



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

Relatório de Estágio

**Narrativa de Vida: Intervenções de Âmbito  
Psicoterapêutico no Sofrimento Emocional**

**Clara Sofia de Jesus Rodrigues Galvão Almeida**

**Lisboa  
2019**



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

Relatório de Estágio


**Narrativa de Vida: Intervenções de Âmbito**  
**Psicoterapêutico no Sofrimento Emocional**

**Clara Sofia de Jesus Rodrigues Galvão Almeida**

**Orientador:** Professor Doutor Joaquim Manuel de Oliveira Lopes

**Lisboa**  
**2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **AGRADECIMENTOS**

À minha família e amigos pelo apoio e por serem o meu porto de abrigo durante esta caminhada....

Ao Professor Joaquim Lopes pela sua disponibilidade, partilha de conhecimentos e doura orientação

À Enfermeira Martina pela disponibilidade, partilha de conhecimentos e me introduzir ao termo externalização...

Ao Enfermeiro Ricardo pela disponibilidade, partilha de reflexões e ter-me possibilitado a ampliação do meu autoconhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e profissional...

À Enfermeira-Chefe do meu serviço pelo apoio e disponibilidade de horário fornecidos durante este ano e meio...

Aos meus colegas, pelo apoio e compreensão demonstrados...

Aos utentes que me receberam e partilharam as suas vivências e experiências de doença e sofrimento comigo, ajudando-me a crescer como pessoa e profissional neste percurso para me tornar Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica...

O todos o meu Muito Obrigada...

## **Lista de Abreviaturas**

AVD – Atividades de Vida Diária

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica

## RESUMO

A experiência de doença contempla em si um determinado nível de sofrimento, seja ele físico, psicológico, espiritual ou social. Contudo, quando se trata da experiência de doença mental ou do confronto com a inevitabilidade da morte, o sofrimento emocional que comporta pode adquirir contornos incomensuráveis (Wright, 2005).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica detém competências específicas que lhe permitem desenvolver intervenções psicoterapêuticas dirigidas à mitigação desse sofrimento à obtenção de ganhos em saúde dos seus clientes.

Estas intervenções psicoterapêuticas, apesar de regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros, carecem de teorização e desenvolvimento clínico. Neste contexto, uma vez que a Narrativa de Vida se apresenta na literatura como uma intervenção que pode ser utilizada com uma finalidade psicoterapêutica, na primeira parte deste relatório pretendeu-se compreender como a Narrativa de Vida pode ser utilizada enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o objetivo de diminuir o sofrimento emocional.

No sentido de compreender esta intervenção à medida que esta se foi desenvolvendo optou-se pela utilização do método clínico, que considera a singularidade da pessoa cuidada e que articula, em simultaneidade, uma dimensão cuidativa e uma investigativa.

A intervenção decorreu em contexto de reabilitação psicossocial com um cliente doença mental grave e em contexto de cuidados paliativos, com um cliente em fim de vida. Ambos com indicadores de sofrimento emocional. A Narrativa de Vida como intervenção psicoterapêutica de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica demonstrou, nestes clientes, contribuir para a diminuição do seu sofrimento emocional.

Na segunda parte do documento é feita, a partir das aprendizagens proporcionadas pelo presente Curso de Mestrado, a análise reflexiva do desenvolvimento que fizemos das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Intervenção Psicoterapêutica, Narrativa de Vida, Sofrimento Emocional, Desenvolvimento de Competências

## **ABSTRACT**

The experience of sickness contemplates in itself a certain level of suffering, be it physical, psychological, spiritual or social. However, when it comes to the experience of mental illness or confrontation with the inevitability of death, the emotional suffering it entails may acquire immeasurable contours (Wright, 2005).

The Nursing Specialist in Mental Health and Psychiatric has specific competencies that allow her to develop psychotherapeutic interventions aimed at mitigating this suffering to obtain health gains from her clients.

These psychotherapeutic interventions, although regulated by the Order of Nurses, lack theorization and clinical development. In this context, since the Life Narrative is presented in the literature as an intervention that can be used for a psychotherapeutic purpose, the first part of this report was intended to understand how the Life Narrative can be used as a psychotherapeutic intervention in Nursing of Mental Health and Psychiatric in order to reduce emotional distress.

As a mean to understand this intervention as it developed, we chose to use the clinical method, which considers the uniqueness of the person cared for and that, simultaneously, articulates a caring and investigative dimension.

The intervention took place in the context of psychosocial rehabilitation with a client with severe mental illness and in the context of palliative care with an end-of-life client. Both with indicators of emotional distress. The Life Narrative as a psychotherapeutic intervention of Mental Health and Psychiatric Nursing has shown, in these clients, to contribute to the reduction of their emotional suffering.

In the second part of the document, the reflective analysis of the development of the common and specific competences of the Nursing Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing is made, based on the learning provided by this Master Course.

**Keywords:** Mental Health and Psychiatric Nursing, Psychotherapeutic Intervention, Life Narrative, Emotional Suffering, Competence Development

# ÍNDICE

	Página
<b>Introdução</b> .....	9
<b>PARTE 1 – A Narrativa de Vida como Intervenção psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</b>	
1. Fundamentação Teórica .....	13
1.1 O sofrimento Emocional como foco da atenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica .....	13
1.1.1 O Sofrimento Emocional na Doença Mental .....	14
1.1.2 O Sofrimento Emocional em Fim de Vida .....	15
1.2 O Sofrimento Emocional como foco da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica .....	16
2. Estudo Empírico.....	19
2.1 Delimitação da Problemática .....	19
2.2 Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica .....	24
2.3 Questão de Investigação .....	25
2.4 Objetivos do estudo .....	25
2.5 Opções Metodológicas .....	26
2.5.1 Tipo de Estudo .....	26
2.5.2 Participantes .....	28
2.5.3 Considerações éticas .....	29
3.O encontro com o Outro e a compreensão da sua experiência .....	30
4. A Narrativa de Vida como intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica .....	31
4.1 Síntese teórico- reflexiva sobre a utilização das Narrativas de Vida no sofrimento emocional do cliente do caso 1 (Contexto Comunitário) .....	31
4.2 Síntese teórico- reflexiva sobre a utilização das Narrativas de Vida no sofrimento emocional do cliente do caso 2 (Contexto Internamento) .....	42
4.3 Reflexão final .....	50
5. Implicações disciplinares e profissionais .....	52
<b>PARTE 2 – O Desenvolvimento das Competências Especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</b>	
1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	57
2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica .....	61

3. Considerações Finais ..... 65

**Referências Bibliográficas** ..... 67

**Apêndices**

Apêndice I – Pedidos de Autorização aos Diretores Clínicos

Apêndice II – O Encontro com o Outro: Diários de Campo

Apêndice III – Competências e Atividades

**Anexos**

Anexo I – Formulário de Pedido de Autorização à Comissão de Ética

## Índice de Quadros

	Página
<b>Quadro 1</b> – Stressores e Padrões de Resposta do Caso 1 .....	35
<b>Quadro 2</b> – Stressores e Padrões de Resposta do Caso 2 .....	45

## INTRODUÇÃO

A experiência de doença contempla em si um determinado nível de sofrimento, seja ele físico, psicológico, espiritual ou social. Contudo, quando se trata da experiência de doença mental ou do confronto com a inevitabilidade da morte, o sofrimento emocional que comporta pode adquirir contornos incomensuráveis (Wright, 2005).

Segundo o explanado no regulamento das competências específicas do EESMP emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2010), a pessoa em processo de sofrimento e/ou de doença mental apresenta ganhos em saúde ao ser cuidado por um EESMP, pelo entendimento único que detém do sofrimento e capacidade de se mobilizar como instrumento terapêutico.

Do exposto ressalva-se a importância do exercício dos EESMP não apenas nos serviços de psiquiatria e saúde mental, mas em áreas de atendimento em que os contornos do sofrimento, e em especial o emocional, ultrapassam o limiar do suportável, impedindo a pessoa de experienciar e se apropriar do mesmo, ultrapassando-o.

Não obstante os contributos que a componente teórica deste mestrado forneceu no meu percurso para me tornar Enfermeira Especialista em SMP, o desenvolvimento das competências inerentes à prática de enfermagem avançada apenas podem ser consolidadas através da prática experienciada, supervisionada e refletida (Benner, 2001).

O desenvolvimento de um projeto na área da saúde mental, concretamente aplicado ao sofrimento emocional na doença mental e em fim de vida, decorre de inquietações formadas na minha prática clínica em Psiquiatria, Medicina e Cirurgia, e da necessidade de consolidar competências que me permitissem ajudar a pessoa no confronto com o mesmo.

Este relatório consiste numa análise crítica e reflexiva do percurso efetuado na aquisição das competências de EESMP durante a realização dos estágios em contexto comunitário e de internamento, ancorada na evidência científica, realçando as atividades desenvolvidas, com enfoque na intervenção psicoterapêutica desenvolvida, nos ganhos obtidos e as competências adquiridas.

Deste modo são objetivos do mesmo:

- Desenvolver o papel do EESMP nos cuidados à pessoa com experiência de doença mental e em fim de vida e sua família, bem como contributos na abordagem e alívio do sofrimento emocional;
- Analisar crítica e reflexivamente o percurso efetuado assente na evidência científica, na minha prática e na prática observada nos locais de estágio.

De modo a dar resposta aos objetivos acima, encontra-se estruturalmente constituído por duas partes: A primeira parte respeitante à aplicação da Narrativa de Vida como Intervenção Psicoterapêutica no Sofrimento Emocional, que comporta a Fundamentação Teórica e o Estudo Empírico, e a segunda parte respeitante à análise reflexiva do desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EESMP. Seguem-se as Referências Bibliográficas e os Apêndices e Anexos, pela ordem de relevância adquirida na ilustração do percurso efetuado.

Para a construção da Fundamentação Teórica foi realizada uma pesquisa bibliográfica na biblioteca da ESEL e em diversas bases de Dados (B-On, Medline, Cinhal e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal). As referências bibliográficas foram elaboradas segundo as normas da American Psychological Association.

## **Parte 1 – A Narrativa de Vida Como Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**



## 1. Fundamentação Teórica

### 1.1 O sofrimento Emocional como foco da atenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

O sofrimento constitui-se como um foco de atenção da Enfermagem, e surge como diagnóstico nas classificações de Enfermagem (NANDA, 2018; CIPE 2017), sendo definido como uma necessidade de tolerar condições devastadoras, associada a emoções negativas como tristeza, ansiedade, perda de identidade e perda do sentido da vida.

O sofrimento emocional surge quando a experiência de emoções negativas é percebida como ameaçadora e os mecanismos de *coping* e regulação emocional incapazes de estabelecer o equilíbrio (Gouveia, 2014).

Esta percepção é influenciada pelas experiências de vida, as crenças e valores, as estratégias de *coping*, a cultura, o meio social e o significado pessoal do momento.

Podemos deste modo definir o sofrimento emocional como uma experiência desagradável multifatorial, que envolve aspetos emocionais, cognitivos, comportamentais e espirituais (Santre, Rathod e Maidapwad, 2014).

Este pode fazer-nos sentir indefesos, incapacitados, angustiados, com medo, revoltados, agressivos e frustrados, mas também nos desperta para algo que não está bem na nossa vida. Obriga-nos a permanecer vigilantes e em busca de soluções. No entanto, não é apenas a presença da emoção que provoca o sofrimento, mas a intensidade com que se apresenta e a percebemos, bem como o modo como lidamos e reagimos a essa emoção (Santre, Rathod e Maidapwad, 2014).

Isto não significa que devemos desejar o sofrimento, mas sim aceitá-lo quando ocorre, integrá-lo na nossa experiência e crescer com o processo. Quando não aceitamos o sofrimento, quando não nos permitimos vivenciá-lo, este torna-se como uma ferida aberta na nossa psique, que jamais sarará, capaz de nos fazer adoecer e de nos incapacitar para gerir adequadamente outros aspetos da nossa vida, surgindo a experiência da doença mental (Rodrigues, 2001).

Aceitar e permitir-nos vivenciar o sofrimento dá-nos o acesso à característica humana mais importante para qualquer um de nós: a compaixão. É esta característica que possibilita que o sofrimento do outro tenha uma profunda ressonância em nós, sem que, no entanto, nos afundemos neste e o tornemos nosso. Para tal é necessário

que deixemos de fugir do nosso sofrimento e do sofrimento do outro, e o aceitemos e abracemos. Apenas desta forma conseguiremos reagir-lhe de forma adequada a ajudar o outro a realizar o mesmo processo.

Contudo, para que possa atuar como um motor para o desenvolvimento pessoal, o sofrimento emocional necessita ser ultrapassado, de seguirmos adiante quando nos fixamos num momento ou situação desagradável, tornando-se numa fonte de aprendizagem acerca de nós próprios, das nossas emoções e como as gerimos, de como enfrentamos os problemas (Rodrigues, 2001).

### **1.1.1 Sofrimento Emocional na Doença Mental**

A doença mental, especialmente a doença mental grave, causa uma disrupção na história de vida da pessoa, bem como na sua identidade. O sofrimento emocional surge como resultado desta disrupção e das perdas sucessivas causadas pela doença e pelo estigma e rejeição associados a esta.

A pessoa com doença mental é muitas vezes marginalizada pela família e amigos, devido a comportamentos social e moralmente inaceitáveis ocorridos durante um episódio da doença (sendo a pessoa considerada perigosa), o que pode conduzir a um isolamento e a uma necessidade de omitir a doença (Sitvast, Abma e Widdershoven, 2010, Magadla e Magadla, 2014).

