

Perspectivas Futuras do Enfermeiro na Comunidade¹

Cláudia Campos*

Resumo:

O objectivo do artigo é reflectir acerca da mudança de paradigma “do Hospital para a Comunidade” e encontrar estratégias de intervenção para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, assim como na sua detecção precoce.

O enfermeiro psiquiátrico na comunidade tem um papel relevante nesta área de actuação e deve desenvolver competências no sentido de favorecer a reabilitação bio-psico-social da pessoa no seu ambiente.

Será abordado o papel da família enquanto agente de mudança no combate ao estigma e à discriminação, a importância na articulação com os cuidados de saúde primários e as técnicas utilizadas no apoio psicoterapêutico, essenciais na construção da relação. Far-se-á referência também a procedimentos e intervenções utilizadas noutros países europeus, nomeadamente na Grã-Bretanha e Canadá, em que a desinstitucionalização dos doentes com problemas mentais é uma realidade com vários anos de evolução.

Palavras-Chave: Desinstitucionalização; Reabilitação psicossocial; Psiquiatria comunitária; Enfermeiro

Future Perspectives of the Nurse in the Community

Abstract:

The objective of this paper is to reflect about the change of paradigm “from the

Hospital to the Community”, and to find strategies of intervention in the promotion of mental health and the prevention of mental disorders, as well as in their early detection. The psychiatric nurse in the community has an excellent role in this area of intervention, and must develop skills that will help bio-psycho-social rehabilitation of the individual in his/her environment. The role of the family while agent of change in the fight the stigma and discrimination, the importance in the joint intervention with the primary health care professionals, and the techniques used in psychiatric support, essential in the building of a relationship, will be approached. The procedures and interventions used in other European countries, particularly in Great-Britain and Canada, where the deinstitutionalization of people with mental health problems is a reality with some years of evolution, will also be reviewed.

Key-Words: *Deinstitutionalization; Psycho-social Rehabilitation; Communitarian Psychiatry; Nurse.*

Na segunda metade do Século XX houve uma mudança no paradigma dos cuidados em saúde mental devido, em grande parte, a três factores independentes:

→ A Psicofarmacologia fez progressos significativos com a descoberta de novas classes de drogas: neurolépticos e antidepressivos/novas modalidades de intervenção psicossocial;

* Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria: Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.

¹ Comunicação apresentada nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem de Saúde Mental e psiquiatria da Casa de Saúde do Telhal a 17 e 18 de Maio 2007.

→ O movimento a favor dos direitos humanos converteu-se num fenómeno universal, sob a égide da ONU;
→ Componentes sociais e mentais foram incorporados com firmeza na definição de saúde da OMS (1948).

CUIDADOS NA COMUNIDADE

Os cuidados na comunidade estão empenhados na emancipação de pessoas com perturbações mentais e comportamentais. Na prática, os cuidados comunitários implicam o desenvolvimento de uma ampla variedade de serviços em contextos locais. Esse processo tem em vista garantir que certas funções protectoras das instituições sejam proporcionadas integralmente na comunidade e que os seus aspectos negativos não sejam perpetuados. Os cuidados na comunidade, enquanto abordagem, significam:

→ Serviços que estão próximos do domicílio, incluindo o hospital geral para admissão de casos agudos;
→ Intervenções relacionadas tanto com as incapacidades como com os sintomas;
→ Tratamento e cuidados específicos para o diagnóstico e as necessidades de cada pessoa (seguimento terapêutico, entrevistas de ajuda, visitas domiciliárias, ...);
→ Serviços que são coordenados entre profissionais de saúde mental e organismos da comunidade (IPSS, Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, ...);

→ Parceria com os prestadores de cuidados e atendimento das suas necessidades;
→ Legislação em apoio dos aspectos dos cuidados mencionados.

MUDANÇA DE PARADIGMA DO HOSPITAL PARA A COMUNIDADE

Reflectindo a mudança de paradigma do hospital para a comunidade, foram introduzidas mudanças de longo alcance nas políticas de vários países. Por exemplo, em Itália foi introduzida uma lei (1978) que enunciava o encerramento de todos os hospitais para doentes mentais, não se admitiriam novos doentes nos grandes hospitais estatais e não deveriam ocorrer readmissões, assim como não se construiriam novos hospitais psiquiátricos. As enfermarias psiquiátricas dos hospitais gerais não deveriam exceder as 15 camas e deveriam filiar-se obrigatoriamente a centros comunitários de saúde mental.

Os serviços baseados na comunidade com pessoal de saúde mental são responsáveis por determinada área de captação. Em muitos países europeus, o modelo dominante na organização dos cuidados psiquiátricos gerais tem sido a criação de áreas geograficamente definidas, denominadas sectores. Esse conceito foi desenvolvido em França, em meados do séc. XX e a partir da década de 1960, o princípio da organização baseada em sectores propagou-se por quase todos os países da Europa Ocidental.

Em 1990 surge a reestruturação dos cuidados

psiquiátricos na América Latina com a Declaração de Caracas. Esta pede o desenvolvimento dos cuidados psiquiátricos estreitamente vinculados aos cuidados primários de saúde e no contexto dos sistemas de saúde locais.

PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS

A ideia de cuidados em saúde mental baseada na comunidade constitui mais uma abordagem global do que uma solução organizacional. Estes devem visar a emancipação e usar técnicas de tratamento eficientes, que permitam às pessoas com perturbações mentais aumentar as suas aptidões de auto cuidados, incorporando o ambiente social informal da família bem como mecanismos de apoio formais. Os cuidados na comunidade podem identificar recursos e alianças saudáveis que, noutras circunstâncias, ficariam ocultas e inactivas. Os bons cuidados fluem a partir de princípios orientadores básicos, tais como¹:

- Diagnóstico;
 - Intervenção precoce;
 - Participação do utente;
 - Parceria com a família;
 - Envolvimento da comunidade local e
 - Integração nos cuidados primários de saúde.
- Vou em seguida referir-me a cada um deles:

→ Diagnóstico e Intervenção

A intervenção precoce é fundamental no bloqueio do progresso rumo a uma doença plenamente instalada, no controlo dos sintomas e na melhoria dos resultados. Quanto

mais depressa for instituída uma sequência de tratamento, melhor será o prognóstico. A importância da intervenção precoce é posta em evidência neste exemplo:

Na esquizofrenia, a duração da psicose não tratada tem vindo a ter a sua importância confirmada; as demoras no tratamento têm probabilidade de acarretar piores resultados (Mc Gony, 2000; Thara e col., 1994)¹.

→ Continuidade de Cuidados

As necessidades dos doentes e suas famílias são complexas e mutáveis e a continuidade dos cuidados é importante. Isso requer mudanças na forma como os cuidados são organizados actualmente. Algumas das medidas para assegurar a continuidade de cuidados compreendem:

- Estruturas para grupos de doentes com os mesmos diagnósticos/problemas;
- Desenvolvimento de competências nos prestadores de cuidados;
- Prestação de cuidados aos doentes e às suas famílias pela mesma equipa de tratamento;
- Educação em grupo de doentes e suas famílias;
- Descentralização dos serviços;
- Integração dos cuidados nos cuidados de saúde primários.

→ Parcerias com Doentes e Famílias

O papel positivo das famílias nos programas de cuidados em saúde mental foi reconhecido há relativamente pouco tempo. A visão

anterior da família como factor causal não é válida. O papel das famílias estende-se agora para além dos cuidados do dia-a-dia, chegando à acção organizada a favor dos doentes mentais. Essa acção teve um papel predominante na mudança da legislação sobre saúde mental nalguns países, bem, como noutros, na melhoria dos serviços e no desenvolvimento de redes de apoio.

O trabalho com as famílias para reduzir as recaídas foi sempre considerado um complemento da medicação de manutenção e não a sua substituta. De facto, já se demonstrou que a terapia familiar, quando acrescentada à medicação antipsicótica, é mais eficaz do que a medicação pura e simples na prevenção das recidivas na esquizofrenia (Pharaoh e col., 2000)².

A formação de redes familiares criou parcerias entre prestadores de cuidados e profissionais. Além de proporcionar apoio mútuo, muitas redes converteram-se em defensoras, educando o público em geral, aumentando o apoio por parte dos formuladores de políticas, combatendo o estigma e a discriminação.

Alguns exemplos de redes de apoio são:

- Alcoólicos Anónimos
- Grupos de auto ajuda
- Formação profissional
- Formação de redes familiares ou organizações de apoio familiar – “passagem dos cuidados passivos aos cuidados activos” (info@world-squizophrenia.org)¹.

É ainda de salientar, relativamente à for-

mação profissional dos doentes, que no Ministério da Saúde da Província da Columbia Britânica (Canadá), uma pessoa com perturbação mental foi recentemente nomeada para o cargo de Director de cuidados alternativos, colocando-se assim numa posição forte para influenciar a política e os serviços de saúde mental.

→ **Envolvimento da Comunidade Local**

As crenças, atitudes e respostas sociais definem muitos aspectos dos cuidados de saúde mental. Os portadores de doenças mentais são membros da sociedade e o ambiente social contribui para a recuperação e a reintegração. Quando é negativo, pode reforçar o estigma e a discriminação. Entre os esforços para aumentar o envolvimento das comunidades locais contam-se a disseminação de informações correctas sobre perturbações mentais e o uso de recursos da comunidade para iniciativas específicas. O caminho mais importante para trazer mudanças à comunidade é o uso dos veículos de comunicação de massas em campanhas educativas orientadas para o público em geral. Por exemplo, o Dia Mundial da Saúde 2001 – “cuidar sim, excluir não”. A Associação Mundial de Psiquiatria lançou em diversos países um programa de combate ao estigma e à discriminação contra os que sofrem de esquizofrenia, utilizando os media, as escolas e os membros das famílias como agentes de mudança.

Um dos melhores exemplos de como as

comunidades se podem transformar em prestadoras de cuidados é encontrado na pequena cidade belga de Ghel, sede do que é, sem dúvida, o programa comunitário de saúde mental mais antigo no mundo ocidental. Desde o século XIII, mas com origens talvez ainda no século VIII, as pessoas com doenças mentais graves são acolhidas de braços abertos pela Igreja de Santa Dympha ou por famílias adoptivas da cidade, com as quais vivem frequentemente por muitas décadas. Hoje, tais famílias em Gheel cuidam de cerca de 550 doentes, metade dos quais têm empregos em oficinas protegidas.

→ Integração nos Cuidados de Saúde Primários

Outro princípio importante que desempenha um papel crucial na organização dos cuidados em saúde mental é a integração nos cuidados primários de saúde com a declaração de Alma-Ata. A preparação do pessoal dos cuidados de saúde primários e dos cuidados de saúde em geral para detectar e tratar perturbações mentais e comportamentais comuns é uma importante medida de saúde pública. Esta preparação pode ser facilitada pela ligação com os técnicos de saúde mental na comunidade.

A articulação entre os cuidadores dos cuidados primários e os de saúde mental pode reduzir a institucionalização e melhorar a saúde mental dos utentes.

INGREDIENTES DOS CUIDADOS

O controlo das perturbações mentais e comportamentais pede uma combinação equilibrada de três ingredientes fundamentais¹:

- Medicação / Farmacoterapia;
- Psicoterapia e
- Reabilitação psicossocial.

O tratamento deve ser dimensionado segundo as necessidades do indivíduo. Estas mudam com a evolução da doença e com a mudança das condições de vida do doente (Fig.1).



Figura 1 - Necessidades das pessoas com perturbações mentais (relatório mundial da saúde, 2001).

→ Psicoterapia

A psicoterapia refere-se a intervenções planeadas e estruturadas visando influenciar o comportamento, o humor e os padrões emocionais de reacção face a diferentes estímulos, com uso de técnicas verbais e não verbais. Não faz parte da psicoterapia o uso

de qualquer meio bioquímico ou biológico. Várias técnicas e abordagens, derivadas de diferentes fundamentos teóricos, têm mostrado a sua eficácia em relação a diversas perturbações mentais e comportamentais. Contam-se, entre elas, a terapia cognitivo-comportamental, a terapia interpessoal, as técnicas de relaxamento e as terapias de apoio.

Recentemente vieram à tona indícios animadores em relação ao custo/eficácia das abordagens psicoterapêuticas no tratamento de psicoses e de toda uma série de perturbações do humor relacionadas com o stress, em combinação com a farmacoterapia ou como alternativa a ela. Uma constatação que sempre aparece nas pesquisas é a de que as intervenções psicológicas levam a um aumento de satisfação da concordância com o tratamento, o que pode contribuir significativamente para reduzir as taxas de recorrência e limitar as hospitalizações.

David Goldberg foi uma figura muito influente na expansão da enfermagem britânica em saúde mental. Apoiou iniciativas de formação destinadas aos enfermeiros psiquiátricos comunitários e prestou um auxílio inestimável à disseminação dessa formação (actualmente conhecida como “thorn programme”) através de todo o Reino Unido e, agora também, internacionalmente. Levou à criação de uma cátedra de enfermagem de psiquiatria em 1995. O seu apoio permanente fez com que a secção do Instituto de Psiquiatria possua actualmente o mais vasto portfolio da Europa

sobre investigação em enfermagem no âmbito da saúde mental. A secção de enfermagem desenvolve hoje em dia diversas inovações em termos de formação para enfermeiros, incluindo a área médico-legal, neuropsiquiatria, terapia cognitivo-comportamental².

Alguns exemplos de intervenções específicas nesta área são:

- Intervenções familiares na esquizofrenia
- Métodos cognitivo-comportamentais
- Gestão da medicação
- Aspectos das funções do gestor de casos clínicos
- Abordagens com base na investigação, junto das famílias

Em 1972, Isaac Marks criou um programa experimental com a duração de 3 anos no Maudsley Hospital. Testou-se a hipótese de que os enfermeiros poderiam receber formação como terapeutas comportamentais num grupo bem definido de perturbações, as quais, nessa altura, mostravam responder ao tratamento comportamental. Sugeriu que 10% dos doentes em ambulatório poderiam beneficiar com esta abordagem (Marks e col, 1977)². Reconheceu também que existia acentuada falta de psiquiatras e psicólogos adequadamente treinados e que seria necessário procurar outros profissionais para disseminar esta forma de tratamento. Marks estava persuadido de que os enfermeiros constituíam uma escolha lógica para esta função, dado que possuíam a necessária experiência e formação em doenças mentais.

A auto-ajuda tem sido cada vez mais reconhecida como um método valioso para tratar os problemas de saúde mental.

Em 1978, na Grã-Bretanha, Marks foi um importante elemento na criação das organizações de auto-ajuda. Houve, de facto, um crescimento das publicações de material de auto-ajuda (livros, suportes áudio e vídeo) para um aconselhamento comportamental estruturado, nomeadamente em relação aos problemas fóbicos e obsessivos.

Na década de 1980 surgiu o primeiro programa informático destinado à auto-ajuda. Foram depois desenvolvidos outros programas informáticos para várias perturbações (POC, depressão).

O enfermeiro tem, sem dúvida, um papel importante no desenvolvimento destes programas, no sentido de coordenar os locais de tratamento e dar assistência aos pacientes em dificuldades específicas ou quando deixam de responder ao tratamento.

→ **Reabilitação Psicossocial**

A reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade.

As estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do utente, o contexto no qual é promovida a reabilitação

e as condições culturais e socioeconómicas nos quais o indivíduo está inserido. As redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem aspectos da reabilitação psicossocial. Os seus principais objectivos são³:

- Emancipação do utente;
- Redução da discriminação e do estigma;
- Melhoria da competência social individual e
- Criação de um sistema de apoio social de longa duração.

A reabilitação psicossocial é um dos componentes do tratamento abrangente em saúde mental com base na comunidade. Permite a muitas pessoas adquirir ou recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade e ensinar-lhes a maneira de fazer face às suas incapacidades. Inclui assistência no desenvolvimento das aptidões sociais, interesses e actividades de lazer, que dão um sentido de participação e de valor pessoal. Ensina também aptidões de vida, tais como regime alimentar, higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, fazer orçamentos, manter a casa e usar diferentes meios de transporte.

A pessoa é tratada e inserida na comunidade, exigindo a intervenção de uma equipa multidisciplinar e uma articulação com a família, a escola, diversas associações e organizações (Fig.II).

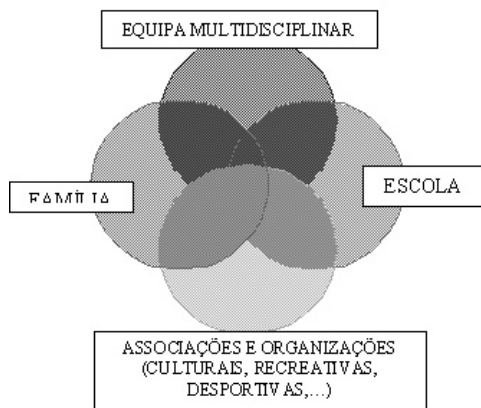


Figura II - Diagrama representativo das principais valências no trabalho comunitário.

PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA

A psiquiatria comunitária tem por base um modelo preventivo, o qual tem como principal objectivo a detecção e intervenção precoce nas situações de risco para a saúde da pessoa e das populações.

O enfermeiro é uma “peça” fundamental na identificação precoce das possíveis situações de problemas mentais e para a desmistificação de todos os preconceitos ainda existentes. Neste contexto, existem um conjunto de acções da responsabilidade do enfermeiro que se poderão ter em linha de conta, conferindo-lhe um papel de grande relevância, de entre as quais:

- Sensibilizar para a importância de estilos de vida saudáveis;

- Identificar com o utente potenciais factores de stress de modo a prepará-lo para situações stressantes esperadas e intervir na crise;
- Fomentar a criação de grupos de auto-ajuda e aconselhamento (idosos, viúvos, AA);
- Privilegiar as visitas domiciliárias para avaliação do contexto sócio-familiar;
- Sensibilizar para a importância do relaxamento nas pessoas com profissões consideradas de maior stress;
- Promover abertura nas relações pessoais e familiares e
- Participar activamente nos projectos educativos da escola no âmbito da promoção da saúde mental e prevenção da doença.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS – Relatório Mundial da Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002.
 2. TANSELLA, Michele; THORNICROFT, Graham – Perturbações mentais comuns nos cuidados primários. Lisboa: Climepsi, 2001.
 3. ORNELAS, José e tal – Participação e Empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares. Lisboa: AIEPS Edições, 2005.
- www.ordemenfermeiros.pt