos de vida (Chick & Meleis, 1986).

O seguimento da cliente e elaboração do respetivo estudo de caso perspetivam o desenvolvimento de competências enquanto aluna do Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

O trabalho apresentado está organizado em dois pontos principais, no primeiro é realizado um breve enquadramento teórico específico à doença do comportamento alimentar AN e num segundo ponto é apresentado o estudo de caso. O estudo de caso subdivide-se nos pontos: identificação da cliente, acontecimentos relevantes de vida, relações familiares e sociais, ao resumo do internamento atual, aos contributos da Teoria de Afaf Meleis e do Modelo de BEP no cuidado, é apresentado o plano de cuidados segundo a CIPE e por fim são contextualizadas algumas intervenções realizadas.

1. ANOREXIA NERVOSA

Descrita pela primeira vez no século XVII a Anorexia Nervosa, foi e continua a ser na atualidade enfoque de estudo por várias disciplinas, sabe-se que é uma perturbação que se insere num património biológico, cultural e emocional de transmissão intrafamiliar e que altera o equilíbrio familiar quando se manifesta e prolonga (Bouça, 2000).

Segundo a DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5ª Edição) (*American Psychiatric Association, 2014*), a AN é uma doença que se insere nas perturbações da alimentação e da ingestão, tendo como critérios de diagnóstico: restrição do consumo de energia às necessidades, conduzindo a um peso significativamente baixo para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e de saúde física; medo intenso de ganhar peso, ou engordar, ou comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso, mesmo quando se tem um peso significativamente baixo; perturbação na própria apreciação do peso ou forma corporal, influência indevida do peso ou forma corporal na autoavaliação, ou ausência de reconhecimento persistente da gravidade do baixo peso apresentado.

É ainda possível especificar esta perturbação como sendo do tipo restritivo, em que existe uma perda de peso através da dieta, jejum e/ou exercício físico excessivo e a do tipo compulsiva/purgativo define-se por nos últimos três meses o cliente recorrer a episódios de ingestão compulsiva ou a comportamentos purgativos recorrentes (APA,2014). A AN pode ser categorizada por estar em remissão parcial ou completa. De salientar que a mudança de subtipo ao longo da evolução da perturbação pode ocorrer (APA, 2014).

Como consequências e marcadores de diagnóstico da AN temos alterações a nível hematológico, bioquímico, hormonal, do ritmo cardíaco, da massa óssea, encefalopatia, redução do gasto de energia em repouso e como sinais/sintomas a amenorreia, dor abdominal, obstipação, intolerância ao frio, letargia, excesso de energia, hipotensão, bradicardia, lanugo, edemas periféricos e específicos associados à indução do vômito a hipertrofia das glândulas salivares e erosão do esmalte dentário (APA,2014)

Esta perturbação tem uma expressão de 0,4% de prevalência em mulheres jovens num período de 12 meses na América, sendo que afeta um maior número de mulheres do que homens, proporção de 10:1 (APA,2014). Esta perturbação não se distingue ao nível da escolaridade ou condição da condição socioeconómica do cliente (Bouça, 2000).

Sampaio (1998) conceptualizou a anorexia nervosa em três fases: na fase 1 de vulnerabilidade, os fatores os fatores hereditários, biológicos e o desenvolvimento contribuem para a instalação da doença; a fase 2 de precipitação em que os fatores de ordem familiar, sociocultural, acontecimentos de vida e um sentimento de inadequação precipitam o início de uma dieta para modificar a imagem corporal; fase 3 de manutenção, os efeitos da privação alimentar perpetuam o comportamento alimentar.

Os mesmos autores consideram que a AN é caracterizada por profundas perturbações psicológicas e complicados problemas no relacionamento interpessoal, é uma doença médica complexa decorrente da desnutrição e de comportamentos para baixar o peso, sendo uma perturbação de tratamento difícil e prolongado que exige uma equipa multidisciplinar (Sampaio,1998; Bouça, 2000).

Oliveira e Santos (2006) na tentativa de descreverem o perfil psicológico dos clientes com perturbações do comportamento alimentar, como a AN e Bulimia, revelam como resultados que: a relação da cliente consigo própria é marcada por conflito, sendo comum a baixa autoestima, combinada com acentuada timidez e distorção da imagem corporal; o relacionamento com as figuras parentais, especialmente com a figura materna é vivenciado de forma ambivalente, oscilando entre a extrema dependência e o desejo de liberdade e autonomia; os relacionamentos interpessoais são considerados como ameaçadores e tenazmente evitados, havendo com frequência o sentimento de solidão, isolamento, incompreensão, desamparo e desesperança; muitos casos reconhecem que com a doença tiveram o ganho secundário de ter uma maior aproximação com os pais e a obtenção de um lugar de destaque na família.

Quanto ao tratamento da AN muitos clientes têm consigo sentimentos de ambivalentes, querem tratar-se, mas têm medo, apreensão pelo medo de

perder o controlo e ser engordadas contra a sua vontade e resistência, querem melhorar mas não querem mudar, nem ficarem diferentes (Bouça, 2000).

Segundo Byrne (2001) o objetivo do tratamento vai mais além da mudança de padrões alimentares, mas também na ajuda a encontrar formas eficientes de lidar com os problemas, problemas que habitualmente são tratados de maneira ineficiente, pouco saudável e imatura.

O tratamento da AN na maioria dos casos deve desenvolver-se em consulta externa, e incide: na psicoterapia individual, com objetivo de que o cliente reconheça e pense as suas dificuldades interpessoais e interpessoais que levaram à sua situação de doença, e a desenvolver novas formas de lidar com a sua identidade; a terapia familiar antecedida por um diagnóstico familiar, para que todos sejam englobados no projeto global de recuperação e a toma de terapêutica, fundamentalmente para o controlo da ansiedade ou hiperatividade, de antidepressivos e suplementos alimentares (Sampaio, 1998).

Pensando sobre a relação terapêutica na AN, Bouça no livro de Sampaio (1998) referiu que o cliente ao pedir ajuda trás em si inúmeras ambivalências, como já abordado anteriormente, isto porque, pede ajuda mas diz conseguir controlar-se sozinho, pede ajuda mas sem que interfira nas suas convicções e ideais. É nesta comunicação “paralisante e contraditória” (Sampaio, 1998,p. 147), mas que resulta de uma dura experiencia de luta e que tem de ser aceite, uma vez que é a única ponte para chegar ao “mundo da Anorexia” (Sampaio, 1998,p. 147). Esta comunicação tem de ser decodificada e devolvida, para que se clarifiquem os limites que ela introduz e que impedem que a cliente encontre outras possibilidades para a sua vida, trata-se também de dar sentido ao que pode à partida parecer rígido e inalterável (Sampaio, 1998).

Concluindo à luz da psicologia do desenvolvimento, a AN “representa uma adaptação às necessidades do período de transição. estes representam considerável instabilidade e, por isso, são períodos de grande potencial evolutiva, mas também de grande risco” (Bouça, 2000, p.144).

2. ESTUDO DE CASO

2.1. Identificação da cliente

Cliente C. tem 27 anos de idade, caucasiana, nasceu e vive no distrito de Lisboa.

Licenciada em contabilidade, trabalhou na sua área de formação até 2015.

Solteira e sem filhos, segundo elemento de uma fratria de dois irmãos.

Reside com os pais e o irmão.

Como antecedentes pessoais apresenta hipoacusia bilateral, compensada com ortóteses auditivas. Diagnóstico médico atual de Anorexia Nervosa do tipo purgativo.

Altura de 1,56 m e peso aos 18 anos de 52Kg.

2.2. Acontecimentos relevantes

Foi recolhido junto da cliente, família, equipa e processo clínico os seguintes acontecimentos mais relevantes da vida da cliente C.:

- Até aos 11 anos: *“era uma criança feliz, divertia-me” (sic); “a partir dos 15 dias de vida comecei a ter várias otites” (sic), segundo a mãe “a C. teve um desenvolvimento normal, começou a andar e falar cedo” (sic), início da prática de ginástica acrobática aos 7 anos;*

- 12/13 anos: situação de conflito com o pai. Desde criança que vai para o parque de campismo, nessa altura tinha relações de pares, que não eram do agrado do pai, segundo este *“eles eram rapazes, tinham cabelo comprido e havia lá uma rapariga da idade da C. que já estava grávida, tinha medo” (sic).* Segundo C. o seu pai era rigoroso com a hora de chegada a casa, nunca podendo chegar depois da 0h, no entanto com frequência dadas as suas companhias obrigava-a a regressar mais cedo, *“um dia estava com os meus amigos e o meu pai foi me lá chamar para eu ir para casa, desde aí senti-me envergonhada e comecei a isolar-me e eles a afastarem-se, (...) tornei-me reservada e tímida” (sic), “nesse dia fui para casa chorar, contei à minha mãe*

(...), *não discuti com o meu pai*” (sic), “[amigos] *Deixaram de ser meus amigos para serem conhecidos*”(sic);

- 14-17 anos: *“tive as amigas da escola, cheguei a ir dormir a casa da L. e ela vinha a minha casa”* (sic); *“não gostava de estar em grupos”* (sic); *“entre os 15 e 18 anos fiz varias cirurgias (3), comecei a sangrar dos ouvidos com as otites, tive perfuração das membranas”* (sic);

- 18-19 anos:

Apesar de não ser clara na ordem dos acontecimentos explicitou “ *fazia desporto, ginástica acrobática, mas lesionei-me e o meu treinador recomendou-me ir fazer fisioterapia e sugeriu um massagista. Nessa altura fiz as massagens, mas o massagista tocou-me de uma maneira estranha que eu não gostei e não fui lá mais*” (sic), refere ter se sentido invadida no modo como o massagista de cerca de 60 anos a tocou, falou desta situação com a mãe que desvalorizou, não se falou em família sobre este acontecimento;

. Teve uma relação com Y. *“não era de ter relações muito sérias, mas depois acabamos e eu fui para Bragança estudar”*

.*“ fui para Bragança estudar para fazer um curso que equivalia ao 12º ano, foi um ano bom, saía com amigos, divertia-me”* (sic), refere ter sido um ano em que se sentiu aceite e conseguia estar em grupo;

- 20- 27 anos:

. Dos 19-24 anos frequentou o curso superior de contabilidade, concluindo a licenciatura;

. Cerca dos 20 anos retoma namoro com Y. *“voltei para Lisboa, entrei no curso de contabilidade, conheci novas pessoas e voltei a namorar com aquele rapaz. nessa altura a relação ficou mais séria, mas entretanto ele acabou comigo por mensagem”* (sic), refere que Y. não lhe disse o porquê de acabarem. Segundo registo clínico a cliente iniciou doença atual nessa altura, à data pesava 52 Kg, iniciou perda de peso por anorexia, na sequência da rutura afetiva, apresentando humor deprimido, choro fácil, isolamento, redução do campo de interesses e dificuldade de concentração, com consequente diminuição do rendimento escolar. Reduziu para os 50Kg. Dada a falta de

informação acerca do motivo pelo qual o namorado terminou a relação, pensou que o tivesse feito por ele não gostar do seu corpo e considera-la gorda, pelo que iniciou restrição voluntária da alimentação. Alternou períodos de maior ingestão/restricção alimentar;

. Agravamento dos problemas auditivos *“as cirurgias não correram bem e depois tive de ficar com os aparelhos”* (sic), *“isto aumentou a minha dificuldade de estar em grupo, não ouvia bem os outros em ambientes barulhentos, mas com as minhas amigas da faculdade foi mais fácil, elas percebem”* (sic);

. Acentuados conflitos com o irmão *“ele também estava com os meus amigos e um dia foi dizer coisas que eu não queria que se soubesse a uma das minha melhores amigas, chateai-me com os dois”* (sic), *“o meu irmão tem problemas, repetimos varias vezes a mesma coisa e entra a 100 e sai a 200, (...), ele tem mais capacidades do que o que faz, (...) tem o 9º ano e um trabalho em part time”* (sic), *“os meus pais não me disseram o que ele tem, disseram que gagueja porque apanhou um susto em pequeno”* (sic). Segundo o pai *“o meu filho quando era pequeno esteve numa escola especial, ele tem problemas, mas não sabemos o quê, (...) ele também é preguiçoso”*(sic);

. Cerca dos 24 anos começa a induzir o vômito e exclui da sua alimentação o peixe e a carne com o objetivo de aumentar a perda de peso. Com o final do curso e receio de não encontrar trabalho desenvolve quadro de insónia e ansiedade, que durou cerca de 2-3 meses, recorreu ao médico de medicina geral e familiar do seu centro de saúde, pelo que foi medicada para a sintomatologia. Abandonou terapêutica por hipersónia, retomando a 5-6 horas de sono/dia. Começa a desempenhar funções numa empresa como contabilista *“era muita responsabilidade”* (sic), referindo alguma sobrecarga com o trabalho;

. Dos 25-26 anos- no início do ano de 2014 apresentava cerca de 45 Kg. Em Junho aumentou a quantidade de alimentos ingerida, na sequência da compulsão de vomitar após todas as refeições, incluindo água e chá. No final do ano recorre novamente ao médico de medicina geral e familiar tendo-lhe prescrito medicamentos que não sabe identificar, mas que refere terem sido para o estômago e pâncreas, que não tiveram qualquer efeito. Início de quadro de amenorreia.

. Dos 26-27 anos- em Março de 2015 deixa de realizar ginástica acrobática que fazia duas vezes por semana e um programa de exercícios elaborado por si que praticava diariamente, surge quadro de astenia, tremor, parestesias dos membros, dor precordial e dispneia. No início de Abril é referenciada ao serviço de urgências por Hipocaliémia, tendo ficado internada e foi transferida para o serviço de psiquiatria. Peso na admissão de 31,700 Kg (IMC 13,03), alta clínica cerca de 3 meses após a admissão, com peso de 39,300 Kg.

. Não é renovado contrato de trabalho *“não me renovaram o contrato porque eu estava doente, disseram quando eu estiver melhor que posso voltar”* (sic).

. Por não cumprimento do plano alimentar, perda de peso até aos 37,500Kg, aumento do exercício físico e indução do vômito, internada a 1 Setembro de 2015.

2.3. Relações familiares e sociais

C. refere que sempre foi muito próxima da sua mãe, é o membro da família com o qual tem uma relação mais forte e com traços de dependência, que se têm mantido ao longo do seu crescimento. Com o desenrolar da doença tiveram alguns conflitos, *“estava mais irritada e chateava-me com a minha mãe”* (sic), atualmente *“ela [mãe] diz-me se tu estás bem, eu estou bem”* (sic), reconhecendo-a como um grande apoio e sentindo-se culpada pela forma como a doença também a afetou.

A relação com o pai na sua infância e adolescência foi sobretudo marcada por um papel normativo e que segundo a mãe *“a C. era a filha do papá, ela não o queria deixar mal”* (sic). Reportando-se ao dia em que o pai a foi buscar junto dos seus amigos, com uma postura mais austera *“ela [C.] veio para casa e foi chorar, contou-me, mas não se chateava com o pai”* (sic). Segundo o pai *“eu tinha de trabalhar para fazer face a todas as despesas, sempre trabalhei em mais que um sítio, não tinha muito tempo para a C., hoje tenho 68 anos e ainda tenho de trabalhar”* (sic).

Segundo os pais existiram alguns desacordos em relação á educação da C., a mãe considerava que ela deveria ter tido mais liberdade, enquanto o pai era mais inflexível. Relativamente ao desenvolvimento da doença, foi a mãe que se

apercebeu das constantes compulsões de vômito e perda de peso, mas não conseguiu que C. aceitasse ter apoio profissional, o pai refere novamente que está grande parte do dia fora não se apercebendo concretamente da situação.

Os membros da família parecem ter dificuldade em comunicar entre si, no que respeita aos sentimentos, problemas e expetativas, que têm entre si.

C. refere que as suas relações familiares foram muito influenciadas pela sua doença atual “*a doença fez com que ficássemos mais unidos, mais próximos*” (sic).

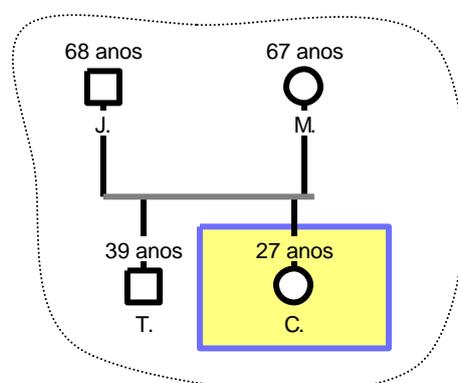
A sua relação com o irmão é conflituosa e atualmente distante, apesar de estar motivada a uma reaproximação. Existe lacunas a nível da comunicação de ambos, C. refere que não falaram sobre a distância relacional de ambos. Vários acontecimentos passados que não foram dialogados e as expetativas face às capacidades do irmão parecem estar na base do conflito.

C. aponta os seus cinco amigos de faculdade (3 raparigas e 2 rapazes), como muito importantes para si, “*quero sair e ir-me divertir com eles, (...), eles vão perguntando por mim à minha mãe, como está a correr o internamento, quando vou a casa, a G. [amiga] já me veio visitar*” (sic).

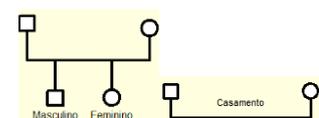
O Ex. Namorado Y “*ele ainda mexe comigo, vai-me ligando a saber como estou e para marcar alguma coisa*” (sic).

Cliente refere dificuldade em estabelecer novas relações sociais “*tenho medo que os outros não gostem de mim*” (sic).

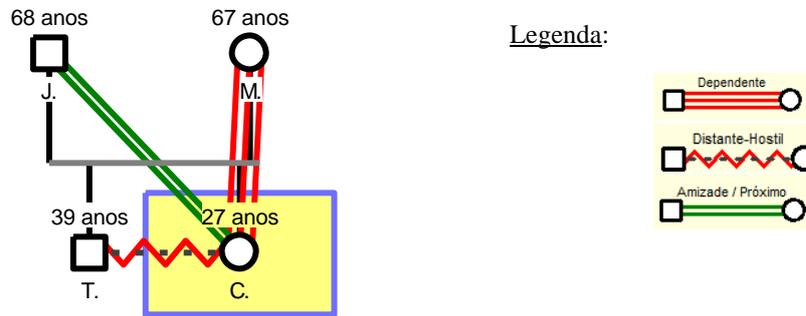
2.3.1. Genograma



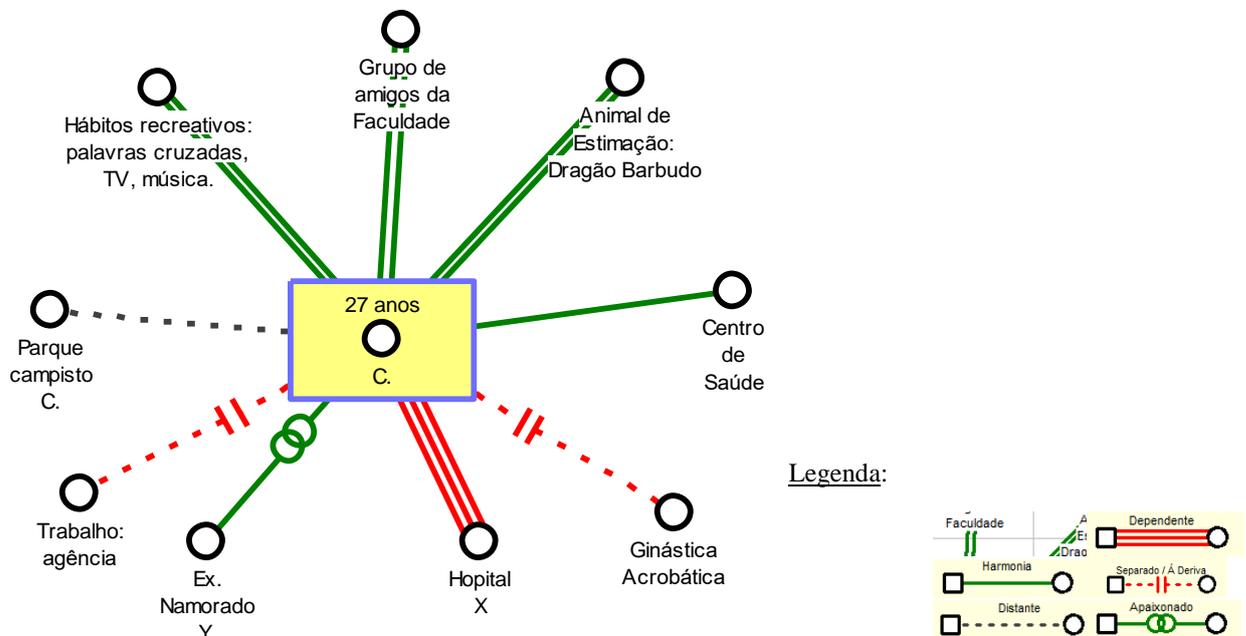
Legenda:



2.3.2. Psicofigura de Mitchel



2.3.3. Ecomapa



2.4. Resumo do internamento atual

A cliente C. foi internada pela segunda vez no dia 1 de Setembro de 2015, com diagnóstico médico de AN do tipo purgativo, por apresentar restrição alimentar, aumento de exercício físico e indução do vómito.

À admissão humor deprimido, afetividade congruente com o humor. Sem alterações da atenção, memória, concentração, pensamento ou percepção. Juízo crítico e insight parcial.

Padrão alimentar restritivo e padrão intestinal irregular.

Sono e repouso alterados, com necessidade de abordagem farmacológica.

Durante o internamento existiu um aumento gradual da ingestão alimentar e introduziu peixe na dieta. A compulsão de vômito foi controlada, no entanto ainda presente nos primeiros dias de internamento e uma situação pontual a meio do mesmo. Refere “*por vezes ele parece que vem até aqui* [apontou para o pescoço], *mas eu engulo*” (sic).

Manteve alguns comportamentos para favorecer a atividade física, tendo sido realizados vários ajustes terapêuticos para controlo da inquietação.

O peso foi gradualmente aumentando, fomentando sentimentos de ambivalência, entre o medo de engordar e os benefícios de saúde. O seu peso inicial era de 37,400 Kg, tendo aumentado para 41,300Kg no momento da alta.

Sono e repouso sem alterações, no entanto com necessidade de terapêutica farmacológica em esquema.

A nível farmacológico esteve também a realizar suplementos vitamínicos e minerais, anti-depressivos, anti-psicóticos e modificadores da motilidade gástrica.

Foi acompanhada pela equipa multidisciplinar, que também teve a colaboração da Medicina Física e Reabilitação, por a cliente ter apresentado uma hiper cifose dorsal e lombalgias, pelo que iniciou sessões de fisioterapia, com agrado e melhoria do seu estado.

A cliente teve saídas de fim de semana a casa, estando com a família.

No dia 27 Outubro teve alta clínica.

2.5. Contributos da Teoria de Afaf Meleis e do Modelo de BEP

À luz da Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis o objetivo de transições saudáveis é a maestria no desempenho de novos papéis e identidades (Tomey & Alligood, 2011).

Como área de intervenção de enfermagem as transições são atendidas, quando interferem com a saúde ou quando as respostas às transições são

manifestadas por comportamentos relacionados à saúde (Chick & Meleis, 1986).

A Teoria das Transições encontra-se organizada em três conceitos centrais, a natureza, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta às transições (Meleis, 2010).

Analisando à luz da teoria referida a cliente C. quanto à natureza da transição encontra-se numa transição de saúde/doença, que teoricamente diz respeito a uma mudança no desempenho do papel relacionado a uma nova condição de saúde, seja esta aguda ou crónica (Meleis, 2012). Meleis considera que saúde é muito mais que a ausência de doença, podendo-se inclusivamente desenvolver estados de bem-estar na doença crónica (Meleis, 2012).

No caso apresentado, paralelamente à transição de saúde/doença ocorre uma transição ao nível do desenvolvimento, que com um padrão simultâneo e de interação, se apresenta como base subjacente ao fenómeno de transição de saúde/doença.

A transição de desenvolvimento está associada a numerosas transições de papéis que ocorrem no curso normal de crescimento e desenvolvimento (Meleis, 2010). De salientar e especificando ao caso apresentado, que as tarefas de desenvolvimento típicas de transição para a idade adulta incluem a consolidação da identidade, a construção de relações íntimas, o início de uma família, a tomada de decisões sobre a carreira profissional e a independência dos pais (Lefkowitz, 2007).

No que concerne às condições inibidoras e facilitadores dos processos de transição, à luz da Teoria de Meleis há que atender a aspetos pessoais (significados, atitudes, crenças, estatuto socioeconómico, conhecimentos e habilidades), como também da comunidade e da sociedade em que o cliente se insere (Meleis, 2010).

Os padrões de resposta às transições podem ser monitorizados, através de indicadores tanto de processo (sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping*) como de resultado (maestria, reformulação da identidade), que nos indicam a evolução da transição (Meleis, 2010).

As intervenções de enfermagem com base na caracterização destes três pontos fulcrais da Teoria da Transições podem ser dirigidas ao nível da promoção, prevenção e intervenção no desempenho de papéis. Neste sentido o plano de cuidados apresentado no ponto seguinte é dirigido à intervenção na gestão da situação de saúde/doença com benefícios diretos e indiretos na transição de desenvolvimento.

O Modelo de BEP neste contexto insere-se como organizador da avaliação e intervenção, dando contributos na identificação de áreas de atuação que beneficiam os processos de transição. As áreas de intervenção são delineadas com base nos constructos teóricos do Modelo de BEP, isto é, sob a perspetiva da autoaceitação, autonomia, relações positivas com os outros, domínio do ambiente, objetivo de vida e crescimento pessoal (Ryff, 1989).

2.6. Plano de Cuidados

Foco	Diagnósticos	Intervenções	Resultados
<p><u>BEM-ESTAR</u>: “saúde: imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrado por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência” (CIPE,2011, p.41)</p>	<p>Bem-estar psicológico comprometido;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o Bem-estar psicológico; - Avaliar as expetativas; - Identificar o status psicossocial; - Providenciar apoio emocional; - Estabelecer confiança; -Estabelecer prioridades do regime (de tratamento); - Avaliar as expetativas; - Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; - Avaliar medo; - Reforçar a consecução de objetivos; - Manter a confidencialidade; - Assegurar a continuidade de cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Atitude face aos cuidados positiva; - Bem-estar psicológico comprometido; <ul style="list-style-type: none"> - Baixa auto- estima; - Autonomia comprometida;
<p><u>AUTO-ESTIMA</u>: Autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e</p>	<p>Baixa autoestima;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar identidade pessoal; - Promover a autoestima; - Facilitar a capacidade para 	<ul style="list-style-type: none"> - Atitude face aos cuidados positiva; - Disponibilidade para autoimagem positiva;

<p>capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si próprio, verbalização da autoaceitação, e da autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como a crítica construtiva” (CIPE, 2011, p.41)</p>		<p>comunicar sentimentos; - Reforçar a consecução de objetivos; - Identificar obstáculos à comunicação; - Encorajar as afirmações positivas; - Assegurar a continuidade de cuidados;</p>	
<p><u>IMAGEM CORPORAL:</u> “autoimagem: imagem mental do seu próprio corpo, no seu todo ou em parte, ou da aparência física do próprio.” (CIPE,2011, p.58)</p>	<p>Imagem corporal perturbada;</p>	<p>- Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; - Encorajar as afirmações positivas; - Promover o autocuidado; - Assegurar a continuidade de cuidados;</p>	<p>- Atitude face aos cuidados positiva;</p>
<p><u>AUTONOMIA:</u> “direito do cliente: status de auto- governação e auto-orientação” (CIPE,2011, p.41)</p>	<p>Autonomia comprometida</p>	<p>- Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; - Identificar obstáculos à comunicação; - Assegurar a continuidade de</p>	<p>- Não adesão;</p>

		cuidados;	
<p><u>INGESTÃO DE ALIMENTOS:</u> “ingestão nutricional: processo de supressão em nutrientes como proteínas, minerais, glícidos, e vitaminas lipossolúveis necessárias para o crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida” (CIPE, 2011, p.59)</p>	<p>Ingestão de Alimentos Deficitária;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a atitude face ao status nutricional; - Avaliar medo; - Colaborar no regime dietético; - Assegurar a continuidade de cuidados; - Promover o estabelecer de limites; 	<ul style="list-style-type: none"> - Atitude face aos cuidados positiva; - Adesão;
	<p>Risco de ingestão alimentar deficiente;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Planeamento de alta; - Promover o estabelecer de limites; 	
<p><u>PESO:</u> “peso corporal: dimensão física” (CIPE, 2011, p.67)</p>	<p>Baixo peso;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar peso corporal; - Encorajar o repouso; - Avaliar padrão de exercício; - Avaliar resposta da medicação; - Promover o estabelecer de limites; - Assegurar a continuidade de cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Adesão

2.7. Contextualização das intervenções

Para a avaliação, diagnóstico e definição de intervenções para fazer face às necessidades da cliente C., realizei intervenções que foram ao encontro do plano de cuidados apresentado anteriormente.

Numa primeira fase realizei uma Entrevista Inicial que se encontra em Apêndice I, da qual surgiu o Diário de Aprendizagem II (Apêndice II).

Após a entrevista foi realizada uma avaliação quantitativa do Bem-estar Psicológico da C. , esta avaliação decorreu da aplicação de uma escala de autoavaliação, ministrada pela cliente.

Considerando a avaliação quantitativa, foi desenvolvida uma intervenção que para além dos contributos para a relação e para mim enquanto aluna para o meu desenvolvimento de competências, teve o intuito de realizar uma exploração do autoconceito da cliente, o seu posicionamento na relação consigo própria, na relação interpessoal e nas relações com o meio. Esta abordagem coopera na avaliação do seu bem-estar psicológico, considerando de forma qualitativa o seu posicionamento no aqui e agora, face aos seis constructos do Bem-estar Psicológico.

O Plano da Intervenção Psicoterapêutica encontra-se em Apêndice III. A execução da intervenção deu origem à realização do Diário de Aprendizagem III (Apêndice IV).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do acompanhamento que realizei à cliente C. foi para mim perceptível que C. tem dificuldade em expressar os seus pensamentos, opiniões e emoções e que no seio da família existem lacunas de comunicação entre os vários elementos, no que toca às expectativas de cada um nas relações e na gestão de conflitos. Pareceu-me também que C. está num conflito de desenvolvimento da sua identidade, isto reportando à relação de proximidade/dependência com a mãe e de necessidade de aprovação/reconhecimento por parte do pai., emerge também um conflito entre as expectativas que os pais têm acerca do cuidado da C. em relação ao seu irmão, e o que a própria cliente pretende e é capaz de assumir.

C. referiu concretamente que a sua autoaceitação é um problema que a influencia grandemente na consecução da sua vida, apesar de ter e demonstrar uma elevada disponibilidade para o seu crescimento pessoal. A autonomia validado através de dados quantitativos da escala de BEP é um dos constructos com necessidade de ser trabalhado, apesar de a cliente não o apontar como tal e não ter sido possível a sua exploração, face à sua alta clínica.

Enquanto aluna a intervenção com a cliente C., refletida no presente trabalho, contribuiu muito positivamente para o meu caminho de autoconhecimento e consciência, isto é, no meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional. Abriu-me horizontes para o desenvolvimento de uma relação terapêutica, pensar sobre o que é, os seus denominadores e a apostar numa relação de confiança e parceria. Contribuiu também para a avaliação, planeamento e implementação de cuidados no âmbito da saúde mental e psiquiatria, tendo por base as necessidades identificadas de forma qualitativa e quantitativa, sob a perspetiva da Teoria das Transições e de BEP. Proporcionou-me também conhecimentos teóricos e práticos sobre a AN, que para mim foi o primeiro contacto na prestação de cuidados. Alicerçada à minha intervenção estiveram subjacentes os meus objetivos de projeto para estágio.

Acreditando que “a perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em

situações da prática real” (Benner, 2001, p.32), o desenvolvimento de competências de EESMP ganha importância em estágio e para mim este trabalho contribuiu para o meu sentido de “ser” EESMP.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bouça, D. (2000). *Anorexia nervosa minha amiga*. (2ª Ed.). Porto: Ambar.
- Byrne, K. (2001). *Anorexia e Bulimia-Um guia para Pais e Educadores*. São João do Estoril: Principia.
- Chick, N., Meleis, A. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. Peggy Chinn. *Nursing Research Methodology - Issues and implementation*. New York : Aspen Publication.
- International Council of Nursing (2011). *CIPE® Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (H. Castro, Trad). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
(Tradução original do ICNP® Version 2- Internacional Classification for nursing practice)
- Lefkowitz, E. (2007). Things have gotten better: Developmental changes among emerging adults after the transition to university. *Journal of Adolescent Research, 20*, 40-63.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theoris in Nursing Research and Praticce*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Oliveira, É., Santos, M. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina, 39*(3), 353-360.

Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57,1069-1081.

Tomey, A., Alligood, M. (2011). *Nursing theorists: and their work*. 7^a ed. Maryland Heights: Mosby Elsevier.

Apêndice I- Entrevista Inicial

ENTREVISTA INICIAL

A seguinte entrevista ocorreu no dia 13 de Outubro, estava presente a Sra. Enfermeira orientadora, eu (Vanessa) e a cliente (Cliente C.).

Teve lugar numa sala na unidade à porta fechada, estávamos sentadas em torno de uma mesa redonda, em que eu e a cliente nos situávamos lado a lado num angulo de cerca de 45°, o que permitia o contacto visual, sem estar em oposição.

Vanessa- *C. tem-me visto aqui na unidade acerca de 2 semanas, como já lhe disse sou enfermeira a realizar a especialidade na área de saúde mental e psiquiatria, fiquei muito interessada pelas perturbações do comportamento alimentar. Escolhia-a porque gostava de saber mais de si e da sua doença.*

Gostava que se apresentasse e me contasse o motivo que a trouxe a este internamento, conte o que se sinta confortável para o fazer.

(discurso em contacto visual com a cliente)

Cliente C.- *Era uma criança feliz, tinha amigos, brincava muito com o meu irmão e os meus primos. Fiz a escola e quando tinha cerca de 18/19 anos conheci um rapaz, não era de ter relações muito sérias, mas depois acabamos e eu fui para Bragança estudar. Saía e divertia-me. Antes de ir para Bragança eu fazia desporto, ginástica acrobática, mas lesionei-me e o meu treinador recomendou-me a ir fazer fisioterapia e sugeriu um massagista. Nessa altura fiz as massagens, mas o massagista tocou-me de uma maneira estranha que eu não gostei e não fui lá mais.*

(apresentava discurso fluente e expositivo, olhar dirigido, fâcias pouco expressivo)

Vanessa- *Sentiu-se invadida?*

Cliente C.- *Como?* (expressão facial sugestiva que estava a escutar mal)

Vanessa- *Sentiu-se invadida?*

Cliente C - *Sim. (faz pausa e desvia o olhar, continuando a expor informação)*
Nunca mais lá fui e depois fui para Bragança estudar para fazer um curso que equivalia ao 12º ano, foi um ano bom, saía com amigos. Entretanto voltei para Lisboa, entrei no curso de contabilidade, conheci novas pessoas e voltei a namorar com aquele rapaz. Nessa altura a relação ficou mais séria, mas entretanto ele acabou comigo por mensagem.

Vanessa- *Isso magoou-a muito?*

Cliente C.- *Como? (expressão facial sugestiva que estava a escutar mal)*

Vanessa- *O que aconteceu magoou-a muito?*

Cliente C.- *Sim. Não sabia o porquê.*

Entretanto fiz o meu curso, já comia menos, baixei para os 45 Kg. Depois fiquei ansiosa com a procura de trabalho, com medo de não arranjar trabalho e comecei a comer menos e a dormir mal. Arranjei trabalho na minha área e depois tive aquele susto, senti-me mal e vim para aqui.

Vanessa- *Em que momento é que começou a reduzir a sua alimentação?*

Cliente C.- *(hesitante) Quando o meu namorado acabou comigo pensei que ele o tivesse feito por não gostar do meu corpo, mas depois ele disse que não era por isso.*

Vanessa- *Falou-me daquele massagista e o toque no seu corpo.*

Cliente C.- *Sim, não gostei como me tocou mas eu depois não fui lá mais.
(desviou o olhar)*

Vanessa- *Hoje na reunião falarão da relação que tem com o seu irmão que é mais velho.*

Cliente C.- *Sim o meu irmão tem problemas, repetimos várias vezes a mesma coisa e entra a 100 e sai a 200.(baixa o olhar)*

Vanessa- *Sente que ele poderia ser mais independente?*

Cliente C.- *Sim.*

Vanessa- *Falou-se na reunião do facto de poderem vir a viver juntos.*

Cliente C.- *Sim, possivelmente quando sair daqui eu e o meu irmão e os meus pais vamos viver para a costa, e os meus pais estão a pensar comprar uma casa colocar no meu nome para eu viver com o meu irmão.*

Vanessa- *Como se sente em relação a isso?*

Cliente C.- *Os meus pais já estão velhinhos e precisam de descansar.*

Vanessa- *Quando pensa no seu futuro, como gostava que fosse?*

Cliente C.- *Gostava de ter uma vida normal. (sorri)*

Vanessa- *E o que é uma vida normal para si?*

Cliente C.- *(sorri) de comprar uma casa, viver com o meu irmão, voltar a trabalhar e divertir-me.*

Vanessa- *Neste momento, o que necessita para conseguir essa vida normal?*

Cliente C.- *Preciso ganhar peso para chegar aos 40/45 Kg.*

Vanessa- *Será só o peso suficiente?*

Cliente C.- *Neste momento, estou numa balança. (Gesticulava). Que está desequilibrada, por um lado é seguir com a minha vida, por outro é o peso, o controlo do peso, o ter de comer, por os dedos á boca e vomitar.*

Vanessa- *E o que a impede, qual a principal dificuldade para conseguir equilibrar?*

Cliente C.- *Neste internamento já me estou a sentir melhor, parei de provocar o vómito, estou a ganhar peso.*

Vanessa- *Os seus pensamentos ainda estão muito focadas no controlo do peso.*

Cliente C.- *Sim.*

(Entretanto, fez se um momento de silencio e a Sra. Enf^a. Orientadora interveio e deu início à exploração de aspetos abordados ao longo da entrevista e à organização no tempo dos mesmos).

Vanessa- *C. obrigado pelo que partilhou, por ter confiado, iremos conversar em breve novamente, para falar um pouco mais dos aspetos que abordamos hoje, no sentido de a ajudar neste percurso.*

Cliente C.- (Assentiu e sorriu).

Apêndice II- Diário de Aprendizagem II

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM II

O presente diário de aprendizagem surge com o objetivo de refletir acerca da entrevista realizada à cliente escolhida para prestar cuidados no âmbito deste estágio e refletir sobre o meu “eu” na relação e entrevista com essa mesma cliente.

A cliente C., tem 27 anos e um diagnóstico médico de Anorexia Nervosa do tipo Purgativo. Seguida em psiquiatria desde Abril 2015, sendo que relata o início da doença quando tinha cerca de 19/20 anos. Encontra-se no seu segundo internamento em psiquiatria, tendo sido admitida a 1 Setembro 2015, por quadro de restrição alimentar, aumento de exercício físico, indução do vômito e um peso à entrada de 37,400kg.

Atualmente encontra-se consciente e orientada. Humor tendencialmente depressivo, fácies expressivo à abordagem. Comunicativa quando abordada, com discurso coerente ao diálogo. Mantém ideias obsessivas com o peso.

Aparenta uma idade inferior á real e apresenta um aspeto cuidado e limpo.

Atitude colaborante na entrevista.

À data da reflexão com um peso de 41,400Kg.

Selecionei a cliente C. para intervir pelo interesse e curiosidade que desenvolvi em cuidar clientes com perturbações do comportamento alimentar, pela aprendizagem que perspetivei que me pudesse proporcionar e que vai ao encontro do meu projeto de estágio, isto porque, a anorexia nervosa tem uma grande expressão em períodos de transição do desenvolvimento, como o início da adolescência ou a entrada na vida adulta (Bouça, 2000).

Escolhi especificamente a cliente C., porque é uma adulta jovem, que se enquadra nos critérios definidos em projeto e porque após os primeiros contactos a sua história e postura reservada me instigaram a intervir.

Após ponderar o percurso que queria desenvolver, propus-me sob orientação da Sra. Enf^a X. a realizar uma entrevista inicial, que decorreu na terceira semana de estágio. Nessa altura já havia contactado várias vezes com a cliente, já tínhamos falado superficialmente do seu percurso no internamento, das fotografias que apresenta na sua unidade, da sua formação académica, do emprego e do seu sentimento ambivalente com o ganho de peso.

Para a preparação da entrevista consultei o processo clínico da cliente e elaborei um guião, ao qual denominei de Guião de Entrevista Inicial, em que delineei objetivos para a entrevista e para mim enquanto entrevistadora.

Solicitei com antecedência o consentimento da cliente para a realização da entrevista, tendo sido prontamente aceite.

No dia da entrevista, durante a manhã integrei a equipa do Núcleo das Perturbações do Comportamento Alimentar, observando a reunião que existiu com a cliente. Esta oportunidade deu contributos para a conhecer um pouco melhor e me integrar sobre o funcionamento da equipa multidisciplinar.

No final da tarde realizei a entrevista inicial, esta decorreu num local resguardado da unidade não havendo acesso por parte de outros clientes, o que proporcionou alguma privacidade e redução de ruído.

De um modo global, considero que a entrevista se desenvolveu de um modo diferente do que havia imaginado!

Na fase inicial da entrevista, julgo que a minha apresentação não foi suficientemente clara para a cliente perceber o meu objetivo de intervenção, apresentei-me *“C. tem-me visto aqui na unidade acerca de 2 semanas, como já lhe disse sou enfermeira a realizar a especialidade na área de saúde mental e psiquiatria, fiquei muito interessada pelas perturbações do comportamento alimentar. Escolhia-a porque gostava de saber mais de si e da sua doença”* (sic). Tive o intuito de respeitar as fases da entrevista, no entanto considero que passei rapidamente da apresentação para o corpo da entrevista, perdendo a oportunidade de concretizar o que pretendia desenvolver daí em diante com a cliente...

O corpo da entrevista foi totalmente reestruturado, tendo apenas sido mobilizadas duas perguntas do guião *“gostava que se apresentasse e me contasse o motivo que a trouxe a este internamento, conte-me o que se sentir confortável para contar”* (sic) e *“quando pensa no seu futuro, como gostava que fosse?”*(sic). Nesta fase da entrevista a Sra. Enf. X. interveio ajudando com o seguimento da mesma.

A minha postura foi igualmente diferente da que eu perspectivava adotar, ao invés de uma postura tranquila e espontânea, sentia-me tensa e com dificuldade em gerar intervenções que fossem explorar pontos, que hoje me parecem importantes terem sido trabalhados, como a organização cronológica

dos acontecimentos apontados como negativos pela cliente, a exploração das suas relações interpessoais ao longo do seu desenvolvimento, a situação com um massagista relatada pela cliente como incómoda e invasiva, e ainda, a rutura afetiva com o namorado. Com esta atitude perceciono que o modo como conduzi a entrevista, não deu enfoque aos acontecimentos negativamente significativos que a cliente relatou e não organizei a informação que me foi veiculada, o que consequentemente tornou a entrevista pouco clara e superficial.

A hipoacusia bilateral da cliente, que se encontra compensada por ortóteses, constitui-se também como uma limitação. Tenho um tom de voz baixo e naquele momento, dada a intimidade da entrevista, baixei ainda mais o volume e tornei-me monocórdica, fazendo com que a cliente por várias vezes solicitasse que repetisse a pergunta. Este facto comprometeu a fluência do diálogo e até a minha observação da expressão facial da cliente às minhas intervenções.

Face a esta entrevista os meus sentimentos foram vários. Nos momentos que a antecederam vi-me abarcada pela intervenção a clientes com perturbações que nunca havia contactado. Se por um lado era um desafio, por outro era o desconhecido, a inexperiência, o que foi gerador de alguma ansiedade, apesar de ter consciência de estar num processo de aprendizagem! Considero até que gerador de alguma insegurança...

Durante a entrevista senti dificuldade em me concentrar no relato da cliente, de modo a recolher/processar mentalmente a informação que me estava a fornecer e paralelamente a gerar novas perguntas que fossem pertinentes ao diálogo e a conhecer melhor a cliente, o que me fez sentir revoltada comigo própria, pois não era a primeira entrevista que conduzia, embora em contextos diferentes.

Recordo-me também que tive a sensação da cliente me estar a veicular imensa informação, quase que com um discurso ininterrupto, que por vezes tinha dificuldade em participar e assimilar. Ao considerar que havia muita informação que poderia ser explorada e outra que ficou por abordar, causou-me alguma frustração face ao guião que havia definido. Fiquei com o

sentimento que face a tanta informação e ao querer focar-me em toda ela, acabei por não explorar nenhuma em detalhe.

Por outro lado, senti uma grande surpresa na revelação que a cliente fez acerca do contacto indesejado por parte do massagista “*nessa altura fiz as massagens, mas o massagista tocou-me de uma maneira estranha que eu não gostei e não fui lá mais*” (sic). Sei que a presença da Sr^a. Enf. X foi facilitadora para esta abertura e que era algo que merecia especial atenção e que poderá dar contributos no trabalho a ser realizado com a cliente futuramente.

Recordo-me que no final da entrevista me senti confusa, face a toda a informação que me foi relatada, o que contribuiu inclusivamente para que tivesse muita dificuldade em transcrever a entrevista, pelo que assumo que possa estar incompleta!

Avaliando e analisando esta experiência ressalvo que foi muito positiva a intervenção da Sr^a. Enf^a. X na entrevista, ajudou-me a compreender o tipo de abordagem a realizar, focando-se a organizar cronologicamente o relato da cliente no que diz respeito ao seu percurso de vida, na correlação de acontecimentos, nos sentimentos emergentes, e a colocar a cliente a pensar sobre novas perspetivas dos acontecimentos relatados.

Negativamente reconheço que o facto de ter adotado uma postura muito tensa, não me permitiu expressar naturalmente. Penso inclusive que me inibiu no desenvolvimento de uma postura de autenticidade, congruência, atenção positiva condicional, e de empatia, qualidades consideradas necessárias na relação de ajuda por Rogers (1985), citado por, Diogo (2006). Atitudes que considero muito importantes e que valorizo, mas que face à minha insegurança no cuidado a clientes com este tipo de patologia e face ao guião delineado se sucumbiram na minha tensão.

Ao nível da comunicação julgo que teria sido benéfico ter mobilizado mais estratégias comunicacionais, Peplau (1952), citado por Stefanelli & Carvalho (2005) consideram que a comunicação com fim terapêutico é o ponto crucial para a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Utilizei sobretudo a questão aberta, o meu objetivo era clarificar o que me estava a ser devolvido, no entanto com tanta informação teria sido positivo mobilizar a técnica de síntese. Esta técnica é útil quando se pretende salientar os elementos importantes do que foi comunicado e estabelecer uma ligação

entre eles (Chalifour, 2008), o que teria sido importante na organização do relato da história de vida da cliente e inclusive validar a informação que foi entendida por mim.

Na entrevista enquanto a cliente relatava o seu percurso de vida, a minha postura foi de convidá-la a prosseguir, acenando com a cabeça, fazendo sons de compreensão e mantendo o contacto visual. Segundo Chalifour (2008) na entrevista o contacto com o cliente deve ser constante, como tal, o convite a prosseguir encoraja o cliente à troca, a mostrar que se está a acompanhar, a compreender o seu raciocínio e a manifestar a sua presença.

Esta entrevista mostrou-me como a exploração do percurso de vida, do motivo do internamento e dos projetos futuros, pode despende imenso tempo. O guião que eu havia elaborado, era irrealista e considero até como um estereótipo do que é uma entrevista inicial.

Hoje considero que uma entrevista inicial “é sobretudo uma tomada de contacto entre dois seres humanos que, colocados um perante o outro, devem tomar conhecimento, aceitar-se e respeitar-se a fim de puderem criar entre eles uma conveniência terapêutica” (Phaneuf, 2005, p. 250). Na minha opinião considero que é a partir deste contacto que se prisma o início de uma relação de parceria.

Perspetivando o futuro e face aos objetivos que me propus para a entrevista e para mim enquanto entrevistadora, considero que ainda há muito a desenvolver, sobretudo na técnica de entrevista e na relação de ajuda.

No contacto com a cliente penso que o objetivo será investir na relação, explorar quais são as suas necessidades de ajuda, desenvolvendo uma relação baseada na autenticidade, congruência, atenção positiva condicional e empatia.

Para mim a tomada de consciência das emoções e sentimentos, isto é, compreendê-las e nomeá-las é um trabalho importante a ser realizado, que considero que me ajudará no meu autoconhecimento e consciência dos meus próprios sentimentos no momento em que eles ocorrem (Goleman, 2002, citado por Diogo, 2006). Isto porque, a “compreensão da experiência emocional é geradora de crescimento pessoal” (Diogo, 2006, p.80).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bouça, D. (2000). *Anorexia nervosa minha amiga*. (2ª Ed.). Porto: Ambar.

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (vol 1). Loures: Lusodidacta.

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro, uma perspectiva emotivo-emocional da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação*
Loures: Lusociência.

Stefanelli, M., Carvalho, E. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Monole.

Apêndice III- Plano da Intervenção Psicoterapêutica

NOTA INTRODUTÓRIA

A intervenção apresentada seguidamente insere-se num percurso de acompanhamento da cliente C., sendo perspectivada a sua realização na quarta semana de estágio.

Até a data foi realizada uma entrevista inicial, a recolha de dados clínicos e efetuada uma avaliação quantitativa de Bem-estar Psicológico, através da aplicação da escala autoavaliação.

Pretendo que esta intervenção para além do seu objetivo terapêutico, dos contributos para a relação com a cliente e para a avaliação qualitativa do seu bem-estar, contribua para mim enquanto aluna para o meu desenvolvimento de competências. Competências de âmbito psicoterapêutico, isto porque, são este tipo de intervenções que “permitem o enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

Enquadramento Teórico

O modelo do Bem-estar Psicológico foi elaborado por Carol Ryff e apresenta-se como um modelo que permite identificar o quão satisfeito e feliz um indivíduo se sente em domínios psicológicos diversos, e de que recursos psicológicos dispõem: na relação consigo próprio (aceitação de si), na relação interpessoal (competência de relacionamento interpessoal satisfatório), nas relações com o meio (domínio do meio) e em relação às capacidades de adaptação (autonomia, projeto de vida e crescimento pessoal) (Novo, 2003).

É sob o prisma deste modelo que pretendo intervir com a cliente C, com o objetivo que no seio da relação se permita identificar focos de atenção a sentimentos e atitudes que a cliente desenvolve em relação a si e aos outros, à forma como são expressos, na construção de novas explicações para a causa do seu sofrimento e até de novas vias de solução dos seus problemas (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho, p. 17035).

Focando-me na perturbação Anorexia Nervosa, Sampaio (1998) citado por Bouça (2000), considera que esta é caracterizada por profundas perturbações psicológicas e complicados problemas no relacionamento interpessoal, é uma doença médica complexa decorrente da desnutrição e de comportamentos para baixar o peso, sendo uma perturbação de tratamento difícil e prolongado que exige uma equipa multidisciplinar.

À luz da psicologia do desenvolvimento, a anorexia nervosa “ representa uma adaptação às necessidades do período de transição. estes representam considerável instabilidade e, por isso, são períodos de grande potencial evolutiva, mas também de grande risco” (Bouça, 2000, p.144).

Nos processos de transição é importante ter ciente que o significado atribuído às transições varia de cliente para cliente, que os períodos de transição são acompanhados por uma ampla gama de emoções, muitas das quais derivadas das dificuldades encontradas nestes processos, e que condicionam a forma como o individuo se move em direção a uma da transição saudável (Tomey & Alligood, 2011).

A presente intervenção tem como objetivo contribuir para a compreensão e conhecimento da cliente, numa perspetiva de autoapresentação do seu retrato. Ao escrever as características/interesses/capacidades, está dar as informações que a retratam e contribuindo para diminuir a dificuldade de autoanálise (Manes, 2014).

Após um momento de aquecimento, com a apresentação do retrato da cliente, o objetivo será explorar o seu “eu” face a palavras como, relações com os outros, autonomia, aceitação de mim, o ambiente que me rodeia fora do internamento, os meus objetivos de vida, crescimento pessoal, que darão contributos à cliente para tomar consciência de si nos constructos do Bem-estar Psicológico e apontar áreas com necessidade de intervenção.

A minha intervenção está integrada num acompanhamento multidisciplinar do Núcleo das Perturbações do Comportamento Alimentar que a cliente está ter desde o primeiro internamento, sendo minha intenção compreender o estado de saúde mental da cliente C., de modo a traçar um plano de cuidados de enfermagem individualizado em saúde mental.

Pertinência da Intervenção

A intervenção que será realizada ganha interesse e pertinência, pelos contributos que perspectivamos na exploração do autoconceito da cliente e o seu posicionamento na relação consigo própria, na relação interpessoal e nas relações com o meio.

Esta abordagem coopera na avaliação do seu bem-estar psicológico, considerando de forma qualitativa o seu posicionamento no aqui e agora, face aos seis constructos do Bem-estar Psicológico, modelo seleccionado para orientar a prática.

Corroborando a informação obtida qualitativamente e quantitativamente, pretendo definir diagnósticos de enfermagem e áreas de intervenção. Isto, tendo em consideração que o estabelecimento de um plano de intervenção é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação de dados e teoria, negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de classificação internacional para a prática de enfermagem (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho, p. 17035).

Plano de intervenção

Tempo	Fase	Objetivo	Metodologia	Recursos
10 min.	Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Centrar a cliente no aqui e agora; - Promover uma esfera de partilha; - Desenvolver a comunicação e autoconsciência da cliente; - Diminuir a dificuldade de autoanálise pela cliente; 	<ul style="list-style-type: none"> - Expor o tempo que vai durar a intervenção e o plano de trabalho; - Realizar a intervenção “o meu retrato” (Manes,2014, p.42): <ul style="list-style-type: none"> . Numa folha a cliente escreve o seu nome no centro, em torno da mesma vai escrever as informações que quer dar de si acerca dos seus interesses, desejos, aspirações, atividades desportivas e recreativas, relação com os outros); . Convidar a cliente a explicar o seu retrato; 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala; -Folha de papel; - Caneta;
20 min.	Fase de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a comunicação e autoconsciência da cliente; - Avaliar o posicionamento da cliente face aos 6 constructos de Bem-estar psicológico; 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptado da intervenção “Desenho as palavras” (Manes,2014, p.83), pretendo: <ul style="list-style-type: none"> . A cliente numa tabela dividida em 6, em que cada espaço contém as palavras (relações com os outros, autonomia, aceitação de mim, o ambiente que me rodeia fora do internamento, os meus objetivos de vida, crescimento pessoal), irá escrever por palavras suas como se sente no aqui e agora. . Irei intervir na clarificação de palavras/ ideias que forem escritas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala; - Folha de papel; -Caneta;
10 min.	Fase de partilha	<ul style="list-style-type: none"> - Sintetizar as ideias principais das atividades; - Perspetivar áreas de intervenção; 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintetizar a informação que foi trabalhada nas duas atividades; - Perspetivar com a cliente focos de intervenção/ajuda; 	<ul style="list-style-type: none"> - Folhas das atividades realizadas;

Avaliação e indicadores

Para a avaliação da intervenção utilizou-se as orientações para a formulação de indicadores, subordinados aos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional da Ordem dos Enfermeiros (2004).

São considerados indicadores de estrutura: supervisão clínica do profissional de enfermagem; existência de um quadro de referência de enfermagem; presença de quadro teórico, objetivos da intervenção; espaço físico para a realização da intervenção e acessibilidade ao espaço.

Os indicadores de processo utilizados serão: ambiente seguro; comunicação fluente; apreciação quantitativa do bem-estar psicológico; identificação de fenómenos de enfermagem; assegurar a continuidade de cuidados; colaboração com outros profissionais, adesão da cliente á sessão.

Os indicadores de resultado segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004) devem ser realizados em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem), tendo por base a realização de diagnósticos de enfermagem.

Consideram-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem as evoluções positivas ou modificações no estado dos diagnósticos de enfermagem após as intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2004). Neste contexto segundo a CIPE (2011), perspetivo os resultados ao nível da disponibilidade para o conhecimento, consciencialização facilitadora, disponibilidade para comunicação efetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bouça, D. (2000). *Anorexia nervosa minha amiga*. (2ª Ed.). Porto: Ambar.
- International Council of Nursing (2011). *CIFE® Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (H. Castro, Trad). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
(Tradução original do ICNP® Version 2- Internacional Classification for nursing practice)
- Manes, S. (2014). *83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupos*. (11.ªed.), Lisboa: Paulus Editora.
- Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia- O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian-Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros-Suplemento da Revista*, 13, 3-8.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da Republica, 2.ª Série, N.º122 (25-07-2015) 17034-17041.
- Tomey, A., Alligood, M. (2011). *Nursing theorists: and their work*. (7ª ed.). Maryland Heights: Mosby Elsevier.

Apêndice IV- Diário de Aprendizagem III

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM III

Descrevendo...

Na sequência do acompanhamento da cliente C. após a realização da entrevista e aplicação da escala de autoavaliação de Bem Estar-Psicológico, delineei uma intervenção psicoterapêutica. Esta intervenção teve o intuito de com a cliente ajuda-la na exploração do seu autoconceito, do seu posicionamento na relação consigo própria, nas relações interpessoais, nas relações com o meio, como também dar contributos para o desenvolvimento da relação com a C. Esta intervenção tinha o sentido de cooperar na avaliação do seu bem-estar psicológico, considerando de forma qualitativa o seu posicionamento no aqui e agora, face aos seis constructos do modelo selecionado para orientar a prática. Para mim enquanto aluna perspetivando o meu desenvolvimento de competências de âmbito psicoterapêutico.

A intervenção ocorreu durante o turno da tarde, já havia em outro dia exposto à cliente que iríamos realizar uma intervenção, cujo objetivo foi explicado no momento. No dia da intervenção validei a sua realização e combinei com a cliente o momento mais oportuno.

Selecionei o ambiente mais resguardado e favorecedor ao desenvolvimento da atividade. Chegamos à sala a dialogar sentamo-nos num angulo de 90°, conseguia perfeitamente observar a C. Comecei por reforçar a informação do porquê de estarmos ali, qual o objetivo da intervenção e defini o tempo que iria durar.

Dei início à fase de aquecimento da atividade e solicitei que a cliente na folha que lhe estava a apresentar, colocasse o seu nome no círculo e em torno do mesmo fizesse o seu retrato, elucidando-a que podia escrever palavras ou frases acerca dos seus gostos, características, interesses e *hobbies*. No entanto, a cliente não escreveu...desenhou!! Após o esboço do seu retrato (*apêndice I), propus à cliente que apresentasse o que havia feito. A cliente abordou cada aspeto do seu desenho e especificou o que dizia de si. De um modo geral o desenho tinha uma conotação positiva e foi assim apresentado. Não explorei as considerações realizadas pela C. em particular, mas sim um comentário geral.

Seguidamente solicitei que a C. com base no que se tinha apresentado se posicionasse face às considerações: aceitação de mim; os meus objetivos de vida; o ambiente que me rodeia fora do internamento; relações com os outros; autonomia e crescimento pessoal. Atividade em *apêndice II.

Na fase em que a cliente estava a realizar a intervenção esta solicitou que clarificasse o sentido de autonomia e crescimento pessoal.

No final da cliente ter escrito os seis campos iniciei a exploração do que havia redigido.

Nos pontos crescimento pessoal e objetivos de vida a cliente parecia ter ideias estruturados, não de uma forma concreta, mas com uma base de motivação subjacente, sendo reforçada a concretização das suas expectativas e clarificados alguns receios/medos relatados.

Não foi aprofundado o ponto autonomia, C. escreveu “dificuldade em aceitar o que era” (sic), verbalmente acrescentou que diz respeito à sua antiga postura nas relações com terceiros, tendo sido feito o cruzamento com os pontos-ambiente que a rodeia e relações com os outros. A cliente mencionou que por vezes se isola, estando subjacente as frustrações das suas relações. No entanto, de um modo global refere que atualmente as suas relações melhoraram.

A autoaceitação é o constructo que aponta ter mais dificuldade, isto relacionado a “aceitar as alterações corporais; gostar de mim” (sic).

A intervenção foi finalizada com uma síntese e dado enfoque à autoaceitação e à motivação da concretização dos objetivos planeados.

Nesta intervenção foram abordados os seis constructos do Bem Estar Psicológico, sendo perceptível a necessidade de explorar o que é para a cliente autonomia e o trabalho na sua autoaceitação.

O que pensei e senti...

Logo desde o início da intervenção senti uma diferença substancial quanto à minha postura na relação e no momento da interação.

Senti-me mais calma, em contacto com o que estava a perceber e a pensar, a dar sentido ao que ouvia e a devolver as questões que me pareciam pertinentes no momento. Senti-me em contacto comigo e sobretudo senti-me “eu”, senti-me autêntica e congruente, com o que sou habitualmente nas

relações de cuidado que estabeleço, com o acréscimo de atender a novos indicadores na relação e intervenção.

Ao ser “eu” coloquei grande parte da postura tensa, pouco espontânea e formal, que marcou a entrevista inicial, dando abertura à relação... Senti-me mais disponível, não tão autocentrada nas minhas inseguranças, de estar numa fase nova de aprendizagem, num serviço e com pessoas novas, num papel de cuidados diferente do que habitualmente estou confortável e ao qual estou a descobrir e integrar...

Senti que existiu uma evolução na relação que estabeleci com a cliente C.!!! Vários contactos se foram realizando nos últimos dias, o que contribuíram para o início de uma relação de confiança. A interação já é mais fluente, houve abertura à exploração de novos pontos de vista sobre os acontecimentos de vida da cliente e a dar-se sentido a acontecimentos passados. Empaticamente foram-se explorando novos caminhos.

Na fase de aquecimento quando desafiei a cliente a escrever sobre o seu retrato, a cliente optou por desenhar... Na altura pensei se teria sido suficientemente clara, se não teria feito sentido para a cliente a minha proposta, ou se não era suficientemente interessante e estimulante. Após estes pensamentos e ao observar a cliente a retratar-se através do desenho, percebi que foi uma forma de expressão tanto quanto as outras que havia proposto. A limitação foi minha, em não ter permitido uma livre forma de expressão do seu retrato.

De todo me passou pela mente interromper a sua iniciativa e cingi-la a palavras, mais importante do que o que eu havia estabelecido, era a forma como a cliente se queria expressar sobre si. Para mim esta atitude da cliente trouxe-me surpresa e agrado, por a cliente ter a criatividade, o envolvimento e interesse em ser ela própria, no seu modo de expressão e de resposta a um objetivo proposto. Na realidade o que eu pretendia efetivamente era proporcionar um ambiente favorável à exploração do seu “eu”, como tal cada um tem uma forma própria e que se sente mais confortável para o fazer.

Senti que houve determinados aspetos que poderiam e deveriam ser explorados, mas dados os objetivos propostos, o tempo restante e face às oportunidades futuras acabaram por ficar pendentes.

Ao avaliar e analisar esta experiência...

Senti-a individualmente como muito gratificante, além da relação com a cliente estar mais próxima, permitiu-me intervir com o sentido de desenvolver uma relação baseada nos fundamentos de uma relação psicoterapêutica, isto é, numa relação que permita identificar focos de atenção a sentimentos e atitudes que a cliente desenvolve em relação a si e aos outros, à forma como são expressos, na construção de novas explicações para a causa do seu sofrimento e até de novas vias de solução dos seus problemas (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho, p. 17035).

Colocar-me numa relação sob estes fundamentos, experienciá-la, consciencializar-me da minha evolução e perceber os contributos que surgiram na relação, motiva-me à exploração e a alargar horizontes neste caminho que ainda está no seu início.

Os contributos da Sra. Enf^a. X em vários momentos da fase de trabalho da intervenção fez-me olha-la, no sentido figurativo como uma bússola, na exploração da relação com a cliente, do seu cunho pessoal do que é cuidar de pessoas com anorexia nervosa, das habilidades e das atitudes que o enfermeiro pode adotar no seio de uma relação psicoterapêutica. Claro está, que cada enfermeiro tem uma forma própria de manifestar tais atitudes e é esse caminho que estou a percorrer...

Chalifour (2008) considera que para se aplicar diferentes técnicas e estratégias na relação, o interveniente, neste caso o enfermeiro deve manifestar algumas atitudes na sua relação com o cliente, que segundo Simões, Fonseca & Belo (2006) ajudam a criar condições ideais para a transformação do cliente.

Para mim esta experiência enfatizou em mim algo que considero fundamental na relação e que Chalifour (2008) denomina de autenticidade, que passa por mostrar ao cliente que o profissional é genuíno e que merece a sua confiança no seio da relação de ajuda profissional (Chalifour, 2008). Phaneuf (2005,p. 359) diz que é a atitude de “permanecer sinceramente ela própria” na relação. Foi assim que me senti, “eu” na relação mostrando-me interessada em participar no projeto terapêutico da cliente, atitude que pretendo consolidar na relação.

Lazure (1993) considera que é pela subjetividade do sofrimento, que surge a necessidade da empatia na relação de ajuda e foi nesse sentido, explorando vários aspetos da cliente na relação consigo própria, nas relações interpessoais e nas relações que estabelece com o meio, que senti que empaticamente se foram explorando diferentes dimensões. O meu objetivo passa também por trabalhar a compreensão empática, que permite ao profissional “introduzir-se no mundo afetivo do cliente e tentar apreender do seu ponto de vista, a compreensão afetiva e cognitiva que ele possui da situação” (Chalifour, 2008,p.198).

Como já referi anteriormente a comunicação foi fluente, face à entrevista inicial auxiliei-me de estratégias comunicacionais, que me ajudaram na exploração/clarificação dos conteúdos da intervenção. Baseada em Chalifour (2008) considero ter utilizado o reflexo simples e o feedback dando a entender à cliente ter percebido o conteúdo manifesto por si e colocando novas perspetivas, a síntese de aspetos relatados e a realização de questões.

Senti que existiu uma conotação diferente ao nível da comunicação, mais do que uma comunicação funcional, direcionada a recolha de informação, penso que esteve na base a compreensão da cliente a sua situação atual, as suas expectativas, medos e diferentes perspetivas para o mesmo problema. Tudo isto sustentado pela escuta, que vai além do ouvir, reflete um estado de disponibilidade intelectual e afetiva (Phaneuf, 2005).

Muito guiada pela Sra. Enf. X., pela forma como o fez com a cliente e que me criou liberdade e à vontade para o concretizar, foi a expressão da minha consideração positiva em relação pela C., que envolveu a manifestação à C. do meu respeito por si, de todo o seu valor e dignidade. Estes denominadores podem-se tornar um nutriente para o cliente crescer e demonstrar coragem para enfrentar as dificuldades (Phaneuf, 2005).

Chalifour (2008) considera inclusive que a arte de ajuda profissional passa por dosear o suporte afetivo e o encorajamento, sem este equilíbrio, a ameaça da descoberta de si, pode incitar o cliente a retrair-se.

Aponto como negativo a possibilidade da cliente não ter percebido concretamente o que pretendia quando pedi que se posicionasse em relação à sua autonomia. Poderá ter sido uma falha ao nível da minha explicação, dificuldade da cliente em expressar-se em relação à mesma, ou até não querer

posicionar-se e revelar. Pelo que fica para um próximo contacto a sua exploração.

Quanto à aplicação da escala a intervenção corroborou os resultados, apontando para a autoaceitação e autonomia, como áreas com menos pontuação e como prioritárias de intervenção, com o fim de promover o Bem-estar Psicológico.

Os indicadores de resultado selecionados para a intervenção, segundo Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (2011)- disponibilidade para o conhecimento, consciencialização facilitadora e disponibilidade para comunicação efetiva, considero que estiveram presentes pelo envolvimento da cliente durante a intervenção e consecução da mesma.

Concluo...

A relação com a cliente estava com um maior grau de proximidade e confiança, permitindo a partilha, a exploração de si e dar passos para a relação terapêutica.

Senti-me mais segura e confiante, senti-me ligada ao meu “eu”, atendendo às minhas emoções e intervenções. Senti-me igualmente disponível e motivada na relação e intervenção.

Apesar de algumas lacunas a nível da exploração dos constructos de Bem-estar Psicológico, com alguma superficialidade, consegui de forma qualitativa perceber aqui e agora o posicionamento da cliente, necessidades de intervenção e reforçar os projetos existentes.

Futuramente ao planear a ação...

Terei em consideração que face a esta experiência cada indivíduo tem uma forma própria/preferencial/facilitadora para se expressar, podendo ser importante proporcionar liberdade de expressão, principalmente no que toca à exploração do autoconceito.

Pretendo dar continuidade ao desenvolvimento de competências de âmbito psicoterapêutico, isto porque, são este tipo de intervenções que “permitem o enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

Considero que o conhecimento e consciência de mim na relação são fundamentais, tendo sido esta experiência motivadora para este percurso, isto porque, segundo Diogo (2006, p. 81).

“melhorar a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus sentimentos, dos seus medos, tomar consciência dos seus mecanismos de projecção e de defesa, a fim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitiram melhorar a qualidade dos cuidados que presta”

Fico com o desafio de desenvolver cuidados centrados na pessoa, qualidade da relação de ajuda, que passa pelo cuidado centrado na própria pessoa, nas suas emoções, sentimentos, reações, necessidades e desejos, mais do que dar prioridade à doença e aos problemas existenciais (Phaneuf, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (vol 1). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro, uma perspectiva emotivo-emocional da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- International Council of Nursing (2011). *CIFE® Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (H. Castro, Trad). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- (Tradução original do ICNP® Version 2- International Classification for nursing practice)
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação*. Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da Republica, 2.ª Série, N.º122 (25-07-2015) 17034-17041.
- Simões, J., Fonseca, M., Belo, A. (2006). Relação de ajuda: horizontes de existência. *Referência*. III (3), 45-54.

*Apêndice I- Intervenção “O meu retrato”



Relato da Cliente C.:

“ o sorriso, é porque eu quero ser uma pessoa sorridente, diferente da c. de antigamente reservada” (sic)

“ a estrela e a lua porque gosto da noite, de sair com os meus amigos” (sic)

“ o coelho, porque já tive vários, gosto muito de coelhinhos e de animais de estimação em geral”(sic)

“ o sol e a praia porque todos os anos passo férias na praia, desde pequena e gosto mesmo muito” (sic)

Uma pauta de música “porque gosto muito de ouvir musica” (sic)

“ TV porque gosto muito de ver séries” (sic)

“ os três bonecos simbolizam a ginástica acrobática” (sic).

*Apêndice II- Intervenção adaptada “O desenho das palavras”

ACEITAÇÃO DE MIM	OS MEUS OBJECTIVOS DE VIDA	AMBIENTE QUE ME RODEIA FORA DO INTERNAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> - aceitar as alterações corporais - gostar de mim 	<ul style="list-style-type: none"> - arranjar trabalho - ter uma casa - ter uma família 	<ul style="list-style-type: none"> - algum isolamento
RELAÇÕES COM OS OUTROS	AUTONOMIA	CRESCIMENTO PESSOAL
<ul style="list-style-type: none"> - boa com os amigos mais próximos 	<ul style="list-style-type: none"> - dificuldade em aceitar o que era 	<ul style="list-style-type: none"> - tirar alguns cursos fora da minha área

Apêndice IV – Guião de Entrevista Inicial

GUIÃO DE ENTREVISTA INICIAL

Tipo de Entrevista:

- Semi- estruturada.

Objetivos para a entrevista:

- Promover o desenvolvimento de uma relação terapêutica;
- Recolher informação para construção da história do cliente;
- Avaliar o estado mental;
- Avaliar qualitativamente o BEP;
- Identificar processos de transição reais ou potenciais no cliente;
- Identificar problemas/necessidades nomeadas pelo cliente como alteradas;

FASE	PONTOS NORTEADORES DE ENTREVISTA/ ITENS DE AVALIAÇÃO	
Início da Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> . Apresentação; . Definição dos objetivos; 	
Corpo da Entrevista	Componente subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> . Relato do percurso de vida/ Situação atual de saúde; . Antecedentes pessoais e familiares/ Hábitos; . Adesão á terapêutica . Relação consigo/ Autoaceitação (passado, presente e futuro); . Relações interpessoais; . Gestão do meio; . Objetivos de vida; . Autonomia; . Disponibilidade para a mudança/crescimento; . Necessidade de ajuste de papéis/vulnerabilidades; . Problemas/necessidades identificadas pelo cliente como alteradas;
	Componente objetiva	<ul style="list-style-type: none"> . Atitude na entrevista . Expressão facial/ contacto com o olhar . Consciência/ Orientação auto e alopsiquica . Humor e afetividade . Pensamento e discurso . Perceção . Insight e juízo crítico . Avaliação Geral: <ul style="list-style-type: none"> * Pele e mucosas * Aspeto (higiene e vestuário) * Idade aparente corresponde á real * Alterações neurológicas * Atividade motora
Final da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> . Síntese da entrevista; . Delineamento do plano de intervenção; 	

*Baseado em:

- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica-Estratégias de intervenção-volume 2* (Vol 2) Loures: Lusodidacta.
 Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação*. Loures: Lusociência.
 Trzepacz, P; Baker R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi Editores.

Apêndice V – Portfólio Reflexivo



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

2014/2016

Unidade Curricular:

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

PORTFÓLIO REFLEXIVO

Vanessa Sofia Domingos Candeias

Lisboa,

2016



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

2014/2016

Unidade Curricular:

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

PORTFÓLIO REFLEXIVO
-ESTÁGIO NA COMUNIDADE-

Discente:

Vanessa Sofia Domingos Candeias, N^o 708

Docentes:

Prof^a. Coordenadora Francisca Manso

Prof. Carlos David

Orientadora do Local estágio:

Sra. Enf^a. Catarina Gabriel

Lisboa,

2016

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BEP- Bem-estar Psicológico;

C1- Cliente 1

C2- Cliente 2

CIPE - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem;

EESMP- Especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria;

INDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	4
1. ANÁLISE DE ENTREVISTA	5
2. PROCESSO DE TRANSIÇÃO	10
3. DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM-C1	15
3.1. Diário de Aprendizagem nº 1	15
3.2. Diário de Aprendizagem nº 2	20
3.3. Diário de Aprendizagem nº 3	29
4. DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM-C2	36
4.1. Diário de Aprendizagem nº 1	36
4.2. Diário de Aprendizagem nº 2	42
4.3. Diário de Aprendizagem nº 3	52
4.4. Diário de Aprendizagem nº 4	62
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente trabalho denominado de portefólio reflexivo consiste na síntese de um conjunto de reflexões desenvolvidas ao longo do Estágio de Saúde Mental e Psiquiatria, concretamente em âmbito comunitário

O portefólio tem o objetivo de retratar de uma forma resumida vários temas que foram levados a reflexão ao longo do meu percurso de desenvolvimento como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (EESMP).

A construção de um portfólio reflexivo foi um objetivo que constou no meu projeto de estágio, isto reconhecendo a importância de uma prática reflexiva na reelaboração de saberes e considerando que já não é apenas suficiente “o desenvolvimento das estruturas e competências intelectuais, nomeadamente das que são importantes para conhecer a realidade, mas também das que são indispensáveis para construir o significado pessoal e para elaborar e implementar projetos de ação transformadora da mesma” (Campos,1991, p.10).

No capítulo um é apresentada uma análise de uma entrevista realizada nos primeiros momentos do estágio a nível comunitário, com enfoque nas técnicas comunicacionais e atitudes do enfermeiro no desenvolvimento de uma consulta de enfermagem.

Num segundo capítulo consta um diário de aprendizagem, que decorreu do meu questionamento e procura da compreensão do caso apresentado em consulta, à luz da Teoria de médio alcance de Afaf Meleis.

O terceiro e quarto capítulo reúnem um conjunto de reflexões que surgem do cruzamento de registos de interação com diário de aprendizagem, cujo objetivo final é refletir acerca da interação desenvolvida em entrevista, tendo por base o Ciclo de Gibbs.

1. ANÁLISE DE ENTREVISTA

O presente trabalho tem como objetivo traduzir uma análise da entrevista desenvolvida pela Enfermeira X, concretamente analisando as técnicas comunicacionais e as atitudes adotadas ao longo da entrevista.

A entrevista ocorreu na unidade comunitária no contexto de uma consulta de seguimento da Sra..C., que se encontra numa fase de descompensação da sua doença bipolar, marcada sobretudo pela presença de atividade delirante e taquipsiquismo. Na entrevista estavam presentes a Sra. C., o Sr. S., marido da cliente, a Enfermeira X e eu. O casal encontra-se na faixa etária dos 60-70 anos.

A entrevista com o objetivo inicial de ser uma entrevista de ajuda, de monitorização do momento de crise da Sra. C., passou a ser concretamente uma entrevista de ajuda para a resolução de problemas e conflitos. À luz de Phaneuf (2005) a entrevista de ajuda para a resolução de problemas e conflitos, trata-se de uma estratégia de comunicação baseada no respeito e empatia, cuja enfermeira estabelece um processo de ajuda estruturado, que permite apoiar a pessoa com um problema ou conflito relacional que tem dificuldade em gerir. A entrevista encontrava-se semiestruturada, isto é, já existiam determinados aspetos que estavam pré-estabelecidos como pontos a abordar e avaliar, havendo abertura a exploração de novos pontos, no entanto sem se perspetivar que fosse exposta uma situação de conflito entre o casal.

Segundo Chalifour (2008) a relação de ajuda deve ser estruturada em três momentos, a primeira fase a de orientação da relação, em que o objetivo é clarificar o pedido de ajuda, é recolhida a informação fornecida pelo cliente e o seu modo de compreender a dificuldade que vivencia. Num segundo momento, a fase de trabalho ou emergência de identidades o interveniente define estratégias e aplica-as para fazer face à necessidade do cliente e por fim a fase de conclusão que se encaixa no momento final da entrevista, em que se realiza uma síntese do abordado e se perspetiva e incentiva a objetivos até ao próximo encontro (Chalifour, 2008).

Na entrevista em análise, num primeiro momento foi realizado o acolhimento ao casal, em que a enfermeira adotou uma atitude calorosa na receção dos

clientes, cumprimentando-os e proporcionando que se sentassem confortavelmente. Seguidamente abordou a cliente questionando a Sra. C. como havia passado, a cliente verbalmente e não verbalmente reportou que ainda não estava como gostaria de estar, foi devolvida a questão para o Sr. S., que acentuou o facto da esposa ainda não estar bem, de apresentar dificuldade em dormir e dos fármacos não estarem ainda a ser eficazes. Mediando o diálogo entre ambos, promovendo a circularidade da informação, a Enfermeira X colheu dados no sentido de explorar o que estava a ser relatado por ambos. Dando sentido ao conteúdo expresso pelo Sr. S., de referir que a esposa não estava a dormir bem, que os medicamentos não estavam a ter o efeito habitual, estando mais agitada no período noturno, a Enfermeira deu continuidade ao diálogo e questionou acerca da toma de terapêutica, validando a toma de cada medicamento com a Sra. C. e reforçando a necessidade de ser uma toma assistida pelo marido. Nesta sequência a Sr. C. introduziu o facto de o marido estar mais ocupado e inquieto com a sua atividade profissional, que dado ao volume de trabalho que apresenta dorme poucas horas por noite e tem reações desajustadas consigo, referindo *“eu sou seguida em psiquiatria, mas ele também devia ser, ele não está bem”*(sic), tendo o Sr. S. referido *“eu não ando bem, não aguento mais, ela ontem disse para eu me ir embora de casa, que já não me podia ver, se é assim divorciamo-nos[mostrou uma postura de desagrado e tristeza, de eclosão de emoções]. mas quando ela está bem, já vem ter comigo e estamos bem, (...) eu qualquer dia tenho uma embolia ou qualquer coisa com os nervos”*(sic).

Ao perceber o conflito entre o casal e clarificando o pedido de ajuda, a Enfermeira X deu início ao corpo da entrevista, a um segundo momento. A Sra. C. continuava a expressar o modo como determinadas atitudes do marido a estavam a perturbar, sendo que o marido de igual modo expressava o desagrado quanto ao modo como a Sra. C. *“degrine a minha imagem a toda a gente, na última consulta foi o que se viu, nesta fase da doença é assim”* (sic). Numa das verbalizações sucessivas de desagrado em relação às atitudes do marido a cliente expressa como exemplo o facto do marido a obrigar a tomar o pequeno-almoço para tomar a terapêutica, sendo que gostava de o tomar mais calmamente e tardiamente. O marido confirmou, pelo que a enfermeira teve

uma atitude facilitadora de suporte, explicando que o mais importante seria a toma da terapêutica, no momento em que o marido pudesse estar presente, sendo que o pequeno-almoço e restantes rotinas poderiam ser no ritmo e vontade da Sra. C., uma vez que os fármacos que está a tomar não têm consequências a nível gástrico. A Sra. C. continuava consecutivamente a reportar os comportamentos que lhe provocavam desagrado por parte do marido, tendo a Enfermeira X dado um reflexo de sentimento/ reformulação, que segundo Chalifour (2008) se reporta à extração do conteúdo verbal o sentimento inerente, verbalizando à cliente que calculava que esta era uma situação difícil para si e que a estaria a angustiar, que foi ainda acentuada com um feedback experiencial, refletindo de forma simultânea o que a enfermeira percebeu, pensou e sentiu (Chalifour,2008). Foi explicitado à Sra. C. que nos momentos de crise da sua doença habitualmente eram estes os sentimentos que emergiam, ao passo que quando está bem, o casal é unido não existindo estes conflitos. Paralelamente a Enfermeira X utilizou o toque, que foi recebido com agrado pela Sra. C., demonstrando ser um toque afetivo, que Chalifour (2008) considera que o seu objetivo é transmitir e receber um sinal de reconhecimento, de aceitação, de protecção e interesse. O toque manteve-se grande parte da entrevista.

Seguidamente a Enfermeira X mobilizou outra técnica de comunicação verbal, a revelação de si, quando utilizou a sua experiência pessoal de vida, dando sentido a algumas atitudes ditas como normais numa relação conjugal e que a cliente as estava a colocar como problemáticas, Phaneuf (2005) atenta que a revelação de si contribui para relações mais humanas.

Tendo a Sra. C. mantido a persistência neste tipo de verbalizações a Enfermeira X pediu à cliente para a ouvir, com o sentido que a Sra. C. fizesse algum silêncio para que se pudesse intervir também com o marido, o que não foi totalmente possível porque a cliente deu continuidade ao seu discurso comigo. A enfermeira X aproveitou o momento em que a cliente estava com a atenção direcionada para mim, explorando e clarificando com o marido as dificuldades que ele estaria a sentir. A enfermeira reforçou o respeito que tinha por ele, expressando que a sua imagem não estava denegrida e que mantinha a sua proposta de outros contactos, a de fornecer ajuda especializada para o

Sr. S., uma vez que refere já não dormir bem, sobretudo pelo trabalho que desempenha, sentir-se ansioso e ter expressado e valorizado o facto de estar com tremores periféricos ao nível dos membros superiores.

A par da abordagem que a enfermeira estava a fazer com o Sr. S., a Sra. C. mantinha-se em diálogo comigo mas prestando alguma atenção ao que estava a ser relatado entre eles. O toque que existiu outrora passou a ser uma massagem na mão e braço facultada pela Sra. C. à enfermeira, pareceu ser como um reconhecimento da Sra. X., um agradecimento por estar a dar resposta a um problema, que havia identificado no marido e que tanto a estava a influenciar e não estava a conseguir gerir. O *stress* laboral do marido estava a pautar a relação de ambos e a perturbar o bem-estar da cliente, que já era a terceira descompensação no ano de 2015.

O Sr. S. aceitou ter uma consulta de psiquiatria, no entanto revelou alguma necessidade de controlo, pelo médico que iria ter, pelos horários e frequência de consultas, enfatizou a dificuldade da inscrição na unidade, pelo que a enfermeira X se responsabilizou em tratar de todo o processo reforçando a sua atitude facilitadora e de suporte.

A massagem da Sra. C. entretanto parou e a enfermeira elogiou o seu cuidado e explicitou como se estava a sentir confortável, a Sra. C. e o Sr. S. simultaneamente evidenciaram contentamento.

Enquanto a Enfermeira X procedia à inscrição e marcação da consulta para o Sr. S., administrei o injectável prescrito à cliente, que colaborou e ia interagindo.

Neste momento o casal parecia estar com uma interação mais harmoniosa, a Enfermeira X. reforçou a beleza da cliente, pelo que a Sra. X. já num registo mais calmo falava de como o marido a gostava de ver arranjada e como ela própria gostava de se ver, relatando importar-se com a sua imagem. Ambos se mostraram agradados, reconhecidos na sua individualidade e nas suas dificuldades, foi dado um reforço positivo à relação, mostrando-se o Sr. S. mais calmo, compreendido e disponível para a Sra. C. transparecendo inclusive congratulação quanto à beleza da sua esposa que estava a ser elogiada pelas enfermeiras.

A fase final da entrevista foi marcada pela síntese devolvida pela enfermeira X da continuidade da consecução do tratamento da Sra. C., da consulta do Sr. S., da importância da união de ambos e nas perspetivas de melhoria. O casal despediu-se de forma calorosa e sorridente.

Em suma, foi para mim perceptível a existência de uma relação terapêutica entre a enfermeira e o casal, que foi marcada pela atitude de respeito, autenticidade e empatia por parte da enfermeira X, mobilizando estratégias relacionais que se iniciaram logo com o acolhimento, passando pelo suporte fornecido de forma transversal ao longo da entrevista, suporte emocional e instrumental, explorando e clarificando o pedido de ajuda subjacente ao que estava a ser relatado pelo casal. Quanto à estrutura da entrevista foi-me perceptível a sua organização nos três momentos (início, corpo e fim), como também de forma estruturada a resposta a um pedido de ajuda e ao desenvolvimento da resolução e problemas.

Além das técnicas comunicacionais e as atitudes adotadas ao longo da entrevista, foi para mim perceptível que dado o nível de autoconhecimento e consciência que a Enfermeira detém sobre si, permitiu a sua mobilização como instrumento terapêutico e a um imediatismo na relação, que foi além do que estava a ser comunicado, mas a um outro nível de trocas, que se situa no imediato e que marca a qualidade da relação existente (Chalifour, 2008).

2. PROCESSO DE TRANSIÇÃO

Descrivendo...

O presente diário de aprendizagem surge de uma necessidade de reflexão que emergiu no decorrer de uma consulta de enfermagem realizada pela Sra. Enfª X à Sra. A.

A Sra. A. tem cerca de 50 anos de idade, com o Diagnóstico médico de Doença Bipolar. Veio à consulta acompanhada pela sua mãe, com quem vive mais os seus dois filhos.

A Sra. A. é fumadora e tem excesso de peso (superior a 100Kg). Desde há cerca de três meses que a Sra. Enfª X. tem investido na promoção de estilos de vida saudáveis, especificamente ao nível da alimentação, incentivo à perda de peso e redução do consumo de tabaco.

Atualmente a Sra. A. está a vivenciar uma situação aguda de doença física, na presente consulta a Sra. A e a sua mãe relataram à enfermeira o feedback da consulta médica de cirurgia vascular, que após observação dos exames auxiliares de diagnóstico detetaram duas obstruções ao nível arterial da perna direita e consideraram que face à complexidade da situação está a ser estudada e ponderada uma abordagem cirúrgica.

Pelo que constatei na consulta a cliente muito influenciado pela mãe tem investido na alimentação, perdeu 2 Kg desde a última consulta e informaram com muito contentamento que a Sra. A estava a reduzir o número de cigarros. Quando questionada do porquê de o estar a fazer encolheu os ombros e não apontou um motivo, referindo que em vez de 20 cigarros estava a fumar cerca de 10, o que para si não era fácil, mas que estava a esforçar-se para tal. Existiu uma mudança, sobretudo nos hábitos tabágicos, mudança que beneficia a sua situação atual de doença e possível abordagem cirúrgica. O que significa esta mudança? Será que a Sra. A. está numa fase de transição, ou será que apenas poderemos perspetivar que existe o risco de tal?

O que pensei e senti...

A situação descrita suscitou em mim a dúvida, o questionamento e a procura da compreensão do fenómeno apresentado à luz da Teoria de médio alcance de Afaf Meleis.

Esta teoria desafia-me na sua aplicação prática, o encarar o Ser Humano como ser de mudança, Ser na procura de estados de bem-estar que de forma direta ou indireta é influenciada pela situação de saúde e especificamente de saúde mental, leva-me na procura do que é estar em mudança, o estar em transição. Será o mesmo-mudança e transição? O que implica, o que condiciona, o que facilita, o que é desenvolvido ao nível do consciente e que promove o envolvimento na transição, que dificuldades se colocam, quem perspetiva a transição?

Ao avaliar e analisar...

O Ser Humano diariamente é exposto a estímulos que contribuem para a construção do seu eu, nas interações que estabelece com terceiros e com o meio onde se insere. Considero que estes estímulos influenciam e condicionam a satisfação das suas necessidades e que podem levar à mudança e à reformulação de papéis.

Segundo Chick & Meleis (1986) o processo que conduz à integração de mudanças no modo de viver, com conseqüente reorientação e redefinição do modo de ser e de estar do indivíduo que a vive é designado de transição.

Especificamente nesta situação apresentada parece-me que existiu uma mudança por parte da Sra. A., que segundo a mesma nem sabe concretizar ou relacionar o seu porquê, mas que surgiu do decorrer de diferentes abordagens da Sra. Enf^a.

Por parte da Sra. Enf^a existia o entendimento que os hábitos de vida da Sra. A. eram prejudiciais e que paralelamente às queixas físicas que apresentava perspetivava algum problema de saúde. O objetivo da Sra. Enf^a centrou-se na promoção de estilos de vida saudáveis, isto baseado na antecipação de uma transição que seria iminente, incentivando a aprendizagens benéficas para a saúde. Paralelamente apoiando a fase de diagnóstico da situação saúde física.

À luz da teoria selecionada e Sra. A. encontra-se na eminência de uma transição de saúde/doença, isto tendo em consideração a natureza e o tipo de transição. A transição de saúde/doença reporta a uma mudança ao nível dos papéis no que concerne à gestão de uma nova condição de saúde (Meleis & Trangenstein, 1994). Esta nova situação pode levar a Sra. A. a um estado de vulnerabilidade face ao diagnóstico, procedimento cirúrgico e ainda o processo de recuperação e reabilitação, que para além de afetar a saúde física, pode também afetar a saúde mental.

A mudança é sinónimo de transição? Nesta situação específica verificou-se a mudança de alguns hábitos, será uma transição? De facto existiu uma mudança, que decorreu em grande parte pelo condicionamento do profissional na preparação para novos papéis que se avizinham. Transição reporta-nos para uma mudança e reajuste de papéis, que incorporados ao nível do ser e do estar constituem um processo de transição, por sua vez a mudança reporta-nos para algo externo, para uma situação (Chick & Meleis, 1986). Assim transição e mudança não podem ser consideradas o mesmo.

De salientar que a mudança pode direcionar, precipitar para um processo de transição, o que retrata o presente caso. A Sra. A. envolveu-se numa mudança, que apesar do seu grau de consciencialização ser reduzido está a provocar uma rutura nos seus hábitos, direcionando-a para a entrada no processo de transição (Chick & Meleis, 1986).

Chick & Meleis (1986) numa fase inicial do estudo da teoria definiram três propriedades universais da transição: o processo (entrada, passagem e saída), a perceção e a rutura. Neste momento a Sra. A. face ao diagnóstico da sua situação de doença, ao início da rutura de hábitos anteriores, parece-me que beneficia de uma integração, ou melhor, promoção da consciencialização destes dois aspetos no seu contexto de doença, isto porque, para se elaborar um processo de transição a Sra. A. tem que ter consciência das mudanças que incorpora e do que poderá esperar, pelo que a ausência de consciência poderá indicar que ainda não iniciou uma transição (Im, Meleis, Messias, Sawyer & Schumacher, 2000).

O enfermeiro ao intervir tendo por base os processos de transição é importante centrar-se na caracterização de três eixos da transição, a natureza

das transições (tipo, padrão e propriedades), as condições facilitadoras e inibidoras pessoais, da sociedade e comunidade à transição e os padrões de resposta tendo por base indicadores de processo e resultado (Im, Meleis, Messias, Sawyer & Schumacher, 2000).

De referir que o enfermeiro também deve ter ciente que as propriedades das experiências de transição, encontrando-se todas elas interrelacionadas e fazendo parte de um processo complexo de consciência, compromisso, mudança e diferença, intervalo de tempo, pontos críticos e eventos (Im, Meleis, Messias, Sawyer & Schumacher, 2000).

Concluo...

Na minha opinião cuidados de enfermagem centrados no cliente, nas suas necessidades de cuidado devem ir além dos fenómenos de doença e de alteração de necessidades, devem sim ter em conta eventos de vulnerabilidade acrescida, real ou potencial, que de forma direta ou indireta afetam a saúde, a saúde mental, o bem-estar da pessoa.

Assim, perspetivar o cuidado de enfermagem sob a Teoria das Transições é entender processos de transição, como experiências humanas, descritas como o conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar (Meleis & Trangenstein, 1994).

O caso apresentado reflete o cuidado de enfermagem antecipatório pela Sra. Enf. X., que com sensibilidade, consciencialização e humanização, identifica no cliente fatores que indicam uma iminente transição, com vista a facilitar e favorecer uma transição saudável (Zagonel, 1999).

Zagonel (1999) acrescenta ainda que as transições têm subjacente uma panóplia de emoções, que surgem muitas delas das dificuldades encontradas nos próprios processos de transição e das situações que as originam, podendo causar no cliente instabilidade, alterações na auto-estima, mudanças no desempenho de papéis, ansiedade, depressão e insegurança, até que encontre o equilíbrio perdido.

Por sua vez as intervenções de enfermagem devem proporcionar conhecimentos e *empowerment* àqueles que vivem o processo de transição, promovendo respostas saudáveis às transições que conduzam ao restabelecimento da sensação de bem-estar (Meleis, 2005).

Nesta situação parece-me importante a promoção da consciencialização do problema de saúde e de ações que conduzam à assimilação de papéis favorecedores à saída do processo de transição. Meleis (2010) aponta como uma das maiores terapêuticas de enfermagem, o cuidado centrado no *role supplementation*, isto é, facilitar ao cliente o ajustamento a novas condições, pela integração de novos conhecimentos e habilidades aos papéis que já assume.

Futuramente ao planear a ação...

Parece-me que é extremamente importante estar atenta à vulnerabilidade do cliente, no sentido de atuar nos processos de transição de forma antecipatória, no próprio processo e após o mesmo. Atender à vulnerabilidade, às fragilidades, às vivências e expectativas do cliente parece encaminhar no sentido de um cuidado centrado na globalidade do Ser Humano.

A Teoria das Transições perspectiva-me então uma visão que permite estabelecer orientações para a prática de enfermagem, que possibilitam pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face às múltiplas transições que a pessoa pode vivenciar.

3. DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM- C1

O presente capítulo apresenta os diários de aprendizagem que decorreram das entrevistas realizadas a C1, cliente selecionada para o desenvolvimento de estudo de caso.

3.1. Diário de aprendizagem nº 1

Descrivendo...

O primeiro contacto com C1 ocorreu no final do dia, C1 tinha tido um dia atribulado com consultas com o filho e vinha partilhar com a Enf^a. X. como haviam corrido os últimos dias.

C1 apresentava uma postura reservada, fâcies expressivo mas tendencialmente fechado. Humor depressivo. Foi proposta a C1 que fosse eu a acompanhá-la nas próximas consultas, tendo aceitado. Na sua situação pareceu importante reforçar verbalmente a existência de sigilo profissional.

Ao solicitar que C1 falasse de si, C1 calmamente deu início ao discurso e relatou o seu percurso de vida, dando principalmente enfoque aos seus últimos anos de vida. Foram explorados e clarificados vários aspetos do seu relato e afunilado o discurso para os seis constructos de BEP, dando acesso à sua avaliação subjetiva de bem-estar. Pelo seu relato as dificuldades apresentadas no meio laboral e a sua autoperceção, apontam para a necessidade de intervenção ao nível da maestria ambiental e auto-aceitação, o que foi corroborado posteriormente com os resultados da escala de avaliação de BEP.

Foram ainda abordados aspetos como o consumo de álcool, o seu trabalho no bar noturno, que partilhou por sua vontade. Existiu também um momento de clarificação da sua terapêutica, abordando os efeitos secundários da mesma.

Neste contacto foi dado sobretudo enfoque ao levantamento de informação, ao conhecer a cliente e sua história, ao desenvolvimento da relação.

Num momento final do contacto, já na fase de despedida, C1 refere “*tenho coisas do passado, que ainda me afetam*” (sic), proposto que expressasse tais “coisas”, que recusou.

O que pensei e senti...

Antes da realização da entrevista a Sra. Enf^a X havia-me realizado uma contextualização da história de C1, havia aspetos à partida que ponderei que C1 pudesse não querer expressar num primeiro contacto comigo, como exemplo o trabalho no bar noturno ou os consumos de álcool, o que acabou por não suceder.

A minha postura foi sobretudo de pedir à cliente que relatasse o que se sentisse confortável para o fazer e nesse discurso perceber a avaliação subjetiva de si, que acontecimentos de vida valorizou no seu relato e até as possíveis omissões, como se verificou em relação ao seu passado familiar.

Não tinha o intuito de tornar o contacto exaustivo ou invasivo, nesta fase para mim foi importante promover a relação e perceber o posicionamento de C1 em relação ao seu BEP e ao que na atualidade se coloca como problema, os desafios com que se depara, os ajustes/mudanças de papéis que está ou poderá vir a vivenciar.

Sendo a primeira entrevista sentia-me expectante, com a resposta que C1 iria dar à minha intervenção, apesar de ter na base objetivos para o contacto e uma entrevista semiestruturada, foram apenas indicadores que orientaram a minha abordagem. A resposta do outro, neste caso de C1, às minhas questões e pedidos de clarificação traziam consigo uma realidade imprevisível, com todas as suas vivências e emocionalidade, podendo e dando novos rumos de entrevista. É nesses novos rumos, que se torna fascinante, variada e rica a abordagem a nível comunitário.

Para mim este primeiro contacto com C1, na minha primeira entrevista na comunidade que assumi, senti dificuldade em dar um feedback concreto ao que me estava a ser relatado, isto é, levantei com C1 o que considerava problema, o que estava a vivenciar e depois...que resposta efetiva posso mobilizar? Qual foi o recurso que poderia ter mobilizado com maior facilidade?

Ao avaliar e analisar...

Este contacto foi pautado pela tranquilidade de C1, que apesar do dia exaustivo que havia tido, pela sua situação atual de saúde, esteve disponível ao diálogo e a relatar o seu percurso.

Parece-me que o facto de se ter enfatizado o sigilo profissional e o objetivo da minha intervenção, foi uma mais-valia para facilitar o relato, uma vez que, apesar de ser aluna o que partilhasse comigo não seria divulgado como sendo seu!

C1 tem uma relação de confiança com a Sra. Enf^a. X. e o *setting* em que estávamos era para si familiar. Considero que foram fatores que me pareceram facilitadores à intervenção e que provavelmente condicionaram de forma positiva o desenvolvimento da entrevista e abertura à relação.

Como mencionado anteriormente tinha objetivos de intervenção que foram norteadores da entrevista e objetivos a atingir, no entanto para mim era importante perceber o rumo que C1 escolhesse dar ao seu discurso, com o sentido de apurar as vivências que valorizava expor.

Foi nesta abertura ao diálogo que me possibilitou perceber alguma dificuldade em C1 aceitar o seu passado e dificuldade em pensar no futuro, percebi também a sua dificuldade nas relações interpessoais no meio laboral, colocando-se estas duas situações como problema. Ainda me foi possível perceber que apesar de relatar a situação laboral como inquietante e que quer resolver o mais próximo possível é a situação familiar que se apresenta como mais difícil de relatar e de expor os sentimentos associados.

Ao analisar o contacto questiono-me se neste primeiro momento tinha sido oportuno aprofundar o seu passado, que se mostrou ainda ser causador de sofrimento? Teria sido benéfico para a relação persistir em falar no passado? Questionei-me na altura se seria aquele o momento, isto porque, num momento inicial da entrevista foram perceptíveis as dificuldades que C1 passou na sua juventude, focando-se apenas “aos 16/17 anos tive de ir trabalhar para estudar e ajudar em casa” (sic)! Considero que não adotando uma postura demasiado intrusiva poderia ter perguntado, por exemplo como tinha sido essa experiência, como se tinha sentido? Dando novamente liberdade a C1 para se expressar na medida da sua vontade e capacidade! Ao mobilizar uma questão aberta, possibilitava procurar detalhes suplementares da vivência e de precisões, que permitem penetrar mais fundo no que está a ser relatado (Phaneuf, 2005). A verdade é que eu detetei pelo seu discurso esta dificuldade em lidar com o passado e não intervim logo, poderia inclusive ter confrontado,

“pareceu-me triste ao dizer que começou a trabalhar ao 16/27 anos”, dando a C1 uma reflexo do que eu estava a perceber. Confrontando-a com o seu verbal e o sentimento associado, isto é, confrontar entre o que o cliente diz e o que sente, a tomar consciência do sentimento inerente (Chalifour,2008), como uma estratégia de crescimento de reconhecimento do verbal e do comportamento e sentimento subjacente (Phaneuf,2005).

Hoje considero que teria sido uma intervenção importante, isto porque, C1 no final da entrevista voltou a ressaltar o quanto o seu passado a marcou e foi nesse momento que a abordei diretamente sobre o assunto!

A minha estratégia quando C1 mencionou “*tenho coisas do passado, que ainda me afetam*” (sic), foi propor-lhe em falar nelas, dando espaço à recusa, tendo sido o que aconteceu. C1 após alguns segundos a pensar, com um fácies triste e a lacrimejar, disse que não! Perante a sua recusa foi respeitada a sua vontade, pelo que tentei transmitir uma atitude de respeito, isto é, reconhecer a dignidade do outro e do seu valor, que abarca uma atitude de deferência e de consideração positiva por C1 (Phaneuf, 2005)

Para mim, este foi mais uma manifestação de como para C1 é difícil falar do seu passado e como ainda a pode estar a influenciar tal como disse, por outro lado também pode ser interpretado por ainda estarmos numa fase muito precoce da relação. O que é totalmente aceitável!

Reconheço que no momento, após o relato de C1 das suas vivências e problemas, tendo existido uma colheita de dados, a determinação das necessidades, foi para mim difícil planificar com a cliente as intervenções! Lembro-me na altura que me questioneei, que resposta efetiva posso mobilizar?

Pelo que a minha estratégia foi lançar a C1 que até à próxima consulta pensasse, nessas “coisas”, que “coisas” eram essas? Para falarmos um pouco sobre elas, caso se sentisse à vontade.

A Sra. Enf^a. X acrescentou ainda que o espaço de consulta podia ser utilizado por si como um espaço de partilha de emoções e preocupações, foi uma resposta que considerei importante ser salientada a C1.

Conclu...

Este contacto com C1 foi para mim a entrada “nos cuidados na comunidade”. Foi por mim valorizado o relato da cliente, dando atenção ao que valoriza no seu percurso de vida e ao que considera como problema!

Neste primeiro contacto ressalto a necessidade de estabelecer um meio-termo, entre o conhecer o outro e ser intrusivo nesta procura de conhecimento. Penso que permiti a C1 dar a conhecer o que que queria expor neste contacto, ressaltando a não diretividade no decurso da entrevista, permitindo que C1 se exprimisse, respeitando as suas diferenças e autonomia (Phaneuf, 2005).

Penso que esta foi um contacto de orientação, de agulhagem em relação a C1, tal como corroborado por Phaneuf (2005), tendo sido possível definir após a clarificação dos problemas, as transições que C1 neste momento está a vivenciar e que considera como problema.

Gerar intervenções neste primeiro contacto, foi para mim o mais difícil! No entanto, orientei C1 a pensar sobre o que verbalizou como problema, mas que concretamente não conseguiu expressar!

Futuramente ao planear a ação...

Considero que irei continuar a dar importância ao relato do cliente das suas vivências e como vê e sente o que se coloca para si como problema, isto é, a não diretividade na entrevista.

Atento que é importante a clarificação do discurso do cliente, mas também será importante colocar questões que permitam aprofundar o nível de partilha e para outros níveis de pensamento, utilizando estratégias comunicacionais. Tendo em mente o que é importante saber do outro para a relação de ajuda!

A mobilização de estratégias comunicacionais e de técnicas psicoterapêuticas no seio de uma relação, com o objetivo de ajuda ao outro é também uma vertente a desenvolver!

3.2. Diário de aprendizagem nº 2

Descrevendo...

O segundo contacto com C1 ocorreu cerca de uma semana depois. C1 aparentava um fâcias mais expressivo e um humor menos depressivo.

Tendo em conta os objetivos traçados para o segundo contacto, a minha intervenção desenvolveu-se numa fase inicial na exploração das novidades que ocorreram na última semana e como se sentia física e psiquicamente e numa segunda fase à apresentação dos resultados da escala de BEP e intervenção ao nível dos constructos do BEP com menor pontuação.

Dando continuidade aos cuidados tentei apurar junto de C1 se o que me havia relatado no 1º contacto, da sonolência e da sintomatologia possivelmente associada aos efeitos adversos da terapêutica ainda estavam presentes. C1 referiu que a nível da sonolência e de pensamento se sentia melhor, pelo que foi conotado positivamente este ganho. Segundo C1 os efeitos que havia reportado mantêm-se sem se constituir como problema, mas voltou a ressaltar o aumento do apetite. Neste sentido com C1 tentei clarificar o seu padrão alimentar e incentivei-a a uma alimentação saudável, que ajudasse no controlo do apetite.

Abordei a temática do álcool que C1 falou sem aparentes reservas, havia bebido mas sem a motivação de se alienar da realidade. Foi ressaltado os riscos do consumo de álcool com psicofármacos.

Na sequência do discurso C1 falou de um relacionamento afetivo, de um rapaz com quem tem estado com frequência, tendo sido dada conotação positiva aos últimos acontecimentos da semana. C1 sob uma visão negativista dos factos não valorizou esses acontecimentos. Foi então que confrontei C1, com o que me havia relatado e o seu sentimento dominante, tendo assentido "*nessa perspectiva é verdade até aconteceram coisas boas*" (sic).

C1 voltou a falar dos consumos de álcool e do seu medo de não controlar o impulso, foi salientada a importância de pensar no agora, no presente e centrar-se na tentativa de resolução dos problemas e estratégias de relaxamento, como uma ida ao ginásio.

Em seguida apresentei os resultados da escala BEP, dos seis constructos do BEP C1 tinha o domínio do meio, objetivos de vida e aceitação de vida com menor pontuação. Face à contextualização dos resultados e fazendo paralelamente a ponte com a sua avaliação qualitativa de BEP, a informação foi corroborada e tinha alicerçado o que havia apontado como problemas atuais. Em seguida foquei-me em questionar como se sentia relativamente aos constructos supracitados.

A nível da maestria ambiental C1 refere que no seu trabalho, atualmente se estava a sentir melhor, que a sua chefe estava de baixa, pelo que é menos uma fonte de *stress*, porém lamentando a falta de saúde da chefe. Uma vez que a procura ativa de emprego estava temporariamente em suspenso, foi então pedido a C1 que referisse os aspetos positivos que aquele trabalho lhe proporcionava, a estabilidade contratual como já tinha mencionado.

Quanto aos objetivos de vida C1 enunciou um plano concreto com três objetivos a curto prazo, que foram valorizados.

De modo a ir ao encontro do que foi relatado por C1 no final do contacto nº1 e da apreciação que realizei da sua dificuldade em relatar o passado, foi então executada a tentativa de mobilizar a técnica de reminiscência.

Os objetivos delineados não foram totalmente atingidos, para C1 era claramente difícil relatar situações passadas e é visível que são geradoras de sofrimento. Neste sentido tentei trabalhar com o que C1 me deu a conhecer “*são coisas da minha mãe, a doença dela, marcaram-me muito, faz-me sentir triste*” (sic). Convidei então C1 a olhar para esses acontecimentos pelo lado positivo, para os resultados positivos que lhe permitiram atingir e no que se tornou enquanto pessoa.

Neste sentido foi lançado o desafio que C1 perante as situações vividas procurasse o lado positivo das vivências, tendo C1 referido “*isso é muito difícil*”(sic). A Sr^a Enf. X. reforçou que nos primeiros tempos poderia ser difícil, mas olhando para a realidade e problemas/vivências sobre este prisma, a iria ajudar e seria cada vez mais fácil.

O que pensei e senti...

Considero que neste contacto me senti com uma maior espontaneidade e à vontade face ao contacto anterior.

Percebi que C1 estava mais expressiva, menos depressiva, o que me alertou para o facto de o estado de C1 na entrevista anterior pudesse ter sido influenciado em grande parte pelo seu cansaço e pela preocupação com o estado de saúde do filho, uma vez que tinham ido a consultas.

Já havia identificado as áreas prioritárias de intervenção para a promoção do BEP, que estão intimamente relacionadas com os problemas identificados por C1 e as transições que se encontra a vivenciar, a nível organizacional e de saúde-doença. Considerei que estavam reunidas as informações e consensos entre enfermeiro-cliente para entrar na fase de trabalho da relação de ajuda. Nesta etapa consegui identificar na minha prática a teoria que me sustenta, foi notória as fases da relação de ajuda.

Neste contacto fez-me sentido numa fase inicial permitir a C1 que relatasse aspetos positivos e negativos da última semana, pelo que perguntei por novidades! Sinto que é muito importante dar abertura à expressão do outro, percebendo o que valoriza e o que a preocupa, o que na sua realidade se coloca como desafio e como o resolve. Parece-me ser uma abordagem centrada na pessoa.

Tinha um plano de intervenção delineado, que elaborei após o último contacto. Para mim senti que foi estruturante, mostrando-me como poderia intervir, mas dei por mim a pensar... tenho e vou executar esta técnica... é benéfico para C1 e tenho como objetivo realiza-la! Esta questão levou-me a pensar, que em outros contextos e mais evidente neste a nível comunitário, os contactos são imprevisíveis, podendo seguir um rumo diferente do que havia estabelecido! Isto porque acima de tudo estamos a lidar com a individualidade do outro e com tudo o que isso pode trazer para a consulta. Deste modo ao atender à individualidade do outro, eu devo ser capaz de gerir a minha intervenção face às necessidades trazidas pelo cliente e não face a um plano rígido de intervenção!

Ao avaliar e analisar...

Os objetivos específicos delineados para o segundo contacto com C1 decorreram da análise do primeiro contacto, tendo em vista a continuidade de cuidados. Penso que esta continuidade é importante, porque o outro é reconhecido na sua individualidade, o que evidencia o modo de contacto do profissional. Chalifour (2008) valoriza os modos de contacto na relação de ajuda, porque defende que é sobre este que se fundam todas as intervenções de carácter psicoterapêutico e que inclusivamente se este não foi satisfatório, as intervenções correm o risco de não ter qualquer efeito. À luz do mesmo autor o modo de contacto pode ser uma forma de manifestar o interesse pelo cliente (Chalifour,2008).

O meu contacto com C1 foi tentando evidenciar a minha recetividade ao que C1 queria expressar, mostrando também interesse em trabalhar consigo aspetos que se constituem para si como problema. É a plasticidade de adaptação ao outro, de diferentes tipos de contacto que torna surpreendente o modo de atuação do enfermeiro e que para mim tem sido evidente na observação do trabalho da Sra. Enf^a orientadora, a capacidade de adaptação no contacto com o outro face às suas necessidades.

Gostava também de ressaltar um aspeto que observei logo nas primeiras consultas a nível comunitário e que me surpreendeu e motivou no meu objetivo de intervir na promoção do bem-estar. Ao contrário do que poderia ser esperado o cuidado neste contexto, não é apenas centrado na doença mental, sintomas ou incapacidades, mas sim num cuidado globalizante que contribui efetivamente para o bem-estar do outro. Isto é, passa sobretudo pela avaliação e intervenção nos “fatores promotores e protectores do bem-estar e saúde mental assim como os fatores predisponentes de perturbação mental” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.4). Foi tendo por base esta sequência de ideias que me fez sentido face ao relato da cliente quanto à sua alimentação, clarificar como é a sua alimentação habitual e dar enfoque às estratégias que pode mobilizar. Isto porque, C1 aponta o aumento do apetite após o início dos psicofármacos, sendo importante deste modo promover o desenvolvimento de comportamentos e estilos de vida adaptativos, que não coloquem em questão a adesão ao regime terapêutico, o que se encaixa na competência do EESMP

“promove a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental” (Ordem dos Enfermeiros, 2010,p.7).

O mesmo se colocou com o consumo de álcool. Ao tentar perceber como estava a gerir o consumo de álcool e perceber a quantidade consumida durante a última semana, introduzi no diálogo o risco do consumo de álcool com psicofármacos. Esta minha abordagem ao nível do consumo de álcool não teve o intuito de reprovação, de alarmismo ou dizendo peremptoriamente “não beba”, mas sim que está contra-indicado e que é algo a evitar, sugerindo que optasse por exemplo por cerveja sem álcool! O feedback que a cliente me deu à minha intervenção revelou interesse e puxou momentos depois o seu medo em não controlar o impulso de beber. A minha estratégia foi centrar a cliente no aqui e agora, de modo a não potenciar a ansiedade na expectativa do controlo do impulso num panorama futuro. Tendo por base que o consumo de álcool na cliente está na procura de alienação de problemas e numa postura socialmente mais desinibida, direcionei C1 para a tentativa de resolução dos problemas que estejam subjacentes ou na realização de atividades de prazer, como ida ao ginásio. Sendo muito importante para o EESMP que demonstre sensibilidade na abordagem de assuntos como o abuso de substâncias e comportamentos de risco (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Nesta primeira fase do contacto foi ainda possível para mim avaliar o modo como cognitivamente C1 interpreta as suas vivências, sugerindo ter um perfil cognitivo para encarar as suas vivências sob uma óptica negativa e de não valorização (Beck & Newman,2005, citados por Knapp & Beck,2008). Este facto evidência a necessidade de intervir conotando os aspetos positivos das vivências e dos seus resultados.

Foi nesta abertura à expressão do que ocorreu na última semana, dando enfoque aos aspetos que escolheu expor, que considero ter reforçado a minha disponibilidade e interesse no desenvolvimento de uma relação de confiança e parceria. Para mim foi dominante um sentimento de consideração positiva por C1, em que o “respeito e confiança que a pessoa que ajuda manifesta à pessoa ajudada a fim de a levar a perceber-se em todo o seu valor e dignidade” (Phaneuf,2005,p.334). Valorizo na minha abordagem o cuidado centrado na pessoa, em que a minha atenção no cuidado é dada

primeiramente às suas emoções e sentimentos, às suas necessidades, motivações e objetivos, o que é mais do que prioritariamente atender à doença e a problemas existenciais (Phaneuf, 2005).

Dei início à segunda fase da entrevista informando C1 dos resultados obtidos na escala, que corroboram totalmente o seu relato no contacto nº1. Centrei-me na exploração dos três constructos com a pontuação mais baixa, a maestria ambiental, objetivos de vida e a aceitação de si.

Ao nível da maestria ambiental o meio que para si está a ser causador de *stress* e mal-estar é o meio laboral, C1 tem consciência de tal e revelou que o ambiente estava melhorado dada a ausência da chefia. Foi conotado positivamente este facto, no entanto considerando que o problema não estava resolvido, mas sim temporariamente sublimado. Por outro lado o seu plano de mudar de emprego é uma resolução que se coloca como distante, dada a sobrecarga de trabalho, pelo que decidi intervir noutra perspetiva. Optei tendo em consideração a análise do seu perfil cognitivo, a reestruturação de pensamento foi uma estratégia que se mostrou útil no sentido de evidenciar os aspetos positivos do seu trabalho, que outrora já haviam sido relatados por si em contexto comunicacional diferente. Foi nesta linha de pensamento que dei seguimento à intervenção pautada pela conotação positiva das suas vivências, por extrair o lado positivo das mesmas, de forma a fomentar a criação de estratégias adaptativas ao ambiente. A minha intervenção foi então com o objetivo de conotar positivamente, motivar, reestruturar pensamentos disfuncionais para adaptativos, baseada numa lógica cognitivo-comportamental.

Quando abordei os objetivos futuros C1 apontou três objetivos, valorizei o facto de ter estruturado um plano e serem objetivos a curto prazo. No contacto anterior C1 apenas especificou um objetivo, o de mudar de emprego e que estava em muito associado ao seu mal-estar no meio laboral, a um problema real. Neste contacto já havia elaborado um plano, pensou sobre tal e com facilidade enumerou três objetivos, mudar de emprego, voltar ao ginásio e tirar a carta de condução.

Recordo-me que na altura questioneei quando os ia colocar em prática, tendo C1 apontado para Janeiro. Neste momento considero que poderia ter intervindo

de outro modo, questionando por exemplo quais as prioridades e o que precisa para os conseguir atingir. Poderia ter tido uma intervenção ao nível da motivação, existiu a emergência da motivação de trabalhar para a concretização de objetivos, pelo que poderia levar C1 ao planeamento da ação, isto é ao envolvimento na ação (Phaneuf, 2005).

Posteriormente ao contacto questionei-me do que gerou esta formulação de objetivos, terá sido da tomada de consciência no que diz respeito aos objetivos futuros? Terá sido uma melhoria do humor e pensamento que lhe permitiu ter esperança e maior capacidade de pensar e projetar o futuro? Ou terá sido ambas as influências? A origem deste resultado foi provavelmente multifactorial, mas sem dúvida um resultado esperado à minha intervenção.

Para este contacto tinha realizado um plano de intervenção que para mim foi estruturante do pensamento e facilitou a mobilização de uma técnica de intervenção, que com base na evidência se mostrou benéfica para o contexto de cuidados.

No entanto foi-me importante deparar com um plano que efetivamente não se concretizou tal como perspectivado. Promoveu em mim o treino da flexibilidade de atuação, a perceção que é importante ter essa capacidade. Capacidade que deve ser desenvolvida principalmente, porque o outro vai dando sinais de como pautar a relação. Na relação de confiança e parceria os ritmos devem ser respeitados e as intervenções personalizadas.

Nesta situação em específico não poderia de todo forçar C1 ao relato das situações passadas, foi questionado que situações passadas a marcaram tanto e a postura de C1 mudou automaticamente, ficou mais reservada dirigiu o olhar para as suas mãos e lacrimejou. A sua atitude denunciou um grande desconforto e sofrimento, o que foi corroborado verbalmente. Não o verbalizou porque era demasiado doloroso? Porque a nossa relação ainda não permitiu tal expressão? Porque efetivamente não reconhece a necessidade de o expressar? A dúvida surgiu. A minha opção foi então trabalhar com o que me havia dito do seu passado, *“são coisas da minha mãe, a doença dela, marcaram-me muito, faz-me sentir triste”* (sic).

Perante esta afirmação decidi trabalhar com esta informação, percebi que deveria dar espaço para C1 falar do que fosse capaz de partilhar, respeitando o

seu tempo de partilha as suas vulnerabilidades, valores e desejos (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho).

Tentei mobilizar uma abordagem construtiva, dando enfoque à reconstrução da sua visão sobre o passado, tentando dar um novo sentido, ou apurando os resultados positivos construídos na base dessas vivências. Tinha definido com a mobilização desta técnica promover a comunicação e autoconsciência da C1; encontrar a continuidade entre o passado e o presente; promover o sentimento de identidade positiva; fomentar a maestria ambiental e centrar a cliente na definição de objetivos de vida.

Concretamente considero que consegui que C1 verbalizasse a sua fonte de sofrimento no passado, que salientou ser relacionado com a sua mãe, a doença que a mãe tem e que C1 também tem. Neste momento considero que C1 expressou a consciência do seu sofrimento e para mim já foi um ganho com a intervenção.

Dada a impossibilidade de trabalhar aspetos concretos e ir procurar memórias positivas, procurei fomentar uma identidade positiva e incentivar a retirar dessas vivências passadas os aspetos positivos, o que passou por reportar C1 para o que se tornou, como uma mãe cuidadosa, trabalhadora e responsável, do qual se orgulha muito. Ao planear a intervenção mobilizando a técnica da reminiscência, a literatura refere que pode ser necessário a utilização de outras técnicas, como as oriundas das terapias cognitivo-comportamentais, de modo a otimizar os resultados, uma vez que o contacto com aspetos passados pode ser acompanhado de sentimentos de culpa, ansiedade e desespero (Hanaoka & Okamura, 2004; Puentes, 2004, citados por Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008).

Enfatizei que dada a sua idade tem um percurso longo de vida, que poderá comandar e realizar aquilo que desejar. O meu objetivo foi direccionar C1 para os aspetos positivos do que vivenciou e pensar no futuro como algo a investir e a realizar o que deseja, a promover a esperança. Esperança esta que não se tratou mais do que realizar “uma projecção do espírito que vai de um presente por vezes penoso a um futuro onde há possibilidades de melhoria” (Phaneuf, 2005,p.384).

Foi direcionando C1 para a esperança no futuro e a exploração do lado positivo de vivências passadas. Incentivada C1 que também tentasse perspetivar do mesmo modo as suas vivências no quotidiano.

Concluo...

Este segundo contacto encaixa-se na fase de trabalho da relação, em que são definidas e operacionalizadas estratégias para responder às necessidades/problemas identificados e favorecer a aprendizagem e expressão de novos comportamentos (Chalifour, 2008).

Tendo como foco a individualidade do outro e as suas necessidades, sob a perspectiva de um cuidado centrado na pessoa, procurei mobilizar técnicas adequadas para que o resultado final seja um estado de bem-estar ou a motivação para a procura do mesmo.

Com este sentido a mobilização do modelo de BEP e atender às vulnerabilidades dos papéis de C1 sob a perspectiva da Teoria das Transições é um desafio de cuidado ao qual me propus trabalhar.

Futuramente ao planear a ação...

Perspectivo dar continuidade a cuidados centrados na pessoa, tendo como foco de intervenção a promoção do BEP e facilitar os processos de transição.

Conforme combinado com a cliente o próximo contacto irá decorrer por via telefónica, dado a impossibilidade de vir à unidade. A sobrecarga laboral, a redução de períodos de descanso e a impossibilidade de recorrer à unidade, motivaram-me à marcação do contacto telefónico que foi aceite por C1. Os objetivos para esse contacto são: avaliar o estado mental da cliente; explorar sentimentos associados às relações interpessoais no meio laboral e familiar; promover a operacionalização dos objetivos de vida; promover a auto-aceitação de C1; monitorizar adesão ao regime terapêutico.

3.3. Diário de aprendizagem nº 3

Descrevendo...

O terceiro contacto com C1 ocorreu no dia 17 Dezembro por via telefónica. Este contacto foi combinado com C1, que iria ocorrer durante a semana de 14-18 Dezembro, em horário agendado.

A realização do contacto telefónico deveu-se a C1 ficar cerca de 1 mês sem ser observada pela equipa, isto porque, se avizinhava um mês de trabalho sem folgas e com sobrecarga horária. Considerando o motivo atual de descompensação da saúde mental, o contacto telefónico pareceu o modo mais viável para proporcionar o suporte e despiste de situações de risco, neste período que perspetivei como crítico para C1.

Procedi ao telefonema tendo sido possível estabelecer ligação com C1 logo na primeira tentativa. Apresentei-me a C1 pelo que a cliente prontamente disse *“já tinha pensado em si, quando é que me ia ligar”* (sic), disse-o transparecendo alguma inquietação na voz.

Questionei C1 como tinha passado nos últimos dias, pelo que me disse que não se sentia melhor, sentia-se cansada com a sobrecarga de trabalho e que o ambiente relacional no meio laboral tinha piorado.

Questionei C1 acerca dos motivos subjacentes, pelo que mencionou que tinham sido novamente despedidas mais colegas e que no dia seguinte iria embora uma colega, que estimava e que apontou ser uma pessoa de referência para si no local, acrescentou *“isto está horrível, ninguém fala com ninguém”* (sic).

De modo a perceber a situação de forma abrangente perguntei a C1 sobre a sua capacidade de trabalho, dado já a apontar anteriormente como alterada, tendo referido sentir-se extremamente cansada dificultando o atendimento ao público *“às vezes dá-me raiva, tenho que me controlar, mas é cada vez mais difícil”* (sic). No decorrer da expressão dos sentimentos de C1, tentei dar enfoque aos ganhos positivos que o trabalho lhe fornece, a estabilidade económica e contratual, tendo C1 referido *“é muito difícil pensar nisso”* (sic).

Elucidei C1 que o facto de estar sob uma grande sobrecarga horária de trabalho, de redução de horas de descanso e estar num meio que considera

como adverso, poderia estar a condicionar-lhe e potenciar as emoções e perceções que me havia relatado. C1 exemplificou *“ouve um dia em que eu estava mais sonolenta, também pela terapêutica e não fui trabalhar, o chefe mandou-me uma SMS, a dizer coisas estranhas, a fazer-me pressão para me ir embora, para eu me despedir”* (sic). Tendo seguidamente reforçado que *“sinto-me cada vez mais triste e stressada”* (sic).

Abordei C1 tentando perceber como estava a operacionalizar os seus objetivos, referindo que não conseguia procurar um novo trabalho nem ir a entrevistas, dada a falta de tempo. Pelo que C1 questionou a possibilidade de ter baixa médica, para *“descansar, ganhar mais ânimo e depois procurar um novo trabalho, sinto-me por um fio”* (sic). Perante a sua proposta e considerando todos os factos pareceu-me uma possibilidade viável, face a toda a contextualização. Devolvi a C1 que era uma hipótese que iria gerir com a restante equipa.

Seguidamente questionei sobre as relações familiares e o eventual suporte que estariam a proporcionar, tendo C1 referido que são satisfatórias, mas que devido há falta de tempo é difícil poder usufruir do suporte que necessita. Apontou o filho como uma motivação.

Tentei validar com C1 se a toma da terapêutica estava a ser realizada corretamente, respondendo afirmativamente e apontando novamente a sonolência como sintoma. Clarifiquei o relato pelo que C1 referiu que a sonolência tem vindo a ser cada vez menor. Contextualizei C1 que face ao que está a vivenciar, que está a provocar maior cansaço e com isso sonolência. Pelo que não se pode apontar uma relação direta entre sintoma e efeito adverso da terapêutica. C1 pareceu reconsiderar a sua opinião.

C1 voltou a introduzir o facto de se sentir desapoiada no trabalho, sentimento que se irá intensificar com a saída de uma colega, *“as outras colegas não falam comigo”* (sic). Questionei se C1 se tinha ideia do porquê de tais relações, explicando que é a chefia promove esse tipo de conflitos, mas que concretamente não percebe o porquê. Incentivada a manter relações profissionais, tentando pessoalmente não se deixar afetar.

Finalizando o contacto reforcei vários aspetos, como a importância de gerir as suas emoções e pensar no objetivo que a leva a manter o seu trabalho, dar

enfoque ao suporte familiar e a relativizar os conflitos relacionais no meio laboral. Acordado dar feedback relativamente à proposta da baixa médica.

Após apresentação do caso a médico assistente, colocando sob perspetiva o impacto que a situação laboral está a ter ao nível da saúde mental da cliente, foi decidido atribuir baixa médica a C1.

Procedi à informação da cliente, agradecendo ter acedido ao seu pedido.

O que pensei e senti...

A situação apresentada alargou-me horizontes de intervenção e de autoconhecimento que me pareceram importantes serem refletidos.

Intervir com o cliente em contexto comunitário não passa apenas pela realização de consultas físicas em horário útil, ao contacto restrito a um relativo tempo e periodicidade, é muito mais que isso! Contactos por via telefónica e visitas domiciliárias são hipóteses que me parecem oportunas e benéficas, também neste contexto, com o fim de cuidar do outro mediante as suas necessidades e possibilidades!

Pensando na comunicação por via telefónica considero que toda grande parte da comunicação, no que concerne à componente não-verbal. Já trabalhei em contexto comunitário e também eram realizadas visitas domiciliárias e contactos telefónicos, mas neste contacto telefónico ressaltaram-me aspetos que outrora me passavam despercebidos a sua pertinência! Fez-me pensar nos sentidos que valorizo quando contacto com o outro e toda a informação que o não-verbal proporciona!

Ser expetado o meu cuidado por C1 foi um reforço à minha intervenção e um resultado esperado definido em plano de cuidados, atitude face aos cuidados positiva e disponibilidade para comunicação efetiva (CIPE,2011). Para mim foi tido como um indicador da evolução da relação, um reconhecimento ao trabalho que está a ser desenvolvido.

Este contacto foi projectado perspectivando um possível momento de crise e novo agravamento da saúde mental de C1. Neste sentido pareceu-me pertinente intervir nesta fase com o objetivo de avaliar a situação e intervir perante o que fosse detetado, isto dando enforque à capacidade de adaptação ao meio de C1.

Perante a minha intervenção colocou-se a hipótese de uma baixa médica como uma solução temporária para gerir a incapacidade de C1 de se adaptar ao meio laboral, com todas as exigências que lhe estavam a ser colocadas.

Ao avaliar e analisar...

Considero que este contacto me colocou sob novas perspetivas de análise, como disse anteriormente já trabalhei numa equipa de cuidados continuados, em que o contacto telefónico era utilizado como uma via para realizar as intervenções que havia delineado. Em nada me parecia estranho e diferente vi-lo a realizar neste contexto de cuidados, de saúde mental!

A verdade é que percebi logo nos primeiros minutos de diálogo com C1 que me faltava algo no contacto, que apesar de estar a conseguir proporcionar a C1 a sua expressão de emoções e sentimentos, avaliar qualitativamente o impacto do meio laboral na saúde mental de C1, me faltava algo na comunicação! Questionei-me o que estava a diferir de muitos outros contactos por via telefónica que realizei? Foi assim que tive a consciência que me faltava o acesso ao não-verbal de C1.

A comunicação não-verbal diz respeito a um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as trocas verbais e que contribuem até para o seu significado (Phaneuf, 2005). No âmbito da saúde este nível de comunicação é muito importantes porque revela e contribuiu para a expressão do cliente do que está a vivenciar de tal modo, que pode transmitir informações que a própria linguagem não consegue traduzir (Phaneuf,2005). Autores defendem inclusive que em caso de conflito entre o verbal e não-verbal a mensagem não-verbal prevalece (Ramos & Bortagarai, 2012, citando Schelles, 2008).

A comunicação não-verbal pode ser expressa de diferentes formas, seja ela cinésica ou linguagem do corpo (expressão facial, posições e movimentos do corpo com significado na comunicação e que revelam sentimentos), a proxémia (uso do espaço para a comunicação), a paralinguagem (remete para o tom e o volume de voz, o ritmo e as pausas, entre outros indicadores da linguagem) e a tectésica ou o toque (Santos & Shiratori, 2005).

Neste caso concreto foi-me possível aceder à paralinguagem de C1, mas faltava-me aceder à sua linguagem corporal e facial de modo a poder interpretar uma série de informação que verbalmente C1 poderia não estar a conseguir expressar. Tal facto para mim colocou-se como uma limitação à minha avaliação da situação, a uma avaliação que vai muito mais além do que é dito.

Enquanto futura enfermeira especialista considero que para avaliar e intervir a comunicação não-verbal assume uma importância impar, isto porque, considero que escutar é mais que ouvir, congruência é mais do que dizer corretamente algumas palavras e que empatia é mais do que simpatia.

Na intervenção considerei que me faltou a possibilidade do uso da proxémia, do toque, mas sobretudo o contacto visual. De todo retiro a importância desta via de contacto, neste caso concreto com C1 foi determinante para avaliar e intervir. De referir o feedback da cliente, que se mostrou expectante pelo contacto e mobilizando-o como um recurso para tentar suprir os problemas que apresentou. O feedback de C1 a este contacto revelou-se como um indicador de atitude face aos cuidados positiva e de disponibilidade para comunicação efectiva.

Enquanto futura enfermeira especialista este contacto justificou-se como modo de fomentar a presença, como um valor subjacente à relação terapêutica, isto é, uma atitude de alerta, de interesse, de estar com o outro perante as suas adversidades (Phaneuf,2005). Por outro lado, justificou-se tendo em consideração que o enfermeiro especialista avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de *stress* e de crises situacionais e avalia o impacto que o problema de saúde mental tem no bem-estar do cliente, com ênfase na sua funcionalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). A minha intervenção foi dirigida com base numa antecipação do que poderia ocorrer, tendo em conta a história da cliente e diagnósticos delimitados em plano de cuidados.

Foi-me perceptível neste contacto a instabilidade emocional vivenciada por C1, sentimentos de tristeza, incapacidade, raiva e medo. Sentimentos que estava com dificuldade em gerir e que apontou inclusive “*sinto-me por um fio*”(sic).

A minha abordagem após a avaliação da situação e de como estava a afetar a capacidade de trabalho de C1, foi dar enfoque aos aspetos positivos do seu trabalho, mas C1 referiu “*é muito difícil pensar nisso*” (sic), o que revelou o desgaste psicológico em que se encontrava. No contacto anterior, ao encaminhar C1 para estes aspetos positivos do seu trabalho pareceu reconsiderar a importância dos acontecimentos negativos. Perante esta constatação utilizei a elucidação como técnica comunicacional que mobiliza o que já se conhece do cliente e o que este comunica (Chalifour, 2008). Nesta base de intervenção tentei refletir a C1 o seu todo, reenquadrando-a para que pensasse a situação por um novo ângulo, isto é, o facto de estar sob uma grande sobrecarga horaria de trabalho, de redução de horas de descanso e estar num meio entendido como adverso, poderia estar a condicionar-lhe e potenciar as emoções e percepções que me havia relatado. A aceitação de C1 a esta perceptiva foi considerada e não percecionei que tivesse comprometido a confiança na relação. C1 concretizou através de um exemplo o clima de pressão e desafio a que estava sujeita.

Perante o panorama apresentado por C1 e que pude avaliar na minha abordagem, a hipótese colocada por C1 de baixa médica, pareceu-me temporariamente o modo de gerir a situação. C1 tal como apresentada por si estava num estado limite, sob pressões externas para que o seu contrato fosse rescindido pela sua parte, num ambiente relacional desfavorável, que C1 não estava a conseguir adaptar-se. Cabe ao enfermeiro especialista monitorizar a segurança do cliente e avaliar as mudanças ao nível da sua saúde mental (OE, 2010), assim como adoptar estratégias protetoras para os clientes mais vulneráveis (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho). Neste sentido a baixa médica pareceu-me perfeitamente justificável e benéfica para a consecução dos objetivos de C1, a procura de um novo trabalho.

Ao assumir o seguimento das consultas de enfermagem de C1, que neste momento estão a ser realizadas com maior periodicidade pela enfermagem dado o evento de saúde subjacente, assumi conjuntamente com a Sra. Enf^a. a gestão do caso e funções de terapeuta de referência. Neste sentido em articulação com médico assistente, após exposição da situação atual de C1 e

discussão dos benefícios desta medida, foi então concedida a C1 a opção mais ajustada para C1, a baixa médica.

Com o objetivo de despistar as situações de risco questionei C1 acerca da terapêutica, que referiu manter a sua toma de modo regular. Foi valorizada a sua adesão e descortinada a ideia da sonolência como efeito secundário à terapêutica, colocando-se a hipótese de ser um estado decorrente do seu cansaço. Apurei que as relações familiares são regulares e satisfatórias, mas dadas a sobrecarga de trabalho não são um recurso otimizado.

Concluo...

A impossibilidade de não mobilizar a comunicação não-verbal, constitui-se como uma limitação que outrora não me era perceptível. Hoje considero que a minha abordagem vai mais além do que me é comunicado verbalmente, o que contribui grandemente para a minha intervenção como futura enfermeira especialista.

Parece-me que intervir tendo por base a história do cliente e um plano de cuidados estruturado, permite prever determinados acontecimentos que influenciem o bem-estar do cliente. Deste modo considero que a via telefónica dadas as limitações horarias da cliente se tornou uma via valida e benéfica para avaliar e intervir com C1, considero até com contributos ao nível da relação terapêutica.

Futuramente ao planear a ação...

A consciência dos sentidos que valorizo quando estou em relação e da comunicação não-verbal considero que é muito importante para a identificação no aqui e agora dos valores, sentimentos, emoções e fatores pessoais que podem interferir na relação terapêutica, assim como a mobilização do meu eu de forma integrativa para potenciar a relação terapêutica (OE,2010).

4. DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM- C2

Os diários de aprendizagem apresentados neste capítulo decorrem das entrevistas realizadas a C2. C2 foi o cliente selecionado para a realização de estudo de caso.

4.1. Diário de aprendizagem nº 1

Descrevendo...

O primeiro contacto com C2 foi no momento da consulta que quinzenalmente realiza para a preparação da sua caixa de terapêutica e de modo a expressar o que foram os seus últimos dias.

A sua entrada na consulta revelou numa primeira instancia uma pessoa segura de si, com conhecimentos e capacidades elevadas, disponível para falar de qualquer assunto, como o exemplo dado por si, das teorias da relatividade “qual quer falar?”, isto num momento inicial de apresentação pela Sra. Enfª X.

Quando lhe foi realizada a proposta de ser eu a segui-lo nos próximos contactos e apresentados os meus objetivos, C2 adotou uma postura questionante, do porquê de ser escolhido, visto já ser a segunda aluna que o seleciona para acompanhar!

A minha resposta foi pronta “*porque vejo nele uma pessoa com potencialidades*” (sic), a minha resposta foi sincera e apoiada no que acredito guiar a minha prestação de cuidados, que cada Ser Humano tem as suas potencialidades! C2 pareceu reconhecido na minha resposta, valorizado no que acredita ser, uma pessoa com grandes potencialidades.

Seguidamente frisou o facto que gostaria que tudo o que eu fosse realizar ir ao encontro do seu projeto terapêutico e ser do conhecimento da equipa, pelo que foi explicitado que o objetivo seria mesmo esse.

Quando solicitado que falasse de si, que me desse a conhecer quem é C2, o mesmo referiu, “*então eu nasci no dia x, às x horas*” (sic), disse-o rindo-se consecutivamente. Nesse momento transmiti, “*não necessitamos de ir tão longe*”(sic) rindo-me igualmente. Desde então assumiu uma postura mais séria

e focou-se na experiência académica, foi o que selecionou dar a conhecer de si.

Depois do seu relato do seu “eu” dirigi a entrevista no sentido de perceber a sua avaliação ao nível dos constructos do BEP.

Valoriza as relações interpessoais familiares e de amizades e deu enfoque a algo, que pareceu ser um problema para si- a expectativas que os pais têm para si e não consegue dar resposta, as comparações que realizam em relação aos que o rodeiam.

Por outro lado colocou como problema as falhas de memória que apresenta, pelo que foram realizadas tentativas para explorar que situações são essas. Ao dar um exemplo, foi realizada uma tentativa de desmontar o sucedido e foi relativizada essa falha de memória. No entanto C2 pareceu não ficar totalmente esclarecido, pelo que foram pedidos mais exemplos, que não soube dar.

Por estas duas situações, que claramente não estavam organizadas mentalmente por C2, a Sra. Enf^a. X propôs a realização de uma tabela, as expectativas dos meus pais, o que não consigo fazer; as falhas de memória- quando e o que penso? Que foi aceite pelo C2.

O preenchimento da escala de BEP, não se revelou fácil para C2. Durante o preenchimento pareceu hesitante na escolha das respostas e depois disse “*parece que tive dificuldade em interpretar, parece que senti um distanciamento*” (sic) e *à posteriori*, disse “*como uma escala me pode deixar triste*” (sic), relatando este sentimento com pesar.

O que pensei e senti...

Num primeiro contacto com C2 recordo-me que a minha primeira impressão foi que C2 é uma pessoa com grandes capacidades intelectuais e que reconhecendo-as apresentava-se com uma postura de grandiosidade.

Ao desenvolver o diálogo com C2 expressando o meu objetivo de intervenção, C2 adotou uma postura questionante, que me fez apresentar-lhe os meus objetivos de intervenção, que expressei de acordo com o acredito ser o meu papel na entrevista, na equipa e do meu cuidado naquele contexto. C2 assentiu a minha intervenção. O questionamento de C2 não me surpreendeu, fez-me sentido já há bastantes anos que é seguido pela equipa, existe um elo

terapêutico, que provavelmente por um lado não pretende que se quebre e por outro vindo eu integrar-me na equipa que a minha intervenção não seja somente com objetivos académicos, mas que se encaixe no seu projeto terapêutico.

No momento da entrevista não me ocorreu colocar C2 durante os seguintes 15 dias a registar os seus momentos em que ocorriam as falhas de memória e sobre o desfasamento entre as expectativas dos pais e as suas. Foi uma técnica mobilizada pela Sra. Enf^a. X. que me pareceu extremamente útil e que foi ao encontro das minhas dúvidas- como poderia explorar de forma mais clara as situações, visto C2 não conseguir exemplificar mais e parecer algo confuso?

Para mim existiu outro momento relevante na consulta que ocorreu no final da mesma, percebendo que o preenchimento da escala teve alguma demora e por verificar alguma hesitação nas respostas, no final da consulta questionei C2 como se tinha sentido? Pelo que C2 referiu algum distanciamento e posteriormente sentimento de tristeza. Nesse momento percebi que o confronto com a sua realidade, a sua tomada de consciência gerou diferentes sentimentos, sendo que na altura eu não percepcionei claramente o que estaria subjacente, perdendo uma boa oportunidade de confrontar C2, com o “eu” antes do questionário e o “eu” depois do preenchimento. Após a verbalização do sentimento de tristeza tentei explorar a situação, mas C2 optou por sair.

É nesta interpretação do outro, do seu todo, na leitura nas “entre-linhas” do que o outro pode estar a sentir e a pensar, ou seja, na avaliação, que considero ainda ter necessidade de me desenvolver enquanto enfermeira especialista.

Ao avaliar e analisar...

De um modo geral posso dizer que o primeiro contacto com C2 me permitiu aceder a uma vasta informação, que me pareceu bastante pertinente para o seu cuidado, recolha de informação que considero necessária à compreensão do estado de saúde mental do cliente (OE, 2010).

C2 deu enfoque às suas relações com os pais e às perdas de memória, evidenciando sentimentos de tristeza e frustração. Corroborando essa informação com os resultados da escala de BEP, foi perceptível que a sua auto-aceitação e autonomia seriam os constructos com menor pontuação. Foi-me

perceptível que a sua dificuldade de aceitação, está em muito ligada à sua frustração e tristeza de não ter concluído os estudos superiores no seu passado. Por outro lado o baixo valor associado à autonomia, aponta para a necessidade de aprovação dos que o rodeiam, da sua necessidade de dar resposta às expectativas dos outros, principalmente aos seus pais, como relatado por si.

Numa próxima consulta espero ter perceção, de modo mais abrangente em que situações acontecem as falhas de memória e o que estava a pensar, assim como quais as expectativas dos pais de C2 e quais as que C2 considera que não consegue realizar. Por outro lado esta informação vai permitir-me aceder também às expectativas futuras que C2 tem para si e as que os pais conjeturam. A técnica mobilizada pela Sra. Enf. X. do preenchimento tabela, tem como influências teóricas as terapias cognitivo-comportamentais, especificamente as de reestruturação que enfatizam a pressuposição de que problemas emocionais são uma consequência de pensamentos mal adaptativos, sendo a meta do tratamento reformular pensamentos distorcidos e promover pensamentos adaptativos (Knapp & Beck,2008). Neste caso de C2 pareceu-me bastante pertinente a sua mobilização, parece-me que irá permitir que C2 confronte as suas idealizações da perda de memória e expectativas desfasadas dos pais, com o que na realidade acontece, por outro lado pondero que será estruturante do pensamento e tal como supracitado reformular os pensamentos distorcidos.

A minha primeira impressão de C2, como já referi aparentou-me ser uma pessoa com um sentimento de si de grandiosidade, que foi corroborado pelo seu diálogo na fase inicial da entrevista e pela postura que relatou ter nas entrevistas de emprego. Este sentimento de grandiosidade foi-se dissipando ao longo da entrevista deixando revelar sentimentos de frustração e tristeza, que foram sem dúvida evidenciados após a realização da escala de BEP. Relatando inclusive não se reconhecer, sentir-se distanciado. Isto reporta para um confronto entre aquilo que C2 pensa ser e o que é na realidade. Foi neste confronto que não consegui intervir e mediar, considero que deveria ter confrontado C2 com o seu sentimento, apurando os motivos subjacentes. Poderia ter sido um excelente momento de promover a sua autoconsciência,

com o objetivo final da sua auto-aceitação. À luz do modelo de Carol Ryff (1989) um indicador de uma elevada autoaceitação é o individuo possuir uma atitude positiva em relação a si, reconhece e aceita os seus múltiplos aspetos positivos e negativos e tem uma consideração positiva acerca do seu passado de vida. A auto-aceitação é o domínio que C2 tem menor pontuação.

Na altura procurei explorar os sentimentos que a escala Ihe provocou, C2 expressou o que sentiu, mas eu deveria ter sido mais efetiva na minha intervenção, deveria ter explorado e clarificado. Poderia atribuir significado aqueles sentimentos e dar um reflexo, uma elucidação, em que iria fornecer a C2 uma perspetiva global do que estava a vivenciar (Chalifour,2008).

C2 optou por ir embora, apesar de termos solicitado que voltasse a entrar no gabinete, mas preferiu ir embora e respeitei o seu espaço.

A interpretação do outro, a sua avaliação que vai mais além do que apurar necessidades humanas básicas, mas compreender o outro no seu não-verbal, é um desafio para mim a ser trabalhado e que contribui para o desenvolvimento do juízo clínico. Juízo clínico que é desenvolvido tendo por base competências de âmbito psicoterapêutico, mas que também me parece estar muito relacionado com o autoconhecimento do profissional, da sua perceção no aqui e agora das emoções e sentimentos dominantes, culminando com o uso de si como instrumento terapêutico (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para mim e com base nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental, o enfermeiro especialista nos seus cuidados deve ter respeito pelas capacidades, vulnerabilidades, crenças, valores e desejos do cliente, tendo na sua base de intervenção uma relação de confiança e parceria, realizando um planeamento, implementação e avaliação dos seus cuidados especializados, em que a promoção do potencial de saúde mental do cliente através da optimização das respostas humanas aos processos de transição, sejam eles do foro desenvolvimental, situacional ou fortuitas devem ser valorizadas (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho).

Concluo...

Este contacto inicial com C2 permitiu-me aceder a um leque de informação qualitativa e quantitativa importante para a prestação de cuidados, tendo em vista a promoção do bem-estar.

A postura de C2 no início e final da entrevista foi distinta, tendo sido possível aceder a uma dimensão de C2, que o próprio se viu confrontado ao realizar a escala. Os resultados da avaliação foram corroborados nas duas avaliações, dando acesso a dimensões de C2 que se devem investir para potenciar o seu bem-estar.

Do ponto de vista da Teoria das Transições a gestão da sua situação de doença é premente, daí a sua presença quinzenal na unidade. O seu desenvolvimento quanto adulto jovem é também para si um objetivo, que se configura, com objetivos de vida, como começar a trabalhar e voltar a estudar.

A mobilização da técnica de reestruturação de pensamentos distorcidos para pensamentos adaptativos pareceu-me indicada no contexto de C2, que acredito ser um veículo para potenciar a C2 “insight sobre os seus problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução” (Ordem dos Enfermeiros,2010).

Futuramente ao planear a ação...

Enquanto aluna da especialidade, com vista a desenvolver competências como tal, esta experiência alertou-me para a necessidade de otimizar o meu autoconhecimento que influencia a identificação no aqui e agora das emoções e sentimentos dominantes e com isso devolver ao outro as minhas perceções e interpretações. Por outro lado a técnica comunicacional de confrontação, poderá ser útil em situações semelhantes, em que existe benefício em confrontar o cliente com comportamento versus sentimento.

Numa próxima consulta espero ter uma maior perceção, de forma mais abrangente em que situações acontecem as falhas de memória de C2, o que estava a pensar, assim como quais as expectativas dos pais de C2 e quais as que C2 considera que não consegue realizar.

Por outro lado esta informação vai permitir-se aceder também às expectativas futuras que C2 tem para si e as que os pais conjeturam. Pretendo também comunicar o resultado da escala e clarificar os sentimentos que surgiram com a mesma.

4.2. Diário de aprendizagem nº 2

Descrevendo...

O Segundo contacto com C2 ocorreu cerca de 15 dias depois do primeiro contacto.

C2 entrou no gabinete e cumprimentei-o cordialmente com dois beijos na face. Tendo em seguida cada um de nós se sentado em frente à secretária.

À entrada apresentava-se com aspeto cuidado e limpo, fâcies expressivo, aparentemente mais calmo que o último contacto.

Dado o modo como o anterior contacto terminou, com C2 a sair da consulta relatando tristeza após a realização da escala, a Sra. Enf^a X deu início à consulta, abordando precisamente esse aspeto. Questionou como C2 se sentiu, pelo que este relativizou o sucedido. A Sra. Enf^a X calmamente deu um feedback do que interpretou do sucedido, que a consciência do seu eu lhe provocou inicialmente um distanciamento, de não se reconhecer e seguidamente um sentimento de tristeza. Foi um confronto. C2 ficou pensativo e acenou. Em seguida a Sra. Enf^a. questionou C2 se gostaria de saber o resultado da escala e face ao seu parecer positivo dei início à minha intervenção.

Para a apresentação da escala, visto identificar vários obstáculos em cima da secretária, peguei na folha de cotação da escala e sentei-me paralelamente a C2 de modo a que conseguíssemos ambos observar a escala. Expus os resultados apontados, dando enfoque aos três constructos com cotação mais baixa (aceitação de si, autonomia e maestria ambiental).

Dei início à exploração do constructo da auto-aceitação, ao explicar o que significava teoricamente, C2 mencionou “*isso é todo a gente*” (sic) referindo-se à dificuldade/aceitação em lidar com o passado e com o futuro. Perante a afirmação de C2, para individualizar o resultado obtido na escala, pareceu-me importante devolver-lhe uma questão, enquadrando-a como sendo uma questão que poderia decorrer deste constructo- o que gostaria de mudar em si? C2 apontou ser capaz de “*fazer as coisas*” (sic), de por em prática o que planeia. Ao tentar clarificar a ideia que C2 transmitiu, C2 mencionou sentir-se confuso com as ideias do presente e passado quando queria agir e depois não

conseguir concretizar a ação. Tentei explorar que ideias eram essas que contaminavam a sua capacidade de agir, apurando que dizem respeito às suas vivências passadas, que muitas delas são negativas e o influenciam e impedem de agir eficazmente.

Questionei C2 que estratégia pode usar quando tem ideias confusas, pelo que C2 pergunta, “anular o passado? (sic), pelo que disse que não e a Enf. X. entoou dizendo, organização. C2 acenou afirmativamente. Pelo que acrescentei, focar-se no seu objetivo e concretizar, não se perder em pensamentos paralelos. C2 assentiu.

Questionei C2 acerca do que sentia nesses momentos, pelo que me disse que não consegue avançar e desiste, depois fica triste e isola-se, “*dizem-me que quando estou bem é evidente, mas quando estou triste, que não percebem, porque fico no meu quarto*” (sic). Perante esta afirmação acrescentei, que era importante pedir ajuda, não ficar à espera que outros percebam esse pedido pelas suas atitudes. Referi que na última consulta tinha abordado a importância que atribui aos seus amigos e que eles poderiam ser um excelente recurso. Pelo que C2 confirmou.

C2 em seguida acrescentou que quando está a decidir o seu modo de agir perante uma situação, que pensa nas expectativas que os pais têm para si. Foi nesta afirmação de C2, que integrei o constructo da autonomia (o segundo com pontuação mais baixa). Expus a C2 que esse seu receio de não dar resposta às expectativas dos pais, que nos leva a outro resultado da escala de BEP o da autonomia. A Sra. Enf. X interveio e acrescentou, que nos momentos em que tem muitas ideias, que pensa no que os pais gostariam que ele fizesse, poderia se centrar e pensar- nesta situação qual seria o conselho que os meus pais me dariam? Pelo que C2 acenou parecendo uma boa proposta.

Voltei a intervir e questionei, perante as ideias confusas que estratégias podem utilizar? C2 referiu apoiar-me nos meus amigos, o que foi valorizado e introduzida a importância de ir buscar situações semelhantes no passado, pensar como agiu e replicar. Motivar-se com experiências positivas anteriores. Questionei se fazia sentido esta proposta a C2. Referiu que sim.

A Sra. Enf. X voltou a intervir e deu o exemplo de uma vivência de C2 no Natal passado. A Sra. Enf. pegou nesse exemplo e explorou o modo de agir,

tendo C2 seguidamente começado a falar das relações familiares da família alargada, que são algo conflituosas. A Sra. Enf. X explorou essa perspectiva de C2 das relações, o que foram e como estão na atualidade. Colocou C2 numa perspectiva de observador perante o relato da Sra. Enf. das situações, colocando-o como externo e proporcionando-lhe uma nova visão.

Ao fim de uns minutos verifiquei C2 estava a ter um pensamento tangencial e apelei à atenção de C2 pelo verbal, com pouco sucesso pelo que seguidamente, toquei-lhe no braço. Ainda me encontrava sentada paralelamente.

Procurei situar C2 e reforçar as estratégias que já havíamos falado, realizando uma síntese. Em seguida questionei C2 se havia preenchido a tabela proposta no contacto anterior, tendo C2 retirado a folha e apresentado.

No que concerne às expectativas dos pais C2 apresentou “*que eu tire o meu curso; consiga trabalho; que siga o curso natural da vida-seja feliz*” (sic), C2 apresentou como- o que eu não consigo fazer “*ir para além das minhas expectativas, que são as mencionadas atrás*” (sic). Explorei se as expectativas que foram apresentadas, tentei perceber se as suas expectativas eram mesmo motivações suas, ou se eram o que os pais queriam para si. Pelo que foi afirmativo ao referir que estão em consonância. Perguntei como estava a pensar operacionalizar esses projetos, referindo “*para voltar a escola basta descongelar a matrícula, o trabalho é aparecer um*” (sic). Pelo que foi ressaltada a importância, da organização do pensamento, de não se dispersar e focar-se exaustivamente em aspetos paralelos ao seu objetivo.

Quanto à memória, as falhas que reportou no último contacto C2, a tabela proposta a que preenchesse tinha duas colunas - o que aconteceu e o que estava a pensar. C2 escreveu “*quando tive o esgotamento e fiquei debilitado fisicamente comecei a perder capacidades intelectuais; [na segunda coluna] debilitação por desnutrição e excesso de exercício físico, também excedi-me um pouco nos estudos ultrapassando os meus limites*” (sic). Neste preenchimento foi dado enfoque à sua constante ligação com o passado e como o está constantemente a influenciar na capacidade de agir no presente. Foi reportado que até no preenchimento da tabela que dizia respeito a

eventuais falhas de memória nas últimas duas semanas, se focou no passado. Foi descartado como problema falhas de memória atuais.

Deixei para C2 pensar até ao próximo contacto em que situações habitualmente sentia que ficava bloqueado a agir e como solucionou, o que foi aceite por C2.

No momento da saída voltei a despedir-me de C2 após o cumprimento, com dois beijos na face, cumprimentou-me do mesmo modo e em seguida C2 deu-me um aperto de mão.

O que pensei e senti...

Quando fui para este contacto fui com a incerteza de qual seria a postura de C2, se colaborante ou não à minha intervenção, isto tendo por base as objeções que C2 colocou quando me propus acompanhá-lo nas consultas.

O sentimento que evidenciou quando saiu do último contacto, de tristeza, foi gerido e interpretado de um modo que não me foi acessível até ao momento. Senti-me na expectativa de perceber o impacto da intervenção.

Ao C2 entrar no gabinete adoptei uma postura avaliativa do seu contacto e instintivamente cumprimentei-o com dois beijos.

A Sra. Enf. X. iniciou a entrevista e trabalhou o sentimento de tristeza que C2 havia mencionado, nesse momento senti que foi algo importante para clarificar o sucedido e o modo como C2 geriu *à posteriori* o sentimento de tristeza. Dando continuidade aos cuidados.

Considero que me sentia algo tensa inicialmente, com a expectativa e com a possibilidade de C2 ver na minha intervenção o motivo para um mal-estar momentâneo. Antes do contacto questionei-me inclusive, terei eu o direito de provocar este sentimento no outro? Terei eu condicionado o desenvolvimento de uma relação terapêutica, por ter provocado o sentimento de tristeza no primeiro contacto? Tudo isto num momento em que se estão a estabelecer as bases da relação! Entre os dois contactos pensei e tentei descortinar o que estava na base destes pensamentos e sentimentos, que hoje considero terem condicionado o meu modo de contacto com C2.

Considero-me uma pessoa comunicativa e muito expressiva pelo meu não-verbal. Para mim o toque é um modo de contacto que mobilizo com frequência,

como um modo de me expressar. Foi o que fiz com C2, cumprimentei-o com dois beijos na face, geri o ambiente promovendo alguma proximidade, toquei-lhe o braço para o chamar à minha atenção, pedindo que me acompanhasse na minha intervenção e no final despedi-me com o mesmo cumprimento. No entanto, após o cumprimento final C2 reforçou-o com um aperto de mão, o que quis isto dizer?

Para este contacto havia definido objetivos, que não me senti preza à sua concretização, senti-me disponível a seguir o rumo que C2 trouxesse à consulta, tendo por base os princípios orientadores para a minha ação.

Neste contacto foi para mim claro perante a avaliação de C2, os seus problemas e como eles estão interrelacionados e influenciam o seu bem-estar. A sua auto-aceitação e autonomia são dois constructos do BEP, que se apresentam com menos pontuação e que se constituíram claramente neste contacto como duas áreas de intervenção.

Ao avaliar e analisar...

Este contacto incitou-me a uma reflexão sobre o meu eu que me pareceu extremamente importante, isto é, o meu modo de comunicação não-verbal e as repercussões que pode ter no contacto com os clientes.

Sempre me considerei uma pessoa naturalmente muito expressiva, utilizando com frequência o meu não-verbal como modo de contacto e de expressão de emoções e sentimentos. Até à data ainda não me tinha questionado e pensado de forma estruturada as implicações deste modo de comunicação tão utilizado por mim ao nível da relação terapêutica.

Nesta situação concreta com C2 no segundo contacto, mobilizei tal como em outras circunstâncias o toque e a organização do ambiente de forma a facilitar a comunicação e interação.

Chalifour (2008) defende que o profissional em relação de ajuda deve ter uma elevada consciência da sua vivência e do cliente quando existe o toque, sendo que deve ser o mais claro possível para o profissional, se o toque corresponde a uma necessidade sua ou do cliente, da intencionalidade do toque e que informação veicula. É neste patamar que se situa a minha reflexão a minha autoconsciência do toque e da proximidade que estabeleci com C2,

que no final do contacto me foi devolvido após o cumprimento na face, com um aperto de mão.

O meu questionamento entre o primeiro e segundo contacto, da legitimidade que tenho de provocar no outro um sentimento de tristeza, de não saber como o geriu até novo contacto, gerou em mim um sentimento de alguma culpabilização e expectativa, que de forma inconsciente expressei com a gestão da proximidade e toque de C2.

Efetivamente o meu cumprimento não foi diferente de outros que realizo, mas a componente afetiva subjacente toldou-me a minha capacidade de perceber concretamente a intencionalidade da minha ação, da necessidade da mesma e acima de tudo no impacto em C2.

Estas considerações são de extrema importância para mim enquanto futura enfermeira especialista, para que tenha presente a capacidade de:

“identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente (...) monitoriza as suas reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este dar conta de si integrativo, para melhorar a relação terapêutica” (OE, 2010,p.5).

Chalifour (2008) refere que o toque é o modo de contacto mais directo que pode existir e que pode ser considerado uma ameaça. Daí a importância de se atender aos diferentes fatores supracitados. C2 foi claro no final do contacto para ele este nível de proximidade não lhe foi confortável à interação.

Os meus sentimentos de culpabilização e expectativa foram enfatizados pela impossibilidade que se gerou de no final do primeiro contacto não puder clarificar o porquê do sentimento de tristeza, de não poder dar a resposta que efetivamente foi dada neste segundo contacto.

Após reflexão sei que não fui eu que provoquei aquele sentimento de tristeza e mal-estar eu fui apenas um agente catalítico! Aquele sentimento foi uma exteriorização do confronto do seu “eu idealizado” com o seu “eu real”, daí o sentimento de distanciamento, de não reconhecimento, de estranheza, manifestado naquele momento por tristeza, mas que no quotidiano tal como

afirmado por si se manifesta por redução da sua auto-eficácia, por sentimentos de frustração e atitudes de isolamento!

Eu tenho objetivo claro com a minha intervenção “ajudar o cliente a encontrar a sua própria fonte de iluminação, para que, apesar dos seus receios, possa olhar para si-mesmo e restabelecer contacto com as informações que o seu organismo lhe envia” (Chalifour, 2008,p.131). Questionei-me se este foi o momento da relação para fazer esta emersão de sentimentos? Considero que sim, se assim não fosse provavelmente não me seria possível identificar tão claramente os problemas que se colocam para C2.

Esta abordagem encaixa-se no grande objetivo de promover o BEP, que acredito que em C2 passa sobretudo, através da relação estabelecida influenciá-lo na tomada de consciência das suas dificuldades e a aceitá-las, motivando-o a mudar de atitudes e a encontrar os meios para o fazer (Phaneuf,2005).

Foi sem dúvida essencial a intervenção da Sra. Enf^a. X na exploração do sentimento de tristeza. A relação de confiança e parceria já estabelecida entre ambos permitiu de forma totalmente aceite por C2 dar-lhe um feedback avaliativo, que o colocou sob perspectiva. Este feedback avaliativo consistiu em comunicar a C2 claramente o julgamento/avaliação que a Sra. Enf^a. elaborou do seu comportamento face à realização da escala (Chalifour, 2008). Sendo concretizado um confronto entre o “eu idealizado” associado a pensamentos de grandiosidade e o “eu real” que se depara com inúmeras dificuldades no quotidiano. Foi a partir daí que se deu início ao trabalho dos constructos.

A apresentação dos resultados da escala considero ter sido determinante para a integração de C2 no seu projeto de tratamento e na promoção da sua consciencialização do “eu”. Penso que é um reforço ao desenvolvimento de uma relação sob valores como a consideração positiva, que se trata da manifestação de respeito e confiança na pessoa ajudada de modo a que perceba o seu valor e dignidade, para que seja o “combustível” para crescer e ter coragem de enfrentar as suas dificuldades e se necessário mudar (Phaneuf, 2005).

A exploração dos constructos centrou-se nos dois primeiros com menor pontuação, isto porque são os que estão efetivamente relacionados com os problemas levantados por C2.

No último contacto C2 falou das expetativas que os pais têm para si, que não consegue dar resposta e das suas falhas de memória.

Para este contacto tinha como um dos objetivos explorar que expetativas se tratavam, se eram as mesmas de C2 e quais as dificuldades que apresentava. C2 foi afirmativo ao confirmar que as suas expetativas estavam de acordo com as dos pais e que passam pelo regresso aos estudos, o encontrar um trabalho. Neste sentido C2 tem delineado o seu projeto futuro, os seus objetivos de desenvolvimento. Quando questionado como os iria aplicar, existiu uma grande lacuna e relativização no que concerne à planificação. Parece-me que a sua baixa auto-eficácia, na concretização de planos sejam eles mais simples ou complexos, como o seu projeto de vida é algo que está bastante presente.

A minha comunicação durante o contacto numa fase inicial foi baseada na elucidação dos resultados da escala e relaciona-los com as informações qualitativas que C2 me ia fornecendo acerca das suas fontes de problema.

Foi perceptível que a sua auto-aceitação está muito associada às limitações ao nível da sua capacidade de agir, que é grandemente condicionado pelo seu percurso passado (dificuldades escolares) e pelas relações de humor que o levam a ideias de grandiosidade, que são confrontadas na prática com dificuldades na capacidade de execução. Por outro lado o baixo valor no constructo da autonomia em muito parece estar relacionado, com a necessidade de orientação, organização e motivação para agir, que está grandemente influenciado pela intervenção de terceiros, nomeadamente dos seus pais.

De modo a trabalhar estes dois aspetos a minha comunicação ao longo da entrevista foi inicialmente de clarificação e validação das problemáticas de C2 e seguidamente na procura com C2 de estratégias que pode utilizar no seu dia-a-dia para a concretização das suas atividades. O questionamento foi sendo constante, que estratégias pode utilizar? Faz sentido assim ser?

Passou por motivar C2 a focar-se nos seus objetivos concretos, a descentralizar-se dos pensamentos paralelos, de um pensamento tangencial.

Considero que poderia ter dado mais enfoque a este aspeto, poderia ter concretizado o trabalho sobre a estruturação do pensamento e a tomada de decisão, que em muito contribui para a capacidade de auto-eficácia. Foi neste aspeto durante a entrevista, que novamente recorri ao toque, apelando à atenção de C2, centrando-o no foco de diálogo. Para mim este toque em parte esteve toldado pela minha necessidade de intervir, pedindo que C2 me escutasse, sendo o toque desprovido de funcionalidade terapêutica.

Pareceu-me importante apelar ao lado emocional subjacente às dificuldades de C2 para agir, C2 referiu claramente sentir frustração, tristeza e conseqüentemente ter uma atitude de se isolar. Foi motivado a procurar e a pedir ajuda nesses momentos, a procurar os recursos que já reconheceu ter e valorizar, os amigos e família. Esta intervenção teve como base a promoção dos fatores promotores de saúde mental e bem-estar (OE, 2010a).

Pareceu-me importante introduzir e reforçar este aspeto da importância de pedir de ajuda, o que foi também apoiado em informação recolhida em processo clínico. C2 manteve durante algum tempo o seu contacto com a unidade através dos seus pais que pediam ajuda nos seus momentos de descompensação, eram eles que se dirigiam à unidade a pedir ajuda. Apenas há algum tempo tem sido conseguido um contacto quinzenal com C2 para a realização da caixa de terapêutica, permitindo a monitorização do regime medicamentoso e de um modo mais abrangente a adesão ao tratamento.

A promoção da mobilização de estratégias de *coping*, de modo a motivar C2 a agir foi uma estratégia utilizada para o incitar a agir, no entanto pareceu-me que integrou com maior facilidade a proposta da Sra. Enf. X. A proposta da Enf. X foi perante situações que se percebe com dificuldade de passar ao ato, de procurar pensar no que os pais diriam, como o iriam aconselhar, pensar- “se os meus pais aqui estivessem que conselho me dariam?”. Esta estratégia pareceu-me extremamente importante porque por um lado contribui para que C2 com maior afirmação passe à ação e por outro lado dá contributos na promoção da autonomia.

Perante a avaliação de C2 não me parece de todo benéfico incitar C2 no momento a desvincular-se dos seus pais, à influência das suas opiniões e orientações. Ambos estão de acordo com o projeto de desenvolvimento de C2

e são um pilar no apoio à gestão da situação de saúde/doença. Dada a própria valorização de C2 ao apoio dos pais, pareceu-me de facto mais benéfico um trabalho dirigido tendo por base o princípio hologramática, isto é, considerando que na parte existe um reflexo do todo, do sistema família (Morin,1991). Nesta perspetiva colocar um elemento do sistema a pensar e guiar-se sob os fundamentos do sistema.

Outra estratégia que me pareceu igualmente importante para C2 que foi mobilizada pela Sra. Enf. X. foi tentar dar uma perspectiva de um problema como o todo e não apenas a parte que C2 vivencia, colocar C2 como observador, é elucidar C2 da figura e do fundo (Chalifour, 2008). É procurar novas explicações para a causa de sofrimento de desconforto e assim de novas vias de resolução para os mesmos (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho).

Deste contacto resultou uma proposta para C2, para tentar dar resposta até à próxima consulta, de identificar situações em que se sentiu bloqueado a agir e como solucionou a situação.

Concluo...

Considero que minha autoconsciência e conhecimento é sem dúvida um pilar importante no meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista e que tem contributos diretos na relação de ajuda. Neste caso específico na monitorização dos meus pensamentos e sentimentos, como influenciam e determinam a minha ação e o impacto causado no outro. A avaliação do impacto da minha intervenção no outro deve ser um cuidado constante, com vista a perceber como pode interferir na qualidade das interações e da relação.

Trabalhar com C2 a aceitação do seu eu, a sua auto-eficácia, contribuindo em simultâneo para a sua autonomia é um objetivo a responder com vista à promoção do BEP.

Futuramente ao planear a ação...

Na relação de ajuda a elevada consciência da vivência, dos atos gerados, da sua intencionalidade é muito importante e algo que gostaria de continuar o seu

desenvolvimento. A reflexão constante da prática é uma ferramenta importante, com vista ao desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A consciência do meu modo de comunicação valorizado na relação é de extrema importância, seja na captação de informação como na sua transmissão. É uma monitorização a ser realizada de modo constante, tendo em consideração que a comunicação se situa num plano cognitivo e afetivo (Phaneuf, 2005).

4.3. Diário de aprendizagem nº 3

Descrevendo...

O terceiro contacto com C2 ocorreu passadas cerca de 2 semanas, no dia 28 Dezembro 2015.

C2 veio como habitual realizar a sua caixa de terapêutica e trazer ao espaço de consulta de enfermagem acontecimentos que considere relevantes das últimas semanas.

À entrada C2 apresentou-se consciente e orientado.

Humor disfórico. Fácies expressivo e olhar dirigido.

Comunicativo, com discurso tangencial.

Aspeto cuidado e limpo.

No momento da entrada de C2 no gabinete levantei-me e dirigi-lhe a mão para o cumprimentar, que foi aceite com aparente agrado.

Sentamo-nos frontalmente e iniciei o diálogo. Questionei primeiramente como havia sido o Natal de C2, pelo que me respondeu que tinha sido bom e que tinha tido uma surpresa. A sua família alargada com quem tem pouco contacto (tia e avó) tinham realizado uma surpresa e foram visita-los. Questionado se tinha gostado, referindo que os pais tinham gostado e achado positivo. Dirigi nova pergunta e questionei: “e C2 gostou?” (sic) “*sim os meus pais gostaram e eu naturalmente também gostei*” (sic). Perante esta resposta abordei C2 do que havia sentido, a sua opinião sobre esse acontecimento e do que os pais sentiram, reforçando que é aceitável que C2 e os pais encarem

esta visita de maneira diferente, que tenham sentimentos diferentes, como pessoas distintas que também são! Pelo que C2 disse “*eu gostei*” (sic).

A Sra. Enf^a interveio e questionou C2 se a situação de conflitos estava resolvida e se C2 se sentia confortável, pelo que o cliente referiu que por ele estava tudo bem.

Seguidamente questionei C2 acerca de novidades e como tinham corrido os últimos dias! Sabia de antemão através da Sra. Enf^a, que C2 tinha ido a uma entrevista de trabalho, pelo que expectava que expressasse esse acontecimento.

C2 referiu que não tinha ocorrido nada de especial e não estava a dar enfoque a nenhum acontecimento em específico. Adotou uma postura pensativa, mas ainda assim não estava a expressar nenhum acontecimento. Pelo que a Sra. Enf^a. abordou diretamente a temática da entrevista, tendo C2 desvalorizado.

Dei enfoque na entrevista de trabalho e questionei como tinha corrido. C2 começou a relatar fatualmente a história, que tinha sido contactado pelo centro de emprego, o que lhe tinham dito, o tipo de emprego, a sua localização, o que a empresa desenvolvia e a proposta de remuneração. Em seguida iniciou um relato centrado nas opiniões de terceiros, que estavam na entrevista coletiva “*houve um que disse que era uma vergonha o tipo de proposta que estavam a fazer, que era um trabalho que não interessava (...) outro que mora perto de mim disse que nem haviam transportes para lá e que demorava mais de uma hora a lá chegar, como podem propor isto às pessoas*”(sic).

No meandro deste discurso tive necessidade de intervir, o discurso era tangencial, pelo que fui entonando palavras que considereei chave, para sintetizar e dar seguimento ao discurso. No entanto, a dada altura a Sra Enf^a interveio e dirige-se a C2 “*mas o que está a dizer é a opinião dos outros e a sua qual é?*”(sic). C2 respondeu dizendo que a sua opinião era a deles “*é uma opinião massificadora, toda a gente que ali estava tinha esta opinião*” (sic). C2 desde então permaneceu grande parte do contacto não dirigindo o olhar, a sua postura era tensa, transparecendo um humor disfórico.

A Sra. Enf^a reforçou novamente e disse que ele tem as suas opiniões, que queria que expressasse a sua opinião da entrevista e não a dos que o rodeiam,

que deve avaliar as situações mediante os seus padrões, mediante os seus planos futuros, tendo concretizado com exemplos.

C2 estava mais tenso e a contra-argumentar, pelo que intervim dizendo que é importante termos em consideração a opinião de outras pessoas, como as de referência e de confiança, no caso de C2 como exemplo os seus pais, mas que isso também não deverá ser vinculativo, porque C2 tem opinião própria. Por outro lado dei enfoque à importância de se focar nos objetivos que quer atingir, como os vai concretizar e o ganhos que pretende deles. C2 parecia estar atento ao que verbalizei. Peguei seguidamente no exemplo que a Sra. Enf^a tinha dado anteriormente, que o emprego que lhe haviam proposto para outras pessoas poderia não ser benéfico, mas que para si todo o lucro monetário que tivesse já era uma ajuda para os seus pais, que seria uma forma de garantir por exemplo o fundo de desemprego e de trabalhar na sua área de estudo a informática, para ganhar experiência e num futuro poder chegar mais facilmente ao emprego que gostaria. Neste momento C2 disse “*isso é verdade*” (sic).

Seguidamente foquei meu discurso no sentido de colocar C2 a pensar como haveria de agir perante um próximo contacto para entrevista, de numa próximo contacto ponderar a viabilidade de aceitar o emprego, se corresponde aos seus requisitos (acessibilidade de transportes, distancia do local de residência) de modo a perspetivar uma maior domínio do meio, de concretização dos seus objetivos e de expressão dos mesmos.

C2 pareceu estar atento e foi acenando afirmativamente, apesar de tenso parecia estar a concordar com o conteúdo da comunicação. Por vezes ficava pensativo.

Após este segmento de discurso, C2 voltou a focar-se na experiência da entrevista, devolvendo inúmeros argumentos que apontavam a proposta de emprego como pouco benéfica. A minha abordagem e da Sra. Enf^a foi de tentar dar enfoque a outras perspetivas da situação, mas C2 não estava a compreender e pareceu mais irritado, focou-se na questão monetária que não era sustentável face ao que tinha de despende de si. Seguidamente centrou-se na caixa de terapêutica, desviando-se do diálogo e disse que estávamos a dar-lhe uma perspetiva do futuro, que não tinha base na realidade. C2 pareceu

apresentar dificuldade no pensamento abstrato, no que diz respeito a esta situação em concreto.

Dada a postura de C2 optei por redirecionar o diálogo e após permitir que C2 iniciasse a preparação da caixa, questionei que dada a proximidade com o ano de 2016, quais eram os seus desejos/objetivos para o próximo ano. C2 respondeu mantendo o olhar na caixa “*ter trabalho e paz*” (sic). No sentido de clarificar a afirmação questionei em que gostaria de ter Paz, C2 não foi direto na sua resposta. Perguntei se era paz para si ou para o mundo e no quê concretamente! C2 não especificou dizendo que era para ambos e acrescentou, que queria ter autonomia, não só financeira mas para ter o “*básico*” (sic), referindo-se entre linhas ao desenvolvimento habitual do adulto, a constituição de uma família e casa própria.

Nesta sequência de diálogo percebi, que C2 já não estava disponível para comunicar, estava a preparar a caixa, mas parecia também estar a ruminar noutro assunto. Entretanto diz que gostaria de encontrar trabalho na sua área (informática), quando lhe foi questionado o nível de instrução para formatação que tinha e reforçado os seus conhecimentos, C2 ficou sorridente e a falar de programação, com uma maior rapidez no discurso, percebendo que tanto eu como a enfermeira não sabíamos grande parte do que falava. Seguidamente volta a ficar reservado e tenso.

Finalizando o contacto foi realizado um resumo do que foi abordado, dando enfoque ao incentivo para a formulação de opiniões próprias, da disponibilidade para novos desafios e a um envolvimento mais concreto no plano de procura de trabalho. Ao fim de alguns segundos C2 assentiu e disse “*como é possível fazerem perguntas que nos limitam a imaginação*” (sic). Realizada tentativa de clarificação da sua expressão por mim e Sra. Enf^a, sendo que C2 não concretizou, adotou uma postura evitante e pensativa procedendo em seguida à despedida com um aperto de mão a ambas.

O que pensei e senti...

O contacto de C2 ao longo das entrevistas é em muito influenciado pelo seu humor e expressão da afetividade. Neste contacto era evidente a presença de um humor disfórico, que foi perceptível estar muito associado à sua experiência

na entrevista de emprego. A avaliação do estado mental revelasse sem dúvida uma competência muito importante e que neste contexto ganha especial importância. A nível comunitário os contactos restringem-se a um espaço temporal, que para mim exigiu o desenvolvimento de uma maior destreza de avaliação e desenvolvimento do processo de enfermagem.

Tinha definido objetivos para este contacto, que eram:

- Avaliar o estado mental;
- Promover a autoconsciência de C2 através da discussão de situações que identificou dificuldade em agir e como solucionou;
- Promover estratégias de organização do pensamento e de resolução de problemas;
- Validar a mobilização de estratégias de coping no quotidiano;

Estes objetivos tinham decorrido do segundo contacto, em que C2 apontou dificuldades na sua eficácia em agir e na sua autoconsciência, pelo que foram traçados objetivos com esse fim. No entanto, face ao que C2 expressou no início da entrevista a intervenção foi redirecionada e este ajuste de intervenção foi para mim mais fácil de gerir face a uma fase inicial do estágio. Senti-me muito menos formatada e rígida quanto ao meu planeamento e ação.

Passadas algumas semanas após o início do estágio em âmbito comunitário, considero que a relação de ajuda como instrumento no cuidado de enfermagem de uma importância inquestionável, pelo que me levou a pensar nos aspetos que tenho a melhorar e nos que já trabalhei, tanto ao nível da comunicação como das atitudes fundamentais à relação de ajuda.

Para mim enquanto enfermeira e futura especialista ajudar o outro na gestão das suas necessidades e problemas, coloca-me desafios e neste contacto em concreto, coloca-se o desafio de respeitar o outro nos seus pensamentos de grandiosidade, nas suas ideias sobrevalorizadas e na sua dificuldade em projetar um futuro realista em vês de idealista. É um desafio que me atrai, que me leva a uma contante reflexão da minha consciência e com contributos para o meu autoconhecimento, assim como o desenvolvimento de determinados princípios necessários á relação de ajuda.

Ao avaliar e analisar...

Neste contacto enalteceu-se com maior evidência a importância da avaliação do estado mental. Trabalho num internamento de psiquiatria de adultos em que a avaliação do estado mental é constante e dado a permanência dos clientes na unidade, que se prolonga por dias e às vezes meses, permite uma avaliação e validação/confirmação com maior temporalidade, o que na minha opinião beneficia e facilita o profissional com menos experiência. Em contexto comunitário deparei-me com um contacto com o cliente restrito no tempo, o que condiciona a minha avaliação ao –agora. Este facto incitou-me ao desenvolvimento desta competência, para com maior destreza execute a avaliação do estado mental. Esta capacidade de avaliação concorre para as competências específicas do enfermeiro especialista, concretamente a que passa pela realização de uma recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes (OE, 2010a).

Teoricamente segundo Kaplan, Sadock & Grebb (1999) a avaliação do estado mental é entendida como a avaliação que descreve as observações do profissional e as suas impressões sobre o cliente no momento da entrevista, o que engloba em termos gerais a avaliação da sua aparência, fala, ações e pensamentos.

Trzepacz (2001) acrescenta que uma correta avaliação e intervenção em saúde mental tem por base uma avaliação meticulosa do cliente, que atende a uma avaliação subjetiva baseada na experiência do cliente e sua memória dessa experiência, e uma componente objectiva, que tem por base a avaliação do estado mental. O mesmo autor refere ainda que a avaliação do estado mental é uma avaliação objetiva e sem juízos de valor da observação do comportamento do cliente no estado presente, numa determinada seção de avaliação (Trzepacz, 2001).

C2 desafiou-me nesta avaliação visto nos diferentes contactos apresentar oscilações do seu estado de humor, que influenciam o seu modo de contacto, expressão da afetividade, pensamento e discurso.

O processo de enfermagem segundo Taylor (1992) consiste numa adaptação da técnica de solução de problemas e que inclui as fases de

avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final. Neste contexto de cuidados de saúde mental o maior enfoque é dado às respostas emocionais e interpessoais do cliente aos problemas reais ou potenciais e é na fase de avaliação que se recolhe a informação sobre tais respostas e se definem intervenções (Merenes, 1992). Considero que avaliação do estado mental é então uma parte fundamental da consulta, que condiciona a intervenção e a definição de um plano de cuidados.

A minha abordagem nesta consulta e em outras é questionar primeiramente o cliente sobre as novidades que dizem respeito a si nos últimos dias, que me facilitam na avaliação do estado mental e a atender a uma avaliação subjetiva do cliente, isto é, ao relato do cliente das suas vivências considerando que estas são influenciadas pelas suas experiências e interpretação da mesmas, pelo intelecto e a sua personalidade (Trzepacz, 2001).

Este questionamento dá contributos para uma não diretividade da entrevista, permitindo ao cliente exprimir-se, sem orientar as suas ações ou reações, não existindo da minha parte a manifestação de poder ou autoridade em relação ao cliente (Phaneuf, 2005).

Parece-me importante ressaltar o facto que neste contacto, tive uma maior consciência da minha gestão da proxémia, do toque e da reação do outro a tal. C2 no último contacto incitou-me a esta reflexão, que o que levou neste contacto a intervir de forma consistente, com uma maior consciência das minhas intervenções, o impacto no outro e nesta mediação estar em comunicação verbal. Esta competência no início do estágio era muito difícil, recordo-me que o meu pensamento estava muito centrado na clarificação do discurso do cliente e feedback ao mesmo, ou seja, ouvir e procurar dar uma resposta. Muitas vezes expressei à Sra. Enf^a Orientadora a minha centração no que o outro dizia e muitas vezes enquanto o ouvia o meu pensamento já estava à procura de respostas de intervenção, ficando apenas focada nesta dialéctica.

Atualmente considero que iniciei um longo caminho de autoconsciência sobretudo no seio da relação, que contribui para uma competência específica do enfermeiro especialista em saúde mental “demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções” (OE, 2010, p.4).

Esta consciência do que acredito e o que sinto, como influencia a relação e os meus atos é sem dúvida importante para o desenvolvimento do meu autoconhecimento, que implica segundo Taylor (1992) um conhecimento sobre o porquê sobre determinadas crenças e sentimentos. O início deste trabalho foi positivamente influenciado pela supervisão clínica da Sra. Enf^a. orientadora, que através da discussão e conseqüente introspeção me ajudou neste processo de maior consciência de mim- no aqui e agora- e com isso de maior autenticidade na relação.

Este contacto com C2 teve o apoio da Sra. Enf^a orientadora que como profissional com maior experiência, que conhece o cliente com maior profundidade e com uma relação com bases sólidas, lhe permitiu num momento chave, confrontar C2 com a realidade.

Quando C2 estava a relatar a sua experiência na entrevista eu percebi a sua descrição fática, isenta de uma avaliação individual e de sentimento. Face a esta minha percepção e pensamento tangencial, a minha intervenção estava a focar-se na técnica de reflexo simples. O reflexo simples segundo Chalifour (2008) consiste em devolver ao cliente aquilo que foi entendido na sua comunicação, o que pode ser realizado por diversos modos. Eu estava a realiza-lo salientando palavras-chave, que utilizei também com o intuito de organizar o pensamento de C2. Mas não era o suficiente.

A confrontação é uma estratégia, que consiste em comparar duas coisas entre si e enaltecer as diferenças, num contexto de relação de desencadear o questionamento das incoerências existentes (Chalifour, 2008). Esta técnica visa a mudança de comportamento, ajudando o cliente a tomar consciência de uma incoerência que o impede de progredir, sendo importante que o profissional que a mobiliza tenha um elevado grau de compreensão empática, de autenticidade e respeito, para que se constitua efetivamente como uma estratégia relacional e não uma ameaça ou invasão ao cliente (Chalifour, 2008).

Efetivamente a confrontação pode colocar o cliente a questionar as suas crenças, valores, atitudes e hábitos, no caso de C2 este confronto, com a sua baixa autonomia, com a sua dificuldade de se demarcar das opiniões de

terceiros, foi também na minha opinião um confronto com a sua frustração. Sentimento dominante de C2.

A autonomia é o segundo constructo com pontuação mais baixa na avaliação quantitativa do BEP. É algo apontado por C2 que quer desenvolver e está intimamente ligada, ao seu processo de transição de desenvolvimento. Porém a gestão da sua situação de saúde doença implica pela minha avaliação, primeiramente a necessidade de desenvolvimento da consciencialização do seu eu real, invés do idealizado. Considero que esta tomada de consciência é determinante e influencia em grande parte a sua eficácia e autonomia.

Para demonstrar esta lacuna na autonomia de C2 foi utilizada a confrontação que evidenciou a disforia de C2, pelo que seguidamente intervi mobilizando a técnica comunicacional de elucidação e reformulação.

A elucidação com o intuito de apresentar a C2 a situação na sua globalidade, elucidando uma perspectiva além da que estava C2 a relatar, isto é, um reenquadramento que permita o cliente repensar o ocorrido sobre um novo ângulo (Chalifour, 2008).

A reformulação foi mobilizada, tendo por base que muitas vezes o cliente tem dificuldade em reconhecer e expressar as suas emoções, o que o impede de aceder à informação o organismo lhe revela (Chalifou, 2008). Deste modo a minha intervenção com C2 passou também por lhe incitar á consciência do vivido por si, neste caso na entrevista, e manifestando de maneira implícita a minha disponibilidade para a sua compreensão (Chalifour, 2008).

No seguimento do contacto intervi com C2 no sentido de planificar num próximo contacto para entrevista o que deve ter em consideração, visto colocar alguns requisitos como necessários à aceitação do emprego. Isto para que C2 consciencializasse os seus requisitos individuais, para a aceitação de um emprego. Por um lado pretendia trabalhar a sua consciência e por outro a sua autonomia na avaliação e escolha. C2 pareceu estar atento, mas momentos depois referiu dificuldade em pensar num aspeto que no momento não tem base de realidade. O que para mim foi revelador de alguma dificuldade de pensamento abstrato.

No entanto, investi e valorizei esta experiência como uma base a refletir para que num próximo momento de proposta de entrevista pensasse nela e a mobilizasse como estratégia de *coping* e com maior facilidade e eficácia considerasse a oportunidade de emprego.

Penso que neste contacto existiu uma atitude que em mim foi dominante o respeito por C2. Respeito que identifico como essencial na relação e que entendo como reconhecimento do outro como uma pessoa investida de uma grande dignidade e valor (Phaneuf, 2005). Segundo Phaneuf (2005) a atitude de respeito caracteriza-se por uma atitude de deferência, de consideração positiva pelo outro e na aceção que o cliente é capaz de evoluir, mudar, de se responsabilizar por si, de modificar os seus comportamentos e tomar as suas próprias decisões.

Para mim como é gerir estes pensamentos de grandiosidade, de ideias sobrevalorizadas, de uma diferença observável no cliente entre o eu real e ideal? Acredito que é fazendo um caminho com o cliente, neste caso com C2, pautado por si, identificando na relação a sua capacidade e contribuindo para a sua consciencialização, promovendo a sua eficácia e autonomia. Numa relação pautada pela aceitação incondicional do outro, pela autenticidade/congruência e compreensão empática, atitudes consideradas como facilitadoras na relação, tendo como fundo a Abordagem Centrada na Pessoa, proposta por Rogers (Mendes, 2006).

Concluo...

Considero que avaliação do estado mental é importante em todos os contextos, mas determinante nos cuidados que visam a saúde mental. Contribuem para o desenvolvimento do processo de enfermagem, para o planeamento de uma intervenção que vá ao encontro das necessidades do cliente.

Este contacto foi desafiante pautado pelo respeito a C2, mas incitando a sua consciencialização, mediando minha intervenção para que não fosse tida como invasiva ou ameaçadora.

Trabalhei também o meu conhecimento, verifico que com maior facilidade tenho consciência do eu na relação, atento ao outro e intervindo baseada nesta

avaliação. No entanto é o início de um caminho de desenvolvimento, que se percorre com novas experiências e desafios.

Considero que consegui avaliar o estado mental de C2 e trabalhar a sua consciencialização numa perspectiva diferente à que eu tinha objetivado inicialmente para este contacto. Considero que dei contributos para a organização do pensamento e eficácia no agir, no que diz respeito à situação laboral de C2, contributos para a sua transição de saúde-doença e desenvolvimento.

Por outro lado não foi validada a utilização de estratégias de *coping*, mas foi incitada a experiência da entrevista de emprego, como exemplo para a mudança em futuros momentos.

Apoiada em Phaneuf (2005) considero que sem confiança, não há abertura e sem abertura não há comunicação. Nesta fase do estágio considero-me mais confiante no meu papel como enfermeira especialista, o que tem contribuído grandemente para o meu desenvolvimento enquanto tal.

Futuramente ao planear a ação...

Para mim como futura enfermeira especialista proponho o desenvolvimento de estratégias comunicacionais que incitem a mudança.

4.4. Diário de aprendizagem nº 4

Descrivendo...

No quarto contacto com C2 este entrou no gabinete e aparentava uma postura tensa, parecia preocupado e estava com alguma agitação motora.

Estendi a mão a C2 para o cumprimentar enquanto o esperava à porta, ao mesmo tempo questionei-o como estava, pelo que me respondeu “*nada bem*” (sic). Procurei aprofundar o diálogo e esclarecer a fonte de mal-estar.

C2 relatou com discurso acelerado que o centro de estudos que está contratado para o transporte do irmão para a escola, nesse dia tinha falhado, tendo o seu irmão ido sozinho para a escola sem conhecimento dos pais. C2 referiu que o centro de estudos tinha ligado a dizer que “*o meu irmão tinha*

desaparecido (...) a minha mãe entrou em pânico e o que aconteceu foi que o homem do transporte não apareceu e pelas horas o meu irmão foi a pé sozinho para escola” (sic). Questionei se tinha sido a primeira vez, tendo C2 referido que não “não é a primeira vez e ele às vezes passa pelo miúdo e não o vê, ou combina num sítio e aparece noutra” (sic)!

Assenti e disse, este assunto deixa-o inquieto, pelo que C2 continuou e disse “eles desresponsabilizam-se e é a vida de uma criança, detesto quando as pessoas não assumem as suas responsabilidades” (sic). Pelo que perguntei a C2 que estratégias estavam a pensar utilizar para resolver o problema. Dizendo “já fomos falar com a diretora e não mudou nada” (sic). Questionei C2 o que poderia fazer diferente. C2 parou de falar, olhou para o chão e disse falar novamente. Procurei incitar à procura de mais estratégias pelo que chegamos à conclusão que poderia expor a situação por escrito, estratégias que ficou de apresentar aos pais.

Questionado sobre mais situações que tenham ocorrido nas últimas semanas que quisesse expressar, pelo que C2 introduziu o tema sobre a detenção do seu vizinho. Contextualizou a situação, que tinha um vizinho que estava com comportamentos desadequados e que importunava os habitantes do prédio. Esta semana a polícia tinha ido buscar esse senhor a casa, tendo salientado que foram muitas polícias e levaram-no algemado. Tentei perceber o que estava por detrás deste relato e questionei C2 se tinha ficado impressionado. C2 encolheu os ombros, não parecendo valorizar. Pelo que elucidei que os problemas no decorrer dos distúrbios do vizinho se haviam resolvido! C2 iniciou um discurso tangencial concluindo que pelo menos por agora que sim.

Dado o diálogo da última entrevista em torno do emprego, situação de difícil gestão para C2, cuja crítica construtiva não foi bem gerida no momento, decidi dar novo enfoque ao assunto. O objetivo foi promover o desenvolvimento da sua capacidade de avaliação segundo padrões pessoais e incita-lo a mobilizar a sua última experiência de entrevista como uma estratégia de *coping*.

Questionei C2 relativamente à situação da entrevista de emprego se estava mais tranquilo com o sucedido. C2 suspirou e disse “já passou, agora só daqui a 6 meses é que me fazem uma nova proposta para entrevista” (sic). C2

pareceu frustrado e discursou acerca do funcionamento do centro de emprego. De modo a desfocar a atenção questionei se também iria procurar emprego por si, referindo que sim e que tem entregue currículos. O objetivo foi responsabilizar C2 também na procura de emprego e fomentando a sua autonomia face ao centro de emprego.

Seguidamente perguntei a C2 se tinham ficado claro os seus critérios, o que pretendia de um emprego e o que ia atender quando sucedesse uma nova oportunidade. Pelo que C2 disse que sim e perguntei então quais eram. C2 “*a distancia, pelo passe (...)*” (sic) tendo dispersado no assunto e relatando os preços dos passes mediante as distancias de sua casa, apontou “*dar para amearhar e para os meus gastos*” (sic). Reforcei a evocação dos critérios individuais e referi que também tinha mencionado o acesso a transportes públicos. Pelo que C2 assentiu e deu continuidade a um discurso tangencial, falando da opinião do papa e da comissão europeia quanto à situação atual dos jovens.

Tentei centrar o discurso, salientando que apesar de todas essas opiniões, era importante focar-se nas suas dificuldades/possibilidades. C2 ofereceu alguma resistência, tendo em seguida passado para o exemplo de amigos com dificuldades também na procura de emprego.

Nesse momento senti-me confusa e perdida no seu discurso, pelo que decidi redirecionar o discurso tendo em conta os objetivos definidos para a entrevista.

Foquei-me na dificuldade de C2 em agir, na sua auto-eficácia e no que tínhamos falado na segunda entrevista. Captei novamente a atenção de C2, que afirmou que se mantém a dificuldade.

Questionei quando tinha essa dificuldade, que me desse exemplos! C2 ficou pensativo e referiu a sua dificuldade se coloca sobretudo em situações de muita pressão. Questionei C2 como podia agir perante essas situações, pelo que se focou de imediato na situação da escola do irmão “*entro em pânico, mas posso ir falar com a escola*” (sic).

De modo a clarificar a organização do pensamento para o ajudar na ação peguei no que tinha sucedido nesse dia e usei a estratégia de resolução de problemas. Introduzi de modo a facilitar a sua autonomização de pensamentos, que pode pensar na opinião que os pais poderiam ter perante a situação com

que se está a deparar e até em situações do passado semelhantes as pode tomar como exemplo.

Reforcei que quanto mais aplicasse este tipo de pensamento mais fácil seria replicar e iria sentir-se mais capaz de agir. Acrescentei a importância de ter consciência destes pensamentos.

Seguidamente C2 referiu que *“eu tenho consciência e percebo que há estados que me influenciam, emoções básicas”* (sic). Pelo que devolvi se está triste ou alegre encara as situações perante isso? *“Não há coisas que são más e não podem ser diferentes!”* (sic), tendo eu acrescentado, que assim sendo dentro do que é mau que poderia escolher o que é menos mau.

Salientei a importância de pensar e ter consciência do que está a sentir. C2 respondeu *“sim eu sei, eu sou uma pessoa realista”* (sic). Perante esta afirmação fui mobilizar uma das últimas frases que C2 disse na última entrevista e confrontei-o com o que tinha dito *“como é possível fazerem perguntas que nos limitam a imaginação”* (sic).

C2 referiu não ter dito tal frase, pelo que o meu objetivo da confrontação não teve sucesso, não sendo entendida como construtiva e fonte de pensamento. A Sra. Enf^a Orientadora entrevistou e devolveu que foi de facto uma frase que disse e questionou se sente que por vezes a realidade o impedia de ter as suas idealizações, C2 mencionou que não. Percebemos que não havia abertura para mais diálogo sobre o assunto.

Assim, fiz uma síntese do que havíamos falado e incitei C2 a preparar a caixa. Durante a mesma falou-se entre os três de assuntos da atualidade.

Terminando a entrevista C2 falou novamente do acontecimento do seu dia, de como o perturbou pelo que se valorizou a maneira de o poder resolver.

Desafiei C2 numa próxima consulta a dar um exemplo de uma situação em concreto que tenha tido dificuldade em agir e como a resolveu.

O que pensei e senti...

À chegada de C2 ao gabinete foi para mim perceptível que algo teria ocorrido, a sua postura, atividade motora, fâcias e verbal estava diferente. Observei e percebi que estava num grande estado de tensão e preocupação. Explorar esses sentimentos pareceu-me inquestionável, até porque penso que ignora-

los teria sido ignorar parte da minha avaliação e despersonalizar o meu cuidado.

Perceber o que estava subjacente aquela inquietação, foi o mote para C2 falar de si e expressar os aspetos que valoriza da realidade. Ao coloca-lo a relatar o sucedido e as estratégias que poderia ter utilizado foi com o intuito de o ajudar na organização do seu pensamento, na exploração da sua irritação e de estratégias de resolução.

Nesta fase do meu estágio pareceu-me mais fácil avaliar o não-verbal de C2, o que está subjacente ao seu relato e as emoções. É a consciência do outro na relação, que me dá contributos e ferramentas para intervir.

C2 por várias contingências tem um discurso que apela a muitas fontes de informação, tem um mote de assunto e tangencialmente fala sobre o mesmo. Considero que a dada altura da entrevista senti-me confusa, mas principalmente perdida na minha intervenção. C2 a cada assunto que abordávamos fundamentava-se de opiniões exteriores excluindo a sua individualidade. Senti que estava a ser difícil focar o discurso de C2, percebi que se o fizesse sucessivamente estava a incitar à irritabilidade de C2, parecendo estar a impedir de se expressar.

No momento para me organizar a minha estratégia foi mentalmente rever os objetivos definidos para a entrevista e dei enfoque a um tema importante para C2 a sua eficácia de agir, que tinha sido abordado em entrevistas anteriores. Estratégia que parece ter sido bem-sucedida.

Na fase final da entrevista foi necessário mobilizar a confrontação como estratégia para fomentar a autoconsciência de C2. Para mim já me pareceu mais fácil a sua mobilização, no entanto a dificuldade de C2 tomar consciência de si é evidente.

Ao avaliar e analisar...

Chalifour (2008) refere que o profissional na sua intervenção deve ter uma atitude empática relativamente ao cliente, esforçando-se por mergulhar com o cliente no seu mundo subjetivo. É nesta perspectiva que considero importante valorizar o que é dominante no outro quando estou a intervir, porque é baseado na sua perceção do mundo, como encara o que o rodeia e como considera

intervir no mesmo, que deve ser alicerçada a abordagem do profissional. Para isso uma atitude empática parece-me determinante.

Ter começado a entrevista pegando nos sentimentos dominantes de C2, explorando o que o estava a preocupar foi com o intuito de colocar C2 no centro do processo e não apenas como um beneficiário de um serviço padronizado e previamente objetivado. O meu intuito foi sobretudo fomentar a tomada de consciência de C2 da sua experiência pessoal e esta ser o guia e critérios ao processo de intervenção (Chalifour, 2009).

A abertura das consultas com um espaço de partilha livre do que o outro quer explorar, permite como referido por Chalifour (2009) fazer emergir o que se figura no cliente, sendo que o profissional deve prestar atenção, de forma simultânea ao que o cliente diz, o modo como diz, à dinâmica entre o cliente e profissional e ao que se passa em si mesmo. É baseado neste tipo de qualidade de presença que é possível realizar um diagnóstico sobre o funcionamento global do cliente e intervir em função das dificuldades percebidas (Chalifour, 2009, citando Deslisle, 1992; Rogers & Kinget, 1969).

Tem sido nesta dinâmica de relação que tenho investido o meu desenvolvimento, que acredito ter grandes contributos para mim enquanto especialista em saúde mental e psiquiatria, percurso que não ficará com certeza limitado a esta experiência académica, mas para o meu futuro enquanto profissional. É neste situar o outro no que sente, como gere, paralelamente atendendo à qualidade da relação e à minha consciência na mesma, que me parece ser possível retirar contributos para o meu desenvolvimento pessoal e a competência “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2010).

Perante a situação apresentada pareceu-me importante guiar a minha intervenção segundo a estratégia de resolução de problemas, o intuito foi sistematizar o pensamento, facilitando em conjunto com C2 a estruturação de estratégias de resolução possíveis.

Mais tarde na entrevista voltei a pegar na estratégia de resolução de problemas, explorando-a claramente com C2 de modo a poder-lhe facilitar a atuação perante situações de maior pressão, como foi capaz de identificar.

Chalifour (2009) refere que realizamos tomadas de decisão e resolução de problemas recorrendo a funções intelectuais várias, que muitas vezes já são mecanismos automáticos, mas face a situações de maior complexidade podem evidenciar-se dificuldades, sejam do foro instrumental como emocional.

C2 refere claramente redução da sua eficácia em agir, porque fica no plano da sua resolução, referindo confusão de ideias. Peguei no exemplo vivenciado por si nesse dia e recorri às 5 etapas da estratégia de resolução de problemas (definição do problema, inventário das soluções, escolha das soluções, planificação de implementação da solução e avaliação dos resultados) (Chalifour, 2009).

A escolha da solução mais indicada ao contexto parece-me ser uma das grandes dificuldades de C2. Daí ter sugerido a C2 que a sua tomada de decisão fosse alicerçada mobilizando estratégias de *coping* e o auxílio de avaliação da situação sob a possível perspectiva dos pais. Isto para atender à sua baixa autonomia e à valorização da opinião de pessoas de referência.

A autonomização de C2 principalmente no que concerne à elaboração de opiniões próprias, parece-me que passa em muito pela dificuldade de C2 na definição de critérios individuais de avaliação. Isto no caso concreto na procura de C2 de emprego. Sintetizar os critérios que C2 quer atender para um futuro emprego pareceu-me importante para a redução do sentimento de frustração face a novas oportunidades. Por outro lado foi promover a sua individualização, sob uma avaliação persistente de C2 do panorama geral de emprego e do panorama dos seus amigos.

O discurso tangencial foi evidente ao longo da entrevista, a situação de conflito que ocorreu nessa manhã, consideravelmente perturbou o bem-estar de C2, o que na minha opinião influenciou a organização do seu pensamento. Focalizar C2 no discurso, foi um desafio para mim. Tive a perceção que orientar C2 sucessivamente para o centro dos assuntos era uma estratégia ineficaz que experimentei cerca de duas vezes, percebendo que parecia estar a desvalorizar o seu relato.

A dada altura senti-me perdida no diálogo, esta consciência permitiu organizar-me e focar-me nos objetivos a que me havia proposto e orientar a entrevista.

Na fase final da entrevista a minha intervenção foi direcionada para a consciência de C2 dos seus sentimentos e como o influenciam. C2 refletiu-se como uma pessoa realista, algo que na última entrevista referiu dificuldades em ser e que se tem evidenciado pela sua baixa autoconsciência.

Mobilizei o confronto entre o que havia dito na última entrevista e o que disse na presente, C2 não aceitou. Referiu não ter dito que a realidade o influencia nas suas idealizações. O objetivo não era que C2 admitisse que não é uma pessoa realista, mas sim incita-lo à reflexão das lacunas existentes entre o que pensa ser e o que efetivamente aparenta. Neste sentido o objetivo era sobretudo promover a reflexão ou a recetividade à incongruência.

Phaneuf (2005) refere que a tomada e consciência pode revelar-se dolorosa e fonte de ansiedade, o que pode levar ao desenvolvimento de mecanismos de defesa para proteção. Parece-me que C2 utiliza como mecanismo de defesa o evitamento da ação, evitando decisões difíceis e de responsabilidade, que são expressos em comportamentos de adiamento contínuo da ação, agitação e a fantasia, o que é evidente no comportamento de C2 (Phaneuf, 2005).

Concluo...

Na intervenção com C2 parece-me determinante a continuidade de um cuidado centrado na promoção da consciência do seu “eu” de C2, das suas dificuldades na ação, dos diferentes níveis em que a autonomia se encontra comprometida. Os ganhos obtidos no decorrer desta intervenção sugere-me que contribua para o desenvolvimento de C2, para a gestão da sua situação de saúde e de forma abrangente para o seu bem-estar.

C2 não lida de forma construtiva com a utilização da estratégia de confronto do “eu real” para o “eu ideal”, verificando-se maior eficácia com a exploração do seu “eu” a partir de vivências suas desmontando-as e identificando o que pensou, fez e sentiu.

Futuramente ao planear a ação...

Pretendo manter o enfoque na promoção da consciência de si a C2, tendo por base vivências relatadas pelo cliente.

A mobilização da estratégia de resolução de problemas deve ser incentivada para a promoção de uma maior capacidade de agir eficazmente.

A nível da autonomia de C2, mais do que a sua autonomização financeira parece-me que C2 tem benefícios em agir tendo em conta padrões de avaliação individuais no que concerne especificamente à procura de emprego. Tendo a capacidade de decidir, perante a avaliação das suas necessidades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero que a realização deste portfólio reflexivo foi extremamente importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, através dele tive a possibilidade de realizar uma introspeção ao meu comportamento e pensamento, assim como promover o desenvolvimento de conhecimentos mediando a teoria com a prática.

A verdade é que o “modo como tratamos a nossa aprendizagem experiencial diária, na prática clínica, determina a extensão em que a investigação e a educação serão tanto coletivas como cumulativas, e ligadas de um modo vital com a prática clínica” (Benner, 2001,p.12).

Com o trabalho apresentado foi também possível expandir-me a outros níveis de autoconsciência, no aqui e agora da relação, que contribuíram sem dúvida para o meu autoconhecimento. Sabe-se que “a autoconsciencilização difere do autoconhecimento no sentido em que a primeira não exige um conhecimento das razões pelas quais cremos ou sentimos determinada maneira” (Taylor,1992,p.39)

Esta reflexão merece especial atenção dado que enquanto futura EESMP é peremptório a mobilização deste tipo de pensamento crítico e reflexivo, pela necessidade do profissional se mobilizar como um instrumento terapêutico, que desenvolve vivências, conhecimentos, e competências que lhe permitam intervir e demonstrar elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2010a).

Concluo que o que me motiva e conduz à prática de enfermagem no campo da saúde mental e psiquiátrica e inclusivamente à realização da especialização na área, é a acreditar que o ser humano tem qualidades e um potencial para o crescimento, cujo principio de ação é o enfoque nas e qualidades e recursos do ser humano e não nas suas fraquezas ou deficiências (Taylor, 1992).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Campos, B. (1991). *Educação e Desenvolvimento Pessoal e Social*. Porto: Edições Afrontamento.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (vol 1). Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção* (vol 2). Loures: Lusodidacta.
- Chick, N., Meleis, A. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. [autor do livro] Peggy Chinn. *Nursing Research Methodology - Issues and implementation*. New York : Aspen Publication.
- Gonçalves, D., Albuquerque, P., Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 101-110.
- International Council of Nursing (2011). *CIPE® Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (H. Castro, Trad). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (Tradução original do ICNP® Version 2- International Classification for nursing practice)
- Kaplan, H., Sadok, B., Grebb J. (1999). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* . 7ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Knapp,P., Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30(II), 54-64.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: development and progress*. 3ªed. Nova Iorque: Lippincott.

- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*, 23 (1),12-28.
- Meleis, A., Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*. 42 (6), 255-259.
- Mendes, J. (2006). A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Revista Informar*, 36,71-77.
- Morin, E. (1991). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação*. Loures: Lusociência.
- Ramos, A., Bortagarai, F. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*, 14(1), 164-170.
- Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª Série, N.º122 (25-07-2015) 17034-17041.
- Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57,1069-1081.
- Santos, C., Shiratori, K. (2005). A influência da comunicação não-verbal no cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4),434-437.

Taylor, C. (1992). *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness*. 13ª Ed. Porto Alegre: Artes Médica.

Trzepacz, P; Baker R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental* (V. Ramos, R. Albuquerque, Trad). (1ªed). Lisboa, Climepsi Editores.

Zagonel, I. (1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (3), 25-32.

Apêndice VI – Estudo de Caso C1



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

2014/2016

Unidade Curricular:

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ESTUDO DE CASO

C1

Vanessa Sofia Domingos Candeias

Lisboa,

2016



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

2014/2016

Unidade Curricular:

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ESTUDO DE CASO

C1

Discente:

Vanessa Sofia Domingos Candeias, N^o 708

Docentes:

Prof^a. Coordenadora Francisca Manso

Prof. Carlos David

Orientadora do Local estágio:

Sra. Enf^a. Catarina Gabriel

Lisboa,

2016

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA- *American Psychiatric Association*;

BEP- Bem-estar Psicológico;

C1- Cliente 1

CIPE - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem;

DSM-V- Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5ª
Edição;

EESMP- Especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria;

INDICE

INTRODUÇÃO	4
1. APRESENTAÇÃO DO CLIENTE	5
1.1. Identificação do cliente	5
1.2. Acontecimentos de vida	5
1.3. Relações familiares e sociais	8
1.3.1. Genograma	8
1.3.2. Ecomapa	9
2. HISTÓRIA ATUAL	10
2.1. Situação atual de doença	10
2.2. Transtorno Bipolar tipo II	11
3. CONTRIBUTOS TEÓRICOS	13
3.1. Modelo de Bem-estar Psicológico	13
3.2. Teoria das Transições	15
4. PLANO DE CUIDADOS	19
5. ENTREVISTAS	33
5.1. Entrevista nº 1	33
5.2. Entrevista nº 2	38
5.3. Entrevista nº 3	44
5.4. Entrevista nº 4	48
5.5. Entrevista nº 5	54
5.6. Entrevista nº 6	60
5.7. Entrevista nº 7	66
5.8. Entrevista nº 8	72
6. DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES	80
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92

APÊNDICE I- Guião de entrevista Inicial

APÊNDICE II- Planeamento de Intervenção Terapia pela Reminiscência

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso foi desenvolvido no Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em âmbito comunitário, que se insere no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

O estudo de caso é “frequentemente referido como permitindo estudar o objecto (caso) no seu contexto real, utilizando múltiplas fontes de evidência (qualitativas e quantitativas) e enquadra-se numa lógica de construção de conhecimento, incorporando a subjectividade do investigador” (Meirinhos & Osório, 2010, p.64).

A realização do estudo de caso consta como um objetivo em projeto, para o presente estágio, com o intuito de concorrer para o meu desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria e dando contributos para o estudo de um fenómeno de promoção do BEP.

Para a descrição das características de um fenómeno de promoção do BEP no adulto jovem com alteração de saúde mental em processo de transição, defini os seguintes objetivos norteadores para o estudo de caso: descrever quais são os contributos da promoção do BEP no jovem adulto com alteração da saúde mental em processo de transição; identificar as intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional que foram mobilizadas para a promoção do BEP no jovem adulto com alteração da saúde mental em processo de transição e por fim descrever as principais dificuldades e facilidades apresentadas pelos adultos jovens em processo de transição para atingirem estados de BEP.

O caso apresentado diz respeito à cliente D. (C1), que tem um diagnóstico médico de Transtorno Bipolar II desde 2007, é seguida pela equipa comunitária de X desde 2008. Atualmente encontrasse a vivenciar dois processos de transição, de saúde-doença e a nível organizacional. O enfoque será dado na promoção de transições saudáveis, globalmente contribuindo para o BEP.

O corpo do estudo de caso encontra-se estruturado em seis pontos: apresentação do cliente; história atual; contributos teóricos; plano de cuidados; entrevistas e por fim discussão e recomendações.

1. APRESENTAÇÃO DO CLIENTE

1.1. Identificação do cliente

A cliente C1 é do género feminino, negra, com 28 anos de idade. Nacionalidade Cabo-Verdiana.

Tem o 12º ano de escolaridade, frequentou curso profissional na área da hotelaria. Nos últimos tempos esteve a trabalhar como assistente de loja, no atendimento ao público e em alguns fins de semana trabalhou num bar noturno.

Divorciada e com um filho de cerca de 4 anos.

Pertence a uma fratria de 4 irmãos, sendo o elemento mais novo.

Reside na periferia de Lisboa com o filho, a mãe e uma das suas irmãs.

Diagnóstico médico de Transtorno Bipolar II.

Não apresenta antecedentes pessoais relevantes. Como antecedentes familiares psiquiátricos a sua mãe tem diagnóstico médico de Transtorno Bipolar.

1.2. Acontecimentos de vida

Foram identificados pela cliente e em processo os seguintes acontecimentos de vida relevantes.

- C1 nasceu em Cabo Verde tendo vindo com a sua família para Portugal com cerca de quatro anos de idade. Foi educada pela mãe não tendo contacto com o pai desde a vinda para Portugal, que acabaria por falecer quando tinha 8 anos;

- Mãe com alteração ao nível da saúde mental, com diagnóstico médico de Doença Bipolar, seguida também na equipa de Queluz. Sem registo de descompensação de saúde mental desde há quatro anos.

- Fratria de quatro irmãos sendo três irmãs e um irmão. C1 foi a única filha que cresceu sob os cuidados da mãe, os três irmãos foram institucionalizados

em colégios até aos 18 anos. Existe registo em processo clínico que o irmão terá tido comportamentos hétero-agressivos para com as irmãs e mãe.

- Aos **19 anos** (Outubro de 2007) dirige-se ao serviço de urgência do Hospital X, por após rutura afetiva de relação de cerca de dois anos e meio, apresenta a seguinte sintomatologia com evolução de 1 semana: queixas depressivas com ansiedade intensa, angústia, taquipsiquismo, sensação de “*eletricidade dentro de mim*” (sic), hiperatividade e diminuição do número de horas de sono. Refere que este quadro sintomatológico ocorre “*desde que me conheço*” (sic), mesmo sem ter acontecimentos desencadeantes. Nessa altura foi realizado um diagnóstico médico provável de Doença Bipolar tipo II em estado misto, tendo sido medicada para tal.

Encontra-se em processo clínico o registo de C1 ter relatado que “*desde pequena*”(sic) que apresenta instabilidade emocional e comportamento disruptivo (hétero-agressividade). Referiu ter vários episódios de autoagressão, que segundo C1 ocorriam para aliviar egodistúnia intensa e ocorrendo em algumas situações com intuito suicida. Referenciou também tentativas de suicídio por ingestão voluntária medicamentosa e enforcamento. Referiu que no passado teve “*situações muito difíceis*” (sic), que não consegue verbalizar, em processo clínico interrogada situações de abuso.

Nesse contacto foi solicitado encaminhamento e observação pela equipa comunitária de Queluz.

- Aos **20 anos** (Janeiro de 2008) tinha um agendamento para triagem na equipa comunitária que faltou, assim como em datas seguintes. Em Fevereiro através de contacto telefónico, referiu sentir-se melhor e adesão à terapêutica.

Em Novembro de 2008 mãe de C1 dirige-se à equipa referindo que a filha “*não está bem*” (sic). Em fase depressiva, foi realizado ajuste terapêutico, seguimento em consulta médica e de psicologia. Toma de terapêutica irregular, assim como na assiduidade às consultas médicas e de psicologia.

A realizar curso profissional de hotelaria para obtenção do 12º ano, paralelamente encontra-se a trabalhar em *part-time*.

- Aos **21 anos** termina curso profissional, registo de sentimento de ambivalência com o final do mesmo e com perspetivas futuras de emprego. Refere sentir-se “*sem motivação*” (sic), registo de consumo abusivo de álcool.

- Aos **22 anos** (Janeiro de 2010) refere em consulta de psicologia “*medo de não aguentar as responsabilidades*” (sic).

Mantém irregularidade na toma da terapêutica e faltas às consultas médicas e de psicologia. Numa das consultas refere que não fala do passado.

Em Setembro de 2010 vem a consulta médica e comunica que foi pedida em casamento pelo seu ex-namorado que se encontra na Alemanha. Programa emigrar para a Alemanha. Namorado não tem conhecimento da situação de saúde de C1. Posteriormente vem a consulta médica com namorado, com o objetivo de obter esclarecimentos sobre a doença. Dado o objetivo de emigração aconselhada C1 a manter seguimento médico na área de residência.

Novembro de 2010 volta para Portugal ao fim de 2 meses, supostamente por suspeita de gravidez. Já se encontravam casados.

Dezembro de 2010 confirma-se gravidez com ingestão mantida de Lítio e de consumos alcoólicos. Registo de episódios de autoagressão e de comportamentos hétero-agressividade com o marido. Volta para casa da mãe.

- Aos **23 anos** (Janeiro 2011) seguida em consulta médica. Relação conflituosa com ex-marido, oficializado divórcio durante a gravidez. Reside em casa da mãe. Registo de adesão à medicação.

Restante tempo de gravidez e parto sem intercorrências.

Novembro de 2011 mantém seguimento em consulta de psicologia. Melhoria significativa do seu estado e refere “*ter o meu filho mudou-me e por ele tenho de estar bem*” (sic).

Fevereiro de 2011 inicia acompanhamento psicológico por instituição Y, que estabelece contacto com equipa comunitária. No momento avaliam C1 como tendo fracos recursos internos que se traduzem numa fragilidade emocional significativa e instabilidade psíquica, que condiciona a atuação perante situações de vida adversas.

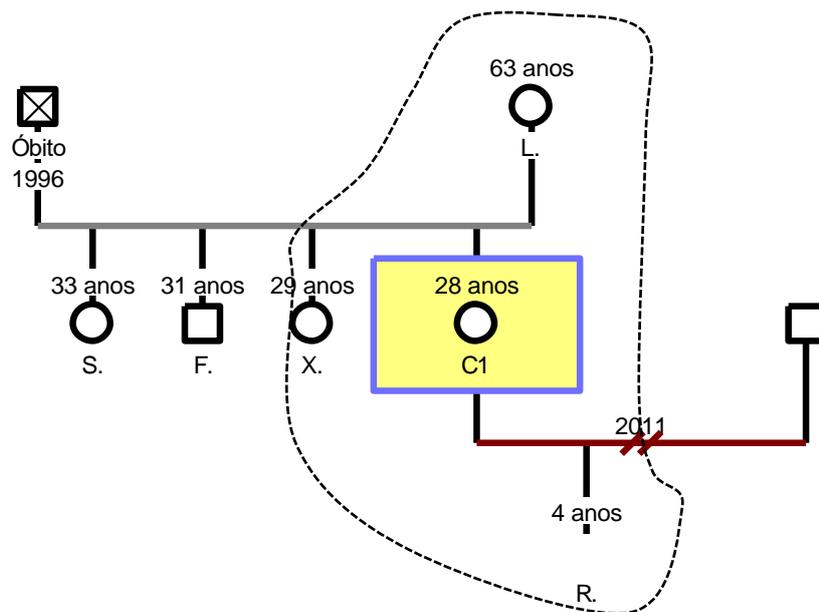
Participou numa formação de preparação para o emprego na instituição Y. O apoio por esta instituição ocorreu durante a gravidez e alguns tempos seguintes, o que C1 recorda com sentimento de gratidão.

- Aos **27 anos** (Dezembro de 2014) solicita novamente acompanhamento médico na equipa comunitária, dando início à situação atual de doença.

1.3. Relações familiares e sociais

Nos pontos seguintes são apresentados os registos gráficos das relações familiares e ambientais de C1.

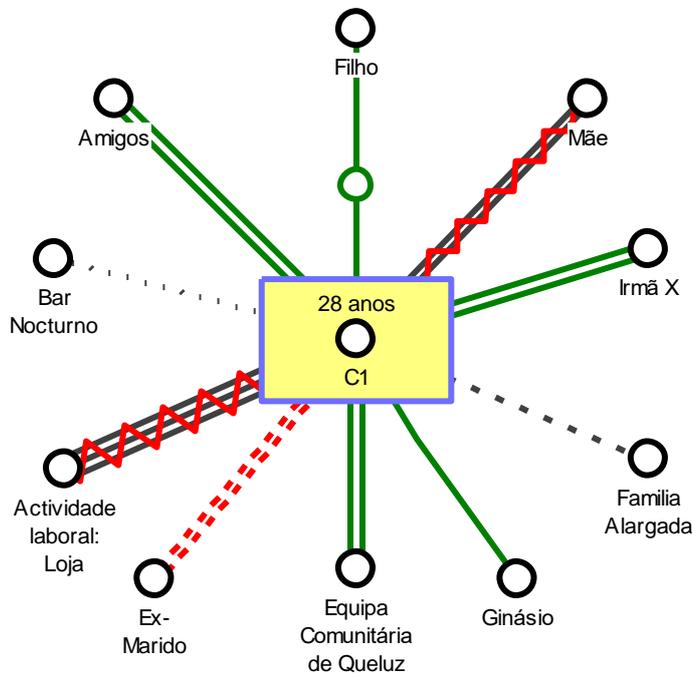
1.3.1. Genograma



Legenda:



1.3.2. Ecomapa



Legenda:



2. HISTÓRIA ATUAL

2.1. Situação atual de doença

Em Dezembro de 2014 C1 vem a consulta médica na equipa comunitária, onde expressou a existência de conflitos laborais desde Maio de 2014. A trabalhar numa cadeia de lojas acerca de 2 anos como assistente de vendas, foi mudada de loja em Maio, começando a existência de conflitos com a chefe de loja.

Pela avaliação médica apresentava um quadro de humor misto, consumo de álcool abusivo e aumento da líbido. Foi medicada e agendada nova consulta.

Voltou em Janeiro 2015 apresentando ligeira melhoria do quadro, refere vontade em mudar de emprego. Agendadas varias datas de consulta tendo faltado em todas elas.

Em Outubro de 2015 vem a consulta médica, apresentava-se com humor depressivo, presença de abulia, lábil, referindo sentir-se cansada e com sentimento de ser vítima de violência por parte da chefia. Aumento do consumo de álcool com perda de controlo, referindo sentir-se mais agressiva nesses momentos. Foi pedido acompanhamento pela enfermagem.

Em Novembro 2015 na consulta de enfermagem refere consumo regular de álcool, principalmente ao fim de semana quando se encontra a trabalhar no bar. Aponta o seu trabalho como gerador de *stress* especificamente relacionado com as relações de pares e de chefia. Filho atualmente com 4 anos, com bom estado de desenvolvimento.

Na primeira entrevista com C1, a cliente refere que o ambiente no local de trabalho, na loja de venda ao público a tem transtornado “*é um mau ambiente, só intrigas, a chefe parece que tem gosto em nos humilhar, (...), sinto-me cansada e triste, cada vez é mais difícil ir para lá e trabalhar, às vezes até tenho medo das atitudes que possa ter, (...) como responder mal a um cliente*” (sic). Este trabalho oferece-lhe condições contratuais satisfatórias, que reconhece como sendo um emprego estável.

Perante a situação descrita a equipa mobilizou-se no sentido de proporcionar a C1 um plano de tratamento medicamentoso e uma abordagem centrada na procura de novos significados para as situações que está a vivenciar.

No momento a realizar a seguinte terapêutica farmacológica:

- ❖ Ácido Valpróico 1000mg- 1 saqueta ao pequeno-almoço;
- ❖ Quetiapina 200mg- 1 comprimido ao jantar;
- ❖ Alprazolam 1 mg de libertação prolongada- 2 comprimido ao pequeno-almoço.

2.2. Transtorno Bipolar tipo II

O Transtorno Bipolar tipo II tal como consta no DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5ª Edição) encaixa-se no Transtorno Bipolar e Transtornos relacionados (*American Psychiatric Association, 2014*)

No caso apresentado, C1 tem um diagnóstico específico de transtorno bipolar tipo II, para este diagnóstico é necessário que tenham existido um ou mais episódios depressivos maiores (de pelo menos 2 semanas) e pelo menos um episódio hipomaníaco (no mínimo de 4 dias) durante o curso da vida (APA, 2014). De salientar que os episódios depressivos ou as oscilações hipomaníacas devem causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (APA, 2014).

Considera-se que existe um risco acrescido de desenvolvimento do transtorno bipolar tipo II em pessoas com familiares próximos nessa condição de saúde, ponderando-se a influência de fatores genéticos na incidência da doença (APA, 2014). C1 tem como antecedente familiar a sua mãe com o diagnóstico médico de doença bipolar.

Foi perceptível pela história de vida de C1 a persistência de estados depressivos com esporádicos episódios hipomaníacos, sendo que o recurso aos cuidados de saúde foi mais evidente nas fases depressivas.

Segundo a APA (2014) também é possível existirem sintomas depressivos durante um episódio hipomaniaco ou sintomas hipomaniacos durante um episódio depressivo, que são comuns em indivíduos com transtorno bipolar tipo II, que é designado de um estado misto. C1 já apresentou estados de humor misto, o exemplo foi num dos primeiros contactos com os cuidados de saúde mental, que foi caracterizado por queixas depressivas, ansiedade intensa, angústia, taquipsiquismo, sensação de “*eletricidade dentro de mim*” (sic), hiperatividade e diminuição do número de horas de sono, tal como é corroborado pela literatura para o estado misto do humor.

Este tipo específico de transtorno bipolar dada a prevalência de estados de depressão pode condicionar a um prejuízo grave no funcionamento profissional e interpessoal (APA,2014). Na situação atual de doença C1, esta apresentava um humor depressivo, cuja situação laboral era extremamente condicionante do seu bem-estar e as suas relações interpessoais encontravam-se prejudicadas.

Segundo a APA (2014) uma característica comum do transtorno bipolar tipo II é a impulsividade, que pode contribuir para tentativas de suicídio e transtornos por uso de substância, o que vai ao encontro do caso apresentado. Apesar de C2 não relatar essas vivências, no seu processo clínico a cliente tem história de várias tentativas de suicídio e de auto e hétero agressividade. Nos últimos tempos o consumo de álcool de forma abusiva foi algo reportado pela cliente como um recurso que lhe permitia a alienação da realidade, sendo este consumo um ato impulsivo.

Os prejuízos de funcionamento podem estar em muito associados ao uso de álcool ao longo da vida (APA,2014). Reportando a percentagens há a salientar que cerca de 60% das pessoas com transtorno bipolar tipo II têm três ou mais transtornos mentais comorbidos, 75% têm transtorno de ansiedade e 37%, transtorno por uso de substância, dados que me parecem importantes a considerar no que concerne à promoção do bem-estar de C2 (APA,2014).

3. CONTRIBUTOS TEÓRICOS

Tendo em consideração as bases teóricas selecionadas para sustentar o presente estudo de caso, o Modelo de Bem-Estar Psicológico (BEP) de Carol Ryff e a Teoria das Transições de Afaf Meleis, será seguidamente apresentada uma contextualização da realidade de C1. Esta informação foi aferida na primeira entrevista a C1 e foi a base norteadora para a intervenção.

3.1. Modelo de Bem-estar Psicológico

Na elaboração do modelo de BEP, Ryff (1989) integrou diferentes perspetivas teóricas e identificou seis constructos necessários ao BEP: autoaceitação, autonomia, relações positivas com os outros, domínio do ambiente, objetivo de vida e crescimento pessoal. Este modelo permite identificar o quão satisfeito e feliz um indivíduo se sente em domínios psicológicos diversos e de que recursos psicológicos dispõe: na relação consigo próprio (aceitação de si), na relação interpessoal (competência de relacionamento interpessoal satisfatório), nas relações com o meio (domínio do meio) e em relação às capacidades de adaptação (autonomia, objetivos na vida e crescimento pessoal) (Novo, 2003).

Após avaliação qualitativa e quantitativa do BEP a C1, realizada no Entrevista nº1 permitiu-me tecer as seguintes considerações:

- Na relação consigo própria, isto é, aceitação de si a cliente refere sentimentos de insegurança e inferioridade, face aos que a rodeiam. Apresenta dificuldade na aceitação do seu passado e cética quanto às perspetivas futuras, tentando sobretudo focar-se no presente. Apresenta uma perceção de si negativa “*sinto-me uma pessoa triste*” (sic), considerando que gostaria de mudar vários aspetos em si, de forma a construir uma perceção positiva. Não pondera mudar a sua forma de agir ou pensar para ficar parecida com os que a rodeiam, porém reconhece que o seu passado teve contornos que a motivam à mudança.

- Ao nível das relações interpessoais C1 reconhece a importância de ter relações satisfatórias, aponta ter duas pessoas de referência “ *a minha irmã X*

é um grande apoio e a minha amiga Y, mas ambas estão numa fase complicada de vida (sic), *“a minha relação com a minha mãe é boa, mas gostava que ela me desse mais apoio, me motivasse”* (sic). Refere que neste momento a sua vida social se encontra comprometida, habitualmente relacionava-se e saía com um círculo de amigos alargado, mas a carga laboral e o humor depressivo, impelem-na a isolar-se *“sinto-me sem forças”* (sic).

Reconhece que os outros a vêem como uma pessoa querida e afetuosa, no entanto as relações próximas não têm sido fáceis e por vezes frustrantes. Revela disponibilidade e agrado em ter relações estreitas, reconhecendo que também é importante ter disponibilidade para os problemas e preocupações dos outros. Gostaria de ter maior partido das suas relações, o que se verifica na relação com a mãe e as suas amigas.

A relação com o filho é regular, refere inclusivamente *“é o meu filho que me dá forças”* (sic). Sente-se muito ligada e empenhada na educação do filho *“às vezes chego a casa cansada e triste, mas tenho sempre um tempo para estar e brincar com o meu filho”* (sic).

- Na relação com o meio C1 considera que as exigências do dia-a-dia a desmoralizam. O meio laboral neste momento é identificado por C1 como hostil e com repercussões ao nível do seu bem-estar e saúde mental. Revela dificuldade em lidar com o meio, isto é, reduzida maestria ambiental no trabalho. Refere *“tenho medo de me descontrolar e responder mal a um cliente”* (sic), aponta a relação com a chefia como insatisfatória, havendo uma hierarquia rígida *“ela [chefe] parece que me quer levar ao limite, uma vez mandou-me fazer um trabalho na loja e senti-me humilhada”* (sic).

C1 considera o ambiente familiar do agregado familiar como satisfatório, principalmente pela relação que tem com o filho e por neste momento a sua irmã X estar a viver consigo.

C1 tinha o hábito e gosto de frequentar o ginásio, reconhecendo-o como ambiente satisfatório e que promovia o seu bem-estar, neste momento é uma atividade que suspendeu acerca de 4 meses *“sinto-me cansada, sem forças para ir ao ginásio”* (sic), mas gostaria de voltar.

C1 considera que poderia ser mais competente a gerir as responsabilidades do dia-a-dia, sentindo-se por vezes em sobrecarga. Reconhece que apesar de

estar descontente com diversos aspetos da sua vida, poderia agir de modo diferente para as resolver. Sente que não foi bem-sucedida na organização da sua vida e da construção do estilo de vida que gostaria.

- Em relação às capacidades de adaptação, a autonomia é para si um valor muito importante, que preza e considera tê-la atualmente. Segundo C1 não modifica a sua forma de agir ou pensar em prol de ficar parecida com os que a rodeiam, no entanto gostaria de ser mais afirmativa nas suas ideias e valores. Refere que é recetiva às opiniões dos outros, mas guia-se sobretudo por padrões próprios de avaliação.

No que respeita aos objetivos de vida, dado o enfoque de C1 ser no presente, mostrasse com poucas expectativas em relação ao futuro. Reconhece que não tem objetivos estruturados em relação ao seu futuro, sentindo-se por vezes sem saber concretamente o que está a tentar alcançar e pouco ativa no que toca à materialização de objetivos. Pondera que o facto de definir objetivos tem sido mais uma fonte de frustração do que satisfação.

Questionada acerca de objetivos a curto prazo tendo referido apenas gostaria de mudar de emprego.

Ao nível do crescimento pessoal C1 reconhece que ao longo do tempo tem aumentado o seu autoconhecimento e que as suas opiniões têm mudado, considerando que tem amadurecido enquanto pessoa. Refere que habitualmente não gosta de experimentar coisas novas, mas reconhece que gostaria de modificar a sua vida na atualidade e que está aberta a novas possibilidades.

O Modelo de BEP neste contexto insere-se como organizador da avaliação e intervenção, dando contributos na identificação de áreas de atuação que beneficiam os processos de transição.

3.2. Teoria das Transições

A Teoria das Transições encontra-se organizada em três conceitos centrais, a natureza, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta às transições (Meleis, 2010).

Com base na avaliação realizada C1, considero que esta se encontra a vivenciar uma transição do tipo de saúde-doença, isto porque, teve uma agudização da sua doença do foro mental, que outrora se encontrava estabilizada, impelindo C1 a um reajuste de papéis. Analisando numa perspetiva mais abrangente C1 encontra-se também numa transição organizacional, foi mudada de posto de trabalho e reporta-se à relação com a sua chefia como hierarquicamente rígida, sentindo-se testada nos seus limites. Identifica o seu trabalho como uma fonte de *stress* o que perturba o seu bem-estar, sendo inclusivamente identificado como um fator de agravamento para a sua situação atual de saúde.

Neste sentido estamos perante dois tipos de transição, com um padrão de transição múltiplo, que ocorrem de forma simultânea e se interrelacionam.

Quanto às propriedades da transição considero que existe consciencialização de C1 quanto à necessidade de reajuste de papéis. Ao nível da transição de saúde-doença a cliente tem clara consciência do que mudou em si, as repercussões que teve no seu quotidiano, mobilizando-a a processos de mudança. Ao nível da transição organizacional C1 identifica o seu meio laboral como insatisfatório, de tal modo que a afeta a nível do seu humor e capacidade de execução no trabalho. Por parte da cliente existe um reconhecimento da necessidade de rutura de um estado anterior, consciencialização do processo que tem a desenvolver, dos resultados que poderá ter. Concretamente C1 propôs-se na procura de um novo trabalho.

De um modo geral existe a consciência da necessidade de reajuste de papéis ao nível da saúde e situação laboral-organizacional, sendo dois aspetos colocados pela cliente como problemas e com necessidade de mudança.

Posso identificar que o grau de envolvimento é maior na transição de saúde-doença, uma vez que a C1 participa nos processos inerentes à transição, como na adesão ao regime terapêutico medicamentoso, às consultas médicas (maior assiduidade) e de enfermagem e no envolvimento das terapias instituídas.

O envolvimento ao nível da transição organizacional é menor, existe a consciencialização da necessidade de mudança, de um estado de mal-estar e de uma necessidade de reajuste dado os sentimentos negativos existentes em torno da sua atividade laboral. Existe uma grande motivação à mudança, há

abertura a novas experiências laborais, existe já um esforço na entrega de currículos, mas que se encontra temporariamente suspensa, dado o condicionamento de horários de trabalho no próximo mês e de certo modo com dificuldade na rescisão do trabalho. Existe um plano estruturado pela cliente de mudança, inclusive já com algumas tentativas de execução, mas que só poderá dar continuidade em Janeiro.

A mudança e diferença são evidentes ao nível da transição de saúde-doença, a C1 procura e adere à ajuda dos profissionais, cumpre o regime terapêutico que foi instituído e a abordagens psicoterapêuticas, havendo um reconhecimento por parte da C1 dos benefícios que decorrem. A mudança e diferença a nível da transição organizacional verifica-se na entrega de currículos e na tentativa de gestão do *stress* no meio laboral.

A necessidade de transição do tipo saúde-doença derivou da perceção de C1 de um humor depressivo, incapacitante para o funcionamento reconhecido como habitual e o aumento do consumo de álcool.

Do ponto de vista da transição organizacional a perceção do impacto que o ambiente laboral estava a causar, nomeadamente na sensação de bem-estar, na menor capacidade de execução do trabalho e da consideração de ser cada vez mais difícil o controlo de impulsos, foram eventos críticos que levaram à mudança.

No que concerne às condições de transição, isto é, aos fatores facilitadores e inibidores da transição, à que atender aos fatores individuais, da comunidade e da sociedade.

De modo individual identifica-se como fator facilitador o significado que a cliente atribui à necessidade de realizar ambas as transições. A de saúde-doença pelo reconhecimento do seu estado de bem-estar mental como alterado, com influência direta na satisfação das suas necessidades de vida. A transição organizacional pela influência na sua situação de saúde e pela importância que atribui à sua autonomia económica.

A sua atitude e crenças pessoais podem por um lado ser facilitadoras na medida em que ao atribuir significado, dirige o seu esforço para se envolver na transição. Por outro lado, sentimentos negativistas associados a uma

autoimagem negativa podem ser geradores de ansiedade, medo e pensamentos de incapacidade.

O estatuto socioeconómico ao nível da transição de saúde-doença não se verifica como um fator inibidor, dada a isenção no acesso aos serviços de saúde e apoio pela equipa no acesso aos fármacos. Quanto à transição organizacional face ao objetivo da cliente em mudar de local de trabalho, pode ser limitadora uma vez que dados os seus gastos mensais, tem de garantir a troca de um emprego por outro.

O nível de preparação e conhecimento para a transição parece ser maior na de saúde-doença, dada a sua experiência com familiares com doença bipolar e da sua perceção e reconhecimento de estado de mal-estar, facilitando a mobilização de estratégias de *coping* eficaz. A transição organizacional independentemente da efetiva mudança, seja pela mudança de local de trabalho ou pela construção de estratégias adaptativas para lidar com as adversidades relacionais, ainda é uma intervenção a ser realizada.

As condições da comunidade e sociedade na situação de transição de saúde-doença, são facilitadores isto tendo em consideração a disponibilidade pela equipa de saúde a apoiar-la nesta fase de crise e a nível laboral tem direito ausentar-se do serviço para estar presente nas consultas. A transição organizacional encontra-se em parte dificultada por aspetos da própria sociedade, dada a escassez e condições precárias de trabalho a nível geral.

Os padrões de resposta às transições podem ser monitorizados através de indicadores de processo e resultado (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Os indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping*) permitem-nos avaliar a forma como a transição está a decorrer, identificar os fatores de risco e orientar a transição na procura de um resultado positivo (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Estes indicadores serão avaliados em cada entrevista.

Os indicadores de resultado dizem respeito à maestria no desempenho de papéis e a reformulação da identidade, que indicam o modo como o cliente integrou a transição na sua vivência e atingiu a estabilidade, o bem-estar (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Estes indicadores serão mobilizados para a avaliação final do processo de intervenção com o cliente.

4. PLANO DE CUIDADOS

Após a avaliação de C1 do seu BEP e processos de transição existentes, numa lógica de avaliação qualitativa e quantitativa, foi elaborado um plano de cuidados de enfermagem.

Na etapa de planeamento de cuidados o intuito é de se delinearem intervenções que visem resolver ou diminuir o desequilíbrio do cliente, selecionando as intervenções que têm maior probabilidade de o restabelecer, tendo em consideração as expectativas passíveis de serem atingidas (Amaral,2010).

O plano de cuidados seguidamente apresentado foi realizado utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), taxonomia padronizada, que é reconhecida como uma terminologia para o domínio da enfermagem e a documentação dos cuidados de saúde reconhecidas a nível mundial (*International Council of Nursing*,2011).

Data: 26 Novembro 2015	
Foco: <u>BEM-ESTAR</u> “saúde: imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrado por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência” (CIPE,2011, p.41)	
Diagnóstico	- Bem-estar psicológico comprometido;
Resultados Esperados	- Bem-estar psicológico;
Intervenções de Enfermagem	- Avaliar o Bem-estar psicológico; - Avaliar as expectativas; - Relatar resultado do teste [digo escala de BEP]; - Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; - “Escutar ativamente” (Amaral,2010,p.185) - Providenciar apoio emocional; - Estabelecer prioridades do regime (tratamento): [adaptação

	<p>comprometida ao meio laboral; autoimagem negativa; volição comprometida na definição e concretização de objetivos de vida; risco de não adesão ao tratamento; risco de abuso de álcool].</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter a confidencialidade; - Manter dignidade e a privacidade; - Estabelecer confiança; - Facilitar acesso ao tratamento; - Identificar a atitude face ao cuidado; - Assegurar a continuidade de cuidados; <p>-“Colaborar na reunião de avaliação dos cuidados multidisciplinares” (Amaral,2010,p.184)</p>
<p>Avaliação</p>	<p>BEM-ESTAR PSICOLÓGICO:</p> <p><u>1ª Entrevista:</u></p> <p>Identificados 3 constructos do BEP com menor pontuação Domínio do Meio (25 pontos/84); Objetivos de Vida (27 pontos/84), Aceitação de Si (29 pontos/84).</p> <p>Delimitação de problemas de enfermagem que intervêm no bem-estar do cliente- adaptação comprometida ao meio laboral; autoimagem negativa; volição comprometida na definição e concretização de objetivos de vida; risco de não adesão ao tratamento; risco de abuso de álcool.</p> <p><u>2ª à 7ª Entrevista:</u></p> <p>Intervenção nos problemas de enfermagem diagnosticados.</p> <p>Avaliação nos respetivos campos.</p> <p><u>8ª Entrevista:</u></p> <p>Capacidade de C1 se adaptar ao meio e gerir a transição organizacional. Concretização de objetivos e disponibilidade para uma identidade positiva. C1 considera ter ultrapassado o seu momento de crise de saúde-doença.</p>

Data: 26 Novembro 2015	
Foco: <u>ADAPTAÇÃO</u> “ <i>Coping</i> : Gerir novas situações” (CIPE,2011, p.37)	
Diagnóstico	- Adaptação Comprometida [ao meio laboral]
Resultados Esperados	- Capacidade para ajustar-se adequada
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; - “Escutar ativamente” (Amaral,2010,p.199) - Providenciar apoio emocional; - “Disponibilizar presença” (Amaral,2010,p.185) - Avaliar expetativas [de se ajustar]; - Reforçar a definição de prioridades; - Avaliar desempenho de papel; - Ensinar técnicas de adaptação [reestruturação cognitiva; gestão da ansiedade, estratégia de resolução de problemas]; - “Assistir na auto- modificação” (Amaral,2010,p.34) - Avaliar <i>Coping</i>; - “Promover melhora do <i>Coping</i>” (Amaral,2010,p.186); - Reforçar capacidades; -“Promover a capacidade de resiliência” (Amaral,2010,p.186); - Explicar direito do cliente; - Proteger o direito do cliente; - Prevenir a violência- “gerir ambiente: prevenção de violência” (Amaral,2010,p.185); - Apoiar no processo de tomada de decisão; - Providenciar orientação para a realidade [panorama atual de oferta de emprego]; - “Promover auto-responsabilização” (Amaral,2010,p.195) -“Orientar antecipadamente para a crise” (Amaral,2010,p.195) - Encorajar o repouso;

	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar as afirmações positivas; - Identificar a atitude face ao cuidado; - Avaliar resposta psicossocial ao ensino; - Assegurar a continuidade de cuidados;
<p>Avaliação</p>	<p>CAPACIDADE PARA AJUSTAR-SE ADEQUADA:</p> <p><u>1ª Entrevista:</u> Expressa o meio laboral como desfavorável, apontado as relações interpessoais como conflituosas, principalmente com a chefia “<i>ela gosta de nos humilhar</i>” (sic), o que contribui para o agravamento da sua situação de saúde. Revela dependência laboral.</p> <p><u>2ª Entrevista:</u> Sublimação do problema, chefia de baixa. Após intervenção reconhece que o emprego tem aspetos positivos- estabilidade contratual e a autonomia económica.</p> <p><u>3ª Entrevista:</u> Revela ineficácia de se ajustar ao meio “<i>às vezes dá-me raiva, tenho que me controlar, mas é cada vez mais difícil</i>” (sic). Não reconhece ganho positivos que o trabalho lhe fornece “é muito difícil pensar nisso” (sic). Solicita baixa médica, que foi concedida.</p> <p><u>4ª Entrevista:</u> Expressa sentir-se relativamente mais calma, emocionalmente dificuldade em lidar com a experiência laboral. Ainda muito envolvida e não distanciada da vivência.</p> <p><u>5ª Entrevista:</u> Revela-se emocionalmente menos envolvida na experiência laboral “<i>pergunto-me como é que durou tanto tempo?</i>” (sic). Promovida a expressão de experiências anteriores laborais de sucesso (<i>coping</i>). Afirma que não volta ao trabalho anterior, plano para rescisão de contrato. Revela alteração do sono.</p>

	<p><u>6ª Entrevista:</u></p> <p>Revela que filho apresenta menor angústia de separação, interpreta-se como uma condição secundária à sua recuperação. Boa adaptação à gestão do meio face à sua situação económica.</p> <p>Regulação do padrão de sono vigília, com aplicação de estratégias para tal.</p> <p>Revela ansiedade face ao seu objetivo temporal de encontrar trabalho.</p> <p><u>7ª Entrevista:</u></p> <p>Expressou-se com fluência sobre o emprego e fê-lo revelando maior facilidade em lidar com essa experiência. Revela boa gestão do tempo conseguindo mobilizar o apoio da família, amigos, idas ao ginásio e a procura de emprego.</p> <p>Relata redução da ansiedade.</p> <p><u>8ª Entrevista:</u></p> <p>Encontra um novo trabalho, irá colocar em prática plano de rescisão de contrato. Referiu uma boa adaptação ao meio laboral e agrado no trabalho desempenhado.</p> <p>Com a cliente foram delimitados os comportamentos e sintomas que podem denunciar um novo momento de crise. Refere-se à atual descompensação de saúde no passado “<i>sim foram tempos muito difíceis, difíceis de ultrapassar</i>” (sic).</p>
--	--

Data: 26 Novembro 2015	
Foco: <u>AUTOIMAGEM</u> “Crença: conceito ou imagem mental de si próprio” (CIPE,2011, p.41)	
Diagnóstico	- Autoimagem negativa
Resultados Esperados	- Disponibilidade para autoimagem positiva
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; - “Escutar ativamente” (Amaral,2010,p.199) - Providenciar apoio emocional; - “Disponibilizar presença” (Amaral,2010,p.185) - Implementar terapia pela Reminiscência; - Identificar obstáculos à comunicação; - Reforçar identidade pessoal; - Reforçar capacidades; - Encorajar as afirmações positivas [de si]; - “Executar Reestruturação Cognitiva” (Amaral,2010,p.199) - “Promover auto-perceção positiva” (Amaral,2010,p.199) - Encorajar as afirmações positivas; - Identificar a atitude face ao cuidado; - Avaliar resposta psicossocial ao ensino; - Assegurar a continuidade de cuidados;

<p>Avaliação</p>	<p>DISPONIBILIDADE PARA AUTO-IMAGEM POSITIVA</p> <p>Ao longo das entrevistas foi evidente pelo relato da cliente:</p> <p><u>1ª Entrevista:</u></p> <p>Verbaliza sentimentos de inferioridade face aos que a rodeiam e de tristeza quanto ao seu percurso de vida. Revela dificuldade de aceitação do seu passado. Discurso reporta a situações passadas que não quer expressar.</p> <p><u>2ª Entrevista:</u></p> <p>Expressa as influências do passado no presente “<i>são coisas da minha mãe, a doença dela, marcaram-me muito, faz-me sentir triste</i>”(sic). Novamente mobilização do passado na entrevista, não quer trabalhar as vivências, mas contextualiza situação passada.</p> <p><u>3ª Entrevista:</u></p> <p>Não foi abordado na entrevista.</p> <p><u>4ª Entrevista:</u></p> <p>Refere sentir-se “<i>sempre eu</i>” (sic), revela atualmente sentimento de unicidade face aos diferentes contextos.</p> <p>Ao ser incentivada a falar de si relata ser “<i>uma pessoa bem-disposta, meiga, que tenta ver o lado positivo das coisas, afectuosa, amiga do amigo</i>” (sic). Evidente diferença comportamental no momento de crise. Remete discurso para influências do passado no presente, apenas menciona que esta envolvido com a doença da mãe.</p> <p><u>5ª Entrevista:</u></p> <p>Diz sentir-se mais calma e “<i>sinto-me eu, (...), sou uma pessoa bem-disposta e pergunto-me como é que durou tanto tempo? [refere-se ao envolvimento no trabalho]</i>” (sic). Verifica-se uma maior proximidade entre o que diz ser e o que revela o seu comportamento. Disponibilidade para auto-imagem positiva.</p> <p><u>6ª Entrevista:</u></p> <p>Maior assertividade no relato positivo sobre si. Perante uma proposta de emprego que reconheceu como não vantajosa diz</p>
-------------------------	---

	<p><i>“eu sei que quero melhor, que mereço melhor e que estou a lutar por isso” (sic).</i></p> <p><u>7ª Entrevista:</u></p> <p>Análise construtiva e positiva, de uma situação que à partida poderia ser um factor de frustração.</p> <p>Expressa sentimentos de inferioridade. Explorado modelo utilizado como comparação “pessoa de sucesso” (sic), com o seu “eu”. Constatou-se um modelo idealizado e irrealista. C1 identificou-se como <i>“meiga, amiga, trabalhadora” (sic)</i>.</p> <p>C1 reportou-se ao seu passado revelando dificuldade na sua aceitação, mas expressando-se um pouco mais acerca do mesmo relata situações de maus tratos.</p> <p><u>8ª Entrevista:</u></p> <p>Verifica-se capacidade de análise ponderando o contributo positivo das vivências, ausentando-se de uma visão negativista e derrotista que apresentou em Novembro de 2015. Foi possível perceber a capacidade de C1 em se identificar e gostar dos elogios de terceiros.</p> <p>Recetiva a encontrar novos sentidos às suas vivências no passado e a ponderar os contributos positivos do mesmo no presente.</p>
--	--

Foco: <u>VOLIÇÃO</u> “Atitude: escolha consciente, acto de escolher para o bem-estar próprio” (CIPE,2011, p.80)	
Diagnóstico	- Volição comprometida [na definição e concretização de objetivos de vida]
Resultados Esperados	- Volição [na definição e concretização de objetivos de vida]
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; - “Escutar ativamente” (Amaral,2010,p.199) - Providenciar apoio emocional; - “Disponibilizar presença” (Amaral,2010,p.185) - Avaliar expetativas; [- Promover a elaboração de objetivos de vida;] - Reforçar a definição de prioridades; - Apoiar no processo de tomada de decisão; - Reforçar a consecução de objetivos; - Ensinar técnicas de adaptação [estratégia de resolução de problemas]; - Encorajar as afirmações positivas; - Identificar a atitude face ao cuidado; - Avaliar resposta psicossocial ao ensino; - Assegurar a continuidade de cuidados;
Avaliação	<p>VOLIÇÃO [NA DEFINIÇÃO E CONCRETIZAÇÃO DE OBJETIVOS DE VIDA]</p> <p><u>1ª Entrevista:</u></p> <p>Expressou não ter um plano estruturado a longo prazo, apenas a intenção de a curto prazo mudar de trabalho. Coloca a mudança de trabalho para um campo futuro.</p> <p><u>2ª Entrevista:</u></p> <p>Apresenta plano de três objetivos: gostava de encontrar um novo emprego, a partir de Janeiro; gostava de voltar ao ginásio, visto ser uma fonte de prazer e de tirar a carta de</p>

	<p>condução.</p> <p><u>3º Entrevista:</u></p> <p>Não efetuou investimentos na concretização do plano de objetivos.</p> <p><u>4ª Entrevista:</u></p> <p>Enumera os mesmos objetivos. Após a passagem de ano dedica-se à procura ativa de trabalho. Pondera reingresso no ginásio para breve. Carta de condução está temporariamente colocada de parte (estabilidade económica).</p> <p><u>5ª Entrevista:</u></p> <p>Início da procura ativa de emprego. Reingresso no ginásio e refere <i>“faz-me sentir bem, relaxada, já estava a isolar-me de tudo...percebi que me afastei de tudo”</i> (sic).</p> <p><u>6ª Entrevista:</u></p> <p>Mantém-se na procura de emprego e reajusta em entrevista plano de procura. Apresenta uma proposta que lhe realizaram e que revela dificuldade de decisão. No final da entrevista, após reflexão a proposta decide não aceitar.</p> <p><u>7ª Entrevista:</u></p> <p>Verbaliza estar a realizar uma procura ativa e mais extensa de trabalho. Sente que está a realizar tudo o que está ao seu alcance. Refere que não volta ao trabalho anterior e que não esta nos seus planos desistir de procurar um novo emprego.</p> <p><u>8ª Entrevista:</u></p> <p>Dos três objetivos que C1 planeou em Novembro, concretizou dois, mostrando-se agradada com o facto. Mantém a vontade de concretizar o terceiro- tirar a carta, revela estar à procura de estabilidade económica para iniciar esse projeto.</p>
--	---

Data: 26 Novembro 2015	
Foco: <u>ADESÃO</u> (CIPE,2011, p.38)	
Diagnóstico	- Risco de não adesão [ao tratamento]
Resultados Esperados	- Adesão [ao tratamento]
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; - “Escutar ativamente” (Amaral,2010,p.199) - Providenciar apoio emocional; - “Disponibilizar presença” (Amaral,2010,p.185) - Avaliar resposta à Medicação; - Avaliar barreiras à adesão; - Gerir resposta negativa ao tratamento; - Ensinar sobre a medicação; - Ensinar sobre nutrição; - Ensinar técnicas de adaptação; - Reforçar a adesão; - Avaliar respostas ao ensino; - Identificar a atitude face ao cuidado; - Assegurar a continuidade de cuidados;
Avaliação	<p>ADESÃO [AO REGIME TRATAMENTO]:</p> <p><u>1ª Entrevista:</u></p> <p>Expressa sentir-se menos sonolenta e ansiosa face ao início da toma de terapêutica (1mês). Reportou algumas alterações físicas que relaciona com o início da toma de terapêutica, como “<i>a minha transpiração mudou, já não tem tanto cheiro, tenho menos desejo sexual e mais apetite pela comida</i>” (sic). Não os identifica como problema.</p> <p>Valor sub-terapêutico (27mg/dl) de Ácido Valproico.</p>

	<p><u>2ª Entrevista:</u> Assiduidade na data agendada. Já não revela sentir-se sonolenta e os seus pensamentos pareciam estar mais organizados “<i>já não sinto que tenho tudo confuso na minha cabeça, parece que penso melhor</i>” (sic).</p> <p><u>3ª Entrevista:</u> Adere ao contacto telefónico. Reconhece a abordagem de tratamento e disse “<i>já tinha pensado em si, quando é que me ia ligar</i>” (sic). Adesão farmacológica.</p> <p><u>4ª Entrevista:</u> Assiduidade na data agendada. Adesão medicamentosa. Valores de valproato em níveis terapêuticos.</p> <p><u>5ª Entrevista:</u> Assiduidade na data agendada. Adesão medicamentosa.</p> <p><u>6ª Entrevista:</u> Assiduidade na data agendada. Adesão medicamentosa. Perante proposta de acompanhamento quinzenal, solicita que se mantenha semanal. Reconhece a prática de exercício físico como um coadjuvante no tratamento.</p> <p><u>7ª Entrevista:</u> Assiduidade na data agendada. Adesão medicamentosa. Refere contentamento pela terapêutica estar a ter resultados positivos, referindo inclusivamente “<i>estava tão mal que parece que nem a terapêutica tinha o seu efeito</i>” (sic).</p> <p><u>8ª Entrevista:</u> Assiduidade na data agendada. Adesão medicamentosa. Verifica-se uma maior proximidade aos profissionais e mobilização da equipa como um recurso. Identificou o ginásio como uma estratégia de <i>coping</i> eficaz, com grandes benefícios para o seu bem-estar “<i>foi uma grande ajuda nesta fase, sinto-me mais relaxada, motivou-me a controlar o apetite</i>” (sic). Reconhece a família e amigos como um apoio à sua recuperação.</p>
--	--

Data: 26 Novembro 2015	
Foco: <u>ABUSO DE ÁLCOOL</u> “Abuso de substâncias: uso inadequado de álcool” (CIPE,2011, p.37)	
Diagnóstico	Risco de Abuso de Álcool
Resultados Esperados	[- Capacidade para gerir o consumo de álcool;]
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; - “Escutar ativamente” (Amaral,2010,p.199) - Providenciar apoio emocional; - “Disponibilizar presença” (Amaral,2010,p.185) - Ensinar técnicas de adaptação; - Promover o estabelecer de limites; - Avaliar resposta psicossocial ao ensino; - Identificar a atitude face ao cuidado; - Assegurar a continuidade de cuidados;
Avaliação	<p>[CAPACIDADE PARA GERIR O CONSUMO DE ÁLCOOL]:</p> <p><u>1ª Entrevista:</u> C1 expressa dificuldade em gerir consumo de álcool e identifica motivo. Refere que nos últimos tempos não tem apresentado consumos abusivos.</p> <p><u>2ª Entrevista:</u> Consumiu em dois momentos, mas sem a motivação de se alienar da realidade. Revela medo de não controlar o impulso, “<i>por vezes tenho medo de não controlar o impulso de beber</i>” (sic).</p> <p><u>3ª Entrevista:</u> Não monitorizado.</p> <p><u>4ª Entrevista:</u> Consumiu álcool, não esclarece a quantidade, diz que foi socialmente. Cinge-se a este relato.</p>

	<p><u>5ª Entrevista:</u> Refere ter consumido álcool na passagem de ano (1 taça de espumante). Consumo social.</p> <p><u>6ª Entrevista:</u> Identifica o meio laboral noturno como um risco para o consumo abusivo de álcool e após apoio na tomada de decisão opta por não trabalhar no meio, pelo risco que lhe reconhece. Expressa a noção dos seus limites, “já sei o ciclo bebo, fico eufórica, esqueço os problemas, fico mais divertida e extrovertida, depois no dia seguinte sinto-me mal, triste, que não presto e que não devia beber mais” (sic). Relata com agrado capacidade de se divertir sem necessidade de recorrer ao álcool “quando estive com eles [amigos] fomos a um bar e eles começaram a beber, mas eu fiquei contente porque consegui beber bebidas sem álcool e senti-me bem com a minha decisão, mas eles beberam muito, dei por mim a pensar como as pessoas precisam de álcool para se divertirem...e depois fiquei contente por conseguir estar com eles, sentir-me bem e não precisar de beber para isso” (sic).</p> <p><u>7ª Entrevista:</u> Expressa que numa saída noturna bebeu uma bebida e depois passou a beber sumo. Revela noção de limites e agrado na sua capacidade do controlo do impulso. Identifica o consumo de álcool um malefício “o álcool faz-me muito mal... faz-me sentir pior” (sic).</p> <p><u>8ª Entrevista:</u> Identifica o consumo de álcool como um malefício, tem estratégias para gerir o consumo no meio social e identifica os seus limites. Não reconhece o álcool como um recurso para o seu bem-estar.</p>
--	---

5. ENTREVISTAS

No contexto de seguimento de C1 e para o desenvolvimento do plano de cuidados elaborado, foram realizadas várias entrevistas. As entrevistas foram semi-diretivas, tendo na sua base objetivos específicos delineados para o contacto. Estes objetivos concorrem para um objetivo geral que é promover o BEP no adulto jovem com alterações da saúde mental em fase de transição.

5.1. Entrevista nº 1

Data: 26 de Novembro 2015

Tipo de Entrevista: Inicial

Objetivos específicos:

- Promover o desenvolvimento de uma relação de confiança e parceria;
- Avaliar o estado mental da cliente;
- Realizar entrevista inicial;
- Aplicar escala de BEP;
- Identificar problemas/necessidades nomeadas por C1 como alteradas;

Avaliação do estado mental:

C1 na primeira entrevista apresentou-se com uma atitude colaborante e contacto sintónico. Postura reservada.

Idade aparente á real. Aspeto cuidado e limpo.

Consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Auto e Halo psicologicamente.

Humor depressivo, afetividade congruente com o humor. Não é evidente egodistinia.

Fácies expressivo, mas tendencialmente fechado. Dirige o olhar por períodos, mantendo-o tendencialmente dirigido para as suas mãos.

Pensamento e discurso ligeiramente lentificados, mas organizado e coerente ao diálogo. Sem aparentar ou verbalizar alterações do pensamento ou percepção quanto à forma ou conteúdo.

Apresenta juízo crítico e insight.

Sem aparentes alterações de memória, atenção ou concentração.

Sem alterações motoras visíveis.

Resumo da Entrevista:

No primeiro contacto com C1 a Sra. Enf. X. apresentou-me a C1 e abordou-a no sentido de eu assumir as suas consultas sob sua supervisão. A receptividade de C1 foi imediata, sendo salvaguardado o sigilo profissional e os direitos humanos.

C1 veio à consulta com o filho, tendo sido proporcionado que o mesmo se ausentasse da sala para que a cliente se pudesse expressar claramente e sem interferências.

Tendo como linha orientadora para a entrevista um Guião de Entrevista (Apêndice I), que de forma semiestruturada deu enfoque a pontos-chave de avaliação do BEP e processos de transição, foi-me possível fazer um levantamento de informação da C1, que se encontra exposta de modo mais detalhado em pontos anteriores do estudo de caso.

O discurso de C1 foi orientado com o sentido que falasse sobre si na medida do que se sentisse confortável a expor. O relato da cliente do seu percurso de vida iniciou-se pelo seu nascimento, sendo que falou superficialmente do seu passado, sugerindo grande dificuldade em relata-lo e na sua aceitação. Verbalizou alguns sentimentos de inferioridade face aos que a rodeiam e de tristeza quanto ao seu percurso de vida.

Ao nível das relações interpessoais relatou as pessoas de referência, sendo que neste momento o recurso às mesmas está condicionado visto as próprias estarem num momento desfavorável das suas vidas.

Reconhece que desde a situação atual de doença existiu um afastamento do círculo de amigos alargado e inclusivamente da ida ao ginásio, atividade que relata lhe proporcionar prazer.

A nível familiar considera que tem relações regulares, no entanto expetava um maior apoio da mãe para a motivar a enfrentar as dificuldades. De um modo geral considera o meio familiar como satisfatório, principalmente porque é predominantemente influenciado de forma positiva pelo filho, que reconhece como sendo a sua fonte de motivação e alegria. Foi visível ao longo da

entrevista uma mudança acentuada na expressão da cliente, ficava sorridente sempre que falava do filho. Foi possível também observar a dinâmica relacional de ambos à chegada, C1 mostra-se atenta ao filho, comunicam e interagem fluentemente. A criança tem cerca de 4 anos, mostra-se atenta ao que a rodeia, é expressiva e sorridente. Boa atividade motora e social para a sua idade, tem aspeto limpo e cuidado.

C1 considera o meio laboral como desfavorável, apontado as relações interpessoais como conflituosas, principalmente com a chefia “*ela gosta de nos humilhar*” (sic), o que contribui para o agravamento da sua situação de saúde.

A nível de objetivos de vida não verbalizou ter um plano estruturado a longo prazo, apenas a intenção de a curto prazo mudar de trabalho, pelo que foi incentivada a procura ativa do mesmo. Mencionou o que terá de fazer para conseguir um novo trabalho, no entanto temporariamente em suspenso pela sobrecarga horaria que apresenta, que a impede de procurar e ir a entrevistas. Não apontou outros objetivos.

Considera-se uma pessoa autónoma e independente economicamente, valor que preza. Mostra-se disponível à mudança, sendo que no momento reflete um sentimento de cansaço e tristeza.

C1 apontou como motivos que a levaram à sua descompensação atual de saúde as relações interpessoais no ambiente laboral, que condicionou um humor depressivo e ao consumo de álcool, que apesar de pontual já foi de forma excessiva.

Foi aplicada a escala de BEP, que foi preenchida pela cliente em cerca de 15 minutos, não apresentou qualquer dificuldade.

De modo a dar resposta à continuidade de cuidados realizados pela equipa, questionei a C1 como se sentia desde a última consulta. C1 referiu que se mantém a realizar a terapêutica prescrita. Sente-se menos sonolenta e ansiosa, mas reportou algumas alterações físicas que relaciona com o início da toma de terapêutica, como “*a minha transpiração mudou, já não tem tanto cheiro, tenho menos desejo sexual e mais apetite pela comida*” (sic). Questionei a C1 se algum deles se constitui como problema, pelo que a cliente confirmou que para já não. Clarificada sintomatologia como possível efeito da

terapêutica e validada a importância de relatar tais alterações. Incentivada a continuidade da adesão ao regime medicamentoso.

Foi abordado por C1 o consumo de álcool, que segundo a cliente estava relacionado com o trabalho ao fim de semana no bar, estado sobretudo cingido a esse momento. C1 refere que o impulso de consumir álcool tem sido menor e não se tem evidenciado nos últimos tempos de forma excessiva. Não tem trabalhado nas últimas semanas no bar noturno.

Foram observadas as análises que C1 efetuou no próprio dia, pelo que a Sra. Enf^a. X. detetou o valor sub-terapêutico (27mg/dl) de Ácido Valproico. Foi contactado Médico assistente, que aumentou a dose do fármaco, sendo realizado ensino sobre tal.

Ao finalizar a consulta foi reforçado a C1 que poderia utilizar o espaço de consulta para a partilha de emoções e preocupações, como um recurso para se expressar. C1 percebendo o final de consulta, e já adotando uma postura de despedida refere *“tenho coisas do passado, que ainda me afetam”* (sic). Questionada se queria falar sobre elas, disse ao fim de alguns segundos a olhar para as suas mãos e com sentimento de pesar que não.

Foi então planeado com a cliente que pensasse nessas vivências passadas que foram e são marcantes no seu presente, para as abordarmos numa próxima entrevista.

Avaliação:

Considero que nesta primeira entrevista foi possível estabelecer as bases da relação, baseada sobretudo no respeito por C1, pelo que queria partilhar e expor de si, dando enfoque à avaliação do BEP e processos de transição subjacentes.

A entrevista deu contributos para a construção da história do cliente, que foi corroborada e completada pelo processo clínico do mesmo.

Foi realizada a avaliação do estado mental, assim como uma avaliação qualitativa e quantitativa do BEP, determinantes para a planificação do plano de cuidados. Do somatório da escala de BEP, foram obtidos os seguintes dados: Domínio do Meio (25 pontos); Objetivos de Vida (27 pontos); Aceitação

de Si (29 pontos); Relações Positivas (39 pontos); Crescimento Pessoal (41 pontos); Autonomia (55 pontos).

Na entrevista foram identificados dois processos simultâneos de transição que C1 se encontra a vivenciar. Transição de saúde-doença, pelo momento de crise que se encontra a vivenciar e organizacional pelos problemas relatados no seio laboral.

C1 levantou como problemas/necessidades atuais problemas relacionados com o meio laboral, dificuldades na sua auto-aceitação e inexistência de perspectivas/objetivos futuros. Deste modo foram levantados segundo linguagem CIPE (*International Council of Nursing*, 2011) os seguintes diagnósticos de enfermagem: bem-estar psicológico comprometido; adaptação Comprometida [ao meio laboral]; auto-imagem negativa; volição comprometida [na definição e concretização de objetivos de vida]; risco de não adesão ao tratamento; risco de Abuso de Álcool.

Considerando os indicadores de Processo, da Teoria das Transições sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping* (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000), atualmente C1 encontra-se:

Transição de Saúde-Doença: é perceptível uma ligação aos serviços de saúde e aos profissionais, reconhecimento da necessidade de ajuda, “ligando-se” à equipa como um recurso. Interage com o profissional reconhecendo a sua necessidade de mudança e reorganização de papéis, no entanto ainda numa fase inicial do processo. Tem plena consciência da sua situação atual de saúde. Evidência dificuldades em lidar com esta condição de saúde, risco de não adesão ao regime medicamentoso e de consumo abusivo de álcool (baixa confiança e *coping*).

Transição Organizacional: ligação consistente aos serviços de saúde e aos profissionais. Reconhece em entrevista os conflitos laborais como principal condicionante do seu bem-estar. Não apresenta estratégias adaptativas eficazes para a reorganização ou mudança de papéis, sente-se “*cansada, triste, humilhada*” (sic). Tem consciência e aceita que a condição atual laboral não é satisfatória, incitando á mudança, que não consegue operacionalizar. Baixa confiança e *coping*.

5.2. Entrevista Nº 2

Data: 3 de Dezembro 2015

Objetivos específicos:

- Avaliar estado mental;
- Proporcionar a expressão de emoções e sentimentos;
- Apresentar os resultados da Escala de BEP;
- Explorar sentimentos associados às relações interpessoais no meio familiar e laboral;
- Promover o desenvolvimento de uma auto-imagem positiva;
- Promover o desenvolvimento de um plano de objetivos futuros;
- Explorar vivências passadas mobilizando a Terapia da Reminiscência.
- Monitorizar adesão ao regime terapêutico e efeitos secundários;
- Monitorizar a gestão do consumo de álcool;

Avaliação do estado mental:

C1 apresentou-se com uma atitude colaborante e contacto sintónico. Postura reservada.

Idade aparente á real. Aspeto cuidado e limpo.

Consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Auto e Halo psicologicamente.

Humor depressivo, afetividade congruente com o humor. Fácies expressivo, esboçando alguns sorrisos. Olhar dirigido, baixando o olhar no relato de sentimentos negativos.

Pensamento e discurso fluente, organizado e coerente ao diálogo. Sem aparentar ou verbalizar alterações do pensamento ou perceção.

Apresenta juízo crítico e insight.

Sem aparentes alterações de memória, atenção ou concentração.

Sem alterações motoras visíveis.

Resumo da Entrevista:

A segunda entrevista a C1 ocorreu cerca de uma semana depois. C1 aparentava um fácies mais expressivo.

Questionei C1 como se sentia desde a última consulta pelo que referiu que já não estava sonolenta e os seus pensamentos pareciam estar mais organizados “*já não sinto que tenho tudo confuso na minha cabeça, parece que penso melhor*” (sic). Reforçado positivamente este ganho.

Dando continuidade aos cuidados abordei C1 no sentido de validar se mantinha as alterações que havia reportado na consulta anterior, a nível alimentar e sexual. C1 apenas salientou o aumento do apetite. Clarifiquei o padrão alimentar da cliente, incentivei-a a realizar uma alimentação polifracionada, de modo a controlar a sensação de apetite e orientei-a à escolha de alimentos saudáveis.

Abordei a temática do consumo de álcool pelo que C1 falou sem aparentes reservas. Referiu que nessa semana havia consumido em dois momentos, mas sem a motivação de se alienar da realidade. Apontou como motivo o facto ter saído com um rapaz, tendo bebido socialmente (2 cervejas). Foi ressaltado os riscos do consumo de álcool com psicofármacos.

Na sequência do discurso C1 falou de um relacionamento afetivo, de um rapaz com quem tem estado com frequência, tendo sido dada conotação positiva aos últimos acontecimentos da semana. C1 sob uma visão negativista dos factos não valorizou esses acontecimentos e encolhendo os ombros e de forma envergonhada, disse “*nem por isso*” (sic). Foi então que confrontei C1, com o que me havia relatado e o seu sentimento dominante, tendo assentido “*nessa perspectiva é verdade até aconteceram coisas boas*” (sic).

C1 voltou a falar dos consumos de álcool e do seu medo de não controlar o impulso, “*por vezes tenho medo de não controlar o impulso de beber*” (sic). Foi salientada a importância de pensar no agora, no presente, não ceder ao impulso de consumir álcool como estratégia de fuga aos problemas, mas sim centrar-se na resolução dos problemas e estratégias de relaxamento, como uma ida ao ginásio. C1 pareceu receptiva à proposta.

Em seguida apresentei os resultados da escala BEP, dos seis constructos do BEP C1 tinha o domínio do meio, objetivos de vida e aceitação de vida com menor pontuação. Face à contextualização dos resultados e fazendo paralelamente a ponte com a sua avaliação qualitativa de BEP, a informação foi corroborada e tinha alicerçado o que havia apontado como problemas

atuais. Em seguida foquei-me em questionar como se sentia relativamente aos constructos supracitados.

Questionei acerca do ambiente relacional em casa, não o tendo apontado como problemático e em seguida o laboral, pelo que disse “*agora até está melhor a minha chefe está de baixa e o ambiente ficou melhor, mas estou cansada daquilo*” (sic).

Foi dado enfoque ao facto de se sentir melhor no emprego e explorado com C1 uma vez que o seu objetivo é mudar de emprego, como estava a procura do mesmo. C1 explicou que a procura ativa de emprego estava temporariamente em suspenso, dada a sobrecarga horaria que tinha no mês de Dezembro/Janeiro. Inclusivamente já havia faltado a uma entrevista.

Neste sentido, de modo a promover o desenvolvimento de estratégias adaptativas, o objetivo foi redireccionar C1 para a reestruturação da sua atitude face ao ambiente laboral e a enumerar os aspetos positivos que aquele trabalho lhe proporciona. Incentivei-a a relativizar os conflitos que surgem nas relações e a entoar o lado positivo que aquele trabalho lhe proporciona. Foi mobilizada a técnica de reestruturação cognitiva.

A cliente no momento mostrou-se pensativa e em silêncio, pareceu que não lhe estava a ocorrer o que o trabalho que trazia de positivo, pelo que ressalttei a estabilidade contratual e a autonomia económica que lhe permite ter, aspetos que tinha apontado como importantes na entrevista nº1, pelo que assentiu e disse franzindo o olho “*é verdade...*” (sic).

Questionei a C1 relativamente aos seus objetivos futuros se havia pensado neles desde a última entrevista, pelo que a C1 referiu que sim. C1 referiu que gostaria encontrar um novo emprego, mas que apenas o poderia realizar em Janeiro, que gostava de voltar ao ginásio, visto ser uma fonte de prazer e que gostava de tirar a carta de condução. Reforçado positivamente a evocação dos objetivos e ter concretizado um plano.

De modo a dar continuidade ao que havia dito na última consulta “*tenho coisas do passado, que ainda me afetam*” (sic), elaborei um plano de intervenção que se encontra em Apêndice II.

Questionei C1 para me falar “*dessas coisas*”. C1 mudou de postura, ficou mais tensa, retraída, desviou o olhar para baixo e surgiram-lhe lágrimas no

rosto. Referi que deveriam ser vivências que a marcaram muito, mas que era importante voltar a pensar nelas para perceber como a estavam a influenciar no presente. Apesar de parecer compreender a importância, C1 apenas disse “*são coisas da minha mãe, a doença dela, marcaram-me muito, faz-me sentir triste*”(sic) e começou a chorar.

Neste sentido valorizei que apesar da negatividade dos acontecimentos, ela tornou-se a pessoa que é na atualidade, uma mãe dedicada e trabalhadora e que tem talvez mais 50 anos para perspetivar um futuro como gostaria. Incentivada a olhar sob uma perspectiva positiva aos acontecimentos que viveu, o que a tornou e como a guia no seu presente.

Convidei-a a realizar os objetivos que anteriormente se tinha proposto e a perceber os acontecimentos positivos que sucederam ultimamente. C1 ficou mais calma, mas não quis aprofundar os aspetos que lhe provocavam tamanho sofrimento.

Foi proposto à cliente que perante as situações vividas, procurar o lado positivo das vivências, tendo C1 referido “*isso é muito difícil*” (sic). A Sr^a Enf^a. reforçou que nos primeiros tempos poderia ser difícil, mas olhando para a realidade e problemas/vivências sobre este prisma, a iria ajudar e seria cada vez mais fácil.

C1 ficou com este desafio até nova consulta. Dada a próxima consulta ser apenas a 4 Janeiro de 2016, pela sobrecarga de trabalho, foi questionado a C1 se poderia contactá-la por telefone, explicitando os meus objetivos. C1 aceitou prontamente e informou o horário mais conveniente.

Avaliação:

Face aos objetivos propostos para a segunda entrevista foi realizada a avaliação do estado mental, cliente com humor deprimido. Considero que se proporcionou o ambiente favorável à expressão de emoções e sentimentos, na medida em que C1 se sentiu confortável.

A entrevista desenvolveu-se numa fase inicial na exploração das novidades que ocorreram na última semana, como C1 se sentia física e psiquicamente, monitorizando a adesão ao tratamento e a gestão do consumo de álcool. Numa segunda fase à apresentação dos resultados da escala de BEP, intervenção ao

nível dos constructos do BEP com menor pontuação e tentativa de exploração de vivências passadas.

Face á apresentação dos acontecimentos da semana foi perceptível o modo como cognitivamente C1 interpreta as suas vivências, sugerindo ter um perfil cognitivo para encarar as suas vivências sob uma ótica negativa e de não valorização (Beck & Newman,2005, citados por Knapp & Beck, 2008). Este facto evidência a necessidade de intervir conotando os aspetos positivos das vivências e dos seus resultados, de modo a conseguir fomentar em C1 uma disponibilidade para auto-imagem positiva. Existiu reconhecimento de C1.

Quanto á adesão ao tratamento a assiduidade é um indicador de adesão ao tratamento, face ao seu registo comportamental passado. C1 afirma a adesão ao regime medicamentoso. Foi valorizando por C1 o aumento do apetite como consequência da toma da terapêutica. Realizada orientação sobre estratégias para uma alimentação saudável.

No que concerne á gestão do consumo de álcool, C1 comunicou a existência de consumos, que não foram abusivos e mencionou receio de não controlar o impulso de ingestão de álcool. A estratégia foi centrar a cliente no aqui e agora, de modo a não potenciar a ansiedade na expectativa do controlo do impulso num panorama futuro e direcionada C1 para a resolução dos problemas e a realização de atividades de prazer, como ida ao ginásio. O intuito foi também a promoção de estratégias adaptativas eficazes face a situações problemáticas, invés do consumo abusivo de álcool.

Foram apresentados e contextualizados os resultados da escala de BEP.

Relações familiares regulares, descartando-se conflitos familiares atuais como potenciadores de mal-estar. C1 identifica claramente o seu problemas no meio laboral como causador de *stress* e mal-estar. Momentaneamente problema atenuado por ausência de chefia, conotado positivamente este facto, no entanto considerando que o problema não estava resolvido, mas sim temporariamente sublimado. Validado plano de mudar de emprego, resolução que se coloca como distante, dada a sobrecarga de trabalho. Foi incentivada ao desenvolvimento de estratégias adaptativas ao ambiente laboral e a centrar-se nos benefícios que o trabalho lhe confere.

C1 na 2ª entrevista referiu ter pensado num plano de objetivos, face ao que havíamos falado anteriormente. C1 apontou três objetivos, valorizei o facto de ter estruturado um plano e serem objetivos a curto prazo. No contacto anterior C1 apenas especificou um objetivo, o de mudar de emprego. Nesta entrevista enumerou três objetivos, mudar de emprego, voltar ao ginásio e tirar a carta de condução.

Face aos objetivos traçados para a mobilização da técnica de Reminiscência, considero que não foram totalmente atingidos uma vez que a cliente não quis falar claramente de uma situação do seu passado. No entanto, apesar de ser evidente a dificuldade para C1 relatar situações passadas, que são geradoras de sofrimento, foi direcionada a entrevista para trabalhar com o que C1 me deu a conhecer “*são coisas da minha mãe, a doença dela, marcaram-me muito, faz-me sentir triste*” (sic). Convidei então C1 a olhar para esses acontecimentos pelo lado positivo e para os resultados positivos que lhe permitiram atingir e no que se tornou enquanto pessoa.

Incentivada a C1 a pensar no futuro como algo a investir e na realização de objetivos, a promovida a esperança. Esperança esta que não se tratou mais do que realizar “uma projecção do espírito que vai de um presente por vezes penoso a um futuro onde há possibilidades de melhoria” (Phaneuf, 2005,p.384).

Considerando os indicadores de Processo, da Teoria das Transições sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping* (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000), atualmente C1 encontra-se:

Transição de Saúde-Doença: é perceptível uma ligação consistente aos serviços de saúde e aos profissionais, reconhecimento da necessidade de ajuda, “ligando-se” á equipa como um recurso. Interage com o profissional reconhecendo a sua necessidade de mudança e reorganização de papéis, identifica aspetos em si a mudar e fontes passadas de sofrimento. Tem plena consciência e aceitação da sua situação atual de saúde, identifica objetivos a curto prazo que quer desenvolver. Evidência dificuldades em lidar com esta condição de saúde, verbaliza medo em não conseguir gerir o consumo de álcool. Disponibilidade para desenvolver estratégias adaptativas eficazes. Adesão ao tratamento. Revela alguma disponibilidade para desenvolver confiança e *coping*.

Transição Organizacional: ligação consistente aos serviços de saúde e aos profissionais. Reconhece em entrevista os conflitos laborais como fonte de *stress* e mal-estar. Não apresenta estratégias de adaptativas eficazes para a reorganização ou mudança de papéis, apenas o objetivo de mudar de emprego a partir de Janeiro. Tem consciência e aceita que a condição atual laboral não é satisfatória, incitando á mudança. Recetiva ao desenvolvimento de estratégias adaptivas ao meio laboral. Baixa confiança e *coping*.

5.3. Entrevista Nº 3

Data: 17 de Dezembro de 2015

Objetivos específicos:

- Avaliar o estado mental;
- Proporcionar a expressão de emoções e sentimentos a C1;
- Avaliar qualitativamente o impacto do meio laboral na saúde mental de C1;
- Validar a consecução do plano de concretização de objetivos de C1;
- Monitorizar adesão ao regime terapêutico e possíveis efeitos secundários;
- Monitorizar a gestão do consumo de álcool;

Avaliação do estado mental:

C1 apresentou-se com atitude colaborante através de contacto telefónico.

Consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Auto e Halo psicologicamente.

Humor depressivo, afetividade congruente com o humor.

Pensamento e discurso fluente, organizado e coerente ao diálogo. A paralinguagem de C1 revelou alguma tensão.

Não verbalizou alterações do pensamento ou percepção.

Apresenta juízo crítico e insight.

Sem aparentes alterações de memória, atenção ou concentração.

Resumo da Entrevista:

O terceiro contacto com C1 ocorreu por via telefónica.

A realização do contacto telefónico deveu-se a C1 ficar cerca de 1 mês sem ser observada pela equipa, isto porque, se avizinhava um mês de trabalho sem folgas e com sobrecarga horária. Considerando o motivo atual de descompensação da saúde mental, o contacto telefónico pareceu o modo mais viável para proporcionar o suporte e despiste de situações de risco, neste período que perspetivei como crítico para C1.

Procedi ao telefonema tendo sido possível estabelecer ligação com C1 logo na primeira tentativa. Apresentei-me a C1 pelo que a cliente prontamente disse *“já tinha pensado em si, quando é que me ia ligar”* (sic), disse-o transparecendo alguma inquietação na voz.

Questionei C1 como tinha passado nos últimos dias, pelo que me disse que não se sentia melhor, sentia-se cansada com a sobrecarga de trabalho e que o ambiente relacional no meio laboral tinha piorado.

Questionei C1 acerca dos motivos subjacentes, pelo que mencionou que tinham sido novamente despedidas mais colegas e que no dia seguinte iria embora uma colega, que estimava e que apontou ser uma pessoa de referência para si no local, acrescentou *“isto está horrível, ninguém fala com ninguém”* (sic).

De modo a perceber a situação de forma abrangente perguntei a C1 sobre a sua capacidade de trabalho, dado já a apontar anteriormente como alterada, tendo referido sentir-se extremamente cansada dificultando o atendimento ao público *“às vezes dá-me raiva, tenho que me controlar, mas é cada vez mais difícil”* (sic). No decorrer da expressão dos sentimentos de C1, tentei dar enfoque aos ganhos positivos que o trabalho lhe fornece, a estabilidade económica e contratual, tendo C1 referido *“é muito difícil pensar nisso”* (sic).

Elucidei C1 que o facto de estar sob uma grande sobrecarga horária de trabalho, de redução de horas de descanso e estar num meio que considera como adverso, poderia estar a condicionar-lhe e potenciar as emoções e perceções que me havia relatado. C1 exemplificou *“ouve um dia em que eu estava mais sonolenta, também pela terapêutica e não fui trabalhar, o chefe mandou-me uma SMS, a dizer coisas estranhas, a fazer-me pressão para me ir embora, para eu me despedir”* (sic). Tendo seguidamente reforçado que *“sinto-me cada vez mais triste e stressada”* (sic).

Abordei C1 tentando perceber como estava a operacionalizar os seus objetivos, referindo que não conseguia procurar um novo trabalho nem ir a entrevistas, dada a falta de tempo. Pelo que C1 questionou a possibilidade de ter baixa médica, para “*descansar, ganhar mais ânimo e depois procurar um novo trabalho, sinto-me por um fio*” (sic). Perante a sua proposta e considerando todos os factos pareceu-me uma possibilidade viável, face a toda a contextualização. Devolvi a C1 que era uma hipótese que iria gerir com a restante equipa.

Seguidamente questionei sobre as relações familiares e o eventual suporte que estariam a proporcionar, tendo C1 referido que são satisfatórias, mas que devido à falta de tempo é difícil poder usufruir do suporte que necessita. Apontou o filho como uma motivação.

Tentei validar com C1 se a toma da terapêutica estava a ser realizada corretamente, respondendo afirmativamente e apontando novamente a sonolência como sintoma. Clarifiquei o relato pelo que C1 referiu que a sonolência tem vindo a ser cada vez menor. Contextualizei C1 que face ao que está a vivenciar, que está a provocar maior cansaço e com isso sonolência. Pelo que não se pode apontar uma relação direta entre sintoma e efeito adverso da terapêutica. C1 pareceu reconsiderar a sua opinião.

C1 voltou a introduzir o facto de se sentir desapojada no trabalho, sentimento que se irá intensificar com a saída de uma colega, “*as outras colegas não falam comigo*” (sic). Questionei se C1 se tinha ideia do porquê de tais relações, explicando que é a chefia promove esse tipo de conflitos, mas que concretamente não percebe o porquê. Incentivada a manter relações profissionais, tentando pessoalmente não se deixar afetar.

Finalizando o contacto reforcei vários aspetos, como a importância de gerir as suas emoções e pensar no objetivo que a leva a manter o seu trabalho, dar enfoque ao suporte familiar e a relativizar os conflitos relacionais no meio laboral. Acordado dar feedback relativamente à proposta da baixa médica.

Após apresentação do caso a médico assistente, colocando sob perspectiva o impacto que a situação laboral está a ter ao nível da saúde mental da cliente, foi decidido atribuir baixa médica a C1.

Procedi à informação da cliente, agradecendo ter acedido ao seu pedido.

Avaliação:

A terceira entrevista ocorreu por contacto telefónico sendo realizada uma avaliação do estado mental com as limitações que esta via coloca.

Foi proporcionado a C1 que expressasse as suas emoções e sentimentos, que fizeram emergir o acentuado impacto negativo que o meio laboral estava a provocar em si. Este contacto foi projetado perspetivando um possível agravamento da saúde mental de C1, o que foi notório pelo relato da cliente, sentia-se cansada com a sobrecarga de trabalho e que as relações no meio laboral tinham piorado. Ao avaliar a sua capacidade de trabalho, C1 refere sentir-se extremamente cansada dificultando o atendimento ao público “*às vezes dá-me raiva, tenho que me controlar, mas é cada vez mais difícil*” (sic). Tentei dar enfoque aos ganhos positivos que o trabalho lhe fornece, a estabilidade económica e contratual, sem qualquer sucesso.

Este contacto surgiu com o objetivo de avaliar o impacto do meio laboral e intervir perante o que fosse detetado, dando enfoque à capacidade de adaptação ao meio de C1. C1 solicitou baixa médica. Foi-me perceptível neste contacto a instabilidade emocional vivenciada por C1, sentimentos de tristeza, incapacidade, raiva e medo. Sentimentos que estava com dificuldade em gerir e que apontou inclusive “*sinto-me por um fio*” (sic). Após decisão médica foi concedida baixa médica.

No que concerne ao objetivo de validar a consecução do plano de concretização de objetivos de C1, foi apenas dado enfoque ao primeiro, a procura de trabalho. A abordagem foi centrada em apurar o que estava a realizar para a sua concretização.

C1 não conseguia realiza-lo pela falta de tempo, referindo que caso tivesse a baixa médica queria aproveitá-la para uma procura ativa de trabalho.

O despiste das situações de risco foi apenas direcionado para a adesão ao regime medicamentoso, não se proporcionou o questionamento de consumos de álcool.

Segundo C1 manteve a toma de terapêutica de modo regular. Foi valorizada a sua adesão e descortinada a ideia da sonolência como efeito secundário à terapêutica, colocando-se a hipótese de ser um estado decorrente do seu cansaço.

Considerando os indicadores de Processo, da Teoria das Transições sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping* (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000), atualmente C1 encontra-se:

Transição de Saúde-Doença: é perceptível uma ligação consistente aos serviços de saúde e aos profissionais, reconhece a necessidade de ajuda, identifica com agrado a intervenção do profissional. Interage com o profissional reconhecendo o agravamento da sua situação de doença, solicita ajuda para ser retirada do ambiente de *stress*, dada a sua incapacidade de reorganização de papéis. Tem consciência e aceitação da sua situação atual de saúde. Revela ineficácia de gerir estratégias adaptativas eficazes. Adesão ao tratamento. Dificuldade em desenvolver confiança e *coping*.

Transição Organizacional: ligação consistente aos serviços de saúde e aos profissionais. Reconhece em entrevista os conflitos laborais como fonte de *stress* e mal-estar. Não apresenta estratégias de adaptativas eficazes para a reorganização ou mudança de papéis, com influência direta na sua situação de saúde-doença. Mantém objetivo de mudar de emprego, não tem disponibilidade horária nem psíquica para essa procura. Consciência que a condição atual laboral é insatisfatória. Baixa confiança e *coping*.

5.4. Entrevista Nº 4

Data: 28 de Dezembro de 2015

Objetivos específicos:

- Avaliar estado mental;
- Proporcionar a expressão de emoções e sentimentos a C1;
- Avaliar qualitativamente impacto da baixa médica no bem-estar de C1;
- Promover a consecução do plano de concretização de objetivos de C1;
- Incitar C1 à exploração de estratégias para resolução de problemas no meio laboral;
- Promover o desenvolvimento de uma auto-imagem positiva;
- Monitorizar adesão ao regime terapêutico e possíveis efeitos secundários;

- Monitorizar a gestão do consumo de álcool;

Avaliação do estado mental:

C1 apresentou-se com uma atitude colaborante e contacto sintónico durante a entrevista. Com uma postura menos reservada.

Idade aparente á real. Aspeto melhorado face a entrevistas anteriores.

Consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Auto e Halo psiquicamente.

Humor depressivo, afetividade congruente com o humor. Fácies expressivo, esboçando por vezes sorrisos. Olhar dirigido quando comunica.

Pensamento e discurso fluente, organizado e coerente ao diálogo. Sem aparentar ou verbalizar alterações do pensamento ou perceção.

Apresenta juízo crítico e insight.

Sem aparentes alterações de memória, atenção ou concentração.

Sem alterações motoras visíveis.

Resumo da Entrevista:

A quarta entrevista com C1 ocorreu presencialmente na unidade.

C1 já estava há uns dias de baixa médica. Na sua entrada na unidade foi perceptível algumas diferenças, estava de cabelo solto um fácies mais expressivo e sorridente.

Questionei C1 como tinham corrido os últimos dias e a cliente referiu sentir-se mais calma, que tem descansado e *“aproveitado alguns momentos que já algum tempo não tinha”* (sic). Referiu sentir-se *“mais ou menos, antes era uma pessoa aqui, outra pessoa ali e agora sou sempre eu”* (sic). Considerando agora sentir-se a C1, sem se sentir condicionada pelo ambiente laboral. Questionei quem é C1? A cliente menciona *“é uma pessoa bem-disposta, meiga, que tenta ver o lado positivo das coisas, afetuosa, amiga do amigo”* (sic). Perante o relato de C1 decidi conotar o seu relato dizendo, então a C1 tem muitas coisas positivas e boas! Já pensou em todas as qualidade que enumerou ter? C1 sorriu.

De modo a perceber como C1 está a vivenciar o seu período de baixa, como tem organizado o tempo e os seus planos, questionei a cliente como tem

organizado os seus últimos dias e o que tem feito. C1 referiu que tem sobretudo aproveitado para descansar, que se sentia exausta e por outro lado tem estado com o filho que se encontrava de férias do infantário.

No sentido de promover em C1 a consecução de objetivos que outrora já tinha enumerado, perguntei quais eram os planos que tinha em mente para na fase da baixa desenvolver. C1 voltou a enumerar os seus objetivos-procurar trabalho, voltar ao ginásio e gostaria de tirar a carta de condução. Pelo que acrescentou que quando o filho voltasse ao infantário se iria dedicar a uma maior procura. O reingresso ao ginásio seria para breve, estava com muita vontade, visto recordar ser uma prática que lhe trazia muito agrado. A hipótese de tirar a carta de condução está temporariamente colocada de parte. Este raciocínio foi explorando e desenvolvido a par com C1.

Com o objetivo de perceber como a cliente estava a lidar emocionalmente com a sua experiência laboral, abordei C1 no sentido de a incentivar a falar do que tem pensado sobre o mesmo. C1 referiu prontamente que aquele ambiente estava a ser prejudicial para si. Acrescentou que a chefia lhe havia enviado um SMS (já sabia de antemão da sua existência, tinha sido observado pelo médico), referindo que C1 não precisava de voltar ao trabalho para desaparecer de vez. O relato da cliente apresentava tristeza, mas ao mesmo tempo alívio por não estar naquele ambiente! Questionei diretamente como se sentia perante aquelas palavras, “*triste*” (sic), mas no momento em que recebeu o SMS ficou ansiosa, inquieta, sentindo-se algo incapaz e inferiorizada. Pelo que acrescentou que nesses momentos pensa no seu percurso de vida e se questiona do “*porquê?*” (sic) o que segundo C1 fomenta ainda mais um sentimento de desânimo. Foi nesse momento que realizei uma confrontação e disse a C1 onde estava a C1 que no início da entrevista me disse, que se vê C1 como “*uma pessoa bem-disposta, meiga, que tenta ver o lado positivo das coisas, afetuosa, amiga do amigo*” (sic). Nesse momento C1 baixou os olhos e disse “*é verdade*” (sic).

C1 acrescentou que nestes momentos quando se sente triste e desanimada, pensa no seu passado, sem entrar em pormenores sobre o mesmo, referiu que muitas vezes se questiona acerca do porquê do seu passado. Tentei explorar novamente essas vivências, C1 ficou visivelmente mais emocionada, referindo

que estão muito ligadas aos momentos de crise da sua mãe, mostrando automaticamente vontade de não avançar no diálogo. C1 questionou se devia esquecer o passado. Percebendo que C1 não queria falar concretamente sobre o passado referi que esquece-lo talvez não fosse a solução, mas com certeza poderia pensar nele e tentar tirar os aspetos positivos que ganhou, como exemplo determinadas atitudes da mãe, que provavelmente a condicionam a não ter com o filho! C1 reconheceu esse facto. Disse à cliente que quando quisesse falar sobre o passado, quando se sentisse preparada para tal, que o poderia fazer no espaço de consulta e que a poderíamos (equipa) ajudar a perceber outros significados para essas vivências. C1 voltou a baixar o olhar. O meu objetivo foi reestruturar alguns pensamentos e incentivar a mobilização dessa estratégia.

Foquei-me seguidamente nos riscos que C1 apresenta da não adesão ao tratamento e do consumo abusivo de álcool.

Questionei se nos últimos tempos tinha voltado ao trabalho em *part-time* no bar noturno, referindo que não e que era algo que não estava nos seus planos. Tentei perceber se existiram consumos de álcool, pelo que referiu que no dia 26 Dezembro esteve com alguns amigos, tendo bebido socialmente. Ressalvou que foi algo social, apesar de não esclarecer a quantidade. Dado esse facto questionei se tinha alterado a sua consciência ou capacidades, referindo que não.

Quanto ao tratamento farmacológico C1 afirmou manter a toma da medicação, não apresentando a presença de possíveis efeitos secundários. Reforcei que os sintomas que apresentava, principalmente a sonolência provavelmente estaria mais relacionado com o cansaço físico da atividade laboral e de um humor mais depressivo, do que propriamente a terapêutica. C1 pareceu concordar e acrescentou ter feito análises sanguíneas. Foi articulado com o médico, tendo os valores de Valproato na janela terapêutica.

Terminado a entrevista realizei uma síntese enaltecendo a importância de encarar principalmente nos momentos críticos, como C1 diz ser, ao invés do que gostava de ser! Dei enfoque ao passado, para pensar nele como um processo que resultou nas qualidades que apresenta e uma delas é seu próprio papel de

mãe. Incentivei C1 a executar os seus objetivos e a aproveitar momentos de socialização.

Avaliação:

Na presente entrevista foi realizada a avaliação do estado mental. C1 aparentava um semblante melhorado, com o cabelo solto e fâcies mais expressivo.

Proporcionada a expressão de emoções e sentimentos tendo como ponto de partida a sua auto-avaliação dos últimos dias.

C1 referiu que desde que se encontra de baixa médica sente alguma melhoria do seu estado, sentindo-se “*antes era uma pessoa aqui, outra pessoa ali e agora sou sempre eu*” (sic). Revelou um bom reajuste de papéis, com sentimento de congruência quanto a si nos diferentes ambientes.

Identifica-se como uma pessoa “*bem-disposta, meiga, que tenta ver o lado positivo das coisas, afetuosa, amiga do amigo*” (sic), mostra disponibilidade para uma auto-imagem positiva. No entanto, ainda com algumas lacunas na sua conceção de si, pelo que foi necessário confrontar a sua perceção atual, da que considera ter fora do contexto atual. Com juízo crítico para a situação.

Foi também realizada uma abordagem no sentido de perceber como C1 estava a gerir emocionalmente a sua experiência laboral, tendo em consideração o distanciamento já existente. C1 verbalizou que existiu um novo contacto da chefia por mensagem telefónica, transparecendo algum grau de pressão psicológica à cliente. Perante tal C1 relata um sentimento de tristeza e alívio por não se encontrar naquele ambiente laboral, que é pautado por alguma violência psicológica segundo a mesma.

C1 mobilizou novamente o seu passado referindo que ainda a influencia na atualidade, sugerindo contribuir diretamente para a sua auto-aceitação e construção de uma auto-imagem positiva. Disponibilizado espaço de consulta e a equipa para a ajudar a explorar o seu passado e a dar outros significados para essas vivências. O objetivo foi reestruturar alguns pensamentos e incentivar a mobilização dessa estratégia em momentos que se depare com eventos stressantes ou problemáticos, que apelem a vivências passadas e ao questionamento do mesmo.

Ao avaliar qualitativamente impacto da baixa médica no bem-estar de C1 foi também questionado C1 como tem organizado o seu tempo, pelo que dadas as épocas festivas tem estado com o seu filho e aproveitado para descansar, visto sentir-se num estado de exaustão.

Para validar a consecução do plano de objetivos de C1 e promover o seu desenvolvimento, foi questionado a C1 acerca da sua operacionalização. C1 planeia a partir de 4 Janeiro dar início a uma procura ativa de trabalho. Perspetiva para breve o regresso ao ginásio, no entanto coloca para já de parte integrar o projeto de tirar a carta de condução, dada a sua conjetura laboral instável. Foi deste modo reforçada a definição de prioridades quanto aos seus objetivos e a consecução dos mesmos. Apoiada C1 no processo de tomada de decisão.

O objetivo levantado para esta entrevista quanto à exploração de estratégias para resolução de problemas no meio laboral, tinha o intuito de ao abordar a possibilidade de C1 regressar ao seu trabalho atual, o que poderia mudar ou como poderia gerir os problemas que surgissem, de forma mais eficaz. Porém esta intervenção foi temporariamente suspensa, isto porque me pareceu demasiado precoce colocar a C1 essa possibilidade dado o envolvimento emocional e o estado de exaustão relatado pela cliente.

Quanto á monitorização dos riscos que C1 apresenta da não adesão ao tratamento e do consumo abusivo de álcool C1 foi clara. Mantém a adesão ao tratamento, o regime medicamentoso tem sido cumprido, sendo um indicador que o corrobora os níveis terapêuticos de valproato. Não apresentou nenhuma resposta negativa à terapêutica.

Relativo ao consumo de álcool mencionou que consumiu álcool, no entanto salvaguardou que não foi abusivo e foi meramente social.

No que concerne aos indicadores de Processo, da Teoria das Transições sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping* (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000), atualmente C1 encontra-se:

Transição de Saúde-Doença: é perceptível uma ligação consistente aos serviços de saúde e aos profissionais, reconhece a necessidade de ajuda, demonstra interesse em expressar os seus sentimentos. Interage com o

profissional reconhece já algumas melhorias no seu estado de saúde, revela disponibilidade para a reorganização de papéis e para auto-imagem positiva. Tem consciência e aceitação da sua situação atual de saúde e propõe-se claramente à execução de objetivos que contribuem de forma positiva para o processo de transição de saúde-doença. Mantém adesão ao tratamento. Demonstra alguma confiança dada a sua condição de saúde ligeiramente melhorada. Ainda não se apura a mobilização de estratégias adaptativas eficazes (*coping*).

Transição Organizacional: ligação consistente aos serviços de saúde e aos profissionais. Aponta o distanciamento do meio laboral como satisfatório e de alívio. Propõe-se dentro de dias numa procura ativa de emprego, denunciando a pretensão de reajuste de papéis face à transição organizacional. Mantém objetivo de mudar de emprego. Consciência que a condição atual laboral é insatisfatória e que a quer mudar. Não reflete outra possibilidade de reajuste a não ser a mudança de emprego. Baixa confiança e *coping*.

5.5. Entrevista Nº 5

Data: 4 de Janeiro de 2016

Objetivos específicos:

- Avaliar estado mental;
- Proporcionar a expressão de emoções e sentimentos a C1;
- Avaliar qualitativamente impacto da baixa médica no bem-estar de C1;
- Promover a concretização dos objetivos definidos por C1;
- Incitar C1 à exploração de estratégias para resolução de problemas no meio laboral;
- Promover o desenvolvimento de uma auto-imagem positiva;
- Monitorizar adesão ao regime terapêutico e possíveis efeitos secundários;
- Monitorizar a gestão do consumo de álcool;

Avaliação do estado mental:

A cliente apresentou uma atitude colaborante e contacto sintónico durante a entrevista.

Idade aparente á real. Aspeto cuidado.

Consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Auto e Halo psiquicamente.

Humor tendencialmente depressivo, afetividade congruente com o humor. Fácies expressivo, esboçando com frequência sorrisos. Olhar dirigido quando comunica.

Pensamento e discurso fluente, organizado e coerente ao diálogo. Sem aparentar ou verbalizar alterações do pensamento ou perceção.

Apresenta juízo crítico e insight.

Sem aparentes alterações de memória, atenção ou concentração.

Sem alterações motoras visíveis.

Resumo da Entrevista:

A quinta entrevista ocorreu passados sete dias.

C1 entrou no gabinete mantinha-se sorridente, fácies expressivo, comportamento calmo. Discurso fluente.

Questionei C1 sobre novidades dos últimos dias, C1 sorriu e disse sentir-se melhor mantendo-se a descansar e estar com o filho. Referiu já ter começado a procura de trabalho sobretudo pela internet, tendo ido uma vez entregar currículos presencialmente, que a partir de agora o poderá fazer mais vezes dado que o filho voltou ao infantário.

Perguntei como se estava a sentir. C1 reforçou sentir-se mais calma e “*sinto-me eu*” (sic). Pelo que tentei clarificar e o que isso significa “*sou uma pessoa bem-disposta e pergunto-me como é que durou tanto tempo?*” (sic). Pedi que me explicasse melhor, desenvolvendo que não sabe como consegui aguentar tanto tempo o ambiente laboral em que estava. Perante esta afirmação reforcei positivamente a sua identidade. Referi que me parece uma pessoa persistente e que estava focada no seu objetivo de independência financeira, o que a levou a aguentar a pressão laboral até ao seu ponto máximo e validei se seria assim! C1 afirmou.

Em seguida questionei C1 sobre as suas experiências laborais anteriores, apelando ao seu relato dessas vivências, com o objetivo de a incentivar a mobiliza-las como estratégias de *coping*. C1 disse que foram na área da restauração e que tinham sido boas, com bons colegas e com chefias muito diferentes. Peguei nesse seu relato e disse que a experiência atual, que comparativamente às anteriores foi negativa, mas que não significa que o meio laboral seja todo ele assim, exemplo disso foi o que relatou das duas experiências anteriores. Reforcei a importância de C1 perceber o que são chefias rigorosas e exigentes, de chefias que podem ser desadequadas e promoverem o sentimento, tal como já tinha relatado em outras entrevistas de humilhação e inferioridade. Tentei deixar a informação que esta foi uma experiência que não condiciona, que as seguintes sejam assim.

Em seguida tentei perceber concretamente como C1 estava a gerir os seus sentimentos face à sua experiência laboral negativa. C1 referiu que nos últimos dias tem estado algo preocupada e acerca de 4 dias o sono não tem sido tranquilo. Tentei clarificar o que estava subjacente. Referiu sentir-se preocupada com a baixa, porque no final desta não consegue voltar ao trabalho, referiu inclusivamente medo de voltar. Questionei se existiu algum contacto da entidade patronal, referindo que sim, que a chefia perguntou quando terminava a baixa. C1 respondeu e a conversa ficou por ali.

Tentei perceber o padrão de sono da cliente referindo que estava a fazer por vezes cestas prolongadas durante o dia. Sugerido que nos próximos dias optasse por dormir apenas no período noturno e mantivesse algumas atividades diurnas. C1 aceitou a proposta.

C1 referenciou que o facto de pensar na possibilidade de regressar ao trabalho lhe desperta alguma ansiedade, dizendo que não quer voltar para aquele emprego e que tem receio de até ao final da baixa não encontrar uma nova oferta. Acrescentou “*eles diziam [chefia] que se saíssemos não arranjávamos mais emprego porque estava muito mau para arranjar, que aquilo [emprego na loja] já era muito bom e que nos devíamos dar por contentes*” (sic). Perante este relato tentei reestruturar o pensamento de C1, por aspetos que a própria até já me havia relatado, que na restauração existem muitos sítios a solicitar de empregados, que já lhe têm respondido como rececionaram

o currículo e por outro lado enalteci o modo como aquela experiência laboral a tornou mais forte e desperta para avaliar este tipo de ambientes e se defender deles. C1 pareceu concordar com as afirmações.

De forma mais objetiva questionei C1 do que estava a pensar fazer quanto ao seu trabalho, uma vez que atualmente estava de baixa. C1 perspectiva encontrar um novo emprego e depois rescindir contrato com a empresa, dando um ordenado à casa, em vez de tempo de trabalho. Foi valorizada a sua organização e incentivada na procura ativa de emprego.

Seguidamente C1 introduziu uma novidade, tal como denominou, voltou ao ginásio, tinha iniciado nessa manhã e disse-o com um grande sorriso. Acrescentou *“faz-me sentir bem, relaxada, já estava a isolar-me de tudo...percebi que me afastei de tudo”* (sic). Perante o seu relato apelei ao que me havia dito na primeira entrevista em Novembro, que estava isolada, não saía com amigos, estando sobretudo em casa o filho. C1 disse *“é verdade”* (sic). Pelo que reforcei a importância de reconhecer estes comportamentos e determinados pensamentos seus, como mobilizar experiências negativas do passado perante uma adversidade no quotidiano, como sinais que o seu bem-estar está comprometido que a podem levar à crise. C1 assentiu e eu reforcei que perante uma adversidade ou problema o importante é centrar-se na resolução da mesma e expliquei a estratégia de resolução de problemas, exemplificando. Reforcei também que quando quiser poderá falar do que a magoou tanto e a condiciona no presente para procurar novas perspetivas. C1 ficou pensativa e disse *“ok”* (sic).

Seguidamente C1 foi buscar o objetivo da carta de condução, dizendo que tem vontade de tentar, que lhe faz muita falta ter um carro e levantando a questão, *“não sei o que vou fazer em relação à carta!?”* (sic). Reforcei positivamente a sua expectativa e disse a C1 para pensar nas suas prioridades atuais e a curto prazo. C1 respondeu *“talvez por agora espere um pouco”* (sic).

Durante o diálogo com o objetivo de apurar os riscos potenciais, C1 referiu que a toma de terapêutica se mantém e que na passagem de ano consumiu álcool mas foi numa quantidade reduzida (1 taça de espumante), passou a festa de ano novo com o filho e a família de uma amiga, com muito agrado.

Para terminar a entrevista fiz uma síntese que teve o intuito motivacional, reforçando positiva a imagem de C1.

Avaliação:

Foi realizada a avaliação do estado mental, sendo perceptível melhorias ao nível do humor. Apesar de ainda tendencialmente depressivo. O aspeto de C1 mantém-se cuidado.

Promovida a expressão de emoções e sentimentos, C1 identificou claramente que se encontra mais calma, “*sinto-me eu*” (sic). Com o objetivo de promover a continuidade do desenvolvimento de uma auto-imagem positiva, pedi a C1 que concretizasse o que era ser ela. C1 enumerou aspetos positivos, reforçando a sua disponibilidade para uma auto-imagem positiva.

C1 a partir do presente dia da entrevista tinha o objetivo de iniciar a procura ativa de emprego, no entanto já tinha enviado currículos pela internet. Conotado positivamente essa atitude.

Com o intuito de incitar C1 à exploração de estratégias para resolução de problemas no meio laboral, encaminhei C1 a que me falasse das suas experiências laborais passadas. C1 apresentou-as e identificou-as como positivas. Foi incentivada a mobilização dessas experiências como *coping* de para futuros momentos. Reforçada que a experiência laboral atual não é preditiva que as que sucedem sejam igualmente negativas. Incitada a distinguir exigência do meio laboral de abordagens abusivas e entidades patronais.

Por outro lado C1 foi incentivada a perante condições stressantes, problemas que se coloquem, a enfrentar o problema e mobilizar a estratégia de resolução de problemas. Exemplificada a estratégia para a resolução de situações problemáticas.

Tentei perceber concretamente como C1 estava a gerir os seus sentimentos face á sua experiência laboral negativa, C1 refere perentoriamente que não regressa ao trabalho e reconhece inclusivamente como conseguiu aguentar a pressão a que estava sujeita durante todo esse tempo. Conotado positivamente a sua persistência.

Referiu inclusivamente medo de regressar ao trabalho, revelando mais detalhes da sua vivência no meio laboral. C1 apontou desde há quatro dias

alterações no padrão de sono, orientada para a adoção de estratégias que promovam uma higiene de sono, que foram aceites por C1.

C1 expressou concretamente o seu plano de rescisão com a entidade patronal, reforçado positivamente.

C1 revelou que regressou ao ginásio e relatou-o com alegria e satisfação. Deste modo o segundo objetivo definido por C1, foi atingido. C1 refere “faz-me sentir bem, relaxada, já estava a isolar-me de tudo...percebi que me afastei de tudo” (sic), esta verbalização revela um consciencialização face à melhoria do seu estado de saúde.

C1 mantém a adesão ao regime de tratamento. Não apresentou qualquer barreira à adesão.

Verbalizou consumo de álcool, mas sem ser abusivo e em contexto social.

Quanto aos indicadores de Processo, da Teoria das Transições sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping* (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000), atualmente C1 encontra-se:

Transição de Saúde-Doença: ligação consistente aos serviços de saúde e aos profissionais, reconhece a necessidade de ajuda, expressa os seus sentimentos claramente. Interage com o profissional reconhece melhorias no seu estado de saúde, reconhecendo diferenças face ao seu comportamento. Evidência reorganização de papéis, reforçando ter uma imagem positiva de si. Tem consciência e aceitação da sua situação atual de saúde e operacionaliza objetivos com contributos no processo de transição de saúde-doença. Mantém adesão ao tratamento. Demonstra alguma confiança dada a sua condição de saúde melhorada. Recetiva à mobilização de estratégias adaptativas eficazes (*coping*).

Transição Organizacional: ligação consistente aos serviços de saúde e aos profissionais. Reconhece claramente o meio laboral como insatisfatório e que não quer regressar. Apresenta um plano de rescisão de contrato. Encontra-se a reajustar os seus papéis, mobilizando-se já na procura de emprego mediante a sua disponibilidade (via internet). Na entrevista propõe-se á procura ativa de emprego, desde esse dia. Consciência da sua condição no processo de transição organizacional. Demonstra confiança, afirmando concretamente os seus objetivos neste processo de transição e envolvendo-se na sua

consecução. Reconhece no contexto de entrevista experiências anteriores laborais positivas, disponível para a utilização de estratégias de *coping*.

5.6. Entrevista N°6

Data: 11 Janeiro 2016

Objetivos específicos:

- Avaliar estado mental;
- Proporcionar a expressão de emoções e sentimentos a C1;
- Promover o desenvolvimento de uma auto-imagem positiva;
- Avaliar qualitativamente impacto da baixa médica no bem-estar de C1;
- Promover e validar a concretização dos objetivos definidos por C1;
- Avaliar qualitativamente alterações do padrão de sono;
- Incitar C1 à exploração de estratégias de adaptação ao meio;
- Monitorizar adesão ao regime terapêutico e possíveis efeitos secundários;
- Monitorizar a gestão do consumo de álcool;

Avaliação do estado mental:

C1 apresentou uma atitude colaborante e contacto sintónico durante a entrevista.

Idade aparente á real. Aspeto cuidado.

Consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Auto e Halo psicologicamente.

Humor depressivo, afetividade congruente com o humor. A sua postura estava mais retraída e tensa. Fácies fechado, transparecendo tristeza. Olhar dirigido, mas por períodos desviado para as suas mãos.

Pensamento e discurso fluente, organizado e coerente ao diálogo. Sem aparentar ou verbalizar alterações do pensamento ou perceção.

Apresenta juízo crítico e insight.

Sem aparentes alterações de memória, atenção ou concentração.

Sem alterações motoras visíveis.

Resumo da Entrevista:

À entrada no gabinete a sua postura estava diferente de contactos anteriores, matinha o cabelo solto, um contacto sintónico mas estava com um fâcias fechado, transparecendo tristeza.

Iniciei a entrevista questionando sobre acontecimentos da última semana, pelo que C1 disse que não havia novidades “*continua tudo na mesma*” (sic), transparecendo alguma desmotivação. Questionei a que se referia e C1 respondeu “*contínua na mesma, ainda não arranjei trabalho*” (sic).

C1 reforçou que se mantinha à procura de trabalho, pelo que procurei saber como se estava a organizar nesta procura ativa. C1 referiu que tem mandado candidaturas e currículos sobretudo por correio eletrónico, pelo que perguntei se tinha pensado noutras hipóteses de procura como entrega pessoalmente. C1 encolheu os ombros e disse que tinha pensado ir entregar pessoalmente e relatou os diferentes sítios. Sugeri a C1 em organizar os dias por áreas geográficas, ir por exemplo um dia ao centro comercial X e entregar pessoalmente currículos nas várias lojas que lhe interessem. C1 pareceu motivada.

No entanto C1 parecia-me angustiada e preocupada e foi isso que lhe devolvi questionando-a se era assim que se sentia. C1 afirmou e disse que o facto de não ter respostas de emprego a deixa preocupada. Tentei clarificar e questionei se sentia que estava a fazer o que estava ao seu alcance! C1 afirmou e acrescentou que pode procurar em mais locais pessoalmente, mas o facto de faltar pouco tempo para a baixa terminar é um factor que a estava a influenciar, dizendo “*o médico deu a entender que esta é a última baixa (...) a pressão do tempo para procurar emprego assusta-me e fico ansiosa*” (sic), tem baixa médica até 29/1.

Neste sentido tentei clarificar concretamente a fonte da angústia e ansiedade, sendo perceptível que era desencadeada por algo que não consegue controlar, as respostas de emprego. Deste modo propus a C1 que pensasse comigo “tem um problema, uma necessidade que quer da resposta, quer um emprego, o que está a provocar ansiedade, o que pode fazer para resolver? Procurar trabalho, que está a procurar. A resposta à procura já não depende de si. Esse é um problema que a resolução não passa por si, tem de esperar por

uma resposta, por isso tem de arranjar estratégias para lidar com essa expectativa que traz ansiedade. Então e como vai lidar com isso?”

C1 responde “*talvez não pensar nisso!*” (sic), eu sugeri que poderia pensar, mas tendo presente o pensamento anterior, que não depende de si, mas o que está ao seu alcance procurar trabalho, que o faz o melhor que consegue! Para tal sugeri também que fizesse atividades que gostasse e questionei as que lhe vinham à mente. C1 disse automaticamente “*ginásio eu adoro, estar com o meu filho e com a minha mãe*” (sic). Pelo que estimulei à realização de atividade que proporcionem prazer e que promotoras do seu bem-estar.

Reforcei a C1 que tendo tempo livre a sua procura de trabalho pode ser mais abrangente, sem as condicionantes de tempo. C1 concordou.

C1 referiu que tem pensado na gestão da sua situação económica, dada à sua situação laboral instável, referindo “*quanto ao dinheiro nem é o que me preocupe eu tenho as contas organizadas para este mês, a creche do menino, as compras para casa, o passe (...) e para o mês que vem recebo o dinheiro da baixa*” (sic). Foi reforçado positivamente a sua organização financeira, que é um ponto forte seu e está relacionado com o valor que atribui à sua autonomia.

Esponaneamente C1 introduziu no diálogo, de forma envergonhada e tensa que um amigo, que é dono de um bar lhe tinha realizado uma proposta de trabalho. As condições são trabalhar quatro noites por semana das 22h-2h. C1 referiu inicialmente que é uma proposta que ficou de considerar, mas que até à data ainda não tinha conseguido avançar com uma resposta. A minha intervenção foi com o intuito de auxiliar na tomada de decisão de C1, pelo que a questionei como encarava a proposta, quais as desvantagens que via neste emprego e o que a estava a deixar reticente. C1 explicou que não queria “*voltar ao munda da noite, tem muito álcool e eu tenho medo de não me controlar*” (sic). Neste sentido questionei que nos últimos tempos o consumo de álcool estava a ser reduzido, referindo C1 que sim que a última vez tinha sido na passagem de ano e foi apenas uma taça de espumante. C1 devolveu “*mas este trabalho é diretamente com álcool e eu sei que se bebo o primeiro copo depois é difícil parar, principalmente no meio noturno. Já sei o ciclo bebo, fico eufórica, esqueço os problemas, fico mais divertida e extrovertida, depois no*

dia seguinte sinto-me mal, triste, que não presto e que não devia beber mais” (sic).

Perante esta expressão clara dos seus sentimentos conotei positivamente o seu autoconhecimento e a noção dos seus limites. C1 expressou afirmativamente *“eu sei que quero melhor, que mereço melhor e que estou a lutar por isso”* (sic). Voltei a conotar positivamente a afirmação de C1 e questioneei se pensasse na proposta do amigo como um recurso caso não encontre nada com a brevidade que gostaria. Pelo que C1 volta a dizer claramente *“não, não quero essa vida e acho que não me vai tranquilizar pensar assim”* (sic) e eu respondi que assim sendo me parecia que já tinha a resposta que procurava, C1 esboçou um sorriso e disse *“é verdade...”* (sic).

Em seguida perguntei se perante a tristeza que me tinha apresentado no início da entrevista se a estava a levar mais vezes ao passado. C1 disse que não, mas que o facto de no fim de semana não ter procurado trabalho (a entrevista decorreu numa segunda-feira), o tempo estava chuvoso, esteve sempre em casa, a fazer pensar mais no que estava a vivenciar no presente.

Tentei apurar se estava a dormir bem, uma vez que na entrevista anterior referiu alterações no sono noturno, pelo que respondeu que havia aplicado as sugestões da última entrevista, de deixar de descansar durante o dia, pelo que já estava novamente a dormir no seu padrão habitual.

Validei se tinham existido intercorrências com a terapêutica, referindo não. Reforçou que a ida ao ginásio a estava a ajudar muito porque quando saí do mesmo se sente relaxada e que a estimula a ser mais regrada com a alimentação justificando os motivos. Voltei a ressaltar a importância de uma alimentação polifracionada para o controlo do apetite, que C1 referiu ter tido em atenção.

Seguidamente questioneei C1 que outras coisas poderia fazer que lhe desse prazer e questioneei acerca do convívio com os seus amigos, dizendo *“vou saindo mas com pouca frequência, os ambientes não são muito favoráveis, quando estive com eles fomos a um bar e eles começaram a beber, mas eu fiquei contente porque consegui beber bebidas sem álcool e senti-me bem com a minha decisão, mas eles beberam muito, dei por mim a pensar como as pessoas precisam de álcool para se divertirem...e depois fiquei contente por*

conseguir estar com eles, sentir-me bem e não precisava de beber para isso” (sic). Foi valorizada a sua perspetiva da experiência.

Para terminar o corpo da entrevista questionei como estava o seu filho, C1 referiu que estava muito bem e que a sua irmã lhe tinha comentado que o meu filho está mais desprendido de mim, que já aproveita mais as coisas à volta dele, sem se preocupar em se desprender de mim. Valorizada essa conquista.

A finalização da entrevista realizou-se com uma síntese onde da qual destaquei a importante de lutar pelos seus objetivos, concretamente na procura ativa de emprego e do seu bem-estar.

Questionei a C1 como iria ser a consulta seguinte se agendaríamos para 15 dias depois ou se considerava justificar-se consulta dentro de 1 semana. Perguntei diretamente se as presentes consultas contribuía positivamente para si, C1 afirmou que queria nova consulta em 7 dias e reconheceu a ajuda proporcionada.

Avaliação:

Foi realizada a avaliação do estado mental e apuradas alterações face à entrevista anterior. Postura tensa, fâcies fechado.

Proporcionada a expressão de emoções e sentimentos, C1 identifica os seus sentimentos e fonte de preocupação. Revela-se desmotivada e sem novidades, centrando-se na procura de emprego. Com o intuito de promover e validar a concretização dos objetivos definidos por C1, tentei perceber como C1 estava a operacionalizar a procura de emprego e alertei-a no sentido de investir em outras estratégias de procura. C1 pareceu sentir-se motivada face a essas perspetivas.

Através do comportamento de C1 foi evidente a sua preocupação e ansiedade, que verbalizou estar relacionado com a pressão que sente para encontrar um emprego até ao final da baixa. Exploradas estratégias de controlo da ansiedade, face ao que pode efetivamente fazer para solucionar o problema e reduzir a ansiedade. Perante o que não está no seu domínio resolver, desenvolver estratégias para lidar diretamente com a ansiedade. C1 foi capaz de enumerar atividades do seu agrado e que a ajudam a relaxar.

C1 apresentou através do seu relato uma boa gestão da sua situação económica, pelo que foi conotado positivamente esse aspeto de si.

C1 trouxe à consulta uma proposta de trabalho que se insurgiu como problemática a sua deliberação. O meu papel nesta situação foi de moderar o seu pensamento, baseado na estratégia de resolução de problemas, assumindo-me como um apoio no processo de tomada de decisão. Decisão negativa quanto à aceitação do emprego e que culminou com a afirmação “*eu sei que quero melhor, que mereço melhor e que estou a lutar por isso*” (sic), o que pode ser interpretado como disponibilidade de auto-imagem positiva.

Quanto ao consumo de álcool nesta entrevista C1 expressou claramente os seus limites e reconhecendo o impacto negativo que o álcool tem no seu bem-estar. Por outro lado deu enfoque ao facto de ter saído com amigos e ter conseguido regar o consumo de álcool, face ao grupo que estava a consumir exageradamente. Refletiu a capacidade de se divertir, sem necessidade de consumir álcool para aceder a um estado de maior desinibição social e alienação de problemas.

Mantém adesão ao regime terapêutico e valorizou a sua capacidade sobretudo promovida pelo exercício físico de controlar o apetite. Conotado positivamente.

Abordei C1 como estava o seu padrão de sono, pelo que referiu estar regularizado. Adotou estratégias sugeridas em entrevista anterior.

C1 refere que a sua relação com o filho está beneficiada, refere ter sido reconhecido por um familiar próximo que o seu filho aparenta menor ansiedade de separação.

Quanto aos indicadores de Processo, da Teoria das Transições sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping* (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000), atualmente C1 encontra-se:

Transição de Saúde-Doença: ligação consistente aos serviços de saúde e aos profissionais, reconhece a necessidade de ajuda, reconhece os benefícios da intervenção e solicita que as consultas mantenham a mesma periodicidade. Expressão de sentimentos clara, nesta entrevista aparenta sentimentos como preocupação, ansiedade e tristeza. Interage com o profissional reconhece a fonte de tais sentimentos e está disponível à mobilização de estratégias

facilitadoras de gestão dos mesmos. Evidência reorganização de papéis, reforçando ter uma imagem positiva de si e um controlo eficaz sobre o consumo de álcool. Tem consciência e aceita a sua situação atual de saúde e operacionaliza objetivos com contributos no processo de transição de saúde-doença. Mantém adesão ao tratamento. Identifica os seus limites no que concerne ao consumo de álcool e identifica ambientes potenciadores de consumo. Demonstra alguma confiança na adesão ao tratamento e ao consumo de álcool. Recetiva à mobilização de estratégias adaptativas eficazes e enumera atividades que lhe proporcionam agrado e podem ser mobilizadas em situações de stress (*coping*).

Transição Organizacional: ligação consistente aos serviços de saúde e aos profissionais. Reconhece sentimentos de frustração pelo facto de ainda não ter encontrado emprego. Disponibilidade e motivação para o desenvolvimento de outras estratégias de procura de emprego. Encontra-se na fase de reajuste de papéis, quanto à estratégia de procura de emprego. Disponível para reajuste de papéis face a um emprego novo. Consciência da sua condição no processo de transição organizacional. Demonstra confiança, afirmando concretamente os seus objetivos neste processo de transição e envolvendo-se na sua consecução, no entanto nesta entrevista acusa alguma ansiedade e tensão face ao tempo para encontrar novo emprego. Confiança comprometida nesta entrevista, relato de estratégias *coping*.

5.7. Entrevista Nº 7

Data: 18 de Janeiro de 2016

Objetivos específicos:

- Avaliar estado mental;
- Proporcionar a expressão de emoções e sentimentos a C1;
- Promover o desenvolvimento de uma auto-imagem positiva;
- Avaliar qualitativamente impacto da baixa médica no bem-estar de C1;
- Validar a concretização do objetivo de procura de emprego;
- Avaliar qualitativamente as expetativas futuras no seio laboral;

- Incitar C1 à exploração de estratégias de adaptação ao meio;
- Monitorizar adesão ao regime terapêutico e possíveis efeitos secundários;
- Monitorizar a gestão do consumo de álcool;

Avaliação do estado mental:

C1 na presente entrevista manteve uma atitude colaborante e contacto sintónico.

Idade aparente á real. Aspeto cuidado.

Consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Auto e Halo psicologicamente.

Humor tendencialmente eufímio, afetividade congruente com o humor. A sua postura era descontraída e ativamente participativa. Fácies expressivo, esboçando alguns sorrisos. Olhar dirigido, por períodos desviando-o para as suas mãos.

Pensamento e discurso fluente, organizado e coerente ao diálogo. Sem aparentar ou verbalizar alterações do pensamento ou perceção.

Apresenta juízo crítico e insight.

Sem aparentes alterações de memória, atenção ou concentração.

Sem alterações motoras visíveis.

Resumo da entrevista:

C1 vinha com uma postura diferente da que tinha trazido na última consulta. Sorridente com fácies expressivo. Com comportamento calmo.

Questionada C1 acerca de novidades da última semana, pelo que disse “aconteceram coisas boas” (sic). De modo a clarificar o que estava subjacente questionei acerca do que se tratava! Em primeiro lugar comunicou que tinha sido chamada para uma entrevista numa loja de centro comercial. Solicitaram que preenchesse um formulário, onde pediam a última empresa em que trabalhou, o nome da chefia e o contacto telefónico. C1 referiu que colocou os dados, sabendo de antemão que provavelmente era uma informação que iria condicionar a sua aprovação no emprego. C1 não foi seleccionada. De modo a tentar perceber como geriu emocionalmente a situação, questionei como se sentiu/sente. C1 referiu que foi bom ter sido chamada motivou-a e percebeu que era possível, visto estar a sentir-se desmotivada com a falta de feedback

da entrega dos currículos. Valorizada a sua interpretação dessa experiência, analisou-a numa perspectiva positiva e de ganhos positivos com essa experiência.

Seguidamente introduziu outra “*boa novidade*” (sic), uma produtora de eventos contactou-a para a realização de testes, “*um deles foi de mãos e boca, para fotografias e reclames e passei, o teste de fotografia é que foi mais difícil, estava em frente a um fotógrafo e ele depois até me disse que eu era muito tímida, envergonhada e que devia ser mais positiva*” (sic). Perante este relato questionei C1 o que achava dessa opinião e como ela via que era C1? Pelo que referiu que efetivamente se acha uma pessoa envergonhada, tímida que muitas vezes se sente inferior aos outros. Eu perguntei que outro e que referências são essas que definiu para se comparar! C1 apenas disse “*de pessoas bem sucedidas*” (sic), questionei o que era ser bem sucedido “*ter emprego, ter uma boa vida, que não tenham problemas*”(sic). E eu perguntei como sabia que essas pessoas que me descreveu não têm problemas! Devolvi a importância de saber lidar com os problemas. Pelo que C1 refere “*mas o meu passado foi muito difícil, situações de maus tratos...mas eu não quero falar sobre isso*” (sic). Assenti e verbalizei disponibilidade para quando o quisesse fazer. Incentivei C1 na procura da resolução dos seus problemas, ao invés de nesses momentos bloquear o seu pensamento na procura no passado dos motivos para as suas adversidades no presente. A resolução de problemas, tal como tínhamos falado na entrevista anterior, deve ser o principal objetivo, tendo contributos positivos com a mobilização da estratégias de resolução de problemas.

Pedi que me dissesse novamente as coisas boas que identifica em si! Tendo-me respondido “*sou meiga, amiga, trabalhadora*” (sic). Eu acrescentei e pelo que me diz boa mãe e sorrio.

Seguidamente C1 introduziu outra novidade foi sair com os amigos, bebeu uma bebida e depois passou a beber sumo e disse ter corrido bem “*o álcool faz-me muito mal... faz me sentir pior*” (sic). Conotado positivamente a sua atitude e capacidade de gerir os seus limites.

Questionei C1 dos planos que estava atualmente a concretizar, referindo que mantém a procura de emprego por *email*, internet e presencialmente,

tendo organizado o tempo de modo a rentabilizar a entrega de currículos. Referiu sentir-se menos ansiosa com a procura de emprego.

No sentido de colocar a C1 a pensar sobre outras estratégias de resolução caso não encontre trabalho até ao final da baixa médica, questionei diretamente qual é o seu plano nessa situação. C1 disse prontamente que não iria voltar ao antigo trabalho e que não ia desistir de procurar. Valorizada persistência, motivação e sentido de autonomia.

Questionei como o ambiente familiar e social estão a contribuir para a gestão da sua situação atual de transição organizacional. C1 verbalizou tranquilamente que atualmente tem uma melhor planificação do seu tempo, conseguindo mobilizar o apoio e usufruir da família, amigos, idas ao ginásio e a procura de emprego.

Refere manter a terapêutica e contentamento pela mesma estar a ter resultados positivos, que sentia que tempos antes não tinha, referindo inclusivamente “*estava tão mal que parece que nem a terapêutica tinha o seu efeito*” (sic). Valorizada a perspetiva positiva sobre a mesma e a sua adesão, salientada a importância da manutenção da mesma apesar da melhoria do seu estado. Foi desconstruída a ideia de numa fase inicial a terapêutica não ter efeito, salientando os sintomas da doença e o condicionamento do meio laboral no seu bem-estar.

No final da entrevista devolvi a C1 uma síntese de todos os ganhos que tinha tido na última semana e que se constituíssem como uma motivação para concretizar os seus objetivos. Sugerí que tentasse pensar no seu passado pelos resultados positivos que teve, nas experiências que vivenciou por mais negativas que fossem. C1 assentiu positivamente.

Avaliação:

Na entrevista foi realizada a avaliação do estado mental de C1, sendo evidente uma melhoria do seu humor face à entrevista anterior. Postura descontraída com participação ativa na entrevista, revelando uma maior proximidade na relação.

Na fase inicial da entrevista foi incitada à expressão do que considerasse importante partilhar, passando ao relato espontâneo de situação vivenciadas

por si. A primeira situação apresentada por C1 revelou uma análise construtiva e positiva, de uma situação que à partida poderia ser um factor de frustração para si. Foi a uma entrevista de emprego e não foi selecionada, solicitaram que expusesse informações do antigo emprego e fê-lo revelando maior facilidade em lidar com essa experiência.

Na segunda situação que partilhou apelou á sua identidade e como se vê, foi aferido um sentimento de inferioridade baseado num modelo idealizado de uma pessoa de sucesso. Verbalizou o que considera ser alguém de sucesso e foi realizada uma abordagem com o intuito de desconstruir esse modelo idealizado. C1 reportou-se ao seu passado revelando dificuldade na sua aceitação, mas expressando-se um pouco mais acerca do mesmo relatando situações de maus tratos. No entanto, não permitiu que avançássemos. Foi salientada a importância de falar sobre o seu passado e disponibilizado o espaço de consulta para o fazer quando se sentisse confortável.

Neste sentido, foi orientada C1 para que perante as adversidades do meio, os problemas que se colocasse mobilizasse uma estratégia de adaptação ao mesmo, que é enfrentar o problema e resolve-lo. Proposta a mobilização da estratégia de resolução de problemas.

Foi incitada a que C1 verbalizasse como se vê, C1 apontou aspetos positivos da sua identidade. Foram reforçados.

C1 falou espontaneamente sobre os consumos de álcool, expressando o conhecimento dos seus limites e a perceção do abuso de álcool em si.

Quanto à procura de emprego foi evidente um maior domínio sobre o processo de procura e tranquilidade com o mesmo. Evidenciou um domínio sobre o meio, que se expressou pelo controlo da ansiedade e expectativa.

Ao avaliar as expectativas de C1 colocando a hipótese dos seus planos não decorrerem como planeado C1 foi assertiva referindo que não iria voltar ao antigo trabalho e que não ia desistir de procurar um novo emprego. O que comprovou a solidez do seu plano e o envolvimento na transição.

O impacto da baixa médica revelou-se positivo pelo que C1 revelou uma boa gestão do seu tempo e recuperação. C1 geriu o ambiente de forma satisfatória para si salientando uma melhor planificação do seu tempo, conseguindo

mobilizar o apoio e usufruir da família, amigos, ir ao ginásio e a procura de emprego.

Foi monitorizada a adesão ao tratamento referindo C1 que se mantém. C1 reconhece atualmente os benefícios da terapêutica face a uma fase inicial do tratamento. Contextualizada dos sintomas da depressão e dos diferentes fatores que contribuíam para que a sua recuperação fosse dificultada. Alertada para manter a terapêutica, mesmo reconhecendo a sua melhoria.

No que concerne aos indicadores de Processo, da Teoria das Transições sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping* (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000), atualmente C1 encontra-se:

Transição de Saúde-Doença: ligação consistente aos serviços de saúde e aos profissionais, postura mais espontânea e de proximidade. Evidente reorganização na sua forma de interagir com os profissionais, assim como perante os que a rodeiam. Revela sentimento de satisfação nas suas interações. Revela consciencialização e aceitação da sua situação atual e recente de saúde. Identifica o passado como dificultador da sua auto-aceitação. Evidência de reorganização de papéis, reforçando ter uma imagem positiva de si e um controlo eficaz sobre o consumo abusivo de álcool. Reconhece os seus limites e as consequências do álcool em si. Revela confiança e disponibilidade para mobilizar estratégias de *coping*.

Transição Organizacional: ligação consistente aos serviços de saúde e aos profissionais. Revela tranquilidade e redução do sentimento de ansiedade face a procura de emprego. Mobilizou diferentes estratégias de procura de emprego. Reorganização de papéis, evidenciando a capacidade de análise positiva sobre uma experiência de entrevista de emprego, mesmo não tendo sido selecionada.

Motivada na procura de emprego e expõe assertivamente o seu plano, atendendo à possibilidade de não se concretizar como o objetivado. Revela uma reconstrução de significado quanto à experiência laboral anterior, revelando distanciamento e aceitação quanto à mesma. Demonstra confiança, afirmando concretamente os seus objetivos neste processo de transição e

envolvendo-se na sua consecução. Evidencia a mobilização de estratégias *coping*.

5.8. Entrevista Nº 8

Data: 25 de Janeiro de 2016

Objetivos específicos:

- Avaliar o estado mental de C1;
- Promover a expressão de emoções e sentimentos;
- Reforçar a continuidade do desenvolvimento de uma auto-imagem positiva;
- Motivar à continuidade da consecução do seu plano de objetivos;
- Monitorizar adesão ao regime terapêutico e possíveis efeitos secundários;
- Monitorizar a gestão do consumo de álcool;
- Avaliar qualitativamente o BEP de C1;
- Avaliar qualitativamente o grau de mestria no desempenho de papéis;
- Avaliar qualitativamente a reformulação da identidade de C1;

Avaliação do estado mental:

C1 manteve uma atitude colaborante e contacto sintónico.

Idade aparente á real. Aspeto cuidado.

Consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Auto e Halo psiquicamente.

Humor tendencialmente eutímio, afetividade congruente com o humor. Participação ativa na entrevista. Fácies expressivo, esboçando sorrisos. Olhar dirigido.

Pensamento e discurso fluente, organizado e coerente ao diálogo. Sem aparentar ou verbalizar alterações do pensamento ou perceção.

Apresenta juízo crítico e insight.

Sem aparentes alterações de memória, atenção ou concentração.

Sem alterações motoras visíveis.

Resumo da entrevista:

A oitava e última entrevista a C1 ocorreu no dia 25 Janeiro.

C1 dirigiu-se ao gabinete, vinha sorridente e com aspeto cuidado.

Questionei C1 como tinha corrido a última semana, pelo que muito sorridente comunica que já tinha encontrado emprego. Parabenizei C1 e solicitei que me relatasse mais pormenorizadamente. Iniciou a atividade profissional na sexta-feira, num restaurante, trabalhará das 11h-23h, sendo que o trabalho é perto da sua casa. Tem uma folga por semana, à segunda-feira, a nível monetário ganha ligeiramente menos que o trabalho anterior mas nada significativo e que faça diferença nas despesas mensais. Denotava-se uma tranquilidade no discurso de C1, alegria na conquista, referindo que a única desvantagem é o horário, uma vez que condiciona o tempo em que está com o filho. No entanto, C1 ao relatar que iria ficar menos tempo com o filho e relatá-lo com lamento, encarou este facto de uma forma positiva, dizendo que é uma fase, que neste momento era importante encontrar um emprego e ter estabilidade. Num futuro poderá procurar outras oportunidade tendo em conta outros critérios. Este relato revelou segurança, capacidade de gestão da nova situação. Foi notória a análise desta situação sob uma perspetiva positiva do acontecimento.

Em seguida C1 introduziu que o ambiente laboral é satisfatório, trabalho em equipa, *“pessoas simpáticas, os meus patrões apesar de eu ter começado na sexta, hoje é segunda e deram-me folga na mesma, porque vou a uma consulta com o meu filho”* (sic), revelando sentir-se respeitada e valorizada. Com muito contentamento partilhou também que a chefia já lhe tinha realizado um elogio *“os meus patrões vieram-me dizer que os meus colegas me elogiaram e estavam contentes com o meu trabalho”* (sic).

Peguei nesta afirmação de C1 e referi que a experiência que tivera anteriormente tinha sido precisamente isso, uma experiência, que não significava que as seguintes sejam todas assim! Por outro lado referi que os seus colegas de trabalho já lhe tinham reconhecido qualidades, o que era revelador da imagem que os outros têm de si. Perguntei se essa imagem correspondia à que tinha de si, ou se mantinha sentimentos de inferioridade em relação aos que a rodeavam. C1 disse que estava melhor e perguntei como se

via *“meiga, amiga, trabalhadora, tento ver o lado positivo das coisas”* (sic). Por outro lado reforcei que os sentimentos que muitas vezes coabitavam em si de inferioridade eram baseados em ideias, referências que poderiam ser irrealistas. C1 pode reconhecer alguém como bem-sucedido, mas que essa pessoa poderá ter inúmeros problemas, salientando a importância que é importante dar enfoque à resolução dos mesmos e traçar um plano para os resolver. C1 estava atenta e assentiu.

Questionei C1 como iria resolver a situação com o emprego anterior, pelo que disse que no final da baixa a 29 de Janeiro irá entregar a carta de rescisão de contrato. Perguntei a C1 como se sentia em relação ao que relatava, pelo que tranquilamente disse *“sinto que já é passado e que consegui sair de lá”* (sic). Conotei positivamente a sua conquista e a tranquilidade com que estava a gerir a situação.

Referi no que diz respeito aos objetivos que tinha traçado em Novembro/Dezembro de 2015 dos três objetivos, dois já estavam concretizados. C1 sorriu, mostrando contentamento. O primeiro era encontrar um novo emprego, C1 referiu *“é verdade, mas pensei que fosse mais difícil, já estava a ficar muito preocupada face ao tempo que ainda tinha de baixa”* (sic). Fui buscar um relato de C1 de uma entrevista passada e referi que pensava que iria ser difícil, porque no outro emprego vos construíam essa ideia. Salvaguardei que a conjectura atual indica que realmente seja difícil encontrar novo emprego, mas a realidade é que é importante lutar pelos seus objetivos, não ficando apenas ligada às pressões do meio. Salientei a C1 que é importante traçarmos planos para fazer face às contingências do meio e não viver em função dessas contingências, promovendo um maior domínio sobre o meio. C1 concordou.

Abordei o segundo objetivo de C1 que segundo as suas prioridades foi o regresso ao ginásio. C1 referiu prontamente que é algo que gosta muito de fazer, face a Novembro de 2015, atualmente regressou à prática de exercício físico, aponta grandes benefícios na mesma e como *“foi uma grande ajuda nesta fase, sinto-me mais relaxada, motivou-me a controlar o apetite, porque se andava pegar em pesos, o corpo depois ia absorver tudo o que comesse o que me ajudou também a ser mais regrada na alimentação”* (sic). Foi reforçada a

importância de ter conseguido voltar a fazer algo que lhe dava prazer, num momento que estava a ser crítico. Salientei que foi igualmente importante durante a baixa médica, essa prática, o que a ajudou a evitar que se tive-se se restringido a ficar em casa para descansar, visto que o ginásio se tornou uma boa estratégia nesse sentido. C1 afirmou positivamente.

Quanto abordamos o último objetivo, tirar a carta de condução C1 referiu “*quero muito tirar, vai-me ajudar, mas agora vou-me organizar primeiro... com o emprego novo e depois vou tirar*” (sic). Incentivei a tal plano e a não desistir do mesmo.

Em seguida salientei a C1 que tem um futuro pela frente e que se podem colocar novas adversidades, pelo que fui buscar o tema do seu passado. Reforcei que perante essas adversidades provavelmente irá buscar o seu passado, aquele que me relatou e o que não relatou mas que me deu a entender que foi muito doloroso, C1 foi assentindo. A minha proposta é que ainda não conseguindo falar nele, que quando pensar que tente olhar para os aspetos positivos que retirou dessas vivências, os resultados positivos que condicionaram ser quem é hoje. C1 assentiu e salientei que tem como recurso a enfermeira X.

Por outro lado abordei o momento de crise que vivenciou, que nesta fase parecia-me muito melhor, pelo que C1 referiu “*sim foram tempos muito difíceis, difíceis de ultrapassar*” (sic). Salientei que deve estar atenta a manifestações que podem preceder outra crise, pegando no que ocorreu neste episódio: deixar de sair; restringir-se a estar sobretudo com o filho; não estar com os seus amigos; desistir de atividades que gosta como o ginásio; sentir-se desmotivada e sem objetivos em vista; persistentemente triste, inquieta e sem paciência; impulso de consumir álcool para se sentir melhor. C1 baixou os olhos, assentiu e concordou.

Seguidamente foquei-me nas relações interpessoais e questionei como se senti-a face á sua mãe, pelo que disse que estava a correr tudo bem e que tem ajudado com o filho, a relação com o filho que é muito satisfatória e que o contacto com os amigos tem sido mais regular. Conotei positivamente o seu relato e o modo como nas suas relações sociais me disse em outra entrevista

que estava a conseguir gerir o consumo de álcool. C1 referiu “*neste momento o álcool só me faz mal, neste momento o meu vício é o ginásio*” (sic) sorri.

Questionei acerca da terapêutica, referindo que tem feito normalmente, salientei que apesar de se sentir melhor, que os ajustes terapêuticos deveriam ser feitos pelo médico. C1 assentiu e disse “*a medicação agora até parece que tem o seu efeito, nem me dou mal com ela*” (sic).

Valorizei a sua autonomia, que foi o constructo que apresentou com maior pontuação e que em Novembro relatou ser importante para si. C1 referiu “*ter tido a baixa ajudou-me a descansar e a sentir-me mais capaz para resolver as minhas coisas*” (sic). Valorizada essa capacidade

Na fase final da entrevista reforcei a importância de pedir ajuda e manter o seu acompanhamento na equipa. Comuniquei que era a última entrevista, salguei a continuidade dos cuidados com a Sra. Enfermeira X e incentivei C1 à consecução dos seus objetivos.

Avaliação:

Realizada avaliação do estado mental de C1, humor tendencialmente eutímico, fâcies expressivo e interativa.

C1 expressou gradualmente ao longo da entrevista os vários acontecimentos marcantes, tendo sido possível analisar os ganhos que existiram ao nível do seu bem-estar.

C1 na fase inicial da entrevista comunicou o facto de já estar a trabalhar, manifestando um grande contentamento. Especifica as condições laborais e enumera um aspeto negativo, a redução de tempo com o filho. No entanto, avalia esse fato de forma construtiva e positiva. Reconhece que concretizou um dos seus objetivos. Verifica-se capacidade de análise ponderando o contributo positivo das vivências, ausentando-se de uma visão negativista e derrotista que apresentou em Novembro de 2015.

Referiu uma boa adaptação ao meio laboral e agrado no trabalho desempenhado. Reconhece com agrado o respeito e valorização da chefia quanto ao seu trabalho e pelos colegas, que reconheceram-na como uma boa trabalhadora. Foi possível perceber a capacidade de C1 em se identificar e gostar dos elogios de terceiros. Incentivei ao sentimento de identidade positiva,

ao seu desenvolvimento num plano futuro. Voltei a solicitar que C1 enumerasse as suas características, que novamente foram positivas. Abordei as ideias de inferioridade por parte de C1, mencionando referir-se melhor, foi incentivada a pensar nessas ideias sob a perspectiva que lhe foi dada na última entrevista (parâmetros de avaliação idealistas). Desafiada C1 a pensar no seu passado pelo lado positivo das suas vivências e os contributos positivos que lhe deram ao presente. Motivada a partilhar o passado quando se sentisse capaz de o fazer com a equipa.

Evidenciou a posse de um plano de ação para a rescisão do contrato com o anterior emprego. Apresentou eficácia na gestão de uma possível situação adversa. Emocionalmente sente-se agradada com o facto de estar praticamente resolvida a situação laboral. Verifica-se uma boa gestão/adaptação do meio. Incentivada a desenvolver estratégias para fazer face ao meio e não viver em função das contingências do meio.

Dos três objetivos que C1 planeou em Novembro, concretizou dois, mostrando-se contente com o facto. Mantém a vontade de concretizar o terceiro- tirar a carta, revela estar à procura de estabilidade económica para iniciar esse projeto.

Identificou o ginásio como uma estratégia de *coping* eficaz, com grandes benefícios para o seu bem-estar “foi uma grande ajuda nesta fase, sinto-me mais relaxada, motivou-me a controlar o apetite” (sic). Reconhece a família e amigos como um apoio.

Pareceu pertinente introduzir a diferença comportamental e sintomatológica de Novembro para o final de Janeiro de 2016. Foram evidenciados os comportamentos e sintomas que podem denunciar um novo momento de crise. C1 assentiu. C1 inclusivamente falou sobre o momento crise como passado “sim foram tempos muito difíceis, difíceis de ultrapassar” (sic). Saliçada a importância de pedir ajuda e do recurso da equipa.

C1 refere manter a adesão ao regime medicamentoso e benefícios da terapêutica. Ressalvada a importância dos ajustes de terapêutica serem realizados em conjunto com o médico.

Quanto ao consumo de álcool identifica-o como um malefício, tem estratégias para gerir o consumo no meio social e identifica os seus limites. Já não reconhece o consumo de álcool como um recurso para o seu bem-estar.

Reconhece quem *“ter tido a baixa ajudou-me a descansar e a sentir-me mais capaz para resolver as minhas coisas”* (sic).

Os indicadores de resultado da Teoria das Transições contribuem para reconhecer modo como o cliente integrou a transição na sua vivência e atingiu a estabilidade, o bem-estar (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Dado a finalização do processo de acompanhamento da cliente a mobilização destes indicadores torna-se útil.

Considero que C1 evidenciou maestria na sua transição organizacional dado que após a identificação da sua fonte de mal-estar, procurou a mudança, reorganizou-se a nível dos seus papéis, numa fase inicial tentando adaptar-se ao meio, com pouco sucesso e em seguida na procura de um novo emprego. A gestão desta procura foi conseguida, tendo como sucesso o encontro de um novo emprego. Até à data capacidade de adaptação ao mesmo, face a várias contingências apresentadas pelo mesmo. Sente-se confortável com a nova situação laboral, ainda num processo de integração e consolidação de novos papéis.

C1 revela uma reformulação da sua integridade no que concerne à sua postura face ao anterior emprego, denotando-se numa fase inicial uma dependência do mesmo, com dificuldade de se desvincular, seguidamente uma necessidade de ser retirada do meio, dada a sua ineficácia de gerir estratégias adaptativas. Ao distanciar-se do meio procura restabelecer-se e executar um plano de mudança de emprego. Existiu a procura de um novo equilíbrio, uma nova leitura da experiência e a integração num novo desafio de emprego. Encontra-se a meu ver numa fase de consolidação da sua identidade, que se vê testada pelas experiências num novo meio laboral.

Quanto à transição de saúde-doença C1 evidência algum domínio de conhecimentos e habilidades para lidar com situações de alteração da saúde mental. A adesão ao tratamento foi um indicador de sucesso, que não era verificado em momentos de crise anterior, como consta em processo clínico. A

sua auto-aceitação ainda se verifica como constructo a ser trabalhado, no que concerne às suas vivências passadas. Mostra eficácia na resolução de problemas e disponibilidade para uma identidade positiva. Identificado com a cliente o padrão comportamental e sintomatológico sugestivo de alteração de saúde mental. Espera-se que C1 desenvolva perícia no controlo de situações depressivas.

Existiu um claro ajustamento de papéis de C1 no que concerne à sua situação de saúde, um novo equilíbrio, que é reconhecido pela cliente. Existe inclusive um reajuste com as relações que estabelece com terceiros e com o meio. Perspectiva-se que seja um reajuste dinâmico ao longo do tempo.

6. DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo de caso pretende retratar o percurso de acompanhamento de um cliente em contexto comunitário com alterações de saúde mental, assim como dar contributos para o estudo de um fenómeno de promoção do BEP.

C1 tem como diagnóstico médico uma Perturbação Bipolar II, realizado em 2007. Seguida na equipa comunitária desde 2008 sendo notória uma fraca adesão ao tratamento, perceptível pela reduzida assiduidade às consultas agendadas e não adesão ao regime medicamentoso. Em diferentes momentos de agudização da sua situação de doença a equipa comunitária foi um recurso, mobilizado pela mãe de C1 solicitando ajuda para a filha.

A situação atual de doença teve como principal factor precipitante uma reestruturação no meio laboral, com consequentes conflitos laborais, à data de Dezembro de 2014. Em Outubro de 2015 recorre a consulta médica apresentando-se com um quadro de humor depressivo, pelo que foi encaminhada para consulta de enfermagem.

O estudo de caso teve início a 26 Novembro de 2015, foi desde logo perceptível que C1 se encontrava com alterações ao nível do seu BEP e que se encontrava em dois processos de transição simultâneos (saúde-doença e organizacional).

Na primeira entrevista com C1 foi avaliado qualitativamente e quantitativamente o BEP da cliente, destacando-se três constructos com menos pontuação- domínio do meio, objetivos de vida e a aceitação de si. Perante a situação atual de doença e problemas identificados pela cliente foram reconhecidos os processos de transição que estava a vivenciar.

C1 encontra-se numa transição organizacional, que é entendida por Meleis (2010), como uma transição que é representada por mudanças impulsionadas pelo ambiente social, político ou económico, bem como na estrutura e dinâmica de uma organização.

A transição de saúde- doença, à luz da Teoria das Transições, é compreendida como uma transição que engloba a mudança de papéis de um

estado de bem-estar para a gestão de uma doença aguda ou crónica, ou para um novo bem-estar na doença crónica (Meleis, 2012).

Concretamente no caso apresentado pressupõe-se que a mudança organizacional, quer no espaço físico como nas relações interpessoais, incitou a uma reorganização de papéis, que condicionou a um momento de crise e assim a uma transição de saúde- doença.

Entende-se por crise quando uma pessoa se depara com um obstáculo a um objetivo importante da sua vida, que durante um certo tempo é intransponível pelo recurso aos métodos habituais de resolução de problemas, pelo que se segue um período de desorganização e de desconforto em que são mobilizadas diferentes tentativas de resolução sem sucesso (Chalifour, 2009, citando Caplan, 1961). Segundo outro autor pode decorrer do impacto de um determinado acontecimento que perturba o equilíbrio da pessoa, colocando-a num estado de vulnerabilidade, cujos habituais meios de adaptação não funcionam e geram um estado de desequilíbrio (Chalifour, 2009, citado por Golan, 1978).

Com o objetivo da promoção do BEP no Adulto jovem com alterações da saúde mental em processo de transição, foi perceptível na primeira consulta com C1 os constructos do BEP com necessidade de intervenção, que beneficiam a redefinição de papéis nas transições vivenciadas pela cliente.

O constructo do BEP com menor pontuação trata-se da maestria ambiental ou domínio do meio, que passa pelo domínio e competência na gestão do ambiente, controlo de um conjunto complexo de atividades externas, fazer uso efetivo das oportunidades de crescimento e a capacidade de escolher ou criar contextos adequados às necessidades e valores pessoais (Ryff & Keyes, 1995). Constata-se em C1 uma clara dificuldade de gestão e adaptação ao meio laboral, pelo que se levantou com a cliente o diagnóstico de enfermagem adaptação comprometida [ao meio laboral] (CIPE, 2011).

O segundo constructo com menor pontuação foi o de objetivos de vida. Teoricamente este constructo é descrito por o individuo ter delineado objetivos e um sentido de vida, ter a capacidade de atribuir um significado ao passado e presente, ter crenças que dão sentido à vida (Ryff, 1989). C1 apresentou na primeira entrevista a ausência de um plano de objetivos futuros, apenas a

vontade de mudar de emprego, que estava condicionado pela falta de volição apresentada por C1. Pelo que foi levantado o diagnóstico de enfermagem, volição comprometida [na definição e concretização de objetivos de vida] (CIPE,2011).

O terceiro constructo com menos pontuação foi o da auto-aceitação, este é entendido pela atitude positiva que o cliente tem em relação a si, reconhece e aceita os seus múltiplos aspetos positivos e negativos e tem uma consideração positiva acerca do seu passado de vida (Ryff, 1989). C1 na primeira entrevista referiu sentimentos de insegurança e inferioridade, face aos que a rodeiam. Apresentou dificuldade na aceitação do seu passado e cética quanto às perspetivas futuras, tentando sobretudo focar-se no presente. Apresenta uma perceção de si negativa, considerando que gostaria de construir uma perceção positiva. Pelo que foi definido o diagnóstico de enfermagem auto-imagem negativa (CIPE,2011).

Dado o historial da cliente de adesão ao tratamento e apresentar como possível estratégia adaptativa o consumo de álcool, foram levantados dois diagnósticos de enfermagem, risco de não adesão [ao tratamento] e risco de abuso de álcool.

O presente estudo de caso teve questões orientadoras para a sua execução. Seguidamente são apresentados os resultados às mesmas.

1. Quais contributos da promoção do BEP no adulto jovem com alteração da saúde mental em processo de transição?

Em termos gerais considero que foi benéfico para o caso apresentado.

A mobilização do modelo, mais concretamente da escala de BEP de 84 itens de avaliação, possibilitou quantificar e avaliar logo na primeira entrevista, como C1 se identifica perante cada área do BEP. Isto é, identificou o quão satisfeito e feliz se sente em domínios psicológicos diversos e de que recursos psicológicos dispõe: na relação consigo próprio (aceitação de si), na relação interpessoal (competência de relacionamento interpessoal satisfatório), nas relações com o meio (domínio do meio) e em relação às capacidades de adaptação (autonomia, objetivos na vida e crescimento pessoal) (Novo, 2003). Corroborar os valores da escala com dados qualitativos permitiu concretizar a

individualidade da cliente em cada constructo, evidenciando-se áreas de intervenção.

No caso apresentado as áreas/constructos prioritárias para intervir, sugeriam a necessidade de reorganização de papéis de C1, que confluíam para dois processos de transição (saúde-doença e organizacional).

À luz da Teoria das Transições foi possível o reconhecimento e caracterização da natureza da transição, quanto ao tipo, padrão e suas propriedades e as condições que facilitam e/ou inibem o processo, cujo objetivo final é o bem-estar. Permitiu igualmente monitorizar os padrões de resposta existentes, ao nível de indicadores de processo (ao longo das entrevistas) e resultado (avaliação no final da intervenção).

As intervenções de enfermagem devem proporcionar conhecimentos e *empowerment* àqueles que vivem o processo de transição, promovendo através dos cuidados de enfermagem congruentes com as experiências únicas dos clientes e suas famílias, as respostas saudáveis às transições que conduzam ao restabelecimento da sensação de bem-estar (Meleis, 2005).

O plano de cuidados estruturado atendeu aos processos de transição que C1 se encontra a vivenciar e às áreas do BEP que foram identificadas pela cliente como estando menos satisfeita.

Os diagnósticos apresentados foram acrescidos com dois problemas potenciais a não adesão ao tratamento e risco de abuso de álcool.

Quanto à maestria ambiental, que se encontrava condicionada por uma transição organizacional, o resultado esperado delineado foi capacidade para ajustar-se adequada. Foi visível numa fase inicial a expressão de sentimentos negativos quanto ao meio laboral e era evidente uma clara dificuldade de desenvolver mecanismos de adaptação eficazes. A C1 relaciona claramente a descompensação da sua situação de saúde com a situação laboral, apresenta um grau elevado de dependência do emprego. Perspetiva uma mudança de emprego, mas sem um plano estruturado.

Realizados incentivos de ajuste ao meio. C1 inicialmente perspectiva os aspetos positivos que o emprego lhe proporciona, mas que foram condicionados por uma sobrecarga laboral e estado de exaustão. C1 solicita o afastamento do meio, através de baixa médica.

De baixa médica foi estimulada gradualmente gerir o meio no sentido de promover a sua recuperação, consegue mobilizar o apoio da família, amigos, idas ao ginásio e a procura ativa de emprego.

C1 conclui a transição organizacional, com a admissão num novo emprego e reconhece na última entrevista a estabilidade laboral que necessitava.

Quanto à transição de saúde-doença existem dois constructos do bem-estar que a condicionam, a auto-aceitação e objetivos e vida.

No que concerne ao constructo dos objetivos de vida, foi grandemente influenciado pela falta de volição inerente ao quadro depressivo.

Na primeira entrevista C1 expressou não ter um plano estruturado a longo prazo, apenas a intenção de a curto prazo mudar de trabalho. Colocou a mudança de trabalho para um campo futuro. Numa segunda entrevista já apresenta um plano de objetivos, procedendo à consecução dos mesmos.

Na última entrevista dos três objetivos planeados, concretizou dois, a mudança de emprego e o regresso ao ginásio, encontrando-se motivada para a concretização do terceiro (carta de condução) aquando da sua estabilização economia e laboral.

O constructo da autoaceitação viu-se afunilado à promoção de um sentido de identidade positiva de C1, isto é, ao conceito ou imagem mental que a cliente tem de si (CIPE,2011), cujo resultado esperado é disponibilidade para auto-imagem positiva.

Numa fase inicial C1 identificava-se distante do que habitualmente é habitualmente, sentindo-se dividida nos diferentes ambientes e toldada por sentimentos de inferioridade e dificuldade de aceitação do seu passado.

C1 recusa-se a falar do seu passado, apesar das várias tentativas efetuadas nesse sentido. Desafiada em várias entrevistas a falar sobre o mesmo, fazendo apenas pequenas referencias. Em processo clínico C1 apenas falou claramente sobre o passado a um profissional aos 18 anos, quando pela primeira vez se dirige ao serviço de saúde e lhe é realizado o diagnóstico médico de Perturbação Bipolar.

Ao longo das entrevistas revela um sentimento de unicidade quanto ao seu eu e caracterizasse positivamente, verificando-se disponibilidade para uma identidade pessoal, baseada numa imagem positiva de si. Encorajada a

afirmações positivas acerca de si, que realiza e reconhecesse no elogio de terceiros. Mostrou-se receptiva a encontrar novos sentidos às suas vivências no passado e a ponderar os contributos positivos do mesmo no presente.

Na última entrevista verifica-se capacidade de análise ponderando o contributo positivo das vivências, ausentando-se de uma visão negativista e derrotista que apresentou em Novembro de 2015.

No que confere à transição de saúde-doença, com a cliente foram delimitados os comportamentos e sintomas que podem denunciar um novo momento de crise. C1 refere-se à atual descompensação de saúde no passado e diz *“sim foram tempos muito difíceis, difíceis de ultrapassar”* (sic).

Quanto aos problemas potenciais existiu uma clara adesão ao tratamento, tanto pela assiduidade às consultas, como pela adesão ao regime medicamentoso. Numa fase inicial relata diversos obstáculos ao regime medicamentoso, pelo que no final reconhece os benefícios do mesmo. Reconhece também a prática de exercício físico como um coadjuvante ao tratamento, com grandes benefícios para o seu bem-estar *“foi uma grande ajuda nesta fase, sinto-me mais relaxada, motivou-me a controlar o apetite”* (sic).

No que concerne ao risco de consumo abusivo de álcool foi notório o afastamento deste recurso como adaptativo a situação adversas, passando a ser reconhecido como um malefício. C1 numa fase inicial reconhece medo em não controlar o consumo de álcool, sendo que ao fim de algumas entrevistas tem estratégias para gerir o consumo no meio social e identifica os seus limites.

Torna-se importante salientar que no processo de validação para a população portuguesa da escala de BEP (Ryff & Essex, 1992), por Novo, Silva & Peralta (1997), citados por Novo (2003) foi aferido que as escalas de domínio do meio, objetivos de vida e aceitação de si, têm altas correlações entre si. Isto significa que promovendo uma dessas três áreas do BEP se dá contributo às restantes. Deste modo será benéfico considerar os benefícios que cada intervenção teve nas restantes áreas correlacionadas.

2. Quais as intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional que foram mobilizadas para a promoção do BEP?

As intervenções realizadas foram mobilizadas no seio de entrevistas de ajuda. A entrevista em contexto de cuidados, de um modo geral é entendida como um encontro geralmente previsto e planificado, em que existe a tomada de contacto entre os intervenientes, que devem aceitar-se e respeitar-se a fim de poderem criar entre eles uma conveniência terapêutica (Phaneuf, 2005).

Verificou-se determinante o desenvolvimento de uma relação, uma relação de ajuda, que foi pautada por influências de uma filosofia humanista, cuja origem se deve a Carl Rogers.

A relação de ajuda foi mobilizada não só com o objetivo de ajudar a cliente na sua recuperação, mas também uma ajuda para a sua auto-realização e crescimento (Phaneuf, 2005).

O denominador da relação foi a centração na pessoa, esta focagem no cliente é uma condição preliminar essencial á relação de ajuda, cujos sentimentos e emoções do cliente, as suas reacções, necessidades e desejos são a prioridade (Phaneuf, 2005). Cuidados centrados no cliente, cuidados personalizados, que são tão individuais como a leitura que o próprio cliente faz do seu BEP.

No que concerne às entrevistas foi mobilizada a entrevista de ajuda em situação de crise, que se trata de uma estratégia de comunicação profissional realizada pela enfermeira a respeito de um acontecimento ou vivência traumática que ultrapassa as capacidades de adaptação da pessoa e gera um *stress* intenso (Phaneuf, 2005).

Perante o momento de crise que C1 vivenciou, em que dificuldades adaptativas ao meio laboral condicionaram a alterações na saúde mental da cliente e do seu BEP, tornou-se importante intervir. Segundo Chalifour (2009), que cita Aguilera (1995), Rapoport (1975), Roberts (1990), existem um conjunto de atividades a assumir numa intervenção em situação de crise que passam por: estabelecer e manter um laço positivo com o cliente; avaliar o funcionamento geral do cliente, procurar os acontecimentos significativos que contribuíram para a crise; ajudar o cliente a tomar consciência do significado

deste acontecimento; corrigir se necessário as distorções cognitivas que atribui ao acontecimento e aos efeitos na sua vida; incitar à expressão de emoções; explorar capacidades de controlo do cliente e a sua rede de apoio; oferecer o apoio/suporte de que o cliente necessita de maneira intensiva e por fim avaliar os resultados das intervenções efetuadas.

Foi nesta linha de intervenção que foram direcionados os cuidados de enfermagem.

A comunicação foi uma das principais ferramentas terapêuticas, que permitiu conhecer C1, o seu ambiente de vida, a sua concepções do que a rodeia e também constituir-se como um modo de intervenção (Phaneuf,2005).

Foram desenvolvidas e mobilizadas atitudes consideradas por Rogers, como facilitadoras na relação, a congruência, aceitação positiva incondicional e empatia. Atitudes que contribuíram para o desenvolvimento de um laço positivo com C1 e que possibilitou oferecer um apoio/suporte intensivo, com entrevistas semanais.

Transversalmente a todas as entrevistas foi providenciada uma escuta ativa, disponibilizada presença, com o sentido de facilitar a partilha de emoções e sentimentos.

Com o objetivo major da promoção do BEP em C1, percebendo o momento de crise vivenciado e os processos de transição a decorrer, as intervenções de enfermagem realizadas foram programadas tendo em consideração a individualidade de C1 e os objetivos específicos determinados para cada entrevista. Objetivos específicos programados segundo avaliação da entrevista antecessora.

Especificamente para a promoção da adaptação ao meio laboral, foi importante primeiramente avaliar expectativas de C1 se ajustar. Foi importante reforçar a definição de prioridades, ao longo de todas as intervenções, avaliar o desempenho do seu papel e ensinar técnicas de adaptação, assistindo na modificação comportamental de C1.

As técnicas de adaptação consistiram primeiramente numa reestruturação cognitiva, face às possíveis distorções do pensamento, decorrentes também do seu estado depressivo. Foi perceptível nas primeiras entrevistas que C1 no momento de crise sugeria ter um perfil cognitivo para encarar as suas vivências

sob uma óptica negativa e de não valorização (Beck & Newman,2005, citados por Knapp & Beck,2008). O que evidenciou a necessidade de intervir conotando os aspetos positivos das vivências e dos seus resultados.

C1 foi também orientada com o sentido de gerir a sua ansiedade, face à procura de emprego e promovida a mobilização da estratégia de resolução de problemas face a novas situações.

A promoção de estratégias de *coping* e a capacidade de resiliência foram uteis para C1 fazer face à situação de crise e até para dar sentido à vivência.

A uma dada altura existiu a necessidade retirar C1 do ambiente stressante, C1 reconheceu essa necessidade, pelo que foi uma intervenção motivada pela proteção dos direitos da cliente e até na prevenção de violência para com a mesma.

Foi determinante apoiar C1 em diferentes processos de tomada de decisão, ajudando-a a dar sentido ao seu percurso, com vista a atingir um novo estado de equilíbrio.

A contextualização da realidade com que C1 se iria deparar face ao seu objetivo de adaptação, foi igualmente importante, assim como a promoção da sua auto-responsabilização pela execução do seu plano de ajuste à realidade laboral.

Os reforços constantes das capacidades de C1 foi vantajoso, conferindo a C1 a motivação necessária para passar à ação.

Numa fase depressiva a imagem mental negativa de C1 em relação a si esteve presente, pelo que objetivo face ao tempo estipulado para intervenção, foi incitar em C1 a uma disponibilidade para auto-imagem positiva.

As vivências passadas de C1 foram referidas como ainda tendo um grande impacto no presente de C1 e condicionando assim uma imagem negativa de si. Identificando este facto pareceu importante inicialmente explorar as vivências passadas negativas, que condicionam a dificuldade na auto-aceitação de C1. Para tal foi planeado mobilizar os contributos da terapia pela reminiscência. No entanto, foi desde logo interdito por C1. Era visível o sofrimento e dificuldade em expressar-se sobre o mesmo, recusando-se com outros membros da equipa igualmente a partilhar. Como tal, o enfoque dada ao passado de C1 foi trabalhado de forma indireta ao longo de todas as entrevistas, incitando C1 a

reformular o significado de eventos passados, procurando os resultados positivos dessas vivências e a mobiliza-las como estratégias de *coping* no presente. Foi também demonstrado respeito quanto à sua decisão de não querer partilhar e sobretudo disponibilidade para quando o quiser fazer.

Perante este obstáculo foram então direcionadas intervenções para reforçar identidade pessoal de C1, conotando aos seus aspetos positivos, reforçar as suas capacidades e a encorajar as afirmações positivas de si. Foram clarificadas distorções cognitivas e incentivada a promover uma auto-perceção positiva.

Perante uma volição comprometida na definição e concretização de objetivos de vida também grandemente condicionada pela alteração de saúde-doença foi importante uma abordagem em que primeiramente foram avaliadas as expectativas de C1 para o seu futuro, sendo então promovida a elaboração de objetivos de vida, a traçar prioridades e incentivada na consecução do plano estabelecido. Para tal foi também importante apoiar no processo de tomada de decisão e incentivar o uso da estratégia de resolução de problemas.

Com o objetivo de promover a adesão ao tratamento pareceu-me que o contributo dos cuidados centrados na pessoa foi determinante. A mobilização dos contributos da não diretividade das entrevistas, mais evidente na primeira parte das mesmas, pareceu-me um contributo importante, revelando que não era utilizada autoridade ou poder sobre C1, em que a preocupação está sobre si, na sua expressão de emoções e sentimentos, respeitando as suas diferenças e autonomia (Phaneuf, 2005). Quanto à monitorização do regime medicamentoso foi presente em quase todas as entrevistas, foi privilegiada a avaliação das respostas à medicação, possíveis barreiras e as respostas negativas ao tratamento. Foi necessário realizar ensino sobre a medicação, sobre nutrição, estratégias de adaptação ao regime e avaliação das respostas ao ensino. De salientar que o reforço à adesão foi constante.

Quanto ao risco de abuso de álcool a intervenção foi dirigida à disponibilidade para C1 expressar as suas dificuldades na gestão do consumo de álcool, qual o objetivo do consumo e o que lhe provoca, com a finalidade de promover o estabelecer de limites e o reconhecimento de tais consumos como um malefício e não como estratégia adaptativa.

Pareceu também importante, projetando o futuro orientar C1 antecipadamente para sinais e sintomas de crise, considerando a sua individualidade.

A identificação das atitudes face aos cuidados prestados e a continuidade dos cuidados foram dois aspetos valorizados na globalidade das intervenções.

3. Quais são as principais dificuldades e facilidades apresentadas pelos adultos jovens em processo de transição para atingirem estados de BEP?

No caso apresentado considero que a maior dificuldade identificada para a promoção do BEP de C1, é a sua não-aceitação do passado. Passado que se destaca como importante na construção de um significado para o futuro envolto numa consideração positiva, que dá sentido à vida (Ryff, 1989).

Tal como identificado por C1 as influências que o passado ainda tem no presente podem ser uma condicionante, um factor precipitante a futuros momentos de crise. Esta talvez seja a maior inconsistência do plano de cuidados apresentado. Apesar de uma abordagem constante ao seu passado e se definir logo numa primeira entrevista a necessidade de intervir no mesmo, C1 não permitiu aceder diretamente ao mesmo.

Identifico como facilidade a adesão ao tratamento, no que concerne à sua presença nas consultas e na sua disponibilidade à intervenção dos profissionais. O reconhecimento da equipa como uma ajuda, e as suas intervenções com esse objetivo.

O impacto dos processos de transição na vida de C1 parece-me que foram motivadores à procura de C1 de um estado de bem-estar.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização do presente estudo de caso considero que foram dadas respostas aos objetivos inicialmente delineados, concorrer para o meu desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria e contribuir para o estudo de um fenómeno de promoção do BEP.

Para mim enquanto futura EESMP foi uma experiência de crescimento pessoal e sem dúvida profissional, que contribuiu para o meu continuum de desenvolvimento.

O caso apresentado retratou um percurso de acompanhamento de C1, cujo objetivo geral era a promoção do BEP, para isso foi necessário intervir nos processos de transição vivenciados por C1, que foram precipitados por um momento de crise no seio laboral. Os resultados esperados com as intervenções de enfermagem desenvolvidos considero que de um modo geral foram conseguidos.

Perspetivando o futuro, considero que C1 beneficiava de um acompanhamento após a crise, cujo objetivo seria sobretudo centrado nas experiências passadas. Ficou a mensagem a C1 da disponibilidade da equipa na continuidade dos cuidados e de se constituir como um recurso que pode mobilizar.

Para mim, torna-se importante salientar que “a perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real” (Benner, 2001, p.32), o desenvolvimento de competências de EESMP ganha importância em estágio e para mim este trabalho contribuiu para o meu sentido de “ser” EESMP.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação*. Loures: Lusociência.
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção (vol 2)*. Loures: Lusodidacta.
- International Council of Nursing (2011). *CIFE® Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (H. Castro, Trad). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
(Tradução original do ICNP® Version 2- International Classification for nursing practice)
- Knapp, P., Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30(II), 54-64.
- Meirinhos, M., Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: revista de educação*, 2(2), 49-65.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: development and progress*. 3ªed. Nova Iorque: Lippincott.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*, 23 (1), 12-28.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company

Meleis, A.I. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia- O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian-Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57,1069-1081.

Ryff, C., Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.

APÊNDICES

Apêndice I-Guião de Entrevista Inicial

GUIÃO DE ENTREVISTA INICIAL

Tipo de Entrevista:

- Semi- estruturada.

Objetivos para a entrevista:

- Promover o desenvolvimento de uma relação terapêutica;
- Recolher informação para construção da história do cliente;
- Avaliar o estado mental;
- Avaliar qualitativamente o BEP;
- Identificar processos de transição reais ou potenciais no cliente;
- Identificar problemas/necessidades nomeadas pelo cliente como alteradas;

FASE	PONTOS NORTEADORES DE ENTREVISTA/ ITENS DE AVALIAÇÃO	
Início da Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> . Apresentação; . Definição dos objetivos; 	
Corpo da Entrevista	Componente subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> . Relato do percurso de vida/ Situação atual de saúde; . Antecedentes pessoais e familiares/ Hábitos; . Adesão á terapêutica . Relação consigo/ Auto-aceitação (passado, presente e futuro); . Relações interpessoais; . Gestão do meio; . Objetivos de vida; . Autonomia; . Disponibilidade para a mudança/crescimento; . Necessidade de ajuste de papéis/vulnerabilidades; . Problemas/necessidades identificadas pelo cliente como alteradas;
	Componente objetiva	<ul style="list-style-type: none"> . Atitude na entrevista . Expressão facial/ contacto com o olhar . Consciência/ Orientação auto e alopsiquica . Humor e afetividade . Pensamento e discurso . Perceção . Insight e juízo crítico . Avaliação Geral: <ul style="list-style-type: none"> * Pele e mucosas * Aspeto (higiene e vestuário) * Idade aparente corresponde á real * Alterações neurológicas * Atividade motora
Final da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> . Síntese da entrevista; . Delineamento do plano de intervenção; 	

*Baseado em:

- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica-Estratégias de intervenção-volume 2* (Vol 2) Loures: Lusodidacta.
 Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação*. Loures: Lusociência.
 Trzepacz, P; Baker R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi Editores.

Apêndice II-Plano de Intervenção Terapia da
Reminiscência

PLANO DE INTERVENÇÃO TERAPIA DA REMINISCÊNCIA

Breve Enquadramento Teórico

A Terapia da Reminiscência consiste na recordação de uma experiência ou facto, à qual o sujeito associa de modo habitual a dor ou prazer (Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008, citando Aberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly & Lithell, 2005; Haight, Bachman, Hendrix, Wagner, Meeks, & Johnson, 2003). Recordar as situações vividas de modo individual/intrapessoal ou de modo interaccional/interpessoal, permite analisar o passado, a compreensão das mudanças, a adaptação a transições, a aquisição de conhecimentos, a comunicação com os outros e a promoção da auto-imagem (Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008, citando Puyenbroeck & Maes, 2005; Watt & Cappeliez, 2000).

Especificando a Reminiscência através de processos interacionais, pode ser entendida como uma construção partilhada de significados, uma vez que explora o autoconceito do cliente através do seu discurso social, cultural e histórico (Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008).

Esta terapia é uma estratégia terapêutica, que foi inicialmente desenvolvida por Butler em 1963, tendo bases psicodinâmicas (Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008). Ao contrário do que alguns teóricos defendem a terapia pela evocação guiada de acontecimentos de vida passados ou Terapia da Reminiscência, não é exclusiva a pessoas em etapas avançadas de vida, isto porque, pode ser útil na resolução de conflitos atuais e futuros desde a adolescência (Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008).

Segundo Webster, Bohlmeijer & Westerhof (2010) existem três tipos básicos de reminiscência, a Reminiscência Simples, a Revisão de Vida e a Terapia de Revisão de Vida. Nesta intervenção será mobilizada a Revisão de Vida, que de um modo geral tem como objetivos restaurar o sentimento de identidade positivo, proporcionar a introspecção da evolução da vida da pessoa e no que se tornou na atualidade, ajudar a mobilizar as estratégias de coping bem-sucedidas no passado e nos valores que as guiaram ao longo da vida permitido

a adaptação com sucesso às mudanças e aos eventos da vida no presente, centrando-se na integração dos eventos de vida positivos e negativos.

A Terapia de Reminiscência pode ser utilizada segundo Gonçalves, Albuquerque & Martín, (2008) baseados em vários autores, com o intuito de: fomentar a adaptação a transições de vida (Hanaoka & Okamura, 2004), promover a auto-estima e a auto-percepção de saúde (Wang, Hsu, & Cheng, 2005), aumentar o bem-estar e a satisfação de vida (Arkoff, Meredith, & Dubanoski, 2004; Cappeliez, O'Rourke, & Chaudhury, 2005; Jonsdottir, Jonsdottir, Steingrimsdottir, & Tryggvadottir, 2001), fomentar os sentimentos de mestria (Bohlmeijer *et al.*, 2005; Watt & Cappeliez, 2000) e prevenir o surgimento de sintomatologia depressiva (Lin *et al.*, 2003; Jones & Beck-Little, 2002).

Deste modo pelo enquadramento apresentado a Terapia de Reminiscência apresenta-se como a técnica ajustada a esta fase de intervenção com C1.

Pertinência da Intervenção

A intervenção psicoterapêutica pela Reminiscência ganha interesse e pertinência, pelos contributos que perspectiva na promoção do BEP. Especificamente nos constructos da aceitação de si (relação consigo), mestria ambiental (relação com o meio) e objetivos de vida (relação às capacidades de adaptação), áreas identificadas como de intervenção, segundo o Modelo de BEP de Carol Ryff (1989). Esta abordagem psicoterapêutica tem como alicerce a avaliação qualitativa e quantitativa do BEP, sendo que se define como objetivo geral para a intervenção promover o Bem-estar Psicológico na C1, mobilizando a Técnica de Reminiscência. Como objetivos específicos: promover a comunicação e autoconsciência da C1; encontrar a continuidade entre o passado e o presente; promover o sentimento de identidade positiva; fomentar a maestria ambiental e centrar a cliente na definição de objetivos de vida.

Plano de intervenção

OBJETIVO GERAL: Promover o Bem-estar Psicológico na C1, mobilizando a Técnica de Reminiscência.				
Tempo	Fase	Objetivos Específicos	Metodologia	Recursos
5 min.	Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Centrar a cliente no aqui e agora; - Promover uma esfera de partilha; - Diminuir a dificuldade de auto-análise pela cliente; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar o ambiente sigiloso e objetivo do profissional; - Apresentar objetivo da intervenção: estimular o relato das situações passadas; - Salientar o relato da cliente “existem coisas passadas, que estão a afetar agora”(sic); 	<ul style="list-style-type: none"> - Profissional - C1 -Gabinete
20 min. a 30 min.	Fase de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação e <u>autoconsciência</u> da C1; - Encontrar a continuidade entre o passado e o presente; - Promover o sentimento de identidade positiva; - Fomentar a <u>maestria ambiental</u>; - Centrar a cliente na definição de <u>objetivos de vida</u>; 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a evocação guiada de acontecimentos de vida passados através da narrativa; - Reformular o significado de eventos passados; - Proporcionar estímulos para memórias positivas; - Explorar a introspecção de como C1 evoluiu ao longo da sua vida e de como se tornou na pessoa que é agora, salientando os aspetos positivos; - Centrar a C1 no seu repertórios de coping bem-sucedidos no passado e nos valores que a guiaram ao longo da vida, permitindo a adaptação às mudanças e aos eventos da vida no presente; - Incentivar a cliente na elaboração de objetivos de vida a curto e médio prazo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Profissional - C1 -Gabinete
5 min.	Fase de partilha	<ul style="list-style-type: none"> - Sintetizar as ideias principais da intervenção; - Perspetivar áreas de intervenção; 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintetizar a informação que foi trabalhada; - Perspetivar com C1 focos de intervenção futuros; 	<ul style="list-style-type: none"> - Profissional - C1 -Gabinete

Avaliação e indicadores

Para a avaliação da intervenção utilizou-se as orientações para a formulação de indicadores, subordinados aos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional da Ordem dos Enfermeiros (2004).

São considerados indicadores de estrutura: supervisão clínica do profissional de enfermagem; existência de um quadro de referência de enfermagem; presença de quadro teórico, objetivos da intervenção; espaço físico para a realização da intervenção e acessibilidade ao espaço.

Os indicadores de processo utilizados serão: ambiente seguro; comunicação fluente; apreciação quantitativa do bem-estar psicológico; identificação de fenómenos de enfermagem; assegurar a continuidade de cuidados; colaboração com outros profissionais, adesão da cliente à sessão.

Os indicadores de resultado segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004) devem ser realizados em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem), tendo por base a realização de diagnósticos de enfermagem.

Consideram-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem as evoluções positivas ou modificações no estado dos diagnósticos de enfermagem após as intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2004). Neste contexto segundo a CIPE (2011), defino resultados: Disponibilidade para o conhecimento, consciencialização facilitadora, disponibilidade para comunicação efetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gonçalves, D., Albuquerque, P., Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 101-110.

International Council of Nursing (2011). *CIPE® Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (H. Castro, Trad). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

(Tradução original do ICNP® Version 2- Internacional Classification for nursing practice)

Ordem dos Enfermeiros (2004). Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros-Suplemento da Revista*, 13, 3-8.

Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57,1069-1081.

Webster, J., Bohlmeijer, E., Westerhof,G. (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research, and intervention. *Ageing & Society*, 30, 697-721.

Apêndice VII – Estudo de Caso C2



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

2014/2016

Unidade Curricular:

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ESTUDO DE CASO

C2

Vanessa Sofia Domingos Candeias

Lisboa,

2016



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

2014/2016

Unidade Curricular:

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ESTUDO DE CASO

C2

Discente:

Vanessa Sofia Domingos Candeias, N^o 708

Docentes:

Prof^a. Coordenadora Francisca Manso

Prof. Carlos David

Orientadora do Local estágio:

Sra. Enf^a. Catarina Gabriel

Lisboa,

2016

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA- American Psychiatric Association;

BEP- Bem-estar Psicológico;

C2- Cliente 2

CIPE - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem;

DSM-V- Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5ª
Edição;

EESMP- Especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria;

INDICE

INTRODUÇÃO	4
1. APRESENTAÇÃO DO CLIENTE	5
1.1. Identificação do cliente	5
1.2. Acontecimentos de vida	5
1.3. Relações familiares e sociais	8
1.3.1. Genograma	8
1.3.2. Ecomapa	8
2. HISTÓRIA ATUAL DE SAÚDE	9
2.1. Situação atual	9
2.2. Transtorno Esquizoafetivo	10
3. CONTRIBUTOS TEÓRICOS	12
3.1. Modelo de Bem-estar Psicológico	12
3.2. Teoria das Transições	15
4. PLANO DE CUIDADOS	20
5. ENTREVISTAS	27
5.1. Entrevista nº 1	27
5.2. Entrevista nº 2	32
5.3. Entrevista nº 3	37
5.4. Entrevista nº 4	43
5.5. Entrevista nº 5	48
6. DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES	53
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
APÊNDICE I- Guião de Entrevista Inicial	

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso foi desenvolvido no Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em âmbito comunitário, que se insere no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

O estudo de caso é “frequentemente referido como permitindo estudar o objecto (caso) no seu contexto real, utilizando múltiplas fontes de evidência (qualitativas e quantitativas) e enquadra-se numa lógica de construção de conhecimento, incorporando a subjectividade do investigador” (Meirinhos & Osório, 2010, p.64).

A realização do estudo de caso consta como um objetivo em projeto, para o presente estágio, com o intuito de concorrer para o meu desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria e dando contributos para o estudo de um fenómeno de promoção do BEP.

Para a descrição das características de um fenómeno de promoção do BEP no adulto jovem com alteração de saúde mental em processo de transição, defini os seguintes objetivos norteadores para o estudo de caso: descrever quais são os contributos da promoção do BEP no jovem adulto com alteração da saúde mental em processo de transição; identificar as intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional que foram mobilizadas para a promoção do BEP no jovem adulto com alteração da saúde mental em processo de transição e por fim descrever as principais dificuldades e facilidades apresentadas pelos adultos jovens em processo de transição para atingirem estados de BEP.

O caso apresentado diz respeito ao cliente M. (C2), que tem um diagnóstico médico de Transtorno Esquizoafetivo, é seguido pela equipa comunitária X desde 2007. Atualmente encontrasse a vivenciar dois processos de transição, de saúde-doença e do desenvolvimento. O enfoque será dado na promoção de transições saudáveis e globalmente contribuindo para o BEP.

O corpo do estudo de caso encontra-se estruturado em seis pontos: apresentação do cliente; história atual de saúde; contributos teóricos; plano de cuidados; entrevistas e por fim discussão e recomendações.

1. APRESENTAÇÃO DO CLIENTE

1.1. Identificação do cliente

O cliente C2 é do género masculino, caucasiano e com 26 anos de idade.
Nacionalidade Portuguesa

Tem o 12º ano de escolaridade, tendo frequentado o primeiro ano do ensino superior. Sem atividade profissional ativa.

Solteiro e é o primeiro de uma fratria de 2 irmãos.

Reside na periferia de Sintra com os pais e o irmão.

Diagnóstico médico de Transtorno Esquizoafetivo.

Não apresenta antecedentes pessoais relevantes. Como antecedentes familiares psiquiátricos tem um primo com diagnóstico de Esquizofrenia.

1.2. Acontecimentos de vida

Foram identificados pelo cliente e em processo clínico os acontecimentos de vida relevantes apresentados em seguida.

- Acompanhado desde a infância em pedopsiquiatria por suposta Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção- interrogada.

- Aos **18 anos** (2007) teve a primeira consulta na unidade comunitária, sendo traçado um possível diagnóstico de Perturbação Bipolar I, com episódio Hipomaniaco recente. C2 neste episódio apresentou alterações da integridade cutânea das mãos por permanecer inúmeras horas a tocar guitarra.

Nessa altura estava no 12º ano de escolaridade, tinha o objetivo de entrar para o ensino superior para a área de engenharia. Encontrava-se a realizar melhoria de nota a matemática. Com sucesso concluiu o exame de código para obtenção da carta de condução.

- Aos **19 anos** (Fevereiro 2008) quadro depressivo por rotura afetiva e não ter sido admitido no ensino superior. Pai pede ajuda à equipa por filho apresentar hipersónia total, discurso com temática sexual e quadro de alucinações auditivas, sem perceber o conteúdo.

Em Julho do mesmo ano teve um episódio de mania com duas a três semanas de evolução, com presença de desinibição sexual, taquipsiquismo e diminuição do padrão de sono. Quadro reverteu.

Entre Setembro a Dezembro de 2008 após saber novamente que não tinha entrado no ensino superior teve sucessivas alterações da saúde mental, com questionamentos da orientação sexual, diminuição significativa do peso e maior atividade física. Presença de atividade alucinatória, sem juízo crítico.

Foi proposto para o espaço espaço@. com (treino de habilidades sociais), que recusou.

Definisse o diagnóstico médico de Transtorno Esquizoafetivo.

- Aos **20 anos** (Fevereiro 2009) apresenta quadro de pseudo alucinações, mas com juízo crítico e capacidade de autocontrolo.

Em Setembro entra no ensino superior, para Engenharia Mecânica. Participou também em provas militares para admissão no exército, tendo sido excluído.

- Aos **21-22 anos** (2010-2011) pretende mudar de curso para Engenharia Informática. Reprovou em vários exames, referindo “*dificuldade em aplicar as fórmulas de matemática*” (sic). Segundo C2 teve dificuldades de integração e em lidar com as exigências escolares. Aceitou participar no *espaço@.com*, no entanto abordagem ineficaz por perturbação da dinâmica grupal. Optou-se por uma abordagem individual.

Em Abril 2011 realizou uma avaliação neuropsiquiátrica sendo ressaltado que C2 apresenta um défice de atenção mantido, pelo que foi traçado uma abordagem de tratamento farmacológico e encaminhado para a realização de um treino cognitivo para défice de atenção.

Em Maio 2011 refere melhoria da atenção e concentração, mantém-se a frequentar as aulas no ensino superior apesar de ter suspenso a matrícula.

No mês de Setembro um primo faleceu e em Novembro apresenta taquipsiquismo, ideias de morte e humor disfórico. Refere em consulta atividade delirante de conteúdo místico “*desde a morte do meu primo comecei-me a sentir em sintonia com pessoas que morreram*” (sic).

- Aos **23 anos** (2012) inicia em consulta de enfermagem a realização de caixa de terapêutica semanal, por irregularidades na adesão ao regime medicamentoso e para promover uma maior aproximação à equipa e consequente intervenção. Institui-se abordagem farmacológica com Lítio, com melhoria desde então do controlo do humor.

Paralelamente iniciou curso de Técnico Comercial, que desistiu.

Em Julho de 2012 regressa ao ensino superior já no curso de Engenharia Informática. Melhoria da concentração e das alucinações auditivo-visuais.

Segundo C2 *“fiquei muito mal, deprimido e não estava a conseguir acompanhar as aulas, mas com o apoio dos meus amigos ainda consegui fazer os exames e terminar o primeiro ano”* (sic), tendo desistido em seguida.

-Aos **24 anos**, durante o ano de 2013 voltou a ter agudização da situação de saúde, com presença de atividade delirante de conteúdo místico e não adesão à terapêutica *“já sou outro M. mais confiante”* (sic). Plano terapêutico reestruturado, iniciou terapêutica injetável de libertação prolongada.

Frequentou curso no centro de emprego.

Nas consultas dificuldade na confrontação e difícil aceitação da crítica como construtiva.

- Aos **25 anos** (2014) mantém-se em seguimento na unidade, com melhoria da situação de saúde mental. No entanto, no Natal do mesmo ano teve um conflito familiar com a família alargada (Tio), chegando inclusivamente a existir comportamento agressivos mútuos. Desde então com interpretações delirantes desses acontecimentos que foram trabalhadas em consulta, inclusivamente com a presença dos pais. Verificando-se na atualidade que para C2 o problema está resolvido.

Por melhoria da sua saúde mental passou a realizar caixa de terapêutica quinzenalmente, para diminuição da sobrecarga da família, promover a adesão ao tratamento e intervir ao nível da adaptação ao meio.

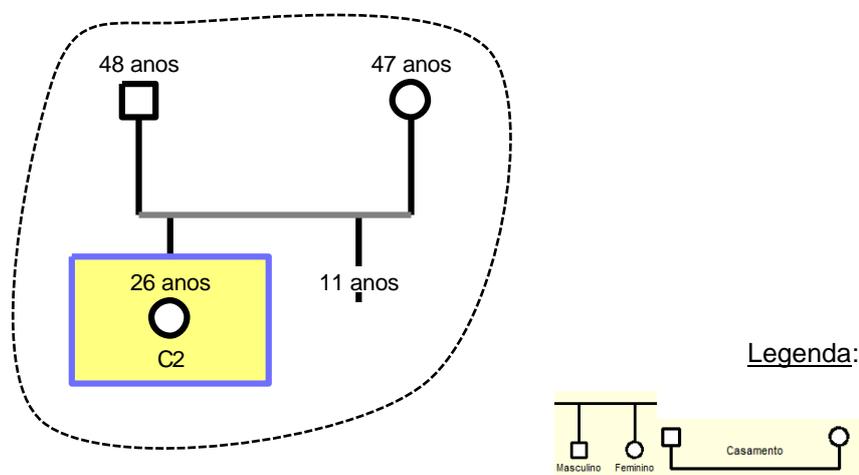
- Aos **26 anos** (2015) sem registo de descompensação da sua saúde mental, no entanto com oscilações do humor e dificuldade na gestão das

exigências do quotidiano, com sentimento de frustração associado. Acompanhado em diferentes espaços de atendimento na unidade comunitária.

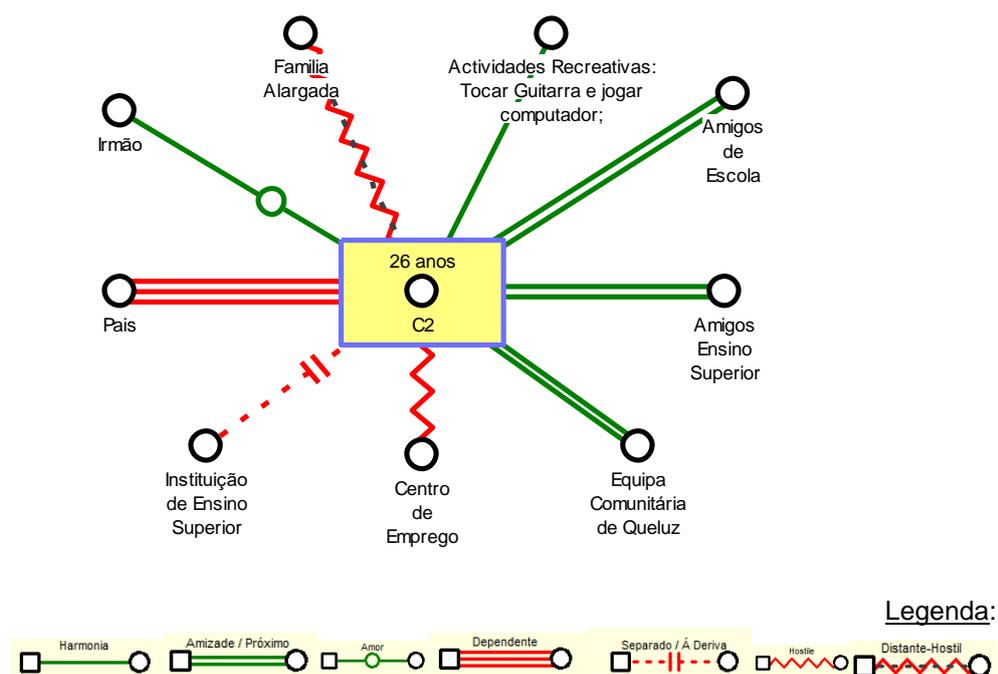
1.3. Relações Familiares e sociais

Nos pontos seguintes são apresentados os registos gráficos das relações familiares e ambientais de C2.

1.3.1. Genograma



1.3.2. Ecomapa



2. HISTÓRIA ATUAL DE SAÚDE

No segundo capítulo é apresentando num primeiro item uma contextualização da situação atual de saúde de C2, que foi o ponto de partida para a minha intervenção. Num segundo item é apresentado uma fundamentação teórica para o diagnóstico médico de C2-Transtorno Esquizoafetivo.

2.1. Situaçãotual

C2 no ano de 2015 apresentou-se do ponto de vista da sua saúde mental sem eventos de descompensação. É seguido em diferentes espaços na unidade comunitária como o espaço@.com para treino individual de habilidades sociais, pela psicomotricidade e pelo espaço SCIT (método de reabilitação cognitiva social para pessoas com esquizofrenia).

Quinzenalmente vem a consulta de enfermagem para preparação de caixa de terapêutica, administração de terapêutica injetável de libertação prolongada e avaliação do estado mental.

A abordagem atual é direcionada para a promoção do seu desenvolvimento e gestão da sua situação de saúde. As oscilações de humor e afetividade, condicionam diretamente a sua relação com o “eu” e o mundo, a baixa tolerância á crítica construtiva e à confrontação, com argumentação de ideias sobrevalorizadas, são aspetos que condicionam o seu quotidiano e fatores identificados como precipitantes a momentos de crise.

Atualmente está a realizar a seguinte terapêutica farmacológica:

- ❖ Clonazepam 2mg- 1 comprimido ao deitar;
- ❖ Alprazolam 1mg de libertação prolongada- 1 comprimido ao jantar;
- ❖ Litio 400mg- 2 compirmidos ao pequeno-almoço e 2 comprimidos ao jantar;
- ❖ Biperideno 4mg- 1 comprimido ao pequeno-almoço;
- ❖ Palmitato de paliperidona 100mg, suspensão de libertação prolongada para injeção intramuscular- Administração mensal.

2.2. Transtorno Esquizoafetivo

O transtorno Esquizoafetivo tal como consta no DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5ª Edição) encaixa-se nas patologias do Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos.

Estes transtornos são entendidos por representarem anormalidades em um ou mais domínios do cliente, isto é, com a presença de delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos (*American Psychiatric Association*, 2014). No caso de C2 foi evidente ao longo da sua história a presença de delírios, alucinações e pensamento desorganizado, que atualmente se encontram em remissão.

Para distinguir o transtorno esquizoafetivo de um transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas, deve ser considerada a presença de delírios ou alucinações durante pelo menos duas semanas na ausência de um episódio de humor (depressivo ou maníaco) em algum momento ao longo da duração da doença (APA,2014). Antes da definição do diagnóstico atual de perturbação esquizoafetiva, C2 teve um diagnóstico médico interrogado de transtorno bipolar, que foi descartado com o aparecimento de alterações ao nível da perceção e pensamento.

Não existem testes ou medidas biológicas que permitam traçar o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo, uma avaliação meticulosa do estado mental do cliente é fundamental (APA,2014).

No mesmo manual é ainda referido que pode existir o transtorno esquizoafetivo, tipo bipolar, que pode ser mais comum em adultos jovens, ao passo que transtorno esquizoafetivo, tipo depressivo, pode ser mais comum em adultos mais velhos, estima-se a idade habitual para início da doença é no começo da fase adulta (APA,2014). No caso de C2 os sintomas concretos da doença surgiram após os 18 anos, sendo perceptível pela sua história que seja um transtorno esquizoafetivo do tipo bipolar, o que é mais característico para a sua idade, como refere a literatura.

Segundo a APA (2014) quanto às consequências funcionais deste transtorno, podem ser evidentes ao nível: do funcionamento profissional

prejudicado; contacto social; dificuldades no autocuidado e por fim *insight* prejudicado, sendo que os défices no *insight* podem ser menos graves e generalizados do que os da esquizofrenia. Entende-se por *insight* ou crítica da doença, como uma subcategoria do autoconhecimento dos clientes relativo ao reconhecimento das manifestações patológicas que afetam o cliente e também à apreciação das mudanças que tais manifestações causam na interação com o mundo (Mella, Dantas & Banzato, 2011).

Perante a situação atual de C2 a consequência funcional mais evidente é a sua baixa autoconsciência, do que é no momento atual e das dificuldades que apresenta. Ao nível profissional C2 ainda não entrou no mercado de trabalho, sendo um objetivo a curto prazo. Verificou-se sim consequente diminuição do funcionamento escolar, o que comprometeu a sua frequência.

3. CONTRIBUTOS TEÓRICOS

Em seguida é apresentada uma contextualização da realidade C2 à luz das bases teóricas selecionadas, o Modelo de Bem-Estar Psicológico (BEP) de Carol Ryff e a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

3.1. Modelo de Bem-estar Psicológico

Segundo Ryff (1989) identificou seis constructos necessários ao BEP: auto-aceitação, autonomia, relações positivas com os outros, domínio do ambiente, objetivo de vida e crescimento pessoal. Este modelo permite identificar o quão satisfeito e feliz um indivíduo se sente em domínios psicológicos diversos e de que recursos psicológicos dispõe: na relação consigo próprio (aceitação de si), na relação interpessoal (competência de relacionamento interpessoal satisfatório), nas relações com o meio (domínio do meio) e em relação às capacidades de adaptação (autonomia, objetivos na vida e crescimento pessoal) (Novo, 2003).

Após avaliação qualitativa e quantitativa do BEP a C2, realizada na Entrevista nº1 permitiu-me tecer as seguintes considerações:

- Na relação consigo próprio, isto é, aceitação de si o cliente quando pensa na sua vida gostaria em parte que as coisas tivessem sido de outro modo, em muito associado ao seu percurso académico “*não consegui lidar com todas as exigências*” (sic). Refere que não se sente totalmente confiante e bem consigo próprio e que as pessoas que o rodeiam, em grande parte tiraram mais partido da vida do que ele. Considera que se tivesse oportunidade havia algumas coisas que mudaria em si, apesar de não especificar concretamente.

- Ao nível das relações interpessoais discorda em parte que as suas relações interpessoais sejam difíceis ou frustrantes. C2 vive com os pais e o irmão, refere-se ao irmão como um amigo “*somos os dois muito unidos*” (sic), mostrando-se sorridente ao falar nele. A relação com os pais parece ser por vezes difícil de gerir, refere que os pais têm espetativas para si, que parece não conseguir atingir “*eles comparam-me com outras pessoas*” (sic). Perante esta consideração está associado um sentimento de tristeza e uma dificuldade

que apresenta como difícil em gerir, o que é sugestivo que a sua autoaceitação esteja comprometida.

C2 no que concerne a amigos refere que tem uma boa rede, com que pode partilhar as suas preocupações, referindo inclusivamente “*sem eles eu não tinha conseguido ir fazer os exames, estava muito mal, mas os meus amigos ajudaram-me*” (sic). A sua rede de amigos advém da escola secundária, mas sobretudo do ensino superior. Apesar de não contactar pessoalmente com a frequência que desejaria, refere que a internet tem sido um bom veículo de comunicação “*eles têm as vidas deles, estudam, trabalham*” (sic). Reconhece a importância de ser um bom ouvinte quando os seus amigos mais chegados lhe falam dos seus problemas e que quando necessita de falar/partilhar tem pessoas que o ouvem. Em grande parte considera que tira partido das suas amizades, revelando atribuir significado às relações de reciprocidade.

- Na relação com o meio concorda que por vezes as exigências do dia-a-dia o desmoralizam, atualmente a procura de emprego tem sido um dos seus maiores desafios “*dão me justificações e fazem entrevistas completamente descabidas, como dizer- aqui toda a gente começa por baixo-, se eu apenas estou a concorrer para um cargo de repositor*” (sic). No relato de C2 parece existir alguma frustração dado considerar ter um nível de capacidades intelectuais superior aos trabalhos que tem procurado, de alguma forma considera que os ambientes laborais que tem procurado não se situam nas suas expectativas. Até á primeira entrevista ainda não tinha parecer positivo das várias entrevistas que foi.

Considera que se adapta às pessoas e sociedade à sua volta e é capaz de gerir e responder às responsabilidades do dia-a-dia, no entanto pelo seu relato é perceptível existiram lacunas quanto á sua eficácia.

Considera grandemente que se estivesse descontente com o seu modo de vida tomaria medidas para o modificar, o que corrobora a sua assiduidade às consultas médicas e de enfermagem e adesão em diferentes espaços de intervenção na unidade comunitária.

- Em relação às capacidades de adaptação, no que concerne à autonomia C2 menciona que por vezes modifica a sua forma de agir e pensar para se identificar com os que o rodeiam, preocupando-se com o que os outros pensam

de si. Esta consideração corrobora a dificuldade que aponta em estar ao nível das expectativas que os pais têm para si e dependência quanto às suas orientações. Considera que modifica com alguma frequência as suas decisões caso a família ou amigos não estejam de acordo, preocupando-o em grande parte como as suas opiniões.

Aquando do preenchimento da escala, na primeira entrevista C2 questiona, “*autonomia... eu não ganho o meu próprio dinheiro*” (sic), o que reportou para o significado que atribuía nesta fase ao constructo da autonomia- a independência económica.

No que respeita aos objetivos de vida C2 foi claro e assertivo na sua resposta “*quero arranjar um trabalho e voltar a estudar*” (sic). Afirma que gostaria de encontrar um trabalho, sendo para si no momento indiferente o ramo, pelo que tem investido com a entrega de currículos. No entanto no seu relato é perceptível a dificuldade de adequação comportamental nas entrevistas e de inferiorização dos empregos propostos. Quanto a retomar a escola não tem um plano concreto a curto prazo. De salientar que C2 em parte considera que os seus objetivos têm sido uma fonte de frustração, em muito associado às duas experiências no ensino superior e procura de trabalho.

De um modo geral não considera de todo que as suas atividades diárias lhe pareçam triviais ou pouco importantes e em grande parte sente prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade, sentindo-se ativo na execução dos mesmos.

Ao nível do crescimento pessoal refere sentir-se completamente interessado em atividades que lhe alarguem os horizontes. Reconhecendo que em grande parte ao longo do tempo se tem conhecido melhor a si próprio e que tem melhorado muito ao longo do tempo como pessoa. Pela entrevista é notória a presença de lacunas no seu autoconhecimento, que influenciam a sua praxis.

O Modelo de BEP neste contexto insere-se como organizador da avaliação e intervenção, dando contributos na identificação de áreas de atuação que beneficiam os processos de transição.

3.2. Teoria das transições

À luz da Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis o objetivo de transições saudáveis é a maestria no desempenho de novos papéis e identidades (Tomey & Alligood, 2011). Esta teoria encontra-se organizada em três conceitos centrais, a natureza, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta às transições (Meleis, 2010).

Com base na avaliação realizada a C2, considero que este se encontra a vivenciar uma transição do tipo saúde-doença e de desenvolvimento, com padrão simultâneo e de interação.

A transição de saúde-doença, segundo Meleis (2012) diz respeito a uma mudança no desempenho do papel relacionado a uma nova condição de saúde, seja esta aguda ou crónica. Para a teórica saúde é muito mais que a ausência de doença, considerando que se pode desenvolver estados de bem-estar na doença crónica (Meleis, 2012).

Perante a minha avaliação C2 encontra-se atualmente no desenvolvimento de aptidões, isto é, o desenvolvimento de papéis para gerir a sua situação de saúde-doença, que apenas no ano de 2015 se viu estabilizada, sem presença frequente de momentos de agudização. Na monitorização frequente em consulta de enfermagem, é evidente a oscilação de estados de humor de C2, que sem induzirem a agudização da doença, influenciam de forma direta a sua afetividade, juízo crítico e capacidade de ação.

A nível teórico a transição de desenvolvimento diz respeito às numerosas transições de papéis que ocorrem no curso normal de crescimento e desenvolvimento (Meleis, 2010). Lefkowitz (2007) aponta que as tarefas de desenvolvimento típicas da transição da idade adulta incluem a consolidação da identidade, a construção de relações íntimas, o início de uma família, a tomada de decisões sobre a carreira profissional e a independência dos pais.

No caso concreto de C2 é evidente uma grande motivação para entrar no mercado de trabalho e a independência dos pais, que é grandemente influenciado pela sua situação de saúde-doença. A sua autoconsciência parece comprometida, influenciada em momentos por ideias de grandiosidade, de sobrevalorização, o que provoca no confronto com a realidade sentimentos de

frustração e tristeza. Pela minha avaliação o trabalho da sua autoconsciência é uma intervenção a ser realizada, que concorre para a definição da sua identidade (desenvolvimento) e gestão da situação de saúde-doença.

Quanto às propriedades da transição são tidos em conta o nível de consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço temporal e por fim os eventos críticos.

Ao nível da consciencialização na transição de saúde- doença é perceptível que C2 reconhece a necessidade de apoio pela equipa de saúde, é assíduo nas atividades e consultas propostas, que têm o objetivo de lhe promover uma maior capacidade de lidar com o seu “eu”, as contingências da doença e da sua adaptação ao meio. C2 mobilizasse autonomamente para participar nas atividades propostas e tem perceção da sua necessidade de mudança e de crescimento pessoal, no entanto este julgamento é muitas vezes influenciado pelas elações do humor.

Considero que existe por parte de C2 uma consciencialização da necessidade de mudança, mas com evidentes lacunas ao nível da consciencialização do “eu”. Entende-se por autoconsciência a “opinião que cada um tem de ser uma pessoa separada e distinta das outras, com fronteiras pessoais, de ser um individuo com experiencias, desejos e atos” (*International Council of Nursing,2011,p.40*). Esta consciencialização do “eu” parece perspetivar ganhos na transição de desenvolvimento, que de forma objetiva é apontado por C2 como ter uma atividade profissional e independência financeira dos pais.

Posso identificar que o grau de envolvimento de C2 é maior na transição de saúde-doença do que desenvolvimento, dadas as situações relatadas por C2.

C2 encontra-se bastante implicado na gestão sua situação de saúde, o suporte familiar e da equipa são recursos que influenciam o seu envolvimento na transição. Existe um ajustamento pró activo de C2, de envolvimento nas atividades que promovam o desenvolvimento de papéis na gestão da sua situação de saúde.

Quando ao envolvimento na transição de desenvolvimento verifica-se a motivação para ter um emprego, mas concretamente a sua procura, ajustamento comportamental nas entrevistas e juízo crítico sobre as propostas

que são realizadas, revela um desfasamento entre projeto/ação. O que mais uma vez corrobora a importância do trabalho ao nível da autoconsciência de C2. C2 adere às propostas do centro de emprego, no entanto não lhes dá seguimento possivelmente pela sua dificuldade de adaptação ao meio e baixa autoconsciência.

Considerando que as transições são o resultado da mudança e resultam concretamente em mudanças, C2 como já referido no ano de 2015 viu a sua situação de saúde-doença sem momentos de crise, o que otimizou a sua perceção da realidade e promoveu o seu sentido de desenvolvimento.

Fazer face às limitações provocadas pela doença mental através do acompanhamento pela equipa e progredir no seu desenvolvimento enquanto adulto jovem, são as mudanças que objetiva nos seus papéis. No entanto o confronto com a realidade, com o seu “eu” tem provocado frustração e sentimentos de tristeza, o que impedem na atualidade de se observar a diferença ao nível do comportamento. A necessidade das transições de saúde-doença e de desenvolvimento encontra-se deste modo muito relacionadas com os fatores apresentados anteriormente.

No que concerne às condições de transição, isto é, aos fatores facilitadores e inibidores da transição, há que atender aos fatores individuais, da comunidade e da sociedade.

De modo individual o significado que C2 atribui a estas transições parece estar sobretudo ligado às motivações para o seu desenvolvimento enquanto adulto jovem. Neste momento parece que C2 se encontra a rever os seus papéis ao nível da gestão da situação de saúde-doença e do seu desenvolvimento, na atribuição de significado às experiências vividas, às suas dificuldades, de modo a traçar concretamente o seu projeto e concretização dos seus objetivos.

No que concerne a atitudes e crenças individuais é um aspeto a ser trabalhado. C2 apresenta dificuldade de julgamento denotando-se uma grande dependência de terceiros, que se subjetiva nos pais. Pelo que C2 refere inclusivamente que gostaria de dar resposta às expectativas que os pais têm para si, causando-lhe frustração o facto de poder não o conseguir. A exploração de crenças pessoais e de atitudes é algo que parece importante no

seu processo de transição, para com isso se promover uma gestão de papéis ao nível saúde-doença e do desenvolvimento.

A situação socioeconómica é um factor tido em consideração por C2. A procura de emprego é alicerçada no seu objetivo de ser independente economicamente dos pais e por outro lado em não ser uma sobrecarga para a família. Atualmente é dependente dos pais financeiramente, que segundo C2 estão numa situação económica delicada.

O nível de preparação e conhecimento para a transição, que diz respeito ao conhecimento do que se pode esperar durante a transição e às estratégias que se podem mobilizar, é algo que ainda não é claro para C2. Para si o objetivo é trabalhar, ser independente, voltar a estudar, não evidenciando um grau de compreensão sobre as dificuldades que se podem colocar na concretização dos objetivos, nem de estratégias de atuação e *coping*.

Relativamente às condições da comunidade e sociedade para o caso de C2, poderei dizer que C2 é apoiado no seu projeto pelos pais, que segundo C2 participam e incentivam à concretização dos seus objetivos. A equipa de saúde é um recurso da comunidade que está bastante presente, contribuindo para que C2 desenvolva e reajuste papéis que vão ao encontro da gestão da sua situação de saúde-doença e também à concretização dos seus objetivos individuais. C2 reconhece que a motivação que a equipa lhe transmite é importante.

A empregabilidade de C2 encontra-se em parte dificultada por aspetos da própria sociedade, dada a escassez e condições precárias de trabalho a nível geral.

Os padrões de resposta às transições podem ser monitorizados através de indicadores de processo e resultado (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Os indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping*) permitem-nos avaliar a forma como a transição está a decorrer, identificar os fatores de risco e orientar a transição na procura de um resultado positivo (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Estes indicadores perspectivam-se serem avaliados a cada entrevista.

Os indicadores de resultado dizem respeito à maestria no desempenho de papéis e a reformulação da identidade, que indicam o modo como o cliente integrou a transição na sua vivência e atingiu a estabilidade, o bem-estar (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Estes indicadores de resultado serão considerados para a avaliação final do processo de intervenção com o cliente.

4. PLANO DE CUIDADOS

Após a avaliação de C2 do seu BEP e processos de transição existentes, numa lógica de avaliação qualitativa e quantitativa, foi elaborado um plano de cuidados de enfermagem.

Na etapa de planeamento de cuidados o intuito é de se delinearem intervenções que visem resolver ou diminuir o desequilíbrio do cliente, selecionando as intervenções que têm maior probabilidade de o restabelecer, tendo em consideração as expetativas passíveis de serem atingidas (Amaral,2010).

O plano de cuidados seguidamente apresentado foi realizado utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), taxonomia padronizada, que é reconhecida como uma terminologia para o domínio da enfermagem e a documentação dos cuidados de saúde reconhecidas a nível mundial (*International Council of Nursing*, 2011).

Data: 30 Novembro 2015 (1ª Entrevista)	
Foco: <u>BEM-ESTAR</u> “saúde: imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrado por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência” (CIPE,2011, p.41)	
Diagnóstico	- Bem-estar psicológico comprometido;
Resultados Esperados	- Bem-estar psicológico;
Intervenções de Enfermagem	- Avaliar o Bem-estar psicológico; - Avaliar as expetativas; - Relatar resultado do teste [digo escala de BEP]; - Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; - “Escutar ativamente” (Amaral,2010,p.185) - Providenciar apoio emocional; - Estabelecer prioridades do regime (tratamento): [problemas

	<p>de enfermagem autoconsciência comprometida; baixa auto-eficácia; autonomia comprometida];</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter a confidencialidade; - Manter dignidade e a privacidade; - Estabelecer confiança; - “Disponibilizar presença” (Amaral,2010,p.185) <ul style="list-style-type: none"> - Identificar a atitude face ao cuidado; - Assegurar a continuidade de cuidados; -“Colaborar na reunião de avaliação dos cuidados multidisciplinares” (Amaral, 2010, p.184)
<p>Avaliação</p>	<p>BEM-ESTAR PSICOLÓGICO:</p> <p><u>1ª e 2ª Entrevista:</u></p> <p>Identificados 3 constructos do BEP com menor pontuação Aceitação de si (44 pontos/84); Autonomia (45 pontos/84), Domínio do Meio (52 pontos/84).</p> <p>Delimitação de problemas de enfermagem que intervêm no bem-estar do cliente: auto- consciência comprometida; baixa auto-eficácia e autonomia comprometida.</p> <p><u>2ª à 4ªEntrevista:</u></p> <p>Intervenção nos problemas de enfermagem diagnosticados.</p> <p>Avaliação nos respetivos campos.</p> <p><u>5ª Entrevista:</u></p> <p>Evidencia disponibilidade para a consciência do seu “eu real”, revela consciência concreta das suas dificuldades, sentimentos e padrões de resposta no que concerne à auto-eficácia na ação. Revelou capacidade de gerir uma situação de tensão. Recetivo ao trabalho na dimensão da autonomia. Promovida a autonomia na procura e seleção de emprego.</p>

Data: 30 Novembro 2015 (1ª Entrevista)	
Foco: <u>AUTO-CONSCIÊNCIA</u> “Crença comprometida: opinião que cada um tem de ser uma pessoa separada e distinta das outras, com fronteiras pessoais, de ser um individuo com experiencias, desejos e atos.” (CIPE,2011,p.40)	
Diagnóstico	- Auto- Consciência comprometida;
Resultados Esperados	- Consciencialização facilitadora;
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; - “Escutar ativamente” (Amaral,2010,p.199) - Providenciar apoio emocional; - “Disponibilizar presença” (Amaral,2010,p.185) - Identificar obstáculos à comunicação; [- Promover o confronto entre o “eu idealizado” e o “eu real”]; - Avaliar negação; - Reforça identidade pessoal; [-Promover o desenvolvimento de um pensamento organizado e coerente;] - Reforçar capacidades; - Identificar a atitude face ao cuidado; - Avaliar resposta psicossocial ao ensino; - Assegurar a continuidade de cuidados;
Avaliação	<p>CONSCIENCIALIZAÇÃO FACILITADORA:</p> <p><u>1º Entrevista:</u></p> <p>Estado inicial: C2 apresentou dificuldade em se identificar e se reconhecer no preenchimento da escala de BEP, “<i>senti um distanciamento (...)como uma escala me pode deixar triste</i>” (sic). C2 reconhece a assimetria entre o “eu real” e o “eu idealizado”, mas não integra como tal.</p> <p>Identificou como problemas/necessidades as alterações ao</p>

nível da memória, sendo evidente a necessidade de ser clarificada a dimensão do problema e influência no quotidiano. Foi também levantado por C2 dificuldade em lidar com as expetativas que os pais têm para si com necessidade de clarificar quais as expetativas e em que medida não as concretiza.

2º Entrevista:

Após apresentação dos resultados da escala de BEP C2 identifica que ao nível da sua auto-aceitação gostaria de mudar a sua capacidade de “*fazer as coisas*” (sic). Identifica o porquê de não conseguir e os sentimentos subsequentes. Dificuldade de integrar estas considerações como fatores de mudança. Pensamento tangencial.

C2 reconhece que nem as falhas de memória nem a dificuldade em gerir as expetativas dos pais se colocam como problemas. Levanta-se alterações na sua auto-eficácia e autonomia.

3ª Entrevista:

Dificuldade em aceitar o confronto entre “eu real” e “eu idealizado” como crítica construtiva. Refere no final do contacto “*como é possível fazerem perguntas que nos limitam a imaginação*” (sic).

4ª Entrevista:

Mantém dificuldades evidentes na sua autoconsciência, no entanto valoriza “*eu tenho consciência e percebo que há estados que me influenciam, emoções básicas*” (sic) e reflete-se “*sim eu sei, eu sou uma pessoa realista*” (sic), o que não é consonante com o relato da 3ª entrevista.

5ª Entrevista:

Identifica concretamente alterações do humor e sua influência no seu modo de agir “*bem deve pensar que eu sou estranho, umas vezes venho bem, outras irritado, outras zangado, mas isto está muito relacionado com a situação no prédio*” (sic).

Data: 14 Dezembro de 2015 (2ª Entrevista)	
Foco: <u>AUTO-EFICÁCIA</u> “Crença” (CIPE,2011, p.41).	
Diagnóstico	- Baixa Auto-eficácia;
Resultados Esperados	- Consciencialização facilitadora; [- Auto eficácia;]
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; - “Escutar ativamente” (Amaral,2010,p.199) - Providenciar apoio emocional; - “Disponibilizar presença” (Amaral,2010,p.185) - Avaliar auto-eficácia [qualitativamente]; - Avaliar expetativas; [- Avaliar comportamento na tomada de decisão para agir]; - Avaliar o <i>coping</i>; - Ensinar técnicas de adaptação [estratégia de resolução de problemas]; -“Promover a capacidade de resiliência” (Amaral,2010,p.186); - Reforçar auto-eficácia; - Promover a adesão à medicação utilizando caixa para comprimidos; - Identificar obstáculos à comunicação; - Identificar a atitude face ao cuidado; - Avaliar resposta psicossocial ao ensino; - Assegurar a continuidade de cuidados;

<p>Avaliação</p>	<p>CONSCIENCIALIZAÇÃO FACILITADORA:</p> <p><u>2ª Entrevista:</u> Aponta a capacidade de agir como uma dificuldade. Clarifica que se sente confuso com ideias do presente e do passado (negativas) e que depois não consegue concretizar a ação. Identifica sentimentos e padrão de ação nessas situações <i>“dizem-me que quando estou bem é evidente, mas quando estou triste, que não percebem, porque fico no meu quarto”</i> (sic). Não consegue identificar estratégias que pode mobilizar.</p> <p><u>3ª Entrevista:</u> Sem resultados a apresentar.</p> <p><u>4ª Entrevista:</u> Apresentou situação de difícil gestão, aplicada estratégia de resolução de problemas.</p> <p><u>5ª Entrevista:</u> Identifica uma situação de difícil gestão como problema e resolve-a autonomamente <i>“aconteceu uma coisa desagradável, com o centro de emprego, então não é que aquela entrevista que eu fui, marcaram como se eu tivesse faltado!!”</i> (sic). <i>“sim fiquei chateado... fui la sozinho e ficou tudo resolvido”</i> (sic).</p> <p>[AUTO EFICÁCIA]</p> <p><u>2ª Entrevista:</u> Não presente.</p> <p><u>3ª Entrevista:</u> Sem resultados a apresentar.</p> <p><u>4ª Entrevista:</u> Sem resultados a apresentar.</p> <p><u>5ª Entrevista:</u> Resolve autonomamente situação de tensão relacionada com centro de emprego.</p>
-------------------------	---

Data: 14 Dezembro de 2015 (2ª Entrevista)	
Foco: <u>AUTONOMIA</u> “Direito do cliente: status de autogovernação e auto-orientação” (CIPE,2011, p.41).	
Diagnóstico	- Autonomia comprometida
Resultados Esperados	- Consciencialização facilitadora;
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; - “Escutar ativamente” (Amaral,2010,p.199) - Providenciar apoio emocional; - “Disponibilizar presença” (Amaral,2010,p.185) - Avaliar expetativas; - Avaliar o <i> coping</i>; - Ensinar técnicas de adaptação [estratégia de resolução de problemas]; - Apoiar no processo de tomada de decisão; [- Promover o desenvolvimento de padrões de avaliação individuais;] - Identificar obstáculos à comunicação; - Identificar a atitude face ao cuidado; - Avaliar resposta psicossocial ao ensino; - Assegurar a continuidade de cuidados;
Avaliação	<p>CONSCIENCIALIZAÇÃO FACILITADORA:</p> <p><u>2ª Entrevista:</u></p> <p>Identifica que os seus objetivos/espetativas que tem para a sua vida estão em consonância com as que os pais têm para si “<i>que eu tire o meu curso; consiga trabalho; que siga o curso natural da vida-seja feliz</i>” (sic). Refere ter receio em não dar resposta a essas expetativas.</p> <p>Identifica necessidade de orientação, organização e motivação para agir, que está grandemente influenciado pela</p>

	<p>intervenção de terceiros, nomeadamente dos seus pais.</p> <p><u>3º Entrevista:</u></p> <p>Dificuldade em se dissociar da opinião dos pais em avaliações individuais. Conseguiu identificar um estado emocional individual. “<i>sim os meus pais gostaram e eu naturalmente também gostei</i>”; “<i>eu gostei</i>” (sic).</p> <p>Não conseguiu avaliar a oferta de emprego e relata-la mediante padrões de avaliação individuais. Dificuldade em aceitar a crítica como construtiva. Apoiado na tomada de decisão de critérios para aceitar proposta de emprego. Conseguiu definir critérios.</p> <p><u>4º Entrevista:</u></p> <p>C2 evoca critérios de seleção de emprego “<i>a distancia, peço do passe (...) dar para amearhar e para os meus gastos</i>” (sic).</p> <p><u>5ª Entrevista:</u></p> <p>Resolve autonomamente problema do centro de emprego.</p> <p>Menciona continuar não só pelo centro de emprego como individualmente a procura de emprego.</p>
--	---

5. ENTREVISTAS

No contexto de seguimento de C2 e para o desenvolvimento do plano de cuidados elaborado, foram realizadas várias entrevistas. As entrevistas foram semi-diretivas, tendo na sua base objetivos específicos delineados para o contacto. Estes objetivos concorrem para um objetivo geral que é promover o BEP no adulto jovem com alterações da saúde mental em fase de transição.

5.1. Entrevista nº1

Data: 30 Novembro de 2015

Tipo de Entrevista: Inicial

Objetivos específicos:

- Promover o desenvolvimento de uma relação terapêutica;
- Recolher informação para construção da história do cliente;
- Avaliar o estado mental;
- Avaliar qualitativamente o BEP;
- Identificar processos de transição reais ou potenciais no cliente;
- Identificar problemas/necessidades nomeadas pelo cliente como alteradas;

Avaliação do estado mental:

C2 na primeira entrevista apresentou-se com uma atitude questionante, mas colaborante.

Idade aparente á real. Aspeto cuidado e limpo.

Evidência de ligeira agitação psicomotora.

Consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. Auto e alo psiquicamente.

Aparente elação do humor, com afetividade congruente. Dirige o olhar quando comunica, com fácies expressivo.

Pensamento e discurso organizados ao diálogo, no entanto evidenciando alguma dificuldade na organização do pensamento. Não verbalizou nem aparenta postura sugestiva de atividade delirante ou alucinatória.

Sem evidenciar alterações de memória na entrevista.

Défice de atenção e concentração residual.

Fraco *insight*. Juízo crítico parcial.

Resumo da Entrevista:

Tendo como linha orientadora para a entrevista um Guião de Entrevista (Apêndice I), que de forma semiestruturada deu enfoque a pontos-chave de avaliação do BEP e processos de transição, foi-me possível fazer um levantamento de informação da C2, que se encontra exposta de modo mais detalhado em pontos anteriores do estudo de caso.

C2 veio a consulta de enfermagem para a realização da sua caixa de terapêutica para quinze dias e para partilhar como tem estado desde a última consulta.

Na fase inicial do contacto apresentei-me e propus a C2 que nas próximas consultas fosse eu a assumi-las sob supervisão da Sra. Enf^a X., tendo como objetivo intervir com enfoque na promoção do bem-estar. C2 no momento disse “*não me diga que é aluna de mestrado, já outra aluna me escolheu não sei porquê, sou um caso raro?*” (sic), franzindo a cara. Nesse momento respondi “*escolhi-o porque me parece, do que sei de si, que tem muitas potencialidades*” (sic), nesse momento pareceu ficar esclarecido e sentir-se reconhecido. Pelo que deu resposta “*eu não me importo mas quero que o que vai fazer, seja integrado no meu projeto terapêutico que está a ser feito pela equipa, pela Dra.Y e que ela [Dra.Y.] tenha conhecimento também dos resultados*” (sic). Tendo sido afirmado que não seria de todo o meu objetivo fugir do que estava a ser traçado por si e equipa, pelo contrário seria trabalhar para esse objetivo.

Ao dar continuidade à entrevista e entrando no corpo da mesma, propus a C2 que me falasse um pouco de si, que desse a conhecer quem era C2, pelo que me diz rindo-se consecutivamente, tentando perceber a minha reação “*então eu nasci no dia x, às x horas*” (sic). Pelo que senti necessidade de transmitir, “*não necessitamos de ir tão longe*” (sic) rindo-me igualmente. Desde então assumiu uma postura mais séria e focou-se na experiência académica.

C2 ao direcionar o seu discurso para uma situação académica, revelou ter sido uma experiência altamente frustrante e que ainda hoje parece trazer

tristeza e sofrimento *“entrei para a faculdade, mas não estava a aguentar a pressão e deixei de conseguir ir as aulas, comecei a ter crises a não conseguir estar com pessoas”* (sic), tendo entretanto desistido do curso. *“Concorri novamente e entrei no instituto Y, mas comecei a sentir-me deprimido a não ir às aulas, mas os meus amigos ajudaram-me e fiz os exames, terminei o primeiro ano”* (sic).

Em seguida deu enfoque aos amigos e relações que para si são importantes, mesmo que mantidas através da internet. O irmão de 11anos é apontado como um grande amigo, como alguém de quem gosta de estar e que se divertem. Os pais são reconhecidos como um apoio, mas também como fonte de desconforto *“eles chateiam-me muito”* (sic), pela comparação que realizam em relação às pessoas envolventes. Referindo inclusivamente *“é difícil dar resposta às expetativas que os outros têm para mim”* (sic), ao questionar quem são os *“outros”*(sic), refere que são os pais.

Manifestou afirmativamente os seus objetivos de vida, sendo que para já pretende começar a trabalhar. Pelo seu relato tem procurado varias ofertas e ido a entrevistas, estas nem sempre acabam bem, uma vez que segundo o seu relato parece refutar muitas das ideias dos entrevistadores e filosofia institucionais. Parece assumir que as suas capacidades intelectuais são superiores aos cargos que lhe estão a ser oferecidos. Por outro lado afirma que houve situações que foi à partida descartado para o cargo por não ter viatura própria salientando mais o seu grau de frustração *“então como é que eu posso ter uma viatura se não tenho ordenado, se tivesse ordenado tinha uma viatura própria, assim tenho que depender dos meus pais, que neste momento não tem possibilidade para me comprar um carro, mas eventualmente até se poderia arranjar, usava o dos meus pais”* (sic). Esta aposta na procura de emprego está em parte associada ao facto de no momento o agregado familiar estar com dificuldades económicas, impulsionando C2 na procura de emprego.

A sua autonomia está em muito valorizada e dirigida para a Independência económica e ter um trabalho próprio.

C2 referiu sentir-se disponível para se desenvolver enquanto pessoa e está empenhado na concretização dos seus objetivos.

Ao ser questionado do que na atualidade via como problema/ dificuldade, C2 identificou como as alterações de memória que tem apresentado e a relação com os pais.

Ao focar-me nas alterações de memória questionei em que momentos acontecia, pelo que deu o exemplo “*no outro dia li um livro de programação, depois queria fazer um jogo e já não consegui retratar o que tinha lido*” (sic). Tentando analisar a situação referi que ler apenas uma vez pode não ser o suficiente para aplicar um grau de complexidade elevado, pelo que me diz “*foi algo que sempre fiz e agora que quis novamente fazer a memória parece que falhou*” (sic). Foi conotado que tal situação poderia acontecer, que era uma ação com um grau de complexidade elevado e seria normal não conseguir por em prática na primeira vez que o fizesse, mas que com treino essa aptidão poderia novamente ser desenvolvida. Perante esta situação a estratégia foi relativizar/pragmatizar o sucedido. Quando questionado se aconteciam falhas de memória em outras situações referiu que sim, mas não soube exemplificar.

Dando sentido à informação que C2 estava a relatar e à frustração e tristeza que expunha, foi proposto que numa próxima consulta trouxesse esses exemplos, pelo que refere que depois não se iria lembrar. Neste sentido a Sra. Enf.^a X propôs através de uma tabela, que C2 nas seguintes semanas escrevesse: falhas de memória- Quando? O que penso?, numa outra tabela colocou- O que os meus pais esperam de mim? O que eu não consigo fazer?. Com esta tabela o objetivo foi promover a tomada de consciência de C2 no que toca às áreas que expõe como problemas, permitindo uma identificação concreta a partir de exemplos do que é vivido, permitindo que se desmonte os sentimentos inerentes, ou até aceder a outra perspetiva das situações. A tabela foi aceite por C2.

Seguidamente foi proposta a realização da escala de BEP, que foi realizada em cerca de vinte minutos. Enquanto isso preparei a caixa de terapêutica, que habitualmente é preparada por C2.

C2 pareceu ter dificuldade no questionário, observando-se alguma hesitação ao dar as respostas. De modo a concluir a entrevista questionei C2 como se tinha sentido com a realização da escala, pelo que referiu “*parece que tive dificuldade em interpretar, parece que senti um distanciamento*” (sic).

Propus na próxima consulta dar os resultados da escala e analisar as tabelas.

No momento em que C2 se encontrava a sair diz “*como uma situação induzida por uma escala altera uma pessoa*” (sic), pedir que voltasse a entrar e clarificasse, tendo C2 do mesmo sítio dito, “*como uma escala me pode deixar triste*” (sic), relatando este sentimento com pesar. Oferecida novamente possibilidade de entrar e falar do que estava a sentir, tendo recusado e saiu do gabinete.

Avaliação:

Considerando os objetivos específicos delineados foi realizada a avaliação do estado mental do cliente, assim como uma avaliação qualitativa e quantitativa do BEP, determinante para a planificação do plano de cuidados.

Do somatório da escala de BEP, foram obtidos os seguintes dados: Aceitação de si (44 pontos); Autonomia (45 pontos), Domínio do Meio (52 pontos); Relações Positivas (65 pontos); Objetivos de Vida (66 pontos); Crescimento pessoal (67 pontos). O que corrobora o relato de C2.

A entrevista deu contributos para a construção da história do cliente, que foi corroborada e completada pelo processo clínico do mesmo.

Foram perceptíveis dois processos de transição simultâneos em C2, o de saúde-doença e de desenvolvimento. C2 levantou como problemas/necessidades as alterações ao nível da memória, sendo evidente a necessidade de ser clarificada a dimensão do problema e influência no quotidiano. Foi também levantado por C2 dificuldade em lidar com as expectativas que os pais têm para si, com igual necessidade de clarificar quais as expectativas e em que medida não as concretiza.

Foi possível dar início ao desenvolvimento da relação, baseada sobretudo no respeito por C2. Neste contacto C2 pareceu questionante quanto à minha intervenção, mas colaborou na entrevista.

Considerando os indicadores de Processo (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000) sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping*.

Transição de saúde doença: verifica-se interesse na procura do seu bem-estar e promoção de capacidades, com a adesão ao tratamento (consultas médicas, enfermagem e nas diferentes terapias). Encontra-se ligado a esta transição e como membro da equipa de cuidados, pelo que salientou a importância da minha intervenção integrada no seu projeto de cuidados. Evidencia dificuldades na perceção atual de si. Sugere dificuldades na gestão da situação de saúde-doença.

Transição de desenvolvimento: evidencia motivação para o seu desenvolvimento enquanto adulto-jovem, sugere a procura da consecução dos seus objetivos (atividade laboral, estudar). Parece ainda pouco situado, com dificuldades na reorganização de papéis (interagir), de confiança e *coping*.

5.2. Entrevista nº 2

Data: 14 Dezembro de 2015

Objetivos específicos:

- Avaliação do estado mental;
- Apresentar os resultados da escala de BEP;
- Explorar a tabela: o que os meus pais querem que faça e o que não consigo fazer; falhas de memória-quando e o que penso?
- Explorar as expectativas para o desenvolvimento de C2;
- Explorar a auto-aceitação, autonomia e domínio do meio de C2;

Avaliação do estado mental:

C2 apresentou-se com uma atitude na fase inicial da entrevista questionante, passando ao longo da mesma a colaborante e interessada.

Aspetto cuidado e limpo. Comportamento calmo.

Consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. Auto e alo psiquicamente.

Humor eufórico, com afetividade congruente. Dirige o olhar quando comunica, com tendência a desviar-lo no relato de situações com sentimentos negativos subjacentes, como tristeza e frustração.

Pensamento e discurso com conteúdo coerente ao diálogo, evidência de pensamento tangencial. Não verbalizou nem aparenta postura sugestiva de atividade delirante ou alucinatória.

Sem evidenciar alterações de memória na entrevista.

Défice de atenção e concentração residual.

Fraco *insight*. Juízo crítico parcial.

Resumo da Entrevista:

C2 entrou no gabinete e cumprimentei-o cordialmente com dois beijos na face. Tendo em seguida cada um de nós se sentado em frente à secretária.

À entrada apresentava-se com aspeto cuidado e limpo, fâcies expressivo, aparentemente mais calmo que o último contacto.

Dado o modo como o anterior contacto terminou, com C2 a sair da consulta relatando tristeza após a realização da escala, a Sra. Enf^a X deu início à consulta, abordando precisamente esse aspeto. Questionou como C2 se sentiu, pelo que este relativizou o sucedido. A Sra. Enf^a X calmamente deu um feedback do que interpretou do sucedido, que a consciência do seu eu lhe provocou inicialmente um distanciamento, de não se reconhecer e seguidamente um sentimento de tristeza. Foi um confronto. C2 ficou pensativo e acenou. Em seguida a Sra. Enf^a. questionou C2 se gostaria de saber o resultado da escala e face ao seu parecer positivo dei início à minha intervenção.

Para a apresentação da escala, visto identificar vários obstáculos em cima da secretária, peguei na folha de cotação da escala e sentei-me paralelamente a C2 de modo a que conseguíssemos ambos observar a escala. Expus os resultados apontados, dando enfoque aos três constructos com cotação mais baixa (aceitação de si, autonomia e maestria ambiental).

Dei início à exploração do constructo da auto-aceitação, ao explicar o que significava teoricamente, C2 mencionou “*isso é todo a gente*” (sic) referindo-se à dificuldade/aceitação em lidar com o passado e com o futuro. Perante a afirmação de C2, para individualizar o resultado obtido na escala, pareceu-me importante devolver-lhe uma questão, enquadrando-a como sendo uma questão que poderia decorrer deste constructo- o que gostaria de mudar em si?

C2 apontou ser capaz de “*fazer as coisas*” (sic), de por em prática o que planeia. Ao tentar clarificar a ideia que C2 transmitiu, C2 mencionou sentir-se confuso com as ideias do presente e passado quando queria agir e depois não conseguir concretizar a ação. Tentei explorar que ideias eram essas que contaminavam a sua capacidade de agir, apurando que dizem respeito às suas vivências passadas, que muitas delas são negativas e o influenciam e impedem de eficazmente agir.

Questionei C2 que estratégia pode usar quando tem ideias confusas, pelo que C2 pergunta, “*anular o passado?*” (sic), pelo que disse que não e a Enf.^a X. entouu dizendo, organização. C2 acenou afirmativamente. Pelo que acrescentei, focar-se no seu objetivo e concretizar, não se perder em pensamentos paralelos. C2 assentiu.

Questionei C2 acerca do que sentia nesses momentos, pelo que me disse que não consegue avançar e desiste, depois fica triste e isola-se, “*dizem-me que quando estou bem é evidente, mas quando estou triste, que não percebem, porque fico no meu quarto*” (sic). Perante esta afirmação acrescentei, que era importante pedir ajuda, não ficar à espera que outros percebam esse pedido pelas suas atitudes. Referi que na última consulta tinha abordado a importância que atribui aos seus amigos e que eles poderiam ser um excelente recurso. Pelo que C2 confirmou.

C2 em seguida acrescentou que quando está a decidir o seu modo de agir perante uma situação, que pensa nas expectativas que os pais têm para si. Foi nesta afirmação de C2, que integrei o constructo da autonomia (o segundo com pontuação mais baixa). Expus a C2 que esse seu receio de não dar resposta às expectativas dos pais, que nos leva a outro resultado da escala de BEP o da autonomia. A Sra. Enf.^a X interveio e acrescentou, que nos momentos em que tem muitas ideias, que pensa no que os pais gostariam que ele fizesse, poderia se centrar e pensar- nesta situação qual seria o conselho que os meus pais me dariam? Pelo que C2 acenou parecendo uma boa proposta.

Voltei a intervir e questionei, perante as ideias confusas que estratégias pode utilizar? C2 referiu apoiar-me nos meus amigos, o que foi valorizado e introduzida a importância de ir buscar situações semelhantes no passado,

pensar como agiu e replicar. Motivar-se com experiências positivas anteriores. Questionei se fazia sentido esta proposta a C2. Referiu que sim.

A Sra. Enf.^a X voltou a intervir e deu o exemplo de uma vivência de C2 no Natal passado. A Sra. Enf.^a pegou nesse exemplo e explorou o modo de agir, tendo C2 seguidamente começado a falar das relações familiares da família alargada, que são algo conflituosas. A Sra. Enf.^a X explorou essa perspectiva de C2 das relações, o que foram e como estão na atualidade. Colocou C2 numa perspetiva de observador perante o relato da Sra. Enf.^a das situações, colocando-o como externo e proporcionando-lhe uma nova visão.

Ao fim de uns minutos verifiquei C2 estava a ter um pensamento tangencial e apelei á atenção de C2 pelo verbal, com pouco sucesso pelo que seguidamente, toquei-lhe no braço. Ainda me encontrava sentada paralelamente.

Procurei situar C2 e reforçar as estratégias que já havíamos falado, realizando uma síntese. Em seguida questionei C2 se havia preenchido a tabela proposta no contacto anterior, tendo C2 retirado a folha e apresentado.

No que concerne às expectativas dos pais C2 apresentou “*que eu tire o meu curso; consiga trabalho; que siga o curso natural da vida-seja feliz*” (sic), C2 apresentou como- o que eu não consigo fazer “*ir para além das minhas expectativas, que são as mencionadas atrás*” (sic). Explorei se as expectativas que foram apresentadas, tentei perceber se as suas expectativas eram mesmo motivações suas, ou se eram o que os pais queriam para si. Pelo que foi afirmativo ao referir que estão em consonância. Perguntei como estava a pensar operacionalizar esses projetos, referindo “*para voltar a escola basta descongelar a matrícula, o trabalho é aparecer um*” (sic). Pelo que foi ressaltada a importância, da organização do pensamento, de não se dispersar e focar-se exaustivamente em aspetos paralelos ao seu objetivo.

Quanto à memória, as falhas que reportou no último contacto C2, a tabela proposta a que preenchesse tinha duas colunas- o que aconteceu e o que estava a pensar. C2 escreveu “*quando tive o esgotamento e fiquei debilitado fisicamente comecei a perder capacidades intelectuais; [na segunda coluna] debilitação por desnutrição e excesso de exercício físico, também excedi-me um pouco nos estudos ultrapassando os meus limites*” (sic). Neste

preenchimento foi dado enfoque à sua constante ligação com o passado e como o está constantemente a influenciar na capacidade de agir no presente. Foi reportado que até no preenchimento da tabela que dizia respeito a eventuais falhas de memória nas últimas duas semanas, se focou no passado. Foi descartado como problema falhas de memória atuais.

Deixei para C2 pensar até ao próximo contacto em que situações habitualmente sentia que ficava bloqueado a agir e como solucionou, o que foi aceite por C2.

No momento da saída voltei a despedir-me de C2 após o cumprimento, com dois beijos na face, cumprimentou-me do mesmo modo e em seguida C2 deu-me um aperto de mão.

Avaliação:

Foi possível a realização da avaliação do estado mental de C2, sendo perceptível um comportamento calmo, interessado e colaborante. Evidenciou-se um pensamento tangencial.

Após clarificação dos sentimentos e atitudes da última entrevista, C2 foi recetivo á apresentação dos resultados da escala de BEP e intervenção. A sua auto-aceitação e autonomia são dois constructos do BEP, que se apresentam com menos pontuação e que se constituíram claramente durante a entrevista como duas áreas com necessidade de intervenção. Tendo em consideração a fundamentação teórica sabe-se que trabalhando a auto-aceitação se contribui para o desenvolvimento do constructo do domínio do meio, o terceiro com menor pontuação.

Foi perceptível que a sua auto-aceitação está muito associada às limitações ao nível da sua capacidade de agir, que é grandemente condicionado pelo seu percurso passado (dificuldades escolares) e pelas elações de humor que o levam a ideias de grandiosidade. A existência de um “eu idealizado” e um “eu real”, provocou na entrevista anterior um sentimento de distanciamento, de não reconhecimento, de estranheza, manifestado naquele momento por tristeza, mas que no quotidiano tal como afirmado por si se manifesta por redução da sua auto-eficácia, por sentimentos de frustração e atitudes de isolamento. Foi trabalhado um confronto com o “eu idealizado”.

Quanto à baixa autonomia nesta entrevista foi apurado que parece estar relacionado com a necessidade de orientação, organização e motivação para agir, que está grandemente influenciado pela intervenção de terceiros, nomeadamente dos seus pais.

Foram assim definidos as necessidades de intervenção em plano de cuidados.

Na exploração da tabela: o que os meus pais querem que faça e o que não consigo fazer; falhas de memória-quando e o que penso? C2 foi afirmativo ao confirmar que as suas expectativas estavam de acordo com as dos pais e que passam pelo regresso aos estudos e encontrar um trabalho. Neste sentido C2 tem delineado os seus objetivos de desenvolvimento, no entanto com grandes lacunas na planificação dos mesmos. Descartam-se problemas de memória como uma necessidade de intervenção.

Indicadores de processo, sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping* (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000):

Transição de saúde doença: mantém o interesse na procura do seu bem-estar e promoção de capacidades. Claras dificuldades na consciência de si. Sugere dificuldades na gestão da situação de saúde-doença, no desenvolvimento de confiança e *coping*.

Transição de desenvolvimento: motivação para o seu desenvolvimento enquanto adulto-jovem, clarifica os seus objetivos (atividade laboral, estudar). Lacunas evidentes na planificação de objetivos, reorganização de papéis (interagir) e no desenvolvimento de confiança e *coping*.

5.3. Entrevista nº 3

Data: 28 Dezembro de 2015

Objetivos específicos:

- Avaliar o estado mental;
- Promover a autoconsciência de C2 através da discussão de situações que identificou dificuldade em agir;

- Promover estratégias de organização do pensamento e de resolução de problemas;
- Validar a mobilização de estratégias de *coping* no quotidiano;

Avaliação do estado mental:

C2 apresentou uma atitude colaborante na entrevista.

Mantido aspeto cuidado e limpo.

Apresenta ligeira agitação psicomotora.

Consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. Auto e alo psiquicamente.

Humor disfórico, com afetividade congruente. Dirige o olhar quando comunica, com fâcias tendencialmente fechado.

Pensamento e discurso com conteúdo adequado. Por períodos pensamento tangencial, facilmente orientável. Mobilizou para a entrevista ideias sobrevalorizadas de difícil desconstrução.

Não verbalizou nem aparenta postura sugestiva de atividade delirante ou alucinatória.

Sem evidenciar alterações de memória na entrevista.

Défice de atenção e concentração residual.

Fraco insight. Juízo crítico parcial.

Resumo da Entrevista:

O terceiro contacto com C2 ocorreu passadas 2 semanas. C2 veio como habitual realizar a sua caixa de terapêutica e trazer ao espaço de consulta de enfermagem acontecimentos que considere relevantes das últimas semanas.

No momento da entrada de C2 no gabinete levantei-me e dirigi-lhe a mão para o cumprimentar, que foi aceite com aparente agrado.

Sentamo-nos frontalmente e iniciei o diálogo. Questionei primeiramente como havia sido o Natal de C2, pelo que me respondeu que tinha sido bom e que tinha tido uma surpresa. A sua família alargada com quem tem pouco contacto (tia e avó) tinham realizado uma surpresa e foram visita-los. Questionado se tinha gostado, referindo que os pais tinham gostado e achado positivo. Dirigi nova pergunta e questionei: “e C2 gostou?” (sic) “*sim os meus*

pais gostaram e eu naturalmente também gostei” (sic). Perante esta resposta abordei C2 do que havia sentido, a sua opinião sobre esse acontecimento e do que os pais sentiram, reforçando que é aceitável que C2 e os pais encarem esta visita de maneira diferente, que tenham sentimentos diferentes, como pessoas distintas que também são! Pelo que C2 disse *“eu gostei”*(sic).

A Sra. Enf^a interveio e questionou C2 se a situação de conflitos estava resolvida e se C2 se sentia confortável, pelo que o cliente referiu que por ele estava tudo bem.

Seguidamente questionei C2 acerca de novidades e como tinham corrido os últimos dias. Sabia de antemão através da Sra. Enf^a, que C2 tinha ido a uma entrevista de trabalho, pelo que expetava que expressasse esse acontecimento.

C2 referiu que não tinha ocorrido nada de especial e não estava a dar enfoque a nenhum acontecimento em específico. Adotou uma postura pensativa, mas ainda assim não estava a expressar nenhum acontecimento. Pelo que a Sra. Enf^a. abordou diretamente a temática da entrevista de trabalho, tendo C2 desvalorizado.

Dei enfoque à entrevista de trabalho e questionei como tinha corrido. C2 começou a relatar fatualmente a história, que tinha sido contactado pelo centro de emprego, o que lhe tinham dito, o tipo de emprego, a sua localização, o que a empresa desenvolvia e a proposta de remuneração. Em seguida iniciou um relato centrado nas opiniões de terceiros, que estavam na entrevista colectiva *“houve um que disse que era uma vergonha o tipo de proposta que estavam a fazer, que era um trabalho que não interessava (...) outro que mora perto de mim disse que nem haviam transportes para lá e que demorava mais de uma hora a lá chegar, como podem propor isto às pessoas”* (sic).

No meandro deste discurso tive necessidade de intervir, o discurso era tangencial, pelo que fui entoando palavras que considerei chave, para sintetizar e dar seguimento ao discurso. No entanto, a dada altura a Sra. Enf^a interveio e dirige-se a C2 *“mas o que está a dizer é a opinião dos outros e a sua qual é?”* (sic). C2 respondeu dizendo que a sua opinião era a deles *“é uma opinião massificadora, toda a gente que ali estava tinha esta opinião”* (sic). C2 desde

então permaneceu grande parte do contacto não dirigindo o olhar, a sua postura era tensa, transparecendo um humor disfórico.

A Sra. Enf^a reforçou novamente e disse que ele tem as suas opiniões, que queria que expressasse a sua opinião da entrevista e não a dos que o rodeiam, que deve avaliar as situações mediante os seus padrões, mediante os seus planos futuros, tendo concretizado com exemplos.

C2 estava mais tenso e a contra-argumentar, pelo que intervim dizendo que é importante termos em consideração a opinião de outras pessoas, como as de referência e de confiança, no caso de C2 como exemplo os seus pais, mas que isso também não deverá ser vinculativo, porque C2 tem opinião própria. Por outro lado dei enfoque á importância de se focar nos objetivos que quer atingir, como os vai concretizar e o ganhos que pretende deles. C2 parecia estar atento ao que verbalizei. Peguei seguidamente no exemplo que a Sra. Enf^a tinha dado anteriormente, que o emprego que lhe haviam proposto para outras pessoas poderia não ser benéfico, mas que para si todo o lucro monetário que tivesse já era uma ajuda para os seus pais, que seria uma forma de garantir por exemplo o fundo de desemprego e de trabalhar na sua área de estudo, para ganhar experiência e num futuro poder chegar mais facilmente ao emprego que gostaria. Neste momento C2 disse “*isso é verdade*” (sic).

Seguidamente foquei meu discurso no sentido de colocar C2 a pensar como haveria de agir perante um próximo contacto para entrevista, de num próximo contacto ponderar a viabilidade de aceitar o emprego, se corresponde aos seus requisitos (acessibilidade de transportes, distancia do local de residência) de modo a perspetivar um maior domínio do meio, de concretização dos seus objetivos e de expressão dos mesmos.

C2 pareceu estar atento e foi acenando afirmativamente, apesar de tenso parecia estar a concordar com o conteúdo da comunicação. Por vezes ficava pensativo.

Após este segmento de discurso, C2 voltou a focar-se na experiência da entrevista, devolvendo inúmeros argumentos que apontavam a proposta de emprego como pouco benéfica. A minha abordagem e da Sra. Enf^a foi de tentar dar enfoque a outras perspetivas da situação, mas C2 não estava a compreender e pareceu mais irritado, focou-se na questão monetária que não

era sustentável face ao que tinha de despende de si. Seguidamente centrou-se na caixa de terapêutica, desviando-se do diálogo e disse que estávamos a dar-lhe uma perspetiva do futuro, que não tinha base na realidade. C2 pareceu apresentar dificuldade no pensamento abstrato, no que diz respeito a esta situação em concreto.

Dada a postura de C2 optei por redirecionar o diálogo e após permitir que C2 iniciasse a preparação da caixa, questionei que dada a proximidade com o ano de 2016, quais eram os seus desejos/objetivos para o próximo ano. C2 respondeu mantendo o olhar na caixa “*ter trabalho e paz*” (sic). No sentido de clarificar a afirmação questionei em que gostaria de ter Paz, C2 não foi direto na sua resposta. Perguntei se era paz para si ou para o mundo e no quê concretamente! C2 não especificou dizendo que era para ambos e acrescentou, que queria ter autonomia, não só financeira mas para ter o “*básico*” (sic), referindo-se entre linhas ao desenvolvimento habitual do adulto, a constituição de uma família e casa própria.

Nesta sequência de diálogo percebi, que C2 já não estava disponível para comunicar, estava a preparar a caixa, mas parecia também estar a ruminar noutro assunto. Entretanto diz que gostaria de encontrar trabalho na sua área (informática), quando lhe foi questionado o nível de instrução para formatação que tinha e reforçado os seus conhecimentos, C2 ficou sorridente e a falar de programação, com uma maior rapidez no discurso, percebendo que tanto eu como a enfermeira não sabíamos grande parte do que falava. Seguidamente volta a ficar reservado e tenso.

Finalizando o contacto foi realizado um resumo do que foi abordado, dando enfoque ao incentivo para a formulação de opiniões próprias, da disponibilidade para novos desafios e a um envolvimento mais concreto no plano de procura de trabalho. Ao fim de alguns segundos C2 assentiu e disse “*como é possível fazerem perguntas que nos limitam a imaginação*” (sic). Realizada tentativa de clarificação da sua expressão por mim e Sra. Enf^a, sendo que C2 não concretizou, adotou uma postura evitante e pensativa procedendo em seguida á despedida com um aperto de mão a ambas.

Avaliação:

Foi realizada a avaliação do estado mental de C2 e dirigiu-se a intervenção perante tal avaliação, isto é, foi trabalhado a autoconsciência de C2 numa perspetiva diferente à que se tinha objetivado para este contacto. Foi possível contribuir para a organização do pensamento e eficácia no agir, no que diz respeito à situação laboral de C2, com contributos para a sua transição de saúde-doença e desenvolvimento. Não foi validada a utilização de estratégias de *coping* , mas foi incitada a experiência da entrevista de emprego, como exemplo a mobilizar em futuros momentos.

A autonomia é o segundo constructo com pontuação mais baixa na avaliação quantitativa do BEP. É apontado por C2 como constructo a desenvolver e está intimamente ligada, ao seu processo de transição de desenvolvimento. Porém a gestão da sua situação de saúde doença parece implicar, primeiramente a necessidade de desenvolvimento da consciencialização do seu eu real, invés do idealizado. Considero que esta tomada de consciência é determinante e influencia em grande parte a sua eficácia e autonomia.

Foi perceptível nos diferentes contactos com C2 as oscilações marcadas do seu estado de humor, que influenciam o seu modo de contacto, expressão da afetividade, pensamento e discurso. Neste contacto foi evidente a presença de um humor disfórico, que sugestivamente estava associado à sua experiência na entrevista de emprego.

Indicadores de processo, sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping* (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000):

Transição de saúde doença: mantém o interesse na procura do seu bem-estar e promoção de capacidades. Necessária a consciência de si para gerir as diferentes transições e situações do quotidiano. Sugere dificuldades na gestão da situação de saúde-doença, no desenvolvimento de confiança e *coping* .

Transição de desenvolvimento: motivação para o seu desenvolvimento enquanto adulto-jovem, concretamente na procura de trabalho para independência económica. Lacunas evidentes na reorganização de papéis, em

específico na definição de padrões de avaliação individuais para a seleção de emprego e no desenvolvimento de confiança e *coping*.

5.4. Entrevista nº 4

Data: 11 Janeiro 2016

Objetivos específicos:

- Avaliar o estado mental de C2;
- Promover autoconsciência de C2 e sua aceitação;
- Incitar C2 a pensar baseada na estratégia de resolução de problemas;
- Promover o desenvolvimento de avaliação segundo padrões pessoais;
- Validar a utilização de estratégias de *coping* nos desafios do quotidiano;

Avaliação do estado mental:

C2 apresentou uma atitude colaborante na entrevista.

Aspetto cuidado e limpo.

Apresenta ligeira agitação psicomotora.

Consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. Auto e alo psiquicamente.

Humor disfórico, com afetividade congruente. Dirige o olhar quando comunica, com fâcies expressivo.

Pensamento tangencial marcado, de difícil organização. Mantidas ideias sobrevalorizadas de difícil desconstrução.

Não verbalizou nem aparenta postura sugestiva de atividade delirante ou alucinatória.

Sem evidenciar alterações de memória na entrevista.

Défice de atenção e concentração residual.

Fraco insight. Juízo crítico parcial.

Resumo da Entrevista:

No quarto contacto com C2 este entrou no gabinete e aparentava uma postura tensa, parecia preocupado e estava com alguma agitação motora.

Estendi a mão a C2 para o cumprimentar enquanto o esperava á porta, ao mesmo tempo questionei-o como estava, pelo que me respondeu “*nada bem*” (sic). Procurei aprofundar o diálogo e esclarecer a fonte de mal-estar.

C2 relatou com discurso acelerado que o centro de estudos que está contratado para o transporte do irmão para a escola, nesse dia tinha falhado, tendo o seu irmão ido sozinho para a escola sem conhecimento dos pais. C2 referiu que o centro de estudos tinha ligado a dizer que “*o meu irmão tinha desaparecido (...) a minha mãe entrou em pânico e o que aconteceu foi que o homem do transporte não apareceu e pelas horas o meu irmão foi a pé sozinho para escola*” (sic). Questionei se tinha sido a primeira vez, tendo C2 referido que não “*não é a primeira vez e ele às vezes passa pelo miúdo e não o vê, ou combina num sítio e aparece noutro*” (sic)!

Assenti e disse, este assunto deixa-o inquieto, pelo que C2 continuou e disse “*eles desresponsabilizam-se e é a vida de uma criança, detesto quando as pessoas não assumem as suas responsabilidades*” (sic). Pelo que perguntei a C2 que estratégias estavam a pensar utilizar para resolver o problema. Dizendo “*já fomos falar com a directora e não mudou nada*” (sic). Questionei C2 o que poderia fazer diferente. C2 parou de falar, olhou para o chão e disse falar novamente. Procurei incitar à procura de mais estratégias pelo que chegamos à conclusão que poderia expor a situação por escrito, estratégias que ficou de apresentar aos pais.

Questionado sobre mais situações que tenham ocorrido nas últimas semanas que quisesse expressar, pelo que C2 introduziu o tema sobre a detenção do seu vizinho. Contextualizou a situação, que tinha um vizinho que estava com comportamentos desadequados e que importunava os habitantes do prédio. Esta semana a polícia tinha ido buscar esse senhor a casa, tendo salientado que foram muitas polícias e levaram-no algemado. Tentei perceber o que estava por detrás deste relato e questionei C2 se tinha ficado impressionado. C2 encolheu os ombros, não parecendo valorizar. Pelo que elucidei que os problemas no decorrer dos distúrbios do vizinho se haviam resolvido! C2 iniciou um discurso tangencial concluindo que pelo menos por agora que sim.

Dado o diálogo da última entrevista em torno do emprego, situação de difícil gestão para C2, cuja crítica construtiva não foi bem gerida no momento, decidi dar novo enfoque ao assunto. O objetivo foi promover o desenvolvimento da sua capacidade de avaliação segundo padrões pessoais e incita-lo a mobilizar a sua última experiência de entrevista como uma estratégia de *coping*.

Questionei C2 relativamente à situação da entrevista de emprego se estava mais tranquilo com o sucedido. C2 suspirou e disse “*já passou, agora só daqui a 6 meses é que me fazem uma nova proposta para entrevista*” (sic). C2 pareceu frustrado e discursou acerca do funcionamento do centro de emprego. De modo a desfocar a atenção questionei se também iria procurar emprego por si, referindo que sim e que tem entregue currículos. O objetivo foi responsabilizar C2 também na procura de emprego e fomentando a sua autonomia face ao centro de emprego.

Seguidamente perguntei a C2 se tinham ficado claro os seus critérios, o que pretendia de um emprego e o que ia atender quando sucedesse uma nova oportunidade. Pelo que C2 disse que sim e perguntei então quais eram. C2 “*a distancia, preço do passe (...)*” tendo dispersado no assunto e relatando os preços dos passes mediante as distancias de sua casa, apontou “*dar para amearhar e para os meus gastos*” (sic). Reforcei a evocação dos critérios individuais e referi que também tinha mencionado o acesso a transportes públicos. Pelo que C2 assentiu e deu continuidade a um discurso tangencial, falando da opinião do papa e da comissão europeia quanto á situação atual dos jovens.

Tentei centrar o discurso, salientando que apesar de todas essas opiniões, era importante focar-se nas suas dificuldades/possibilidades. C2 ofereceu alguma resistência, tendo em seguida passado para o exemplo de amigos com dificuldades também na procura de emprego.

Nesse momento senti-me confusa e perdida no seu discurso, pelo que decidi redirecionar o discurso tendo em conta os objetivos definidos para a entrevista.

Foquei-me na dificuldade de C2 em agir, na sua auto-eficácia e no que tínhamos falado na segunda entrevista. Captei novamente a atenção de C2, que afirmou que se mantém a dificuldade.

Questionei quando tinha essa dificuldade, que me desse exemplos! C2 ficou pensativo e referiu a sua dificuldade se coloca sobretudo em situações de muita pressão. Questionei C2 como podia agir perante essas situações, pelo que se focou de imediato na situação da escola do irmão “*entro em pânico, mas posso ir falar com a escola*”(sic).

De modo a clarificar a organização do pensamento para o ajudar na ação peguei no que tinha sucedido nesse dia e usei a estratégia de resolução de problemas. Introduzi de modo a facilitar a sua autonomização de pensamentos, que pode pensar na opinião que os pais poderiam ter perante a situação com que se está a deparar e até em situações do passado semelhantes as pode tomar como exemplo.

Reforcei que quanto mais aplicasse este tipo de pensamento mais fácil seria replicar e iria sentir-se mais capaz de agir. Acrescentei a importância de ter consciência destes pensamentos.

Seguidamente C2 referiu que “*eu tenho consciência e percebo que há estados que me influenciam, emoções básicas*” (sic). Pelo que devolvi se está triste ou alegre encara as situações perante isso? “*Não há coisas que são más e não podem ser diferentes!*” (sic), tendo eu acrescentado, que assim sendo dentro do que é mau que poderia escolher o que é menos mau.

Salientei a importância de pensar e ter consciência do que está a sentir. C2 respondeu “*sim eu sei, eu sou uma pessoa realista*” (sic). Perante esta afirmação fui mobilizar uma das últimas frases que C2 disse na última entrevista e confrontei-o com o que tinha dito “*como é possível fazerem perguntas que nos limitam a imaginação*” (sic).

C2 referiu não ter dito tal frase, pelo que o meu objetivo da confrontação não teve sucesso, não sendo entendida como construtiva e fonte de pensamento. A Sra. Enf^a Orientadora interveio e devolveu que foi de facto uma frase que disse e questionou se sente que por vezes a realidade o impedia de ter as suas idealizações, C2 mencionou que não. Percebemos que não havia abertura para mais diálogo sobre o assunto.

Assim, fiz uma síntese do que havíamos falado e incitei C2 a preparar a caixa. Durante a mesma falou-se entre os três de assuntos da atualidade.

Terminando a entrevista C2 falou novamente do acontecimento do seu dia, de como o perturbou pelo que se valorizou a maneira de o poder resolver.

Desafiei C2 numa próxima consulta a dar um exemplo de uma situação em concreto que tenha tido dificuldade em agir e como a resolveu.

Avaliação:

Nesta entrevista foi realizada uma avaliação do estado mental.

C2 estava colaborante na entrevista.

A promoção da autoconsciência de C2 e sua eficácia partiu da situação que C2 apresentou na entrevista. Foi trabalhado o impacto que a situação teve em si, e como a poderia resolver. De um modo abrangente foi incentivado a consciência dos seus sentimentos e como o influenciam. C2 refletiu-se como uma pessoa realista, algo que na entrevista nº3 referiu dificuldades em ser, o que evidencia e reforça a sua baixa autoconsciência.

C2 refere claramente redução da sua eficácia em agir, identificando que ocorre em situações de maior pressão. Foi perceptível que C2 fica no plano da sua resolução, mencionando confusão de ideias. Peguei no exemplo vivenciado por si nesse dia e recorri às etapas da estratégia de resolução de problemas, sugerindo a replicação desta estratégia. Foi também incentivado a utilização de estratégias de *coping*, visto não ser evidente a mobilização das mesmas nesses momentos.

Foi promovida a autonomia de C2 incitando-o à elaboração de opiniões próprias, através da definição de critérios individuais de avaliação. Foi mobilizado a situação concreta da procura de emprego, com o intuito de dar também contributos para a sua transição de desenvolvimento.

Indicadores de processo, sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping* (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000):

Transição de saúde doença: mantém o interesse na procura do seu bem-estar e promoção de capacidades. Necessária a consciência de si para gerir as diferentes transições e situações do quotidiano. Situa a sua dificuldade na ação, no entanto dificuldades evidentes de ter consciência de si. Sugere

dificuldades na gestão da situação de saúde-doença, no desenvolvimento de confiança e *coping*.

Transição de desenvolvimento: motivação para o seu desenvolvimento enquanto adulto-jovem, concretamente na procura de trabalho para independência económica. Define critérios individuais de avaliação de emprego, sugerindo envolvimento no seu processo de transição. No entanto evidente dependência de opiniões de terceiros e de centro de emprego na procura de trabalho. Lacunas evidentes na reorganização de papéis para a seleção de emprego e no desenvolvimento de confiança e *coping*.

5.5. Entrevista nº 5

Data: 25 Janeiro de 2015

Tipo de Entrevista: Final

Objetivos específicos:

- Avaliar o estado mental;
- Promover a continuidade de desenvolvimento da autoconsciência de C2;
- Incentivar C2 no desenvolvimento da sua auto-eficácia;
- Promover a continuidade do desenvolvimento da autonomia de C2;
- Avaliar qualitativamente o BEP de C2;
- Avaliar qualitativamente o grau de mestria no desempenho de papéis;
- Avaliar qualitativamente a reformulação da identidade de C2;

Avaliação do estado mental:

C2 apresentou uma atitude colaborante na entrevista.

Aspetto cuidado e limpo.

Comportamento calmo.

Consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. Auto e alo psiquicamente.

Humor eufórico, com afetividade congruente. Dirige o olhar quando comunica, com fâcies expressivo.

Pensamento e discurso com conteúdo coerente ao diálogo. Evidência de pensamento tangencial, mas orientável. Não verbalizou nem aparenta postura sugestiva de atividade delirante ou alucinatória.

Sem evidenciar alterações de memória na entrevista.

Défice de atenção e concentração residual.

Fraco insight. Juízo crítico parcial.

Resumo da Entrevista:

A última entrevista com C2 ocorreu no dia 25 Janeiro.

C2 entrou no gabinete e o seu fâcies era expressivo, esboçando por momentos sorrisos. À entrada no gabinete cumprimentou-me com um aperto de mão e em seguida sentou-se junto da secretária.

Questionei como tinham sido os últimos quinze dias, suspira, pensa e diz *“aconteceu uma coisa desagradável, com o centro de emprego, então não é que aquela entrevista que eu fui, marcaram como se eu tivesse faltado!!”* (sic). Questionei o que tinha ocorrido pelo que C2 refere que *“foi um erro deles e para ter noção se não fosse tratado só daqui a bastantes meses é que me voltavam a chamar para outra entrevista”* (sic). Questionei C2 como resolveu a situação *“fui ao centro de emprego e mostrei o comprovativo da minha presença na entrevista e eles pediram muita desculpa e retificaram na base de dados, já viu a falta de responsabilidade dos serviços”* (sic). Respondi que foi uma situação muito desagradável, que ele deveria ter ficado enervado, pelo que disse *“não me enervei, mas isto é inadmissível”* (sic). Eu respondi que se fosse comigo provavelmente iria ficar muito chateada e perguntei se tinha resolvido sozinho. C2 diz *“sim fiquei chateado... fui la sozinho e ficou tudo resolvido”* (sic). Conotei positivamente o facto de ter gerido a situação de forma autónoma e que me acabava de apresentar o exemplo que lhe tinha solicitado na última entrevista- o exemplo de uma situação de tensão e como a geriu. Reforcei positivamente a sua auto-eficácia e incentivei a mobilização deste exemplo como um encorajamento a agir do mesmo modo em situações semelhantes. C2 assentiu.

Questionando C2 por mais novidades e este disse *“bem deve pensar que eu sou estranho, umas vezes venho bem, outras irritado, outras zangado, mas isto*

está muito relacionado com a situação no prédio” (sic). Tentando clarificar pedi a C2 que explicasse, e este disse que a situação do vizinho que provoca descatos está melhorada, mas que é muito complicado estas situações no prédio, porque provocam um enorme desconforto e irritação constantes a quem habita no prédio. A situação parece no momento estar resolvida e valorizei a importância de C2 ter este tipo de percepção/julgamento acerca de si e de que modo esses seus estados influenciam as suas ações. Algo que pode continuar a trabalhar. C2 pareceu valorizar.

Seguidamente encaminhei o discurso de C2 no sentido de perceber face a Novembro 2015 como está atualmente a concretização dos objetivos que me havia apresentado. C2 referiu muita vontade em voltar a estudar, referindo inclusive *“já me sinto melhor e capaz de voltar a estudar”* (sic). Mostrou vontade em concluir um objetivo que está em suspenso, mostrando agrado em ter amigos que mencionam que o irão ajudar.

Questionei C2 o que estava a faltar para a concretização desse objetivo, pelo que disse dinheiro ou uma bolsa de estudos, como tal o plano será encontrar primeiro um trabalho. Questionei como estava em relação ao emprego pelo que disse que está a entregar currículos e a perceber de que modo as ofertas do centro de emprego são vantajosas. C2 acrescenta *“mas está muito difícil encontrar emprego eles estão muito formatados”* (sic).

Perante este relato incentivei C2 à consecução dos seus objetivos e abordei a sua autonomia, como parecia que C2 já tecia opiniões mais centradas em padrões individuais de avaliação, concretamente nas situações de emprego e o que procura delas. C2 confirmou.

Questionei C2 se mantinha contacto com os seus amigos e se era satisfatório para si, C2 referiu que sim, que com regularidade falava com os amigos, do secundário e faculdade. Mencionou inclusive *“são um grande apoio e uma amiga disse que quando eu voltar á faculdade que não me vai largar (...) falo com eles regularmente pela internet”* e sorriu (sic). Salientei a C2 que o regresso à faculdade seria um percurso que não seria fácil, que o ritmo seria exigente, mas para se centrar no seu objetivo. C2 mostrou vontade em dar continuidade ao seu plano e em crescer com ele.

Seguidamente perguntei quanto à sua relação com os pais e irmão, que referiu manter-se satisfatória.

C2 preparou a sua caixa de terapêutica, paralelamente falávamos de assuntos do quotidiano.

Na fase final da entrevista reforcei a C2 a importância de continuar a desenvolver a sua capacidade de perceção de si e como o seu estado influencia a sua atuação. Reforcei a importância de mobilizar as situações de sucesso, como a resolução do problema do centro de emprego e replicar a eficácia. Incentivei á autonomia das suas avaliações e decisões, como exemplo na procura de emprego, atender a critérios individuais. Salientei a importância de mobilizar as suas amizades como recursos nas situações em que não está tão bem, ao invés de se isolar e se sentir triste, frustrado e revoltado. C2 assentiu, pareceu concordar com o que relatava, seguidamente despedi-me do cliente.

Avaliação:

Foi efetuada a avaliação do estado mental de C2, apresentou um comportamento colaborante e interessado.

Existiu recetividade de C2 em dar continuidade ao desenvolvimento da sua autoconsciência, com reconhecimento do cliente das suas alternâncias de humor.

Foi incentivado o desenvolvimento da sua auto-eficácia. C2 trouxe um exemplo de um problema resolvido por si, demonstrando eficácia na ação perante uma adversidade.

Foi promovida a continuidade do desenvolvimento da autonomia de C2, no que respeita ao desenvolvimento de padrões individuais de avaliação e á mobilização dos critérios avaliação para um futuros momentos de entrevista.

No que respeita á avaliação qualitativa do BEP, dando enfoque aos constructos de aceitação de si e autonomia, considero que foram dados contributos para a consciencialização de C2 da necessidade de investir na sua auto-eficácia e na sua autonomia.

Os indicadores de resultado, da Teoria das Transições, indicam o modo como o cliente integrou a transição na sua vivência e atingiu a estabilidade, o bem-estar (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Dada a finalização do processo de acompanhamento do cliente a mobilização destes indicadores torna-se útil. Considero que C2 ainda se encontra numa fase inicial de ambos os processos de transição. Tendo em conta a maestria no desempenho de papéis e a reformulação da identidade, parece-me que C2 ainda não realizou a reformulação de novos papéis tanto ao nível da transição de saúde-doença como de desenvolvimento, C2 está numa fase de consciencialização do seu “eu real” e daí poderão desenvolver-se novos papéis, ajuste aos mesmos e conseqüentemente maestria.

6. DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES

O estudo de caso apresentado tem o intuito de apresentar o percurso de acompanhamento de um cliente em contexto comunitário com alterações de saúde mental, assim como dar contributos para o estudo de um fenómeno de promoção do BEP.

No centro do caso está C2, um jovem de 26 anos de idade com um diagnóstico médico de Transtorno Esquizoafetivo. Desde a infância seguido em pedopsiquiatria por suposta Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Aos 18 anos (2007) teve a primeira consulta na unidade comunitária e foi traçado um diagnóstico de Perturbação Bipolar I (interrogado), concluindo-se tempos mais tarde o diagnóstico médico de Transtorno Esquizoafetivo.

Entre os anos de 2007 e 2014, C2 manteve um seguimento regular na equipa no sentido de controlar a sintomatologia da doença e promover um desenvolvimento adequado face às expectativas de C2 e das exigências do quotidiano.

Apenas aos 26 anos (2015) existiu uma compensação da sua situação de saúde, no entanto oscilações de humor e afetividade, parecem condicionar diretamente a sua relação com o “eu” e o mundo. É evidente uma baixa tolerância à crítica construtiva e à confrontação, com argumentação de ideias sobrevalorizadas. Aspetos que condicionam o seu quotidiano e fatores identificados como precipitantes a momentos de crise.

A abordagem atual da equipa é direcionada para a promoção do seu desenvolvimento e gestão da sua situação de saúde.

Dando continuidade ao projeto terapêutico de C2, o estudo de caso teve início a 30 Novembro de 2015, tendo sido realizadas cinco entrevistas ao cliente. O objetivo para a minha intervenção foi potenciar, promover o seu BEP, isto porque, saúde não significa ausência de doença. A OMS entende saúde mental como, um “estado de bem-estar no qual o individuo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (WHO, 2001).

Com este intuito foi importante numa primeira entrevista realizar uma avaliação qualitativa e quantitativa do BEP e situar C2 quanto aos processos transacionais que se encontra a vivenciar. Foi desde logo perceptível que C2 se encontra a vivenciar dois processos de transição simultâneos, o de saúde-doença e do desenvolvimento.

Quanto aos processos de transição, a de saúde-doença, teoricamente é compreendida como uma transição que engloba a mudança de papéis de um estado de bem-estar para a gestão de uma doença aguda ou crónica, ou para um novo bem-estar na doença crónica (Meleis, 2012). No caso concreto de C2 após a estabilização sintomática da sua doença, o objetivo é a procura de um novo bem-estar na doença crónica. Justifica-se neste caso a promoção do bem-estar ao nível da saúde mental, porque é reconhecido que fornece uma base para a resiliência, fortalecendo a esperança para o futuro, e constrói a capacidade do indivíduo se adaptar às mudanças e lidar com a adversidade, isto porque, em tempos de elevado stress social e económico, é imperativo que se promova o bem-estar e se previnam problemas de saúde mental (WHO,2013).

A transição do desenvolvimento segundo a Teoria das Transições é entendida como um processo em que existem inúmeras mudanças de papéis que são vivenciadas no curso normal do crescimento e desenvolvimento (Meleis, 2010). Na primeira entrevista C2 evidenciou uma grande motivação para entrar no mercado de trabalho e ter independência dos pais no que concerne a questões económicas. Lefkowitz (2007) aponta que as tarefas de desenvolvimento típicas da transição da idade adulta incluem a consolidação da identidade, a construção de relações íntimas, o início de uma família, a tomada de decisões sobre a carreira profissional e a independência dos pais.

À luz da teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson, o adulto jovem emerge da busca do adolescente na procura da sua identidade, e na perspectiva de uma integridade na velhice, onde existe uma aceitação do seu passado e continuidade de investimento no presente (Erikson,1998).

Segundo a mesma teoria o adulto jovem encontra-se na eminência de resolver com conflito entre a intimidade versus isolamento. A intimidade psicossocial só é possível quando o jovem está seguro da sua identidade, se

assim não ocorrer as suas relações poderão ser estereotipadas ou/e isolar-se (Dias & Fontaine, 2001). Segundo Erikson (1998) o maior perigo do isolamento é o reviver hostil e regressivo da identidade, e caso exista regressão, pode existir uma fixação no conflito com o outro (Erikson, 1998). Este conflito revê-se nas relações familiares, pares e laborais.

Perante a avaliação de C2, pareceu-me que o cliente se debate ainda com a construção da sua identidade, construção que viu conturbada com as constantes agudizações do seu estado de saúde mental. C2 evidenciou uma baixa consciência de si, que é influenciada em momentos por ideias de grandiosidade, de sobrevalorização, que quando confrontadas com a realidade geram sentimentos de frustração, tristeza e por vezes o isolamento. Pela minha avaliação o trabalho da sua autoconsciência é uma intervenção a ser realizada, que concorre para a definição da sua identidade (desenvolvimento) e situação de saúde-doença.

Neste sentido a promoção do BEP, trabalhando os constructos identificados com cotação mais baixa, torna-se uma ferramenta relevante, de modo a facilitar os processos transacionais.

Os resultados obtidos através da escala de BEP, escala com 84 itens de avaliação, indicam que os constructos com menor pontuação são a aceitação de si (44 pontos/84); autonomia (45 pontos/84), domínio do Meio (52 pontos/84).

Segundo Ryff (1989) a autoaceitação, é entendida pela atitude positiva que o cliente tem em relação a si, reconhece e aceita os seus múltiplos aspetos positivos e negativos e tem uma consideração positiva acerca do seu passado de vida (Ryff, 1989). Este constructo no caso apresentado parece revelar-se baixo pela baixa autoconsciência de si no que concerne aos múltiplos aspetos positivos e negativos de C2. Como tal, foi realizado o diagnóstico de enfermagem autoconsciência comprometida (CIPE, 2011, p.40). Segundo CIPE (2011) a autoconsciência diz respeito à “opinião que cada um tem de ser uma pessoa separada e distinta das outras, com fronteiras pessoais, de ser um indivíduo com experiências, desejos e actos” é também entendida como o reconhecimento e aceitação do que valoriza e a aprendizagem de aceitar a singularidade e diferença nos outros (Townsend, 2011).

Quanto ao constructo autonomia teoricamente está associada ao locus interno de avaliação, o indivíduo não se cinge à aprovação dos outros, mas avalia-se segundo padrões pessoais (Ryff, 1989). O nível ótimo de autonomia passa por o indivíduo ter autodeterminação e independência, capacidade de resistir a pressões sociais no que concerne em pensar e agir de forma diferente, regula o seu comportamento e autoavalia-se segundo padrões pessoais (Ryff, 1989). C2 apresentou claras lacunas na capacidade auto-avaliação e de avaliação segundo padrões individuais. Na primeira entrevista reporta-se à autonomia “*autonomia... eu não ganho o meu próprio dinheiro*” (sic), o que espelhou o significado individual atribuído. Perante estes dados foi realizado o diagnóstico de enfermagem autonomia comprometida (CIPE,2011).

Quanto à maestria ambiental ou domínio do meio, é entendido pelo domínio e competência na gestão do ambiente, controlo de um conjunto complexo de atividades externas, fazer uso efetivo das oportunidades de crescimento e a capacidade de escolher ou criar contextos adequados às necessidades e valores pessoais (Ryff & Keyes,1995). No que concerne à maestria do meio, C2 relatou na segunda entrevista a dificuldade de ser eficaz perante determinadas situações, referindo dificuldade na operacionalização das suas tomadas de decisão. A sua auto-eficácia foi uma dimensão que identificou como aspeto que gostaria de mudar e que afeta a sua própria auto-aceitação.

Foi no final da segunda entrevista que foi possível claramente definir os problemas de enfermagem, facto que foi condicionado pela baixa autoconsciência de C2. É notória uma interligação dos dois processos transaccionais, e do modo como o trabalho nos três constructos se condicionam entre si. Efetivamente sabemos que no processo de validação para a população portuguesa da escala de BEP (Ryff & Essex, 1992), por Novo, Silva & Peralta (1997), citados por Novo (2003) foi aferido que as escalas de domínio do meio, objetivos de vida e aceitação de si, têm altas correlações entre si. O que indica que ao trabalhar a auto-aceitação de C2 estou a contribuir para a maestria ambiental e o inverso também.

O presente estudo de caso teve questões orientadoras para a sua execução. Seguidamente são apresentados os resultados às mesmas.

4. Quais contributos da promoção do BEP no adulto jovem com alteração da saúde mental em processo de transição?

A mobilização do modelo, mais concretamente da escala de BEP de 84 itens de avaliação, possibilitou quantificar e avaliar como C2 se identifica perante cada área do BEP. Isto é, identificou o quão satisfeito e feliz se sente em domínios psicológicos diversos e de que recursos psicológicos dispõe na relação consigo próprio, nas relações interpessoais, nas relações com o meio e em relação às capacidades de adaptação (Novo, 2003).

Esta escala foi mobilizada logo na primeira entrevista e foi a primeira ferramenta que incitou a C2 a um confronto com o seu “eu” real e a uma introspeção. Introspeção que levou a C2 a aceder a si, tendo revelado “*sentiu um distanciamento (...) como uma escala me pode deixar triste*” (sic). Foi evidente logo na primeira consulta esta assimetria, entre o “eu” real e o “eu” idealizado, que me condicionou o acesso às necessidades de intervenção de C2.

Os resultados quantitativos da escala de BEP foram então extremamente importantes, orientado a minha prática para a exploração dos constructos e fazer emergir as necessidades reais de C2. Assim posso dizer que os resultados da escala de BEP foram indicadores das áreas que deveria dar enfoque e explorar com C2, individualizando na abrangência do constructo o que realmente beneficia da intervenção de enfermagem.

As duas primeiras entrevistas foram sobretudo dirigidas a descortinar as necessidades de intervenção, com a finalidade de promover o BEP e a reorganização de papéis de C2 necessária e adequada aos processos transacionais identificados.

A avaliação de C2 tendo por base a Teoria das Transições foi benéfica, uma vez que possibilitou o reconhecimento e caracterização da natureza das transições, quanto ao tipo, padrão e suas propriedades e as condições que facilitam e/ou inibem o processo, cujo objetivo final é o bem-estar. Permitiu igualmente monitorizar os padrões de resposta existentes, ao nível de

indicadores de processo (ao longo das entrevistas) e resultado (avaliação no final da intervenção).

No caso apresentado a promoção do BEP, teve o intuito de dar contributos aos processos de transição de saúde-doença e de desenvolvimento, que tiveram como alicerce que “a existência de objetivos de vida e o envolvimento em esforços de crescimento pessoal influenciam o modo como são vividas as experiências e as fases de transição de vida e contribuem positivamente para o bem-estar psicológico” (Novo, 2003, p. 69).

As intervenções de enfermagem devem proporcionar conhecimentos e *empowerment* àqueles que vivem o processo de transição, promovendo através dos cuidados de enfermagem congruentes com as experiências únicas dos clientes e suas famílias, as respostas saudáveis às transições que conduzam ao restabelecimento da sensação de bem-estar (Meleis, 2005).

O plano de cuidados estruturado atendeu aos processos de transição que C2 se encontra a vivenciar e às áreas do BEP que foram identificadas pelo cliente como estando menos satisfeito.

Especificando aos resultados obtidos a autoconsciência de C2 foi o diagnóstico de enfermagem com maior enfoque, uma vez que se perspectivava o seu contributo na gestão da saúde-doença e ao nível do seu desenvolvimento como adulto jovem. Foi definido como resultado esperado o desenvolvimento de uma consciencialização facilitadora.

Numa fase inicial da intervenção era muito evidente a assimetria entre o “eu real” e o “eu idealizado”, C2 não o integrava como tal. Com a apresentação dos resultados quantitativos da escala de BEP, identifica aspetos que gostava de alterar em si, no entanto com dificuldade de integrar estas considerações como fatores de mudança.

Na terceira entrevista C2 valoriza “*eu tenho consciência e percebo que há estados que me influenciam, emoções básicas*” (sic) e reflecte-se “*sim eu sei, eu sou uma pessoa realista*” (sic). Por um lado reflete sobre o impacto do seu estado de humor na sua afetividade, mas é ainda evidente a conceção de um “eu real” e “eu idealizado”.

Já na última entrevista C2 identifica concretamente alterações do humor e a sua influência no seu modo de agir “*bem deve pensar que eu sou estranho,*

umas vezes venho bem, outras irritado, outras zangado, mas isto está muito relacionado com a situação no prédio” (sic).

A promoção da autoconsciência de C2 encontra-se numa fase inicial de trabalho, que em muito me pareceu condicionada pelo desenvolvimento da relação. A recetividade à minha intervenção, ao que eu devolvia a C2 da seu “eu real”, ganharam uma outra importância com o passar das entrevistas. Considero no final das cinco entrevistas que C2 estava disponível ao desenvolvimento de uma autoconsciência facilitadora, ao seu desenvolvimento e gestão de saúde.

No que concerne ao diagnóstico de enfermagem baixa auto-eficácia, o resultado esperado foi o desenvolvimento de uma consciencialização facilitadora e uma efetiva autoeficácia na ação.

Ao longo das entrevistas considero que foi trabalhada a consciencialização do problema, direcionado primeiramente em facilitar a C2 a perceção da dimensão do problema, isto é, como se manifesta, sentimentos e emoções subjacentes, padrão de ação e resposta à dificuldade.

Numa segunda fase pegando em situações concretas identificadas pelo cliente e como podem ser resolvidas. C2 foi incitado a pensar sobre determinados aspetos ou a procurar determinadas situações vivenciadas entre consultas, para serem trabalhadas nas entrevistas. Na quarta entrevista foi dado enfoque concreto a uma situação que para si era de difícil gestão e foi aplicada a estratégia de resolução de problemas. Mostrando-se C2 recetivo a esta estratégia.

Na quinta e última entrevista C2 apresenta uma situação de difícil gestão como problema e resolveu-a autonomamente. Uma situação que foi incentivada a ser utilizada como estratégia de *coping* para futuras situações com que se depara com dificuldades na sua auto-eficácia.

Considero que se conseguiu uma consciência facilitadora que incitou C2 à mudança, à redefinição de papéis na ação, que ganhariam contributos com a continuidade de cuidados dirigida à aplicação da estratégia de resolução de problemas.

Por fim o último diagnóstico de enfermagem delineado diz respeito à autonomia comprometida, o resultado esperado definido foi consciencialização

facilitadora. Este resultado esperado reporta-se a uma abordagem inicial para o diagnóstico definido, isto porque pareceu importante esclarecer primeiramente junto de C2 a dimensão do conceito de autonomia e como se encontra condicionado este constructo em si.

C2 evidenciou uma grande necessidade de orientação, organização e motivação para agir, que está grandemente influenciado pela intervenção de terceiros, nomeadamente dos seus pais. Identifica medo de não conseguir dar resposta às expectativas que os pais têm para si e que estão em consonância com os seus planos para o futuro. Revela também dificuldade em gerir a frustração. Apresentou uma clara dificuldade em se dissociar da opinião de terceiros, evidenciando dificuldade em tecer avaliações perante indicadores individuais.

C2 no final da quinta entrevista pareceu recetivo ao trabalho na dimensão da autonomia, começando primeiramente pela consciencialização das dificuldades apresentadas e repercussões no quotidiano. Concorrendo para a procura de emprego foi trabalhado com C2 a sua consciência e apoiado na tomada de decisão de critérios para aceitar uma proposta de emprego. Neste processo foi devolvido a C2 as limitações mais amplas da sua autonomia.

Parece-me que C2 ainda não realizou a reformulação de novos papéis tanto ao nível da transição de saúde-doença como de desenvolvimento, C2 está numa fase de consciencialização do seu “eu real”, das emoções e sentimentos que habitam em si e que o condicionam na relação consigo e com o mundo.

Está motivado a desenvolver-se como adulto jovem, deparando-se com obstáculos como a sua auto-eficácia na ação, que condiciona a sua auto-aceitação e capacidade de gerir o meio, assim como sua autonomia.

Considero que a intervenção de enfermagem neste caso concreto é de extrema importância, uma vez que se sabe que alterações da saúde mental influenciam o bem-estar, e que as pessoas com patologias do foro mental têm menor acesso à educação, têm níveis muito elevados de desemprego, salários baixos, e muitas vezes são socialmente isoladas (WHO,2013).

5. Quais as intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional que foram mobilizadas para a promoção do BEP?

As intervenções realizadas foram mobilizadas no seio de entrevistas de ajuda. A entrevista em contexto de cuidados é entendida como um encontro geralmente previsto e planificado, em que existe a tomada de contacto entre os intervenientes, que devem aceitar-se e respeitar-se a fim de poderem criar entre eles uma conveniência terapêutica (Phaneuf, 2005).

Verificou-se determinante o desenvolvimento de uma relação, uma relação de ajuda, que foi pautada por influências de uma filosofia humanista, cuja origem se deve a Carl Rogers.

Segundo Lazure (1994) os objetivos da relação de ajuda desenvolvem-se em torno de ajudar o cliente a ultrapassar uma provação, a resolver uma situação atual ou potencialmente problemática, a encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório e a detetar o sentido da sua existência. No caso apresentado o objetivo da relação foi com C2 procurar o desenvolvimento de um funcionamento pessoal mais satisfatório, concretamente níveis mais elevados de BEP.

O denominador da relação foi a centração na pessoa, esta focagem no cliente é uma condição preliminar essencial à relação de ajuda, cujos sentimentos e emoções do cliente, as suas reações, necessidades e desejos são a prioridade (Phaneuf, 2005). Cuidados centrados no cliente, cuidados personalizados, que são tão individuais como a leitura que o próprio cliente faz do seu BEP.

No caso de C2 foi perceptível o questionamento inicial da minha intervenção. Considero que foi importante promover uma ligação baseada no respeito, aceitação e compreensão, não centrada em objetivos académicos, ou na procura de intensiva de problemas. O objetivo foi centrar-me em C2, nas suas emoções e inquietações (Phaneuf, 2005). Tive o intuito de criar mediante a disponibilidade de C2, um ambiente que favorecesse a evolução, mas sobretudo a consciência de certas dificuldades, algumas visíveis ao nível do seu comportamento (Phaneuf, 2005). Foi um trabalho sobretudo direcionado

para a autoconsciência de C2 como ponto de partida para a transformação, para a modificação.

Considero que uma das lacunas do plano de cuidados apresentado foi o número reduzido de contactos, pareceu-me importante a consolidação da relação, para que a minha intervenção fosse efetiva e reconhecida no global projeto terapêutico. A consolidação das intervenções realizadas ganharia consistência com a continuidade do projeto terapêutico e replicação das intervenções.

O presente caso retrata uma fase inicial de intervenção situada na promoção da autoconsciência do cliente, cujo objetivo major é a promoção do seu BEP. Ajudar C2 tomar consciência dos comportamentos, hábitos e emoções que prejudicam a sua adaptação, a sua gestão da situação de saúde doença e o seu desenvolvimento foi o enfoque de intervenção face ao tempo disponibilizado para ao desenvolvimento do projeto.

Transversalmente a todas as entrevistas foi providenciada uma escuta ativa, disponibilizada presença, com o sentido de facilitar a partilha de emoções e sentimentos. Foi incitado a C2 que expressasse vivências relevantes entre as entrevistas, os sentimentos e emoções subjacentes, que muitas vezes foram a base de trabalho para os constructos do BEP.

Chalifour (2008) refere que o profissional na sua intervenção deve ter uma atitude empática relativamente ao cliente, esforçando-se por mergulhar com o cliente no seu mundo subjetivo. O meu intuito foi sobretudo fomentar a tomada de consciência de C2 da sua experiência pessoal e esta ser o guia e critérios ao processo de intervenção (Chalifour,2009).

A abertura das consultas com um espaço de partilha livre do que o outro quer explorar, permite como referido por Chalifour (2009) fazer emergir o que se figura no cliente, sendo que o profissional deve prestar atenção, de forma simultânea ao que o cliente diz, o modo como diz, à dinâmica entre o cliente e profissional e ao que se passa em si mesmo. É baseado neste tipo de qualidade de presença que é possível realizar um diagnóstico sobre o funcionamento global do cliente e intervir em função das dificuldades percebidas (Chalifour, 2009, citando Deslisle,1992;Rogers & Kinget,1969).

Com o objetivo major da promoção do BEP em C2, as intervenções de enfermagem realizadas foram programadas tendo em consideração a individualidade de C2, a sua disponibilidade no momento da entrevista e os objetivos específicos determinados para cada entrevista. Objetivos específicos programados segundo avaliação da entrevista antecessora.

Especificamente para a promoção da autoconsciência de C2 o objetivo de intervenção foi no seio da relação promover o confronto entre o “eu idealizado” e o “eu real”. Este confronto foi promovido através da utilização de estratégias comunicacionais.

Foi visível que C2 não lida de um modo geral de forma construtiva com a utilização da estratégia de confronto, concretamente dirigida ao “eu real” para o “eu ideal”. Verifica-se maior eficácia com a exploração do seu “eu” a partir de vivências suas, desmontando-as e identificando o que pensou, fez e sentiu. O objetivo foi procurar novas explicações para a causa de sofrimento, de desconforto e assim de novas vias de resolução para os mesmos (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho).

Paralelamente foram considerados os obstáculos à comunicação e a própria negação de C2 ao processo de autoconsciência. O reforço da identidade foi fundamental para a motivação neste processo.

Existiu a necessidade ao longo das entrevistas através de estratégias comunicacionais pautar e organizar o pensamento de C2, de modo a promover o desenvolvimento de um pensamento organizado e coerente.

Na intervenção da auto-eficácia de C2 foi importante primeiramente avaliar qualitativamente o contexto em que se apresentava, como emocionalmente C2 geria (sentimentos de frustração, tristeza e atitude de isolamento), perceber as suas expectativas perante os problemas e o seu comportamento na tomada de decisão, informações que considerei relevantes para determinar o tipo de intervenção a mobilizar.

A promoção da capacidade de resiliência, do desenvolvimento e mobilização de estratégias de *coping*, assim como técnicas de adaptação, nomeadamente a estratégia de resolução de problemas, pareceram ponderantes para a promoção dos fatores promotores de saúde mental e bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Por outro lado a continuidade de cuidados prestados pela equipa, na promoção da adesão à medicação utilizando caixa para comprimidos, foi contemplada nas diferentes entrevistas, abrindo espaço para a realização da mesma. Aspeto valorizado como importante na promoção da autonomia na gestão de saúde-doença de C2.

A promoção da autonomia teve como ponto de partida a avaliação das expectativas de C2 face a este constructo, pelo que determinou a sua independência económica através de um emprego.

Considerando a importância dada a C2 na procura de um emprego que lhe permitisse ter a independência económica pretendida as intervenções foram direcionadas para a promoção da consciencialização de C2 no que concerne aos seus requisitos individuais para a aceitação de um emprego. Por um lado o objetivo seria trabalhar a sua consciência e por outro a sua autonomia na avaliação e seleção mediante indicadores individuais de avaliação. Incitando à mobilização de uma situação vivenciada por C2 (entrevista de emprego), que foi abordada em entrevista, como uma estratégia de *coping* para futuros momentos.

Noutro sentido foi desenvolvido o apoio na tomada de decisão de C2, na seleção de critérios para a escolha de um emprego. Sintetizar estes critérios pareceu-me importante para a redução do sentimento de frustração face a novas oportunidades.

Para a promoção da autonomia de C2 o cliente foi também incentivado à mobilização da estratégia de resolução de problemas. Concretamente trabalhando a etapa da escolha da solução mais vantajosa para o problema que se coloca. C2 foi incentivado a mobilizar estratégias que o auxiliassem na sua capacidade de avaliação das diferentes soluções, como estratégias de *coping*, mas também valorizando o apoio dos pais dada a importância que C2 lhes atribui.

Pareceu-me benéfico intervir tendo por base o princípio hologramática, isto é, considerando que na parte existe um reflexo do todo, do sistema família (Morin,1991). Nesta perspetiva colocar um elemento do sistema (C2) a pensar e guiar-se sob os fundamentos do sistema, isto é, aquando da seleção da

solução ponderar qual seria a opinião dos pais. O objetivo foi contribuir para a auto-eficácia de C2 e a sua autonomia na decisão.

Perante a avaliação de C2 no seu processo de promoção de autonomia não me parece de todo benéfico incitar C2 na atualidade a desvincular-se dos seus pais e à influência das suas opiniões e orientações. Ambos estão de acordo com o projeto de desenvolvimento de C2 e são um pilar no apoio à gestão da situação de saúde/doença.

De salientar que a identificação das atitudes face aos cuidados prestados e a continuidade dos cuidados foram dois aspetos valorizados na globalidade das intervenções e que pautaram as entrevistas e relação de ajuda.

No final de algumas entrevistas foi sugerido que C2 até à seguinte entrevista, pensasse concretamente num determinado assunto, ou que procurasse explorar determinadas vivências e coloca-las em prática. Esta estratégia tipo “trabalho de casa” teve o fundamento de incitar em C2 à introspeção de si e mobilizando os contributos do modelo cognitivo-comportamental, que tem como pressuposto que grande parte dos problemas são aprendidos e podem ser modificados através de nova aprendizagem, implicando prática para atingir o objetivo (Guerra *et al*, 2014).

6. Quais são as principais dificuldades e facilidades apresentadas pelos adultos jovens em processo de transição para atingirem estados de BEP?

No caso apresentado foi perceptível que a principal dificuldade de C2 em atingir um estado mais elevado de BEP se coloca com a sua baixa consciencialização do seu eu e as repercussões que tem ao nível do seu quotidiano, concretamente na aceitação de si, na sua autonomia e maestria ambiental. De salientar que a autoaceitação é o critério mais recorrente de bem-estar e uma característica central na saúde mental (Ryff, 1989).

Considero que características pessoais de C2 como a dominância de um pensamento tangencial, baixa tolerância à crítica construtiva, ideias sobrevalorizadas e em períodos ideias de grandiosidade, foram condicionantes à intervenção e podem-se ponderar como dificuldades na consecução de um estado mais elevado de BEP.

A procura de um estado bem-estar dentro da cronicidade da doença e o desenvolvimento de C2 enquanto adulto jovem, parecem-me ser os maiores desafios transacionais de C2 e que condicionam o seu BEP.

Identifico como facilidade a adesão ao tratamento, no que concerne à assiduidade nas consultas, ao seu sentimento de pertença a uma equipa, cujo objetivo é o desenvolvimento do seu projeto terapêutico. O sentir-se ligado à equipa considero que é um factor facilitador às transições e propriamente a um novo estado de BEP.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização do presente estudo de caso considero que foram dadas respostas aos objetivos inicialmente delineados, concorrer para o meu desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria e contribuir para o estudo de um fenómeno de promoção do BEP.

Para mim enquanto futura EESMP foi uma experiência de crescimento pessoal e sem dúvida profissional, que contribuiu para o meu continuum de desenvolvimento.

O caso apresentado retratou um percurso de acompanhamento de C2, cujo objetivo geral era a promoção do BEP, para isso foi necessário intervir nos processos de transição vivenciados pelo cliente (saúde-doença e de desenvolvimento).

Quanto aos resultados esperados com as intervenções de enfermagem desenvolvidas, considero que ainda se encontram numa fase inicial de trabalho e que C2 se encontra numa fase auroral de ambos os processos de transição.

Tendo em conta a maestria no desempenho de papéis e a reformulação da identidade, parece-me que C2 ainda não realizou a reformulação de novos papéis tanto ao nível da transição de saúde-doença como de desenvolvimento, C2 está numa fase de consciencialização do seu “eu real” e daí no futuro poderão desenvolver-se novos papéis, ajuste aos mesmos e consequentemente maestria.

Saliento que a minha intervenção foi alicerçada na concepção, que os cuidados de enfermagem de saúde mental se focam na “promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição” (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho, p. 17035).

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência.

American Psychiatric Association (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (vol 1). Loures: Lusodidacta.

Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção* (vol 2). Loures: Lusodidacta.

Dias, M., Fontaine, A. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian-Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Erikson, E. (1998). *O ciclo de vida completo de Erik H. Erikson* (M.A. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
(Tradução original do inglês *The Life Cycle Completed*, 1997, New York: W.W. Norton & Company, inc.)

Guerra, M., Lima, L., Torres, S. (2014). *Intervir em grupos*. (2ªed.), Lisboa: Climepsi Editores.

International Council of Nursing (2011). *CIPE® Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (H. Castro, Trad). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

(Tradução original do ICNP® Version 2- International Classification for nursing practice)

Lefkowitz, E. (2007). Things have gotten better: Developmental changes among emerging adults after the transition to university. *Journal of Adolescent Research*, 20, 40-63.

- Meirinhos, M., Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: revista de educação*, 2(2),49-65.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theoris in Nursing Research and Praticce*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencieng Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*, 23 (1),12-28.
- Mella, L., Dantas, C., Banzato,C. (2011). Insight na psicose: uma análise conceitual. *J Bras Psiquiatria*, 60(2), 130-140.
- Morin, E. (1991). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia- O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian-Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação* Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da Republica, 2.ª Série, Nº122 (25-07-2015) 17034-17041.
- Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57,1069-1081.

Ryff, C., Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.

Tomey, A., Alligood, M. (2011). *Nursing theorists: and their work*. 7ª ed. Maryland Heights: Mosby Elsevier.

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica-Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (6ª Ed). Loures: Lusociência.

World Health Organization (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2013). *The European Mental Health Action Plan*. Izmir: World Health Organization.

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

APÊNDICES

Apêndice I-Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA INICIAL

Tipo de Entrevista:

- Semi- estruturada.

Objetivos para a entrevista:

- Promover o desenvolvimento de uma relação terapêutica;
- Recolher informação para a construção da história do cliente;
- Avaliar o estado mental;
- Avaliar qualitativamente o BEP;
- Identificar processos de transição reais ou potenciais no cliente;
- Identificar problemas/necessidades nomeadas pelo cliente como alteradas;

FASE	PONTOS NORTEADORES DE ENTREVISTA/ ITENS DE AVALIAÇÃO	
Início da Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> . Apresentação; . Definição dos objetivos; 	
Corpo da Entrevista	Componente subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> . Relato do percurso de vida/ Situação atual de saúde; . Antecedentes pessoais e familiares/ Hábitos; . Adesão á terapêutica . Relação consigo/ Auto-aceitação (passado, presente e futuro); . Relações interpessoais; . Gestão do meio; . Objetivos de vida; . Autonomia; . Disponibilidade para a mudança/crescimento; . Necessidade de ajuste de papéis/vulnerabilidades; . Problemas/necessidades identificadas pelo cliente como alteradas;
	Componente objetiva	<ul style="list-style-type: none"> . Atitude na entrevista . Expressão facial/ contacto com o olhar . Consciência/ Orientação auto e alopsiquica . Humor e afetividade . Pensamento e discurso . Perceção . Insight e juízo crítico . Avaliação Geral: <ul style="list-style-type: none"> * Pele e mucosas * Aspeto (higiene e vestuário) * Idade aparente corresponde á real * Alterações neurológicas * Atividade motora
Final da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> . Síntese da entrevista; . Delineamento do plano de intervenção; 	

*Baseado em:

- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica-Estratégias de intervenção-volume 2* (Vol 2) Loures: Lusodidacta.
 Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação*. Loures: Lusociência.
 Trzepacz, P; Baker R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi Editores.