Deste modo, torna-se difícil estabelecer e/ou manter relacionamentos afetivos ou sociais com outros, diminuindo o sentimento de pertença, fundamental na nossa vida, pois transmite um sentimento de segurança e aumento da auto-estima. O estigma e a marginalização, para além dos sintomas associados à doença, dificultam a possibilidade de conseguir um novo trabalho ou o regresso ao posto anterior de trabalho, comprometendo sentimentos positivos de pertença, felicidade e utilidade (Magadla e Magadla, 2014; Björkmark e Koskinen, 2016).

Com a doença mental, surgem diversas perdas: a perda de identidade secundária à perda de papéis pela incapacidade de gerir diversos aspetos da nossa vida, diminuição do autoconceito devido a alterações da auto-imagem (secundárias à terapêutica e sintomatologia, que alteram a forma como a pessoa se vê) pela dependência de outrem (devido à perda de emprego e de rendimentos) e pela hospitalização (com retirada da capacidade de decisão e da liberdade) (Rodrigues, 2001; Björkmark e Koskinen, 2016).

Estas perdas causam na pessoa diversos e intensos sentimentos negativos com um importante impacto no bem-estar emocional: revolta (pela doença, pela hospitalização, pela perda da identidade anterior), vergonha (pelo estigma da doença mental e por comportamentos socialmente não aceitáveis), Desesperança (por não ser capaz de recuperar a anterior identidade), solidão (pelo estigma e marginalização) e inutilidade (pela incapacidade em manter os papéis anteriores) (Sitvast, Abma e Widdershoven, 2010).

Estes mergulham a pessoa num profundo sofrimento emocional, que esta deve ser capaz de expressar, aceitar e permitir-se vivenciar, de modo a ultrapassá-lo e construir uma nova história de vida positiva e adequada à atual realidade, atingindo o bem-estar emocional.

### **1.1.2 Sofrimento Emocional em Fim de Vida**

Quando confrontado com a morte, o Ser Humano questiona-se sobre o sentido da vida e da morte, e não sabe como reagir face à ideia da morte iminente, à incerteza do futuro e ao desgosto e desespero de ter de se despedir da vida e dos que ama, ou como enfrentar uma certeza (a morte) que só conhecemos através dos outros e que nunca experienciámos (Hennezel e Leloup, 2001, Santos, 2009).

Nesta fase emergem questões ligadas com acontecimentos passados, as relações com as pessoas que ama e assuntos pendentes, surgindo uma necessidade de aproximação, de resolução de conflitos e de união. A pessoa fica emocionalmente mais vulnerável, surgindo uma necessidade de afeto, de expressar as suas emoções e preocupações, de ser ouvida e compreendida.

Uma das grandes fontes de sofrimento da pessoa em fim de vida são as perdas sucessivas daquilo que constrói a sua identidade, o que somos: os papéis que desempenhamos. A progressão da doença, com aumento da dependência de outrem e a necessidade de se afastar dos papéis familiares, profissionais e sociais que ocupava causa uma crise de identidade na pessoa, um sentimento de inutilidade e impotência (Martins, 2011; Ferreira, 2013).

Alterações na imagem corporal provocam uma diminuição do autoconceito e do respeito por si. Estas tornam a morte evidente, e nem todas as pessoas conseguem permanecer junto da pessoa e confrontar-se com a inevitabilidade da morte. A maior parte das pessoas tendem a afastar-se desta realidade, e a esta fase é muitas vezes associado um forte sentimento de isolamento e solidão, podendo surgir o desejo de

abreviar a vida. Neste contexto surge a necessidade de afeto, de pertença, de ser amado e acarinhado, apesar do seu aspeto (Martins, 2011; Rezende, 2011; Sapeta, 2011).

Para que a pessoa consiga ultrapassar esse sofrimento é necessário realizar o luto das perdas que vão ocorrendo durante o processo de doença e morte. Deve progressivamente despedir-se dos compromissos sociais, comunitários e profissionais, realizando a transferência de papéis e responsabilidades sociais, legais e fiscais, sendo capaz de exprimir pena, gratidão, apreciação e perdão ao fazê-lo (Sapeta, 2011).

Todo este processo desencadeia um turbilhão de emoções de grande intensidade como o medo (da dor, do desconhecido, da incerteza, do sofrimento, do futuro), a culpa (por atos cometidos que a pessoa percebe como recrimináveis), de impotência (pela dependência física, económica), tristeza (pela separação física, psicológica e emocional dos que ama), repugnância e nojo (secundários à alteração da auto-imagem) (Ferreira, 2013; Hennezel e Leloup, 2001; Manso, 2008; Martins, 2011; Rezende, 2011, Santo, 2015).

A comunicação aberta e sincera, permite à pessoa a expressão de sentimentos e a criação de uma relação terapêutica. Quando esta relação se estabelece, os clientes sentem segurança perante o profissional para verbalizarem anseios, medos e dúvidas e participarem com este no estabelecimento de um plano de cuidados personalizado e que responda às necessidades da pessoa em fim de vida (Frias, 2008; Chaves et al, 2016).

## **1.2 O Sofrimento Emocional como foco da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica**

As pessoas que se encontram a vivenciar um processo de sofrimento obtêm ganhos em saúde quando cuidadas por um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Estes detêm uma compreensão particular dos processos de sofrimento e sua implicação no projeto de vida da pessoa.

A especificidade da especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica consiste no uso, por parte destes enfermeiros, de competências psicoterapêuticas para desenvolver um juízo clínico singular, distinto das restantes especialidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Ademais de se mobilizar a si próprio enquanto instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades que durante a sua prática lhe conferem competências de intervenção psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Estas permitem-lhe estabelecer uma relação de confiança e parceria com o cliente, aumentar o seu insight sobre os problemas, capacidade de mobilizar novas formas de os perceber e resolver, bem como o desenvolvimento de relações intra e interpessoais gratificantes (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O sofrimento emocional em fim de vida reveste-se de um carácter subjetivo e avassalador pela ameaça real, e não apenas imaginária, que coloca à integridade da pessoa. Isto coloca ao Enfermeiro um enorme desafio: confrontar-se com as suas próprias emoções e mortalidade, bem como com a dos que lhe são próximos. Contudo, pode ser difícil e fonte de grande desconforto lidar com sentimentos tão fortes e pessoais (Grunfeld et al, 2004; Tsigaropoulos et al, 2009; Santos, 2009; Chaves et al, 2016).

A ajuda no processo de perda e luto é uma das intervenções especializadas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, definida na Classificação das Intervenções de Enfermagem (Bulechek, 2010).

Uma das primeiras “tarefas” do Enfermeiro que ajuda a pessoa em sofrimento emocional é conhecer o significado do sofrimento para a pessoa, ajudá-la a perceber que o sofrimento está presente e a mobilizar os recursos internos e externos para o enfrentar, fazendo com que participe ativamente na tomada de decisões relativamente aos cuidados, com responsabilidade.

Promover a construção de um sentido para a doença e o sofrimento, para a sua vida e existência, pode transformar a experiência numa possibilidade de crescimento e a encarar mais facilmente o sofrimento (Sapeta, 2011).

Para que o Enfermeiro seja capaz providenciar este auxílio deve criar-se um padrão de comunicação entre a pessoa, a família e a equipa de saúde, não evitando a interação emocional; escutar ativamente a pessoa; respeitar sempre os seus direitos e individualidade; transmitir uma esperança realista, ajudando a pessoa a ajustar os seus objetivos a curto prazo; permitir a expressão de sentimentos e do seu impacto; criar uma relação empática, demonstrando capacidade de se colocar no lugar do outro e compreender o que este sente; criar credibilidade, não se comprometendo com algo que não possa cumprir e dizer sempre a verdade; ter atenção ao que se diz, como se diz e onde se diz; utilizando linguagem que a pessoa compreenda (Sapeta, 2011).

Ao adquirir um maior conhecimento sobre si próprio e os seus sentimentos, sobre como enfrenta o sofrimento, o enfermeiro tem mais possibilidades de prestar um bom apoio psicoemocional à pessoa, percecionando os sinais de sofrimento emocional, ou seja, compreender a perspetiva da outra pessoa, nas suas formas de ver e de pensar, implicando assim um cuidado empático.

Esta competência emocional, tal como as outras também se aprende, levando a que nos preocupemos com a pessoa e mobilizando-nos para a ajudar. A compreensão empática implica conhecimentos, mas também a perceção, a sensibilidade, e a sintonização, a disposição para sentir e apreender os sentimentos, as necessidades e as emoções da pessoa, e ter a capacidade de expressar essa preocupação empática. Implica também estarmos atentos aos nossos próprios sentimentos nestes cuidados. Prestar um apoio psicoemocional adequado exige tempo, disponibilidade e um espaço próprio (Goleman, 2012).

Esta capacidade remete-nos para a 1ª competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, que consiste num *“elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, Anexo1, p.3).

Perante a existência deste sofrimento, é compreensível e expectável que a pessoa possa experienciar elevados níveis de ansiedade e depressão, por vezes até com ideação suicida (Barbosa, 2016).

Uma das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica consiste em utilizar *“técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, Anexo I, p.4).

Deste modo, como Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica é nossa função desenvolver intervenções que promovam o reconhecimento, verbalização e gestão destas emoções negativas e a prevenção do sofrimento emocional, melhorando a qualidade de vida da pessoa, que se traduz em ganhos em saúde e para o cliente.

## 2. Estudo Empírico

### 2.1. Delimitação da Problemática

A intervenção psicoterapêutica define-se como a utilização informada e intencional de métodos clínicos e posturas interpessoais derivadas de princípios psicológicos estabelecidos com o propósito de assistir a pessoa na mudança de comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais que os intervenientes considerem desejável (Sampaio, Sequeira e Lluch-Canut, 2014).

As intervenções psicoterapêuticas visam a expressão de pensamentos e sentimentos causadores de sofrimento, bem como a regulação emocional face às experiências de vida (Schmidt, Gabarra, e Gonçalves, 2011).

Estas permitem uma compreensão dos processos de doença; reestruturar pensamentos e cognições alterados; reforçar o sentido de responsabilidade e estratégias de *coping*; ampliar ou adquirir competências de regulação emocional e resolução de problemas; fomentar a adesão terapêutica e reestruturação de padrões de comportamento (Mullen, 2009).

É através destas que a relação com o outro adquire um cariz terapêutico, constituindo-se como um veículo de desenvolvimento pessoal e maturação para ambos os intervenientes. Para o enfermeiro, esta permite-lhe uma ampliação do conhecimento de si, dos seus referenciais pessoais e profissionais e de que forma os mobiliza no decorrer da mesma (Challifour, 2008), enquanto se espera que para o cliente se constitua como um veículo de maturação, consciencializando-o das suas capacidades e auxiliando-o a mobilizá-las para produzir mudanças positivas e que diminuam o sofrimento (Peplau, 1990).

Tendo como finalidade a diminuição do sofrimento emocional, após uma pesquisa bibliográfica, reflexão pessoal e discussão com os orientadores, pretendi desenvolver a Intervenção Psicoterapêutica Narrativa de Vida como modo de o cliente se repensar, resignificar, desenvolver um sentido para a vida e de valorização, bem como criar estratégias e perspetivas para o futuro.

Esta constitui-se como facilitadora do processo de tomada de consciência de si, surgindo o enfermeiro como facilitador do acesso aos processos internos, tornando a pessoa mais apta na gestão das dificuldades experienciadas.

As intervenções psicoterapêuticas promovem a comunicação intra e interpessoal utilizando mediadores que dão primazia aos sentimentos, emoções,

memórias e sentidos, com o objetivo de ampliar competências e evidenciar capacidades que a pessoa possui (Ferraz, 2009).

Contar histórias é intrínseco ao ser humano e um meio de dar sentido ao mundo e às experiências, através de um processo de construção de significados. As percepções e os construtos mediante os quais nos experienciamos e ao mundo são moldados através de expectativas e crenças fundamentais desenvolvidas por meio da experiência única e cultura partilhadas.

A Narrativa de Vida, enquanto intervenção psicoterapêutica, consiste no conto de uma sequência temporal conectada de ações particulares desempenhados por, e eventos particulares que acontecem, à pessoa que os narra. Este exercício promove a reflexão e a atribuição e construção de novos significados para a experiência vivida (Clark, 2018).

A compreensão da história individual de cada um, do modo que este escolhe descrevê-la, dá-nos acesso ao mundo psíquico do outro, e é reconhecido como tendo valor terapêutico profundo, através da qual a pessoa ressignifica eventos de vida, incorpora novos significados para a doença e o sofrimento, clarifica a vivência do processo, amplia sentidos alternativos e cria algo que permanecerá após a sua morte. Oferece um meio não farmacológico de abordar questões existenciais (Romanoff e Thompson, 2006; Campos-Brustelo, Bravo e Santos, 2010; Clark, 2018).

Nesta abordagem, a Terapia Narrativa é uma forma de psicoterapia fundada por Michael White e David Epsom em 1980, e tem como finalidade fazer o cliente tomar consciência da forma como constrói a sua história de vida dominante (Burgin e Gibbons, 2016).

Compreender a vida humana segundo uma perspetiva narrativa consiste em encarar a identidade da pessoa como resultado dos significados que atribui aos eventos experienciados ao longo da vida, o que significa que a identidade da pessoa se constrói durante o seu percurso de vida, fruto das suas vivências.

A elaboração da Narrativa serve de base à construção de um inventário de capacidades e competências, compondo um portfólio que se constitui um recurso que pode ser mobilizado nos mais diversos contextos, e exige uma narração de si, com recurso a recordações-referências que balizam a linha de vida, exigindo uma atividade psicossomática a diversos níveis (Josso, 2002).

Num plano interior implica a utilização da livre-associação para evocar as recordações-referências e organizá-las numa coerência narrativa. Estas recordações-referências implicam uma dimensão concreta ou visível, que apela às nossas

percepções ou imagens sociais, e uma dimensão invisível, que apela a emoções, sentimentos, sentido ou valores, servindo de referência a numerosas situações.

Recordações-referência são as experiências que se podem mobilizar para descrever uma situação, acontecimento, uma transformação, um complexo afetivo, contados numa história que nos apresenta ao outro de modo sociocultural, em representações, conhecimentos e valorizações, que são formas de falar de mim, das minhas identidades, da minha subjetividade. Isto conduz a uma reflexão antropológica, ontológica e axiológica (Josso, 2002).

As narrativas são representações do Self (da significação, construção e organização que a pessoa faz das experiências), do mundo e dos outros significados com quem os indivíduos interagem, e da forma como essas relações se estabelecem. São normas de ação e de visão do mundo, que exercem uma função crucial de organização do self, conferindo-lhe um sentido/significado (Antunes, 2012).

Estas agrupam e entrelaçam experiências diversas, permitindo um questionamento sobre as escolhas, inércias e dinâmicas. A organização conducente da construção da narrativa emerge do confronto entre o passado e o futuro em favorecimento do questionamento do presente (Josso, 2002).

A doença e perdas iminentes retiram por completo a coerência da narrativa de vida da pessoa, causando uma disrupção nas suas atividades diárias, identidade e futuro imaginado.

O desafio torna-se a construção e a reconstrução de uma história de vida, de escrever um novo capítulo da sua história de vida que acomode a realidade atual e a experiência vivida. Isto permite a organização do caos instalado pela doença e o desenvolvimento de novos valores que permitem vivenciar o sofrimento com aceitação e serenidade (Benedetto, Garcia e Blasco, 2010).

A terapia narrativa assenta nas qualidades e pontos fortes do cliente, e não nos seus deficits, e encara o problema como uma entidade distinta da pessoa. Através do seu discurso a pessoa toma consciência de novas perspetivas e cria novos significados para situações negativas na sua vida. Esta intervenção foca-se assim na construção de significados positivos (Ngazimbi, Lambie e Shillingford, 2008).

A narrativa de vida como intervenção psicoterapêutica no sofrimento emocional constrói-se quando, através desta, a pessoa consegue reconstruir um sentido para a vida e para a experiência de doença e sofrimento focado em interpretações e emoções positivas, centrado na pessoa e nos seus recursos em vez do problema. A terapia narrativa com abordagem emocional pode ser efetuada por enfermeiros com o

objetivo de aumentar a esperança e emoções positivas, promovendo a qualidade de vida e o bem-estar emocional. Ajuda a pessoa a viver no presente, a criar um futuro melhor e a expandir a cognição (Romanoff e Thompson, 2006; Campos-Brustelo, Bravo e Santos, 2010, Seo et al, 2015).

Embora no seu artigo se refiram a pessoas com transtorno Bipolar, as implicações desta patologia na qualidade de vida da pessoa descritos por Ngazimbi, Lambie e Shillingford (2008) podem aplicar-se à totalidade do domínio das doenças mentais: Incapacidade de desempenhar as suas funções laborais, as AVD, atividades sociais em grupo, perda de interesse em atividades de que anteriormente disfrutava, incapacidade em estabelecer e/ou manter relações afetivas. Esta dificuldade de funcionamento afeta a capacidade de pessoa de apreciar a vida e, por conseguinte, reduz a sua qualidade de vida.

O primeiro passo desta intervenção consiste em desconstruir a narrativa dominante problemática num esforço de identificar os efeitos, perigos e limitações das suas ideias e práticas.

Quando uma narrativa dominante é centralizada numa determinada interpretação rígida, levando a que a pessoa desvalorize interpretações alternativas e a sistematicamente a excluir experiências significativas, esta pode tornar-se problemática. Uma narrativa saturada por um problema ofusca emoções, sentimentos, ações, pensamentos e relações alternativas do cliente, evitando a construção de outros temas, restringe a diversidade cognitiva e afetiva, limitando as possibilidades de ação da pessoa (Antunes, 2012; Burgin e Gibbons, 2016).

As nossas experiências passadas prejudicam a nossa capacidade de estarmos no presente e sermos autenticamente nós. Porque nos identificamos com as nossas experiências, fixamo-nos nelas (Josso, 2002).

O segundo passo consiste em objetivar o problema que experienciam como opressivo. No terceiro passo identificam-se momentos que ocorrem fora da sua história dominante (Momentos de Inovação), diferentes dos que organizam a autonarrativa disfuncional e que permitem a consolidação de autonarrativas alternativas mais flexíveis.

As mudanças significativas na autonarrativa problemática surgem com a emergência destes momentos, exceções à regra, que a pessoa experiencia e que desafiam as normas que têm moldado a sua vida (Antunes, 2012; Burgin e Gibbons, 2016).

O uso destes momentos permite aos clientes criar novos significados para o presente, conduzindo-nos ao último passo.

No quarto e último passo, através da descoberta destes momentos ocorre naturalmente uma reconceptualização da sua narrativa de vida, do seu *self*, e relações, que coloca a pessoa como autor do processo de mudança, passando a olhar-se como uma “nova pessoa” com qualidades e pontos fortes desconhecidos, criando padrões comportamentais mais funcionais e que permitam diminuir as dificuldades acima descritas e aumentar a qualidade de vida (Antunes, 2012; Burgin e Gibbons, 2016; Ngazimbi, Lambie e Shillingford, 2008).

É função do terapeuta ou do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica que utiliza esta técnica enfatizar estes momentos únicos, bem como os pontos fortes e aptidões da pessoa, sempre que emergem, contribuindo para a capacidade do cliente de reconhecer que apresenta qualidades e potencialidades.

Diversos estudos demonstram que esta terapia pode ser utilizada com sucesso numa variedade de patologias, tais como Transtorno Depressivo, Transtorno Bipolar, Distúrbios Alimentares, Deficits de Atenção e/ou Hiperatividade e Stress Pós-Traumático (Antunes, 2012; Burgin e Gibbons, 2016; Ngazimbi, Lambie e Shillingford, 2008).

No que concerne à aplicação da Narrativa de Vida no contexto de sofrimento emocional em fim de vida, esta reveste-se de especificidades e objetivos diferentes. Quando falamos de Fim de Vida, esta intervenção visa a adaptação ao processo de doença e morte, facilitando o luto preparatório.

O Ser Humano é o único com consciência do fim de vida, que associa a solidão e/ou isolamento, ao encerramento de relações afetivas e significativas que construiu ao longo da vida e ao sofrimento existencial associado à irreversibilidade da morte (Oliveira, Santos e Mastropietro, 2010).

Surge a necessidade de partilhar sentimentos, crenças e factos associados ao sofrimento, de ser lembrado, de deixar a sua marca através da narrativa de vida, procurando um sentido para o sofrimento e construindo um sentimento de que a vida vale a pena viver nas condições atuais, desenvolvendo um sentido de respeito apesar do caos aparente que representa o seu estado atual (Benedetto, Garcia e Blasco, 2010; Sapeta, 2011; Martins, 2011).

Esta intervenção permite à pessoa expressar sentimentos, medos e emoções, assim como melhorar a sua capacidade de comunicação com os técnicos e família sobre o tema. Fornece um momento de catarse e de procura de paz interior para o

próprio, sendo uma fonte de inspiração para todos os que a compartilham, pois em conjunto partilham e moldam valores, crenças e modos de ver o mundo (Romanoff e Thompson, 2006; Oliveira, Santos e Mastropietro, 2010; Sapeta, 2011; Schmidt, Gabarra e Gonçalves, 2011; Martins, 2011).

Ao expressar sentimentos e emoções, e ao ser escutado nessa expressão, a pessoa constrói um sentido para o sofrimento e para a vida nas condições atuais, bem como um sentimento de pertença e de ser amado e escutado, que não extingue o sofrimento, mas o torna mais tolerável (Benedetto et al, 2009).

Neste contexto, pode ser extensível, como todas as intervenções psicoterapêuticas, à família, de modo a favorecer a partilha de sentimentos, pensamentos e emoções; a resolução de assuntos pendentes e facilitar o luto antecipatório, promovendo a saúde mental (Oliveira, Santos e Mastropietro, 2010).

Foi este o enquadramento que suscitou o interesse no objeto do meu projeto de estágio e a base para as minhas intervenções.

## **2.2. Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

De forma a operacionalizar o projeto de estágio a que me propus, dividi o meu estágio em dois (2) contextos: um contexto comunitário de intervenção com pessoas com doença mental, onde permaneci onze (11) semanas, e um contexto de internamento numa unidade de cuidados paliativos, onde permaneci sete (7) semanas.

O contexto comunitário, um projeto de psiquiatria comunitária pertencente a um hospital do concelho de Sintra, presta cuidados psiquiátricos às populações residentes na área de intervenção deste, tendo iniciado atividade em 1996. É composto por quatro equipas comunitárias de psiquiatria, inserido num modelo de prestação de cuidados psiquiátricos na comunidade e desenvolvido em parceria com o serviço de psiquiatria da instituição desde a sua fundação, sendo realizada uma reunião semanal entre as equipas comunitárias e a equipa de internamento para discussão de casos clínicos.

O local onde desenvolvi o meu estágio constitui uma dessas equipas comunitárias, que presta cuidados e acompanha clientes com doença mental grave e prolongada, o qual é efetuado por uma equipa multidisciplinar. Durante este acompanhamento é realizada psicoeducação ao cliente e família sobre a doença e terapêutica, gestão da terapêutica per os, administração de terapêutica injetável intramuscular,

acompanhamento na crise, acompanhamento e monitorização de clientes em tratamento compulsivo em regime terapêutico e gestão de conflitos.

O contexto de internamento consistiu numa unidade de cuidados paliativos integrante de uma instituição de cariz religioso da região de Lisboa e Vale do Tejo, vocacionada para os cuidados à pessoa com experiência de doença mental. São prestados nesta unidade cuidados holísticos por uma equipa interdisciplinar dirigidos à pessoa com doença avançada, progressiva, incurável e ameaçadora de vida e sua família, promovendo o conforto e a qualidade de vida através do controlo sintomático eficaz e uma resposta ativa e global às suas necessidades físicas, psicoemocionais, sociais e espirituais. Constitui-se como um serviço de internamento de cuidados paliativos com onze quartos particulares, dez dos quais integrados na rede nacional de cuidados paliativos e um privado.

São realizadas reuniões de equipa semanais para discussão de processos clínicos, especialmente os de maior complexidade, e das necessidades e preocupações mais emergentes das famílias, bem como das preocupações e vivências da equipa.

É realizado um atendimento global às necessidades do cliente e família, efetuado um plano de cuidados multidisciplinar único e validado com o cliente e família, colocando-os no centro das decisões sobre o processo de saúde/doença, gestão da terapêutica para controlo sintomático, psicoeducação ao cliente e família sobre o processo de doença e luto preparatório e antecipatório, gestão de conflitos e expectativas, intervenção na crise e acompanhamento da família no luto.

### 2.3. Questão de Investigação

Tomando em consideração o descrito na fundamentação teórica e as características das necessidades em cuidados dos clientes dos locais onde realizei estágio, colocou-se a seguinte questão de investigação: **A Narrativa de Vida pode ser utilizada enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o objetivo de diminuir o sofrimento emocional?**

### 2.4. Objetivo do Estudo

De forma a dar resposta a esta questão, traçou-se como **objetivo** norteador do percurso de trabalho, transversal a ambos os contextos de estágio: **Compreender**

**como a Narrativa de Vida pode ser utilizada como intervenção psicoterapêutica de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica com o objetivo de diminuir o sofrimento emocional.**

## 2.5. Opções Metodológicas

### 2.5.1. Tipo de Estudo

Este estudo insere-se num **paradigma qualitativo, de caráter Descritivo**, dado que se pretendia conhecer a experiência de sofrimento emocional e de que forma o uso da Narrativa de Vida como intervenção terapêutica ajuda a diminuí-lo, através do contacto com quem o vivencia.

Os estudos descritivos visam o conhecimento da realidade através de quem a vivencia, compreender o fenómeno tal como é vivenciado e descrito pelos sujeitos. Têm como objetivo explorar e descrever o sentido da experiência dos fenómenos humanos para compreender a sua essência (Boutin, Lessard-Hebert e Gouvet, 2008; Fortin, 2009).

Na investigação qualitativa, os dados são colhidos através da observação do fenómeno no local em que ocorre e da conversação em profundidade com quem o vivencia. Faz-se em relação com o objeto/sujeito, respeitando o saber e o conhecimento que detém e nos pode fornecer (Polit e Hungler, 2004, Fortin, 2009).

Uma vez que tencionávamos **compreender como a Narrativa de Vida pode ser utilizada como intervenção psicoterapêutica de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica com o objetivo de diminuir o sofrimento emocional** optou-se pela utilização do **método clínico**, que nos permite estudar a natureza do sofrimento do outro ajudando-o a colocar em palavras os processos psíquicos internos.

Descobrir o encoberto pela palavra, revela os processos psíquicos e construindo a sua representação produz um conhecimento do humano, transformando o que é singular e inconsciente em externo e consciente, transformando vivências em experiências, em representações capazes de ser socialmente compartilhadas (Berlinck, 2009; Ceccarelli, 2016).

Este torna-se, assim, adequado quando pretendemos abordar e conhecer dimensões psíquicas, emocionais e existenciais do sofrimento do outro.

Ao longo deste processo o investigador coloca hipóteses e valida-as através da avaliação do raciocínio decorrente do diálogo psicoterapêutico, com recurso a perguntas abertas (Reis, 1994). Contudo, existem alguns cuidados necessários na aplicação deste método: evitar perguntas indutoras das hipóteses colocadas e que o profissional tenha consciência de si, das técnicas de comunicação verbal e não verbal que utilizada, da sugestionabilidade do cliente e do seu desejo de corresponder às expectativas do profissional de saúde.

Este método permite ao cliente significar os processos de saúde-doença, os sintomas emocionais e a possibilidade de utilizar essas significações para desenvolver comportamentos promotores da saúde mental e preventivos da instalação da doença mental e de emoções excessivas. Permite que a pessoa identifique os seus processos de conhecimento, promove o pensamento alternativo, a dialética e a mudança, contrariando processos de estagnação.

Deste modo permite colher dados qualitativos incidindo nos processos e não nos resultados finais, essenciais quando se analisa processos psicológicos e emocionais, pois, permitem investigar padrões de mudança e de evolução individuais e o seu papel nos processos de adaptação e de perturbação (Reis, 1994).

O método clínico é composto por duas dimensões paradigmáticas e próprias da psicanálise: a singularidade do sujeito e uma contemporaneidade entre pesquisa e tratamento, caracterizando-se pelo estudo em profundidade de um pequeno número de casos, tentando compreender a dinâmica a partir da qual se constrói a teorização. Os dados são obtidos através de entrevistas e da observação (Aguilar, 2001; Diniz, 2006).

Contudo, transformar vivências em experiências não pode ser redigido mediante normas e regras institucionalizadas, dado que se revela pela narrativa construída no decurso da relação entre cliente e profissional de saúde, em que emergem os processos internos através do tempo e do fluxo de informação, emoções e sentimentos entre os intervenientes (Berlinck, 2009; Ceccarelli, 2016).

A finalidade do método clínico consiste em colocar em palavras as representações dos processos internos, dando-lhes visibilidade e expressão, sendo tão singular quanto a singularidade dos processos internos de cada pessoa (Berlinck, 2009). Assim, este método permite-nos dar visibilidade ao sofrimento interno do outro e consciencializá-lo do mesmo, oferecendo-lhe a possibilidade de se apropriar do mesmo, vivenciá-lo e dar-lhe um significado, sendo individual.

## 2.5.2. Participantes

Dado que se pretendia conhecer de que forma a Narrativa de Vida, enquanto intervenção psicoterapêutica, permite diminuir o sofrimento emocional na pessoa em fim de vida, bem como na pessoa com experiência de doença mental, e a exploração em profundidade do fenómeno (o que implica um pequeno número de participantes) definiu-se como **Participantes:** Pessoa Adulta/Idosa com Doença Mental e Pessoa Adulta/Idosa em Fim de Vida, em sofrimento emocional.

Deste modo, foram seleccionados dois (2) participantes, sendo ambos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos. Nenhum dos entrevistados apresentava formação superior, e ambos encontravam-se entre a população ativa aquando do diagnóstico. Um dos clientes apresentava diagnóstico médico de doença mental, enquanto o outro cliente apresentava diagnóstico do foro oncológico, encontrando-se em fim de vida.

A escolha dos participantes foi efetuada de forma probabilística e intencional, pois como nos diz Polit e Hungler (2004), bem como Fortin (2009), nestes casos a escolha dos participantes pode ser de conveniência, ou seja, os sujeitos serem escolhidos consoante determinadas características.

Deste modo estabeleceram-se como **critérios de Inclusão:**

- Pessoas adultas/idosas com Doença Mental
- Pessoas adultas/idosas em Fim de Vida
- A pessoa no uso das suas faculdades mentais, com capacidade para construir a Narrativa de Vida
- Clientes que, após a informação sobre os objetivos e metodologia do estudo, aceitassem participar no mesmo.

Como **critérios de Exclusão** foram estabelecidos:

- Pessoas em fase aguda do processo de Doença Mental
- Pessoas em Fim de Vida com Sintomas físicos não controlados
- Pessoas que, embora com Doença Mental ou em Fim de Vida, cujas faculdades mentais não lhes permitisse elaborar o processo de Narrativa de Vida
- Clientes que, após a informação sobre os objetivos e metodologia do estudo, não aceitassem participar no mesmo.

### 2.5.3. Considerações Éticas

Numa investigação ou trabalho académico que envolva seres humanos é necessário proteger os direitos e liberdades dos participantes do estudo. Estes encontram-se protegidos pelos códigos de ética que incluem alguns direitos fundamentais: a autodeterminação, a intimidade, a confidencialidade, o anonimato e a proteção contra o desconforto e prejuízo, conferindo o tratamento justo e leal (Fortin, 2009). Neste estudo tivemos em consideração os aspetos atrás referidos.

Para a implementação desta intervenção e realização deste relatório submetemos o pedido de autorização à comissão de ética e diretor clínico das instituições envolvidas para utilização de material clínico (Vinhetas Anónimas) obtido durante o período de realização dos estágios (Anexo I e Apêndice I).

Após identificados os participantes do estudo foi estabelecido um primeiro contacto em que foi fornecida toda a informação sobre os objetivos da intervenção e do estudo, necessários a um consentimento informado, esclarecidas dúvidas e garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Após fornecida a devida informação foi obtido o consentimento verbal pelos clientes para a participação no estudo. Este consentimento verbal foi testemunhado pelos enfermeiros orientadores de cada contexto de estágio.

De modo a garantir a confidencialidade dos participantes, os dados clínicos passíveis de identificar os clientes foram codificados, de modo a que estes não pudessem ser identificados, garantindo o sigilo profissional e a proteção da informação.

### 3. O encontro com o Outro e a compreensão da sua experiência

Para permitir uma análise da intervenção Narrativa de Vida no sofrimento emocional, dado tratar-se de uma dimensão subjetiva e pessoal, foram realizados diários de campo das sessões, os quais foram divididos em duas dimensões: a dimensão cuidativa, em que foram transcritos os principais eventos e expressões do cliente, e uma dimensão investigativa, que pela sua extensão é remetida na íntegra para o Apendice II, sendo no corpo do texto apresentados os seus principais desenvolvimentos.

Na dimensão investigativa esses mesmos eventos e expressões são analisados à luz da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman (Identificação de stressores e de padrões de resposta), do Modelo Transteórico da Mudança (capacidade e motivação para a mudança de comportamento) e da Narrativa de Vida (identificação e consciencialização de padrões de resposta e de momentos inovadores, alteração de papéis de narrador para guionista e ator da sua história de vida, construção de um novo capítulo dessa história que acomode a situação atual de doença), tomando em consideração e refletindo sobre os processos de transferência e contratransferência presentes no processo.

Estes modelos permitiram uma análise da evolução dos casos no decurso da construção da Narrativa de Vida e dos resultados obtidos com a utilização da mesma.

Os diários de campo consistem em instrumentos de registo/anotação de dados recolhidos e passíveis de interpretação. Permite sistematizar as experiências para posterior análise.

Dado que os registos retratam a realidade pela ótica do investigador, das suas experiências prévias e do seu sistema de crenças e valores, são passíveis de subjetividade desde a sua recolha, e não apenas na sua análise (Fortin, 2009).

Contudo, tentou-se minorar esta subjetividade recorrendo à intersubjetividade do professor e orientadores clínicos, para além da minha.

Esta metodologia permitiu aos clientes uma maior liberdade de expressão dos seus sentimentos e vivências, bem como o estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança, que a utilização de um gravador poderia inibir.

## 4. A Narrativa de Vida como Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

### 4.1. Síntese teórico-reflexiva sobre a utilização das Narrativas de Vida no sofrimento emocional do cliente do caso 1 (Contexto Comunitário)

**Anamnese e Dados Biográficos:** Sexo masculino, 52 anos, leucodérmico, natural do continente africano onde residiu até aos 9 anos, nacionalidade Portuguesa, 12º ano de Escolaridade, frequentou 1º Ano da Faculdade no Curso de Gestão, mas iniciou atividade profissional em Jardinagem, tendo desistido da Faculdade.

Solteiro, vive só, nunca foi casado. Sem filhos. Encontra-se de momento de baixa, a aguardar Junta Médica para obtenção de reforma por invalidez. Realiza part-time numa empresa de jardinagem. Sem hobbies ou pratica de exercício físico. Única atividade de lazer consistia no convívio com grupo de amigos no café perto de casa após o trabalho, que abandonou.

Mais novo de quatro irmãos, assumiu os cuidados aos pais, tendo morado com a mãe até à morte desta, há oito anos. Tem visitas regulares de amigos e vizinhos e almoça diariamente com a irmã, sendo estes o seu suporte emocional e financeiro atual. Trabalha desde os 19 anos (altura em que o pai faleceu), após sair da tropa e abandonar faculdade.

Apresenta uma identidade muito relacionada com o plano profissional, revelando que mesmo nas folgas levava trabalho para desenvolver em casa e que durante o ano que passou desde que ficou de baixa e a altura em que iniciou o part-time na empresa de um amigo não tinha motivação nem para sair da cama e sem objetivos de vida, tendo sido durante este período que ocorreu a ideação suicida, a qual não apresenta de momento.

Segundo o próprio cliente, sempre foi introvertido, com um grupo restrito de amigos, vida muito centrada no trabalho, apresentando ao longo da vida dificuldade em estabelecer laços afetivos duradouros.

Os irmãos sempre tiveram uma atitude protetora face a este, bem como o pai. Apresentava relação de grande proximidade com a mãe.

Sem história de sintomas negativos (tristeza, desesperança, desinteresse, isolamento) até ao início da história de doença. Sem alterações da memória ou do pensamento.

No início de 2016 inicia um quadro de cansaço, falta de motivação para o trabalho ou AVD e conflitos com superior hierárquico por excesso de trabalho e coação psicológica com ameaças de despedimento por parte da entidade empregadora. Apresentava quadro de distúrbio do sono (4 a 5 horas de sono diário) segundo o cliente desde que iniciou funções na empresa, mas que se foram agravando. Em Julho de 2016 desencadeia quadro confusional não reconhecendo o local de trabalho ou os colegas e ficando incapaz de executar a tarefa que tinha em mãos, desorientação tempo-espacial e desorganização do comportamento, que durou uma semana.

Após remissão deste instalou-se sintomatologia de contornos depressivos (tristeza, anedonia, isolamento social, insónia e anorexia com perda de peso). Em Outubro de 2016 inicia acompanhamento psiquiátrico e psicológico com psicoterapia.

Apresentou melhoria do quadro psicopatológico com aparente instalação de défices mnésicos e movimentos mioclónicos dos membros superiores. No início de 2017 tentativa de suicídio não concretizada, iniciando acompanhamento pela equipa de psiquiatria comunitária.

Diagnóstico médico atual de Transtorno Depressivo. Suspeita de Demência devido ao episódio ocorrido no trabalho e exames neuropsicológicos, mas sem confirmação diagnóstica.

Mantém laços afetivos de amizade adequados com amigos, vizinhos e familiares que lhe têm prestado apoio psicológico e económico no decurso da situação de doença. A medicação é fornecida pelo hospital, mediante ajuda obtida pela assistente social da equipa. No trabalho estabeleceu amizade com alguns colegas da mesma faixa etária e com alguns anos de trabalho na empresa, com quem mantém contacto telefónico frequente e convivência esporádica.

Mantém amizade de vários anos com um padre da igreja católica, fé que professa e em cujos ideais acredita. Tem neste clérigo um confessor e apoio espiritual e psicológico, bem como um recurso económico, fornecendo-lhe bens alimentares.

**O Pedido:** O cliente apresenta um discurso focado nos problemas laborais e económicos (como forma de não aceder às suas emoções, de não se subjetivar, de não pensar sobre si e sobre o seu papel na sua história de vida?), grande fonte de angústia e preocupação pela incerteza face ao futuro e graves dificuldades económicas por que passa.

**O estabelecimento do Foco:** padrão atual de externalização, pedindo conselhos sobre formas de resolução dos problemas junto da equipa e discutindo possíveis cenários futuros, mas sem se responsabilizar pela escolha. Apresenta-se

como um homem pouco habituado a resolver os seus problemas, mas tendo a perceção de se encontrar num ponto da sua vida onde precisa de tomar decisões e construir o seu futuro, sentindo-se estagnado.

A Psicanalista Karen Horney utilizou o termo externalização para definir o mecanismo pelo qual a pessoa sente os processos internos como ocorrendo fora de si, desresponsabilizando-se pelo que ocorre na sua vida, e colocando essa responsabilidade em fatores externos, do contexto, da situação.

Este processo tem como função permitir uma fuga ao real transferindo a culpa e a responsabilidade pelos acontecimentos em outrem, de ver no outro qualidades negativas suas (Cabral e Nick, 2006).

Para além deste processo de externalização verifica-se igualmente um padrão de fuga em situações de conflito.

Segundo Challifour (2008), a fuga (ou retraimento) consiste num mecanismo consciente de lidar com situações traumáticas e/ou stressantes. Quando confrontada com uma situação ameaçadora, a pessoa opta por se afastar, por fugir da situação, como forma de evitar ou diminuir o stress causado por esta, ou por admitir a derrota e reduzir as suas aspirações.

**Objetivo da Intervenção:** Oferecer, utilizando a abordagem psicoterapêutica das Narrativas de Vida, a possibilidade de mudança de papéis de narrador a guionista e ator da sua história de vida, alterando os padrões de resposta vigentes, responsabilizando-se pelas suas escolhas e pela construção do seu futuro.

**O Contrato de Cuidados:** entrevistas semanais, programadas de semana para semana, no total de 6 sessões, com duração de 45 a 60 minutos, tendo como objetivo explícito ajudá-lo a compreender melhor a si à sua experiência de doença, podendo no final das 6 sessões o acompanhamento ser continuado pela enfermeira da equipa.

**A Evolução da Transferência:** Inicialmente, pela presença da enfermeira da equipa na sala durante a intervenção, e pela focalização do discurso nos problemas laborais e económicos, coloquei a hipótese de poder estar a ocorrer uma transferência do papel de proteção e desresponsabilização que colocava na equipa para mim própria, o que me fez questionar o que poderia significar para este homem o processo terapêutico que se iniciava: uma repetição?

O processo de transferência foi primeiramente referido por Freud no seu artigo “Estudos sobre a Histeria” e pode ser definido como a repetição de reações objetivas do passado, não se resumindo à sua recapitulação e revivência como sujeito

desejante, mas igualmente como objeto do outro. Estas reações e emoções podem ser deslocadas para o terapeuta ou para outros.

Este processo permite conhecer, no presente e na relação, o funcionamento psíquico do cliente (Coimbra de Matos, 2006a; Cabaniss et al, 2011a).

Contudo, a progressiva abertura e disponibilidade do cliente em partilhar a sua história de vida bem como os sentimentos e emoções inerentes, patente na postura calma e confiante com que se apresentava, denotando o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia, transformaram a minha hipótese inicial, à medida que o cliente foi sendo capaz de se subjetivar e descobrir recursos.

Atenta à hipótese de transferência que coloquei no início do acompanhamento, aparentemente, comigo foi-lhe possível experimentar outro modo de se relacionar não apenas com os outros mas com ele próprio, provavelmente sentindo-se visto e ouvido, obtendo espaço para refletir e pensar sobre si e sobre as suas emoções, descobrindo-se. Este modo de se relacionar foi posteriormente transposto para a sua vida pessoal e profissional, sendo capaz de tomar decisões e responsabilizar-se por elas, recorrendo menos à externalização e à fuga.

Ainda assim, uma questão fica, para verificação posterior no acompanhamento que se continuou com a enfermeira do serviço: o cliente mudou realmente ou mudou o que fantasiou que eu desejava que pudesse vir a ser a sua mudança?

**A evolução da Contra-Transferência:** A minha perceção inicial despertou uma preocupação e uma angústia que esta possível transferência inviabilizasse o processo terapêutico e a ajuda que me propunha oferecer, pondo em causa a confiança que o cliente estava a depositar em mim ao aceitar realizar comigo este processo.

A contratransferência define-se como o conjunto das emoções e sentimentos (conscientes e inconscientes) que o cliente desperta no profissional e permite-lhe um maior conhecimento do cliente. Consiste na reação do profissional ao processo de transferência do cliente (Coimbra de Matos, 2006b; Cabaniss et al, 2011b).

Durante a construção da Narrativa de Vida e progressão da relação terapêutica, patente na abertura, confiança e disponibilidade do cliente em partilhar comigo a sua história de vida, em se subjetivar e responsabilizar pelo seu futuro, senti-me mais serena, confiante e satisfeita pelas conquistas do cliente.

Contudo, algumas inquietações me assolaram: até que ponto conseguiria conjugar aquilo que o cliente esperava de mim com o que ele realmente necessitava? Poderia eu deixar-me envolver no que este esperava de mim prejudicando a

possibilidade de lhe fornecer o que ele realmente necessitava? As conquistas por ele conseguidas seriam, de facto, dele ou algo que fez para me agradar? Ou seria que estas minhas dúvidas sobre a sua verdadeira possibilidade de mudança ecoavam a partir das suas próprias inquietações sobre o processo de mudança?

**A Evolução do caso Iluminada pelo Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman:** A doença mental, especialmente a doença mental grave, causa uma disrupção na história de vida da pessoa, bem como na sua identidade. O sofrimento emocional surge como resultado desta disrupção e das perdas sucessivas causadas pela doença.

Uma teoria de Enfermagem útil na abordagem desta disrupção e suas consequências para a pessoa é a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, que consiste numa abordagem sistémica e aberta do Cuidar fornecendo uma visão unificadora para a definição dos problemas de Enfermagem e compreensão do cliente em interação com o ambiente, o qual enquanto sistema pode dizer respeito a uma pessoa, família, grupo ou comunidade (Tomey e Alligood, 2004).

Um conceito relevante para este modelo são os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais), que consistem em forças ambientais que interagem com o cliente ou sistema e têm o potencial de alterar a sua estabilidade ou homeostasia.

*Neuman* desenvolveu a sua teoria com base no modelo de sistemas e na teoria da *Gestalt*, que vê a pessoa como um sistema dinâmico em equilíbrio homeostático e em constante interação com outros sistemas e com o ambiente, em que a introdução de um estímulo perturbador da homeostasia do sistema quebra as linhas de defesa do mesmo, desencadeando uma resposta no sentido do equilíbrio.

A doença, seja física, psicológica, emocional ou espiritual surge quando a resposta ao estímulo perturbador não consegue restabelecer o equilíbrio, repondo as linhas de defesa (Tomey e Alligood, 2004).

No decurso desta intervenção foi possível identificar alguns stressores e padrões habituais de resposta aos mesmos que se revelaram ineficazes e destruturantes das suas linhas de defesa, levando ao surgimento da doença mental.

Foi igualmente possível identificar momentos inovadores com padrões de resposta diferentes dos habituais, que nos permitiram estruturar pontos de mudança, com vista ao alívio do sofrimento emocional e restabelecimento da saúde mental.

**Quadro 1 – Stressores e Padrões de Resposta do Caso 1**

	<b>Stressores</b>	<b>Respostas</b>
<b>Intrapessoais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade</li> <li>- Dificuldade em se individualizar e responsabilizar pelas suas escolhas</li> <li>- Figura Hierárquica Feminina, mais nova e com menos experiência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Externalização dos Problemas</li> <li>“Fuga”, despedimento Crise Dissociativa</li> </ul>
<b>Interpessoais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade em relacionar-se socialmente</li> <li>- Conflitos Laborais</li> <li>- Dificuldade no Estabelecimento de Relacionamento Afetivos</li> <li>- Morte do Pai</li> <li>- Morte da Mãe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perda de contacto com o grupo restrito de Amigos</li> <li>Despedimento; Crise dissociativa</li> <li>Objetivos de Vida centrados no trabalho</li> <li>Saída de casa e ingresso no exército</li> <li>Aumento da carga horária laboral</li> </ul>
<b>Extrapessoais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decisão da Junta Médica</li> <li>- Mudança de País na Infância</li> <li>- Mudança Frequente de Residência na Infância e Adolescência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Objetivos de Vida centrados no trabalho</li> <li>Externalização dos problemas</li> <li>Procura de “proteção” em figuras masculinas mais velhas (irmãos e seus amigos, almirante, pai)</li> </ul>

Ao longo do processo terapêutico foram surgindo diversos momentos inovadores, em que os padrões de resposta aos stressores gradualmente se transformaram.

Perante os problemas surge uma responsabilização (pelo termino de uma relação, coresponsabilizando-se pela situação de conflito e tensão com a supervisora hierárquica) e uma progressiva capacidade de se subjetivar e pensar sobre estes, de encontrar soluções, ponderar os prós e os contras de cada uma delas e encontrar a melhor para si, colocando-a em prática. Foi estimulado este pensamento oferecendo-lhe tempo e espaço, bem como pedindo-lhe que elencasse as várias hipóteses e descrevesse prós e contras de cada uma.

Verificou-se uma evolução do padrão de resposta aos stressores e de comportamento, embora ainda com pequenas mudanças ao longo da intervenção, demonstrando no final desta novos padrões de resposta, mais eficazes, com a reconstrução de uma linha de defesa e o reequilíbrio do sistema, apresentando sintomas positivos.

Quando confrontado com dificuldades económicas foi capaz de refletir sobre as mesmas, encontrar soluções, colocá-las em prática e responsabilizar-se pelos resultados destas.

**A Evolução do caso iluminada pela Narrativa de Vida:** A construção da Narrativa de Vida constitui-se, na articulação com este modelo teórico de enfermagem, como uma intervenção estruturante na forma e conteúdo, que tem como objetivo a proteção da estrutura do sistema, através da resignificação de eventos de vida, da identificação e mobilização de recursos internos e externos e da criação de novos padrões de resposta aos stressores.

Esta intervenção revela-se como uma ferramenta de grande utilidade na utilização do método clínico para exploração da dimensão emocional do sofrimento, pois permite à pessoa, através da construção da sua Narrativa de Vida, colocar em palavras emoções, vivências e processos internos, permitindo resignificar o processo de saúde-doença e identificar comportamentos promotores da saúde mental ou de restabelecimento da mesma, que são objetivos do método clínico de acordo com Reis (1994).

Através desta a pessoa produz e pode transformar um conhecimento sobre si, sobre os outros e sobre o quotidiano, dando-se a conhecer através da subjetividade, da singularidade, das experiências e dos saberes.

O ator parte da experiência de si e questiona as suas vivências e aprendizagens, criando espaço e oportunidade para descrever-escutar e ler-escrever sobre as experiências e descortinar possibilidades através das vivências, permitindo-lhe tomar consciência de si e das representações que constrói de si.

Este conhecimento que fornece de si e do outro legitima a Narrativa de Vida como técnica permitindo a compreensão do outro através da interpretação do significado e sentido atribuídos às experiências individuais, dando primazia ao sujeito (Souza, 2007).

A Narrativa de Vida visa permitir, não apenas a tomada de consciência dos padrões de resposta aos stressores prevalentes pelo próprio, mas procurar e evidenciar os momentos inovadores, em que a pessoa tenha mobilizado diferentes

padrões de resposta a um stressor e ser capaz de mobilizá-los perante novas situações de stress.

Durante a construção da sua Narrativa de Vida, foram diversos os momentos inovadores que o cliente apresentou, e que posteriormente foi capaz de mobilizar para criar novos padrões de resposta aos stressores:

- Perante um evento stressante (as dificuldades económicas), o cliente faz o movimento de pensar/elencar diversas opções para o seu futuro e soluções para resolver o seu problema económico a curto prazo;

- Ao descrever o relacionamento amoroso com a colega, o seu padrão de externalização dos problemas e responsabilização dos outros pelos mesmos transformou-se, ao responsabilizar-se também pelo fim da relação;

- Ter começado a escrever sobre o que se passa na sua vida, o que sente, sem que lhe tenha sido sugerido a elaboração de um diário, demonstrando estar a construir um processo de pensar sobre si e sobre o seu futuro;

- O assumir uma parte da responsabilidade pela sua situação laboral, fugindo ao padrão de externalização habitual;

- O planeamento do seu futuro, perspetivando soluções mediante o resultado da junta médica, e colocando em prática soluções imediatas para resolução dos seus problemas financeiros, responsabilizando-se pelo presente e futuro.

Ao mobilizar estes novos padrões, tornou-se capaz de estruturar atividades bem delineadas e priorizadas, com diminuição do isolamento e maior abertura ao outro e à relação, obtendo satisfação no convívio com amigos e família. Contudo, não apresenta ainda iniciativa para retomar um relacionamento afetivo ou o perspetiva nos seus planos futuros. Quando confrontado com problemas projeta soluções e coloca-as em prática.

Apresenta-se mais reflexivo, mais aberto e disponível para aceder às suas emoções. Demonstra desejo de continuar este processo e explorar os seus sentimentos e emoções, ao referir querer retomar a psicoterapia.

Contudo, houve um ponto que ficou por explorar e que poderia ser útil na compreensão da história de vida deste homem e dos seus padrões de resposta aos stressores: O cliente apresentou um bloqueio para memórias anteriores ao dia em que regressou a Portugal, bem como para os eventos que ocorreram no local de trabalho no início da doença.

Este tipo de amnésia temporária para eventos específicos ou um determinado período do passado é um dos sintomas do transtorno dissociativo (F44, classificação

DSM V), um distúrbio mental em que a pessoa sofre um desequilíbrio psicológico, ocorrendo alterações na consciência, memória, identidade, emoção, percepção do ambiente, controle dos movimentos e comportamento. Normalmente, este distúrbio ocorre após eventos traumáticos ou de grande stress, surgindo de forma súbita.

Estes eventos podem ser tão fortes e traumáticos que as memórias associadas são relegadas para o inconsciente, difíceis de aceder ao consciente. Embora primariamente possa ter um efeito protetor, impedindo o reviver do sofrimento emocional associado, esta supressão pode a longo prazo conduzir ao adoecer mental, desde a depressão, ansiedade, stress pós-traumático a um transtorno dissociativo (American Psychiatric Association, 2017).

Uma vez que a Narrativa de Vida enquanto intervenção psicoterapêutica permite colocar esse sofrimento em palavras e promover a mudança e a ressignificação dos eventos stressantes e/ou traumáticos, fez-me refletir sobre de que forma poderia desbloquear essas memórias e o benefício para o processo terapêutico.

Poderá o uso de mediadores expressivos como fotos e vídeos da sua família na terra natal do cliente ou dessa época trazer essas memórias ao consciente? Que consequências para o processo terapêutico e para o seu bem-estar psíquico? E se o sofrimento emocional é desencadeado por emoções negativas, de que forma o despoletar novas emoções negativas pode contribuir para o alívio do mesmo? Como podem essas memórias, quando colocadas em palavras, no consciente, ser “transformadas” em emoções positivas?

Estas são algumas das questões que remanesceram e que teriam necessariamente que continuar a serem pensadas por mim caso a intervenção psicoterapêutica tivesse sido mais longa, mais profunda.

**A Evolução do caso iluminada pelo Modelo Transteórico da Mudança:** para que a pessoa consiga fazer o movimento de passar de narrador para ator e guionista da sua história de vida é necessário que esteja predisposto à mudança.

Um modelo que explica este movimento da pessoa no sentido da mudança e da criação de novos padrões é o Modelo Transteórico da Mudança, que como o nome indica mobiliza conhecimentos de diversas correntes (*Gestalt*, psicanálise, comportamental) para compor um modelo de compreensão da mudança comportamental relacionada com a saúde (Torral e Slater, 2007).

Segundo este modelo, as alterações no comportamento relacionado com a saúde ocorrem em cinco estádios: Pré-contemplação, Contemplação, Decisão, Ação e Manutenção. Analisando o comportamento do cliente, externalizando os problemas

e tentando manter as decisões sobre a sua vida e a sua saúde nas mãos de outrem pode-se considerar que se encontrava, no início da intervenção, na fase de pré-contemplação, em que a mudança de comportamento não é ainda contemplada pela pessoa e não foram realizadas alterações no mesmo, nem existe intenção de as adotar num futuro próximo (Toral e Slater, 2007).

Como vista a promover uma evolução no sentido da mudança, na construção desta intervenção propus ao cliente um “modelo de compreensão biográfica”, convidando-o a titular a sua história, como forma de perceber como ele se compreendia e narrava.

Ao explicar o título da sua história de vida “*A minha vida incompleta*” fez referência a planos e objetivos futuros, embora ainda sem prazo estabelecido ou movimentos no sentido da sua consecução (o projeto de regressar à sua terra natal após a reforma), mas que podem refletir um desejo ainda não consciente ou concretizado de mudança: aproximamo-nos do estadio seguinte, o de contemplação.

Quando começou a tomar consciência do seu padrão de externalização e a enumerar as opções para o futuro, bem como a perspetivar soluções para os seus problemas financeiros e laborais, começa a contemplar a mudança.

Na fase de contemplação do modelo transteórico da mudança, a mudança de comportamento começa a ser considerada, demonstrando pretender alterar o comportamento num futuro próximo, mas ainda sem prazo estabelecido. Existe um reconhecimento que o problema existe e pretende superá-lo, mas sem apresentar comportamento decisivo (Toral e Slater, 2007).

É neste movimento de contemplação da mudança que este modelo propõe o conceito de balanço decisional como uma reflexão sobre os benefícios e consequências de uma opção, perante a qual a pessoa toma uma decisão. É perante a perceção das vantagens e das desvantagens de determinada decisão que é contemplada (ou não) a mudança de comportamento (Mendes et al, 2014).

Este instrumento permitiu ao cliente refletir sobre as diversas opções que se apresentavam para o seu futuro e quais os benefícios e consequências de cada uma.

Ao realizar este balanço, consciencializando-se das opções, fazendo uma escolha e responsabilizando-se por esta, observou-se uma Decisão, definida pelo modelo transteórico da mudança como a pretensão de alterar o comportamento num futuro próximo, com prazo estabelecido (decisão da junta médica). Pequenas mudanças são efetuadas (soluções para os problemas financeiros, retomar o convívio com os amigos no café) e um plano de ação adotado (plano decisional para o futuro,

reflexão e subjetivação através da escrita) mas sem assumir compromisso sério (Toral e Slater, 2007).

À medida que começou a responsabilizar-se pelo seu futuro, pelas suas escolhas e a retomar atividades que anteriormente lhe davam prazer, verificou-se uma mudança efetiva no comportamento, experiências e ambiente de modo a conseguir resolver e superar os problemas, ocorrendo mudanças visíveis recentemente, podendo considerar-se, segundo o modelo transteórico da mudança, no estadio da acção (Toral e Slater, 2007).

Ao longo das últimas entrevistas este movimento foi mantido, podendo afirmar-se que o cliente se manteve na fase de ação, pois embora tenha ocorrido uma manutenção do comportamento, para que a fase de manutenção seja atingida, esta modificação do comportamento tem que ser mantida por mais de seis meses. O objetivo consiste em prevenir recaídas e consolidação dos ganhos obtidos (Toral e Slater, 2007).

Não obstante os ganhos obtidos durante esta intervenção, devido ao comportamento do cliente na presença de elementos da equipa comunitária (descritos anteriormente), existe da minha parte uma preocupação que neste período de tempo (seis meses), e com uma resposta negativa por parte da junta médica, exista uma recaída com o retomar dos padrões comportamentais de resposta a stressores anteriores. Esta questão foi atempadamente colocada à enfermeira do serviço que continuará o acompanhamento.

**A evolução dos indicadores de sofrimento emocional:** No início da intervenção o cliente apresentava-se com humor deprimido e indicadores de sofrimento emocional (tristeza, desesperança, isolamento, baixa auto-estima, sem objetivos de vida para além da reforma, perda de papéis).

No decorrer do processo psicoterapêutico de construção da Narrativa de Vida, e concomitantemente com outros eventos de vida (Junta Médica, a terapêutica antidepressiva e o apoio emocional de amigos), verificou-se uma alteração nestes indicadores com uma redefinição de papéis, redescobrimo-se, pensando-se e ressignificando-se, responsabilizando-se pelas suas escolhas e pelo seu futuro num movimento de passar da contemplação à ação. Observou-se uma construção de objetivos de vida que contemplassem as diversas hipóteses que o futuro lhe apresentava (Reforma, Voltar ao antigo posto de trabalho, Procura de outro trabalho). Retomou o convívio com os amigos e apresenta-se mais calmo, sorridente e confiante.

Desenvolveu uma esperança mais realista relativamente ao futuro, quando perante a incerteza da resposta afirmativa ou negativa da junta, delineou uma decisão já mais estruturada e planeada do seu futuro, bem como uma maior capacidade de enfrentamento e procura de resposta face aos problemas.

#### **4.2. Síntese teórico- reflexiva sobre a utilização das Narrativas de Vida no sofrimento emocional do cliente do caso 2 (Contexto Internamento)**

**Anamense e Dados Biográficos:** Sexo masculino, 60 anos, nascido numa aldeia no Norte do País, 4ª classe, empresário por conta própria, solteiro, residente em Lisboa, para onde veio aos 18 anos, católico.

Vive só, nunca foi casado, com apoio emocional da irmã, cunhado, sobrinhos e amigos durante o processo de doença, tendo como principal cuidador e pessoa de referência a irmã. Visitas frequentes do sobrinho e mais esporádicas da irmã, cunhado e sobrinha, residentes em Lisboa. Tem mais uma irmã, que não o tem visitado. Recebe múltiplos telefonemas diariamente de amigos. Tem na irmã, cunhado, sobrinhos e núcleo alargado de amigos a sua rede de suporte na vida e durante o processo de doença.

Apesar de ter tido vários relacionamentos afetivos durante a sua vida, foram de curta duração e, segundo este, pouco significativos. Apresenta-se como uma pessoa com uma atitude pragmática perante os problemas, habituado a analisá-los e resolvê-los sozinho. Saiu da sua terra natal aos 18 anos para cumprir serviço militar tendo ficado a residir em Lisboa sozinho, embora com familiares a morar próximo, onde abriu o primeiro dos seus negócios.

Sem antecedentes pessoais ou cirúrgicos relevantes. Diagnóstico de Neoplasia das Vias Biliares com Metastização Hepática em Julho de 2018. Progressão da doença com múltiplos internamentos por colangite, tendo tido mais de 3 internamentos durante o mês de Novembro por Bacteriémia. Atualmente apresenta drenagem percutânea pouco funcionante de conteúdo amarelado, mais espesso por períodos. Pele e mucosas subictéricas, pele pálida e hidratada, emagrecido. Apresenta anorexia marcada, diminuição da força muscular e cansaço a esforços, com necessidade de apoio no levante e cuidados de higiene no WC, embora realize alguns levantes independentemente durante o dia para se deslocar ao WC, contra parecer da equipa de Enfermagem, com risco de queda.

O diagnóstico foi recebido, segundo as suas verbalizações, como uma interrupção na sua história de vida, um evento que veio destruir por completo os seus planos futuros e a forma como vivia a sua vida. No presente refere que “*estou bem... já aceitei o que me aconteceu*” (sic), mas com alguma tristeza no olhar enquanto fala.

À entrada com insónia mista, que reverteu com terapêutica instituída, mantendo uma tristeza face à situação clínica e impacto da doença na sua vida, com progressiva perda de autonomia “*a minha vida não tem sentido... agora sou um inútil, não tenho valor... queria ter um interruptor para desligar a minha vida*” (sic).

Empresário por conta própria tendo tido diversos negócios no decurso da sua vida, com sucesso, tendo ganho, segundo o cliente, bastante dinheiro, que nos últimos anos veio a perder. Gosta de conviver com os amigos no seu tempo de lazer, cozinhar, viajar e ir à terra para rever os amigos de infância e o seminário onde passou parte da adolescência.

Atualmente sem fonte de rendimento. Pede apoio da Assistente Social. Com noção do diagnóstico e prognóstico. Refere ter tudo resolvido, ter aceite a sua situação, apresentando-se com as mãos entrelaçadas enquanto fala, com labilidade emocional e diversos silêncios durante o discurso, ao abordar a doença e futuro.

Tanto o cliente como a família apresentam expectativas realistas relativamente à finalidade dos cuidados prestados na unidade e intervenção da equipa, referindo que do internamento esperam um controle de sintomas e qualidade de vida

Tratando-se de uma pessoa reservada foi necessário primeiramente estabelecer uma relação de confiança com o cliente antes de iniciar a intervenção, pela complexidade e natureza dos temas e emoções que podem surgir em fim de vida.

**O Pedido:** Desejo antecipado de terminar a vida (a vida como um interruptor que se pudesse ligar e desligar quando desejamos) e de não querer ser “*um fardo... para os meus e para quem aqui trabalha*” (sic).

**O estabelecimento do Foco:** O cliente apresenta sofrimento emocional e existencial, relacionado com a perda de identidade, que associa à independência e autonomia física, emocional e financeira, que se desvela num desejo de terminar a vida antes do aumento da dependência e de se tornar um “fardo” para os outros.

Este desejo poderá encerrar um pedido de devolução de um sentido para a vida, para a doença e para a morte, com diminuição do sofrimento e obtenção de qualidade de vida. Foi esta a perspetiva e ponto de partida para o trabalho psicoterapêutico desenvolvido.

**Objetivo da Intervenção:** Facilitar a adaptação ao processo de doença e morte e a realização do luto preparatório.

**O Contrato de Cuidados:** Neste contexto, o contrato de cuidados ficou implícito, não sendo estruturado nem agendado um plano de sessões, sendo estas estruturadas de turno para turno e consoante a disponibilidade e estado clínico do cliente. Relativamente aos objetivos e duração da intervenção, estes tiveram de ser estruturados na generalidade e com flexibilidade, tendo como limite e limitação a evolução da doença e da situação clínica.

O cliente foi informado sobre o limite da minha permanência na unidade, relacionado com o fim do estágio.

**A Evolução da Transferência:** Ao longo da relação que estabeleci com o cliente este foi progressivamente demonstrando maior abertura, permitindo dar-se a conhecer e permitindo algo que recusava aos outros (mesmo pessoas significativas): demonstrar a sua vulnerabilidade e aceitar o meu auxílio perante a sua situação de dependência, o que me levou a questionar se estaria a transferir para mim o papel de alguém que anteriormente na sua vida o ajudou e acompanhou num momento difícil, de extrema vulnerabilidade? Seria esse o papel que me estaria a incutir durante este processo?

Embora tenha inicialmente demonstrado alguma dificuldade em aceder ao sofrimento, que se apresentava intolerável, a progressão da doença, o aumento da dependência física e a relação estabelecida pareceu solidificar o padrão transferencial de me estar a incutir o papel de acompanhamento nesta fase da sua vida e de testemunha da sua vulnerabilidade, a transferir para mim o papel de uma figura que o acompanhou, no passado, em momentos de grande vulnerabilidade, de alguém em quem confiava. Fica a hipótese...

**A Evolução da Contra-Transferência:** Esta reflexão despertou em mim não apenas um sentido de responsabilidade, mas um sentimento de compaixão por este homem que, embora tendo partilhado a vida com um vasto leque de pessoas e com um enorme sentido de responsabilidade para com quem dele dependia, se sentia neste momento sozinho, vulnerável e a progressivamente depender de outros para a satisfação das necessidades humanas básicas.

A manutenção deste padrão de abertura e confiança em mim demonstrando a sua vulnerabilidade transmitiu-me alguma calma e segurança para prosseguir com as minhas intervenções, impulsionando-me a querer oferecer-lhe algo mais em troca,

assumindo o compromisso de que poderia contar comigo e com a equipa para o acompanhar e apoiar.

A inclusão da equipa nesta minha garantia deveu-se não apenas a assegurar a continuidade do acompanhamento após o término do meu estágio, mas ao facto de o perfil de prestação de cuidados da mesma me fornecer segurança para esta afirmação.

Prudentemente, procurei evitar vir a sentir que o conforto a este homem dependia apenas de mim, de que deixaria o cliente “desamparado” quando terminasse o estágio, que o dececionaria ou abandonaria após a confiança que parecia estar a depositar em mim.

Esta situação fez-me igualmente refletir sobre como me sentiria, habituada a cuidar dos outros, a depender de outros para satisfazer as AVD e a colocar as pessoas que amo nesse papel, a deixar que me vissem vulnerável? Deixaria que me vissem nessa situação e aceitaria os seus cuidados, ou sentir-me-ia, tal como o cliente, um fardo para os que amo?

Estas interrogações despertaram em mim algum desconforto ao imaginar-me dependente de outrem para satisfazer as AVD, pois sendo a minha profissão cuidar dos outros tenho alguma dificuldade em imaginar-me no papel de recetora dos cuidados. Não obstante, realizar esta reflexão e desenvolver este conhecimento sobre mim auxiliou-me a perceber melhor este homem e o que depender dos outros e aceitar os cuidados da família significava para ele.

**A Evolução do caso Iluminada pelo Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman:** Em contexto de fim de vida, a minha atuação, bem como de toda a equipa, é a um nível primário, no sentido da manutenção do equilíbrio do sistema (e da saúde mental) e de auxiliar a pessoa a, perante os stressores, que nesta fase são muitos e extremamente ameaçadores, encontrar padrões de resposta e estratégias de *coping* adequados de interação com o meio interno e externo, bem como com ambiente envolvente (Tomey e Alligood, 2004).

Também aqui a Narrativa tem um papel, pois permite à pessoa tomar consciência de como lidou com situações semelhantes no passado, que recursos mobilizou e ou resultados obtidos.

Durante as minhas interações com este cliente, foi possível identificar diversos stressores e os padrões de resposta prevalentes no seu percurso de vida:

**Quadro 2 – Stressores e Padrões de Resposta do Caso 2**

	<b>Stressores</b>	<b>Respostas</b>
<b>Intrapessoais</b>	- Dependência de outrem e Perda de Identidade  - Morte iminente	Isolamento Social Retraimento da Relação  Eufemismos Retraimento da Interação
<b>Interpessoais</b>	- Dificuldade em depender afetivamente de outrem  - Solidão	Múltiplos relacionamentos afetivos, sem ligação duradoura  Estabelecimento de um grupo alargado de amigades Convívio assíduo com amigos
<b>Extrapessoais</b>	- Dificuldades económicas relacionadas com os negócios próprios  - Progressão da Doença	Estabelecimento de um grupo alargado de amigades Convívio assíduo com amigos  Isolamento Social Tristeza Tentativa de manter a independência

Consciencializar o cliente dos recursos internos e externos de que dispõe, bem como padrões de resposta eficazes aos stressores permite que, perante uma ameaça ao sistema (pessoa), a sua linha de defesa seja ativada e o equilíbrio do mesmo se restabeleça, prevenindo o aparecimento da doença. Segundo *Neuman*, as cited por Tomey e Alligood (2004), esta é a premissa dos cuidados de Enfermagem numa intervenção primária, com vista à promoção da saúde mental.

Para isto também concorre a construção de um “portfolio” do seu mundo interno a que pode recorrer para tornar o sofrimento mais tolerável, e que deve ser construído antes de ajudar a pessoa a aceder e apropriar-se desse sofrimento. Este é criado através de memórias suas, pessoais, integrantes do seu percurso de vida e que evoquem emoções como a alegria, esperança, entre outras.

O limite de tolerância ao sofrimento difere de pessoa a pessoa, consoante o que se consegue suportar. Quando o limiar superior é atingido a pessoa retrai-se e foge do que lhe causa sofrimento, enquanto que quando o sofrimento fica no limiar inferior a pessoa consegue abordá-lo e apropriar-se dele sem que represente uma ameaça. Segundo Morse e Carter (1996), o que conseguimos suportar divide-se em 3 categorias: o que conseguimos suportar para sobreviver (ocorre durante perigo psicológico), o que suportamos para viver (ocorre perante stressores psicológicos

insustentáveis) e o que suportamos para morrer (ocorre perante doença degenerativa incurável ou doença terminal), sendo sobre este último que a intervenção incidiu.

Para estes autores o sofrimento consiste, deste modo, numa resposta emocional ao que foi suportado, face ao presente alterado ou à antecipação de um futuro alterado (Morse e Carter, 1996).

Este é o movimento realizado quando, perante a tristeza que a incerteza do futuro, o aumento da dependência e as perdas sucessivas lhe trazem, o cliente começou a aceder e refugiar-se nas memórias de vida que lhe evocavam alegria e prazer para tornar o presente mais tolerável e criar uma linha de defesa aos stressores que lhe permitisse aceder ao sofrimento.

A utilização da expressão “*se nos derem esse tempo*” é em si um indicador da aceitação do processo de doença e aumento da dependência, considerando que existe uma possibilidade de não conseguir voltar a mover-se independentemente e de não conseguir ir à rua. Consegue fazer o luto desta perda revelando tristeza através do não verbal (fácies triste) enquanto o faz.

Da mesma forma, o renunciar ao desejo de ir a casa da irmã por umas horas é indicador de outro luto preparatório: o da sua identidade anterior, pois aceitou que já não conseguirá ir a casa da irmã mobilizando-se independentemente, nem disfrutar do convívio e da refeição como anteriormente, e reajusta os seus objetivos à situação atual.

Estas constituem respostas eficazes aos stressores que a doença terminal, a morte iminente e o sofrimento associado representam, permitindo manter o equilíbrio do sistema.

Emoções positivas fornecem um reforço das linhas de defesa do sistema com vista à manutenção do equilíbrio, permitindo manter o sofrimento dentro do limiar do tolerável, conseguindo aceder a ele e apropriar-se do mesmo, transformando-o em palavras.

No decurso da intervenção o cliente apresentou maior tolerância e capacidade de aceder ao seu sofrimento e apropriar-se dele, o que lhe permitiu manter as linhas de defesa e o equilíbrio do sistema perante a ameaça de stressores (aumento da dependência e morte), recorrendo ao seu portfólio interno de memórias como forma de lidar com esses stressores e diminuir o sofrimento, sendo capaz de falar sobre o aumento da dependência e da morte iminente sem eufemismos e aceitando a sua situação atual.

**A evolução do caso iluminada pela Narrativa de Vida:** Quando abordamos o sofrimento emocional em fim de vida, a Narrativa de Vida enquanto intervenção psicoterapêutica reveste-se de contornos diferentes do sofrimento no contexto de doença mental grave.

Com a evolução da doença e a proximidade da morte, surge a necessidade de ser lembrado, de deixar um legado e uma fonte de inspiração, através da narrativa de vida, procurando um sentido para o sofrimento e construindo um sentimento de que a vida vale a pena viver nas condições atuais, desenvolvendo um sentido de respeito apesar do caos aparente que representa o seu estado atual.

Pode deste modo ser útil na diminuição do sofrimento emocional e espiritual incentivar a pessoa a fazer uma revisão da sua vida, da forma como viveu cada etapa da mesma: momentos com as pessoas significativas, sentimentos de Amor e Felicidade que experienciou. Isto permite ajudar a pessoa a encontrar um sentido para a sua vida e a aceitar a sua finitude, conferindo um sentimento de plenitude (Martins, 2011).

Exemplo disto são as histórias de vida de Morrie Schwartz e Randy Pausch, professores catedráticos, que resolveram legar a sua narrativa de vida não só para os alunos, mas também para a família e para o mundo, tendo sido imortalizadas em livro, vídeo e filme.

Através da Narrativa e Vida, a pessoa coloca em palavras as suas emoções e reais necessidades, atribuindo um significado ao desconhecido e ao seu sofrimento (Benedetto et al, 2009). Permite à pessoa apropriar-se do sofrimento, enquanto possibilita, através do acesso a memórias da sua vida criar um portfólio de recursos internos, tornando-o tolerável.

Ao construir a Narrativa de Vida com este cliente, proporcionei-lhe a hipótese de se consciencializar dos seus padrões de resposta aos stressores e a construção do seu portfólio de recursos internos, através de memórias felizes, a que este recorreu e onde se refugiava quando o sofrimento se começa a tornar intolerável, defletindo o discurso para as suas memórias de infância e para a culinária, algo que o fazia feliz e que o ajudou no passado a ultrapassar momentos difíceis.

Ao mobilizar este portfólio de memórias felizes quando confrontado com as perdas, conseguiu apropriar-se delas e realizar o luto preparatório.

Sendo um dos objetivos da Narrativa de Vida permitir uma revisão dos feitos que a pessoa obteve ao longo da sua vida, com vista ao atingimento de um sentimento de plenitude, de utilidade e de dignidade, diminuindo o sofrimento, foi oferecida ao

cliente a possibilidade de realizar essa revisão, que trouxe consigo novas emoções: satisfação e orgulho, bem como o ressurgimento da alegria.

Perante a evolução do seu quadro clínico este apresentou uma capacidade de aceder ao sofrimento e apropriar-se dele, demonstrando serenidade e um retraimento da interação social.

Segundo Sapeta (2011), A morte é considerada um processo onde a primeira das etapas é a “morte social”, que ocorre com o afastamento da sociedade e dos papéis que desempenhava. De seguida assiste-se à “morte psíquica”, em que a pessoa aceita a sua finitude, afasta-se dos outros e isola-se em si mesma, sendo acompanhada de um declínio físico. A última etapa corresponde à “morte fisiológica”, em que juntamente com a falência multiorgânica surge a morte cerebral.

Concomitantemente, verificou-se uma maior aceitação da crescente dependência e da ajuda na realização das AVD, embora com alguma renitência. Para esta aceitação pode ter contribuído não apenas o trabalho efetuado durante a construção da Narrativa de Vida, mas as alterações no seu estado clínico e o confronto com o aumento da dependência.

**A evolução dos indicadores de sofrimento emocional:** No início do processo psicoterapêutico o cliente apresentava como emoção primária a tristeza, um isolamento social secundário à dificuldade em aceitar que o vissem numa situação de extrema vulnerabilidade e em aceitar o aumento da dependência e os cuidados de outros.

A perda da independência que valorizou durante toda a sua vida, e a perda de papéis que desempenhava a nível familiar, social e profissional causaram uma disrupção na sua história de vida, que o lançou numa crise de identidade e de procura de sentido para a doença e para o sofrimento.

Através da construção da Narrativa de Vida foi proporcionado ao cliente um espaço e tempo que lhe permitiram criar um conjunto de recursos internos e aceder ao sofrimento, apropriar-se dele, colocá-lo em palavras e experienciá-lo, encontrando um sentido para o mesmo, para a doença e para a sua situação atual, fazendo surgir outra emoção básica: a alegria.

Embora tenha consciência de que vários fatores, para além da intervenção, contribuíram para este resultado (progressão da doença, aumento da dependência, a intervenção paralela e concertada da equipa multidisciplinar), no decorrer da intervenção o cliente foi apresentando maior serenidade e menos períodos de labilidade emocional no confronto com o sofrimento e o aumento da dependência,

deixando que eu e a equipa fossemos testemunhas da sua vulnerabilidade e aceitando auxílio na satisfação das AVD.

Começou a realizar as despedidas de vários componentes da sua vida, referindo tristeza ao fazê-lo, começando a isolar-se socialmente e a fechar-se sobre si, realizando uma adaptação ao processo de doença e morte e o luto preparatório.

#### **4.3. Reflexão Final**

Ao analisar os dois casos acima, verifica-se os benefícios da intervenção terapêutica que me propus implementar, a construção da Narrativa de Vida, não apenas no sofrimento emocional, mas igualmente como promotora da saúde mental e do restabelecimento do reequilíbrio das linhas de defesa do sistema que é o Ser Humano.

No primeiro caso, da doença mental, a construção da Narrativa de Vida ofereceu ao cliente não apenas a possibilidade de contactar com o seu sofrimento e de o elaborar, começando a ultrapassá-lo, mas igualmente uma possibilidade de mudança, de passar de um mero executor de uma história elaborada por outros, para o construtor dessa história, responsabilizando-se pelas suas escolhas e pelo seu futuro.

Ao tomar consciência dos padrões comportamentais e de resposta repetitiva aos stressores prevalentes e ineficazes, bem como de momentos inovadores em que esses padrões são quebrados e novos padrões emergem, a pessoa começa a contemplar a mudança e como se verificou no caso 1, a aplicar esses novos padrões de comportamento em todas as áreas da sua vida, efetivando a mudança.

Não foi possível, pelo tempo de estágio, verificar se esta mudança de comportamento foi consolidada, o que segundo Toral e Slater (2007), se verifica se o comportamento se mantiver por um período mínimo de seis meses. Durante este tempo o maior risco é o de uma recaída nos anteriores padrões, o que se revelou o meu maior receio ao terminar o estágio, pois o cliente, na presença da enfermeira da equipa comunitária tendia a apresentar um retorno aos antigos padrões de resposta.

Embora tenha consciência de que outros fatores também concorreram para esta mudança, as alterações ocorridas no cliente durante esta intervenção permitem-me inferir que a Narrativa de Vida constituiu-se como uma intervenção psicoterapêutica que permitiu a diminuição do sofrimento emocional (com diminuição de sintomas negativos e surgimento da mudança).

Através da abordagem biográfica que a intervenção proporcionou, o cliente elaborou um conhecimento sobre si, sobre os outros e sobre o quotidiano, que se desvela na subjetividade, na singularidade, nas experiências e nos saberes. O ator parte da experiência de si e questiona as suas vivências e aprendizagens, permitindo-lhe tomar consciência de si e das representações que constrói de si (Souza, 2007).

No segundo caso, de sofrimento emocional em fim de vida, a Narrativa de Vida permite à pessoa transformar o sofrimento emocional em palavras, em experiência, e apropriar-se dele, ao mesmo tempo que facilita a adaptação ao processo de doença e morte, bem como a realização do luto preparatório.

Com a construção da Narrativa de Vida proporcionei ao cliente a oportunidade de se apropriar do sofrimento e experienciá-lo, enquanto através de uma revisão das suas memórias felizes e feitos criou um “portfolio” de recursos internos, que posteriormente mobilizou ao confrontar-se com o sofrimento emocional, para o tornar tolerável, poder experienciá-lo e comunicá-lo.

Perante a morte iminente, surge na pessoa a necessidade de ser lembrado, de deixar um legado, ao partilhar a sua história de vida, procurando um sentido para o sofrimento e construindo um sentimento de que a vida vale a pena viver nas condições atuais, desenvolvendo um sentido de respeito. Servir de testemunha para este legado pode constituir-se como fonte de inspiração e um acesso ao mundo interior do outro no momento de maior vulnerabilidade da sua vida.

Durante a construção da Narrativa de Vida o cliente permitiu dar-se a conhecer e que o vissem numa fase de grande vulnerabilidade, aceitando a crescente dependência e a ajuda dos outros, algo que não estava habituado no decurso da sua vida.

Quando a pessoa em fim de vida toma consciência da sua situação clínica e consegue viver intensamente o tempo que lhe resta, faz o luto da perda sucessiva de papéis, responsabilidades e deveres, e consegue despedir-se das pessoas significativas (Sapeta, 2011; Martins, 2011).

Também neste caso podemos inferir, perante a diminuição dos indicadores de sofrimento observada, que a Narrativa de Vida constituiu-se como uma intervenção psicoterapêutica que permitiu a diminuição do sofrimento emocional (com diminuição de sintomas negativos e adaptação ao processo de doença e morte).

## 5. IMPLICAÇÕES PROFISSIONAIS E DISCIPLINARES

Procurar compreender como a Narrativa de Vida pode ser utilizada enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com o objetivo de diminuir o sofrimento emocional, foi um processo moroso, trabalhoso e difícil, pela subjetividade do tema em estudo, originando reformulações e redirecionamentos.

A minha inexperiência em trabalhar com esta técnica limitou a descoberta e exploração de certos elementos do sofrimento emocional e uma utilização mais eficaz da Narrativa de Vida na exploração do fenómeno.

A escolha dos clientes com que trabalhar esta técnica foi alvo de alguns contratempos, dado que em contexto comunitário os clientes deslocam-se ao serviço uma vez por mês, e nem todos têm possibilidade de se deslocar semanalmente, conforme a programação das entrevistas, às instalações da equipa. Outro facto que dificultou a seleção foi que a maioria dos clientes acompanhados não dispunham, no momento, de *insight* e juízo crítico necessário à elaboração da Narrativa de Vida, encontrando-se alguns deles em fase de descompensação do quadro clínico.

No que concerne ao contexto de fim de vida, a maior dificuldade na escolha dos clientes para a aplicação da intervenção foram as alterações do quadro clínico, com progressão rápida da doença e declínio do estado neurológico. No momento presente, devido à inclusão destas unidades na rede nacional de cuidados paliativos e critérios de referência, os clientes chegam num estadió muito avançado da doença, muitas vezes em fase terminal ou agónica, o que dificulta a abordagem das questões inerentes ao sofrimento emocional.

O tipo de estudo escolhido não procura generalizações dos resultados, no entanto pensamos que estes poderão ser úteis para uma reflexão e contribuir para uma definição de estratégias de intervenção e de formação.

A interpretação dos dados embora possa ser subjetiva, tentou-se minimizar com a validação de outros elementos além de mim, na leitura e análise das entrevistas.

O facto de estar profundamente imersa na realidade investigada pode ter influenciado a forma como analisei o fenómeno em estudo, não obstante o cuidado aplicado em isolar os conhecimentos e experiências prévias.

O Regulamento das Competências Específicas do EESMP (Regulamento nº515, 2018) estabelece que estes desenvolvem intervenções psicoterapêuticas. A definição do que são estas intervenções, de quais são e de como podem ser criteriosamente utilizadas é um tema que se mantém em construção e para o qual este trabalho pode vir a dar um contributo.

Este estudo poderá servir de ponto de partida para investigações futuras nesta área que permitam reforçar a validação da Narrativa de Vida como técnica psicoterapêutica de intervenção no sofrimento emocional.

Para além da continuidade e aprofundamento da compreensão desta técnica como intervenção psicoterapêutica ao alcance dos EESMP, é igualmente necessário um investimento na formação para uma eficaz utilização da mesma pelos profissionais, bem como a criação de condições nos serviços, dado tratar-se de uma intervenção que necessita de algum tempo (nunca inferior a 30 minutos) a ser desenvolvida.

Outro aspeto importante é a criação de espaços de reflexão e partilha de sentimentos e conhecimentos, com supervisão clínica exterior à equipa. A supervisão aos profissionais contribui para o crescimento pessoal e profissional, auxiliando a gerir a complexidade de sentimentos e emoções implícitas ao sofrimento emocional.

Esta necessidade é ainda mais premente em contexto de fim de vida, onde a gestão desses sentimentos e emoções é mais difícil pela complexidade do sofrimento emocional face às perdas sucessivas que a pessoa sofre, o luto preparatório que necessita efetuar, e o confronto com a inevitabilidade da morte, carecendo estas equipas de Enfermeiros com formação em SMP, detentores de formação adequada à abordagem do sofrimento psicoemocional.

Uma outra área de foco para posteriores estudos poderá consistir na utilização desta abordagem na família, que também se encontra em sofrimento e a necessitar de realizar o luto antecipatório.



## **Parte 2 – O Desenvolvimento das Competências Especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**



## 1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

No meu percurso para me tornar Enfermeira Especialista em SMP, para além das competências específicas, existem um conjunto de Competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), cujo desenvolvimento não pode ser descurado. Para tal, em cada um dos contextos de estágio elaborei um quadro com as atividades a desenvolver de modo a incrementar essas mesmas competências (Apendice III).

Todo o enfermeiro especialista tem uma Responsabilidade profissional, ética e legal, consagrada no código deontológico, que envolve o respeito pela autodeterminação e privacidade do cliente.

Os contextos em que desenvolvi o meu estágio permitiram-me ampliar esta competência, cujo desenvolvimento é iniciado no nosso percurso profissional inicial mas que deve estar mais desenvolvida num enfermeiro especialista/prática avançada, através da inclusão do cliente nas decisões terapêuticas e construção de um cuidado centrado na pessoa, desenvolvimento de um pensamento reflexivo ético-legal em equipa multidisciplinar, realização de educação sobre a doença e plano terapêutico com vista uma tomada de decisão informada e promover, na medida do possível, a autonomia e autodeterminação da pessoa.

Em cada um dos contextos de formação, o conhecimento que desenvolvi dos clientes acompanhados, da pesquisa bibliográfica efetuada sobre as questões ético-legais mais prementes de cada contexto, as reflexões efetuadas com os supervisores clínicos e a presença e progressiva participação nas reuniões semanais multidisciplinares de discussão de casos e decisões terapêuticas e ético-legais permitiu-me cimentar o exercício desta responsabilidade.

Contudo, para que a poder desenvolver em plenitude, exigiu de mim igualmente uma introspeção e análise dos meus valores e convicções pessoais, e de que forma estes podem interferir na forma como penso e exerço esta competência na prestação de cuidados.

Apenas desta forma me foi possível chegar ao fim deste percurso e conseguir analisar cada situação na sua globalidade, com todas as nuances ético-legais existentes e soluções possíveis.

Segundo Benner (2001), a Enfermeira Proficiente consegue analisar as situações na globalidade e prever resultados esperados fundamentando decisões nos resultados previstos.

Outra das competências do Enfermeiro Especialista consiste na Melhoria e Monitorização da Qualidade dos Cuidados, que envolve todos os indicadores relativos aos cuidados, desde o desenvolvimento de úlceras de pressão até uma monitorização da segurança e do controlo de infeção.

Estes são indicadores para que estamos despertos no nosso dia-a-dia desde a formação inicial até ao nosso enquadramento profissional atual. Contudo, enquanto enfermeiros especialistas, prestadores de prática avançada de cuidados, temos igualmente uma responsabilidade de monitorizar esses indicadores, atuar como consultores e promover o desenvolvimento dessas competências nos outros enfermeiros e restantes profissionais de saúde.

No decorrer do estágio considero que esta foi a competência que menos consegui desenvolver, uma vez que, apesar de durante o mesmo ter contribuído para a qualidade dos cuidados dando resposta aos indicadores no decorrer das minhas intervenções de Enfermagem, não me foi possível realizar uma avaliação global do cumprimento dos mesmos nos contextos clínicos, áreas de melhoria ou realizar propostas de melhoria, ou mesmo possíveis formações.

Contudo, estes indicadores foram sendo objeto de reflexão acerca da forma como os coloquei em prática no decorrer do meu percurso de formação avançada, tomando maior consciência de algumas praxis que se tornam quase automatizadas com os anos de exercício profissional, sem lugar à reflexão que o papel de formando nos proporciona, de que forma estes diferem do meu contexto de prática, e que contributos pude retirar destes contextos de estágio para o meu local de trabalho.

Analisando os níveis de competência clínica do Enfermeiro definidos por Benner (2001), baseados no modelo de Dreyfus, a Enfermeira Competente tem consciência da sua atuação e dos objetivos da mesma, perspetivando um plano interventivo através de uma análise consciente, abstrata e crítica.

A Gestão de Cuidados, embora não seja uma área para mim totalmente desconhecida pelo exercício das funções de chefe de equipa no decorrer do meu percurso profissional, que implica a organização e supervisão dos cuidados no turno, no contexto da formação avançada e pós-graduada implica desenvolver e ampliar esta competência no seio de uma equipa e contexto desconhecidos, em que temos que nos integrar, conhecer e dar a conhecer, com um curto limite temporal e em que o nosso foco está no desenvolvimento das competências específicas à área de Saúde Mental e Psiquiatria.

Por se tratar de um serviço em que os Enfermeiros Especialistas de SMP dispõem de uma considerável autonomia e independência de atuação, no contexto comunitário foi-me dada alguma liberdade para organização dos cuidados, no sentido da marcação do horário e dias das consultas com os clientes, com vista à melhor gestão do horário de atendimento e qualidade dos cuidados prestados, bem como a inclusão no planeamento de visitas domiciliárias de Enfermagem e/ou multidisciplinares.

Durante a minha permanência neste contexto de estágio em psiquiatria comunitária, para mim uma área totalmente desconhecida, senti por diversas vezes a minha capacidade de reorganização de cuidados e estabelecimento de prioridades serem testadas perante situações imprevistas, como pedidos de ajuda de clientes sem consulta marcada e/ou atendimento de situações de crise.

O contexto de fim de vida, sobretudo em internamento, reveste-se de uma dinâmica única e particular muito própria, com uma filosofia de cuidados centrados na pessoa e sua família, com uma abordagem multidisciplinar e a construção de um plano de cuidados único e individual, em que se inclui o cliente e pessoas significativas.

Aqui pude desenvolver uma capacidade de reflexão e planeamento de cuidados em equipa multidisciplinar, centrados na pessoa e incluindo-a na tomada de decisão sobre o processo de doença, permitindo a prestação de cuidados centrados na pessoa, que deve pautar o exercício da Enfermagem Avançada.

Estas aprendizagens permitiram-me ampliar a minha capacidade de gestão de cuidados e de atuação perante o imprevisto, bem como melhorar a minha forma de refletir, planear e implementar os cuidados que presto, colocando sobre estes um novo olhar. Estas são as características de uma enfermeira proficiente.

Numa área em que o conhecimento está em constante mutação e desenvolvimento, e sendo o Enfermeiro de Prática Avançada responsável pela produção e disseminação desse mesmo conhecimento, o Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais, com vista a uma contínua melhoria dos cuidados prestados, torna-se um imperativo.

Durante o percurso para me tornar Enfermeira Especialista, considero que esta foi a competência que mais desenvolvi, e a que os contextos de ensino foram mais prolíficos. Sendo contextos cuja prática diária era para mim desconhecida, permitiu-me sair da minha “zona de conforto” e desenvolver inúmeras aprendizagens como pessoa e como profissional.

Através das reflexões efetuadas com os supervisores clínicos e alguns membros das equipas multidisciplinares, bem como nos jornais de aprendizagem, da pesquisa bibliográfica efetuada sobre as temáticas emergentes da prática de cuidados, intervenção na crise e conferências familiares, permitiram-me adquirir competências de intervenção especializada.

Ao aperceber-me melhor de como me apresento enquanto pessoa e profissional perante o alvo dos meus cuidados, permitiu-me desenvolver uma relação empática e intervenções terapêuticas, incidindo sobre o objeto do meu projeto de estágio, a utilização da Narrativa de Vida no alívio do sofrimento emocional na doença mental e em fim de vida.

Embora fosse inexperiente na utilização desta técnica, o seu desenvolvimento permitiu-me adquirir competências no seu domínio e utilizá-la com eficácia na diminuição do sofrimento emocional.

Não obstante ter ainda uma caminhada a realizar de aprendizagens com vista a tornar-me não apenas especialista, mas perita na área de SMP, considero ter já realizado aprendizagens e possuir ferramentas que me permitem perceber as situações na sua globalidade, perceber algumas das suas nuances e atuar com alguma segurança, fazendo de mim uma enfermeira Proficiente.

## 2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Para um EESMP deter um Elevado Conhecimento e Consciência de Si é a mais importante competência a desenvolver, sendo transversal a todas as restantes.

A primeira semana de estágio na comunidade foi para mim um desafio, pois habituada a uma prática assente em situação de internamento, um contexto de cuidados assente na relação terapêutica e gestão da doença mental grave exigiu de mim um processo reflexivo profundo e uma tomada de consciência de mim como pessoa e como profissional, das minhas crenças e valores, da minha comunicação não verbal e de como estes interferem na relação, de como o outro reage a mim e dos sentimentos e reações que provoca em mim o que o cliente traz para a relação.

É neste jogo de transferência e contratransferência, da comunicação verbal e não verbal, que assenta a relação terapêutica e o sucesso das minhas intervenções como futura especialista em SMP. Apenas através desta podemos aceder ao sofrimento do outro, compreendê-lo e promover no outro o desenvolvimento de estratégias para diminuição do mesmo.

Contudo, foi face ao sofrimento do outro quando confrontado com a morte iminente que o impacto e o desenvolvimento desta competência se afirmaram como pessoa e como profissional.

Sendo o processo de doença terminal e morte uma experiência única e individual, ajudar a pessoa a realizar esta caminhada exige uma consciência profunda da minha mortalidade e da dos que amo, de como lido com a morte do outro, conseguindo compreender o significado do processo para o cliente, sem o julgar aos olhos do meu sistema de valores.

As reflexões efetuadas com o supervisor clínico e a psicóloga da equipa, bem como a realização dos jornais de aprendizagem, permitiu-me tomar uma mais profunda consciência de como me apresento na relação com o outro, a comunicação verbal e não-verbal, os aspetos em que me sinto confortável e o que me causa desconforto, e a importância de saber o que não se deve dizer.

Embora o desenvolvimento desta competência seja um trabalho complexo e contínuo a realizar no decurso da minha carreira profissional, termino o meu percurso com um melhor conhecimento e consciência de mim, efetuando um processo reflexivo contínuo acerca de como me apresentei e desenvolvi na relação com o outro, o que fiz bem e o que poderia ter feito melhor ou diferente.

A Enfermeira Iniciada Avançada frente a situações similares já presenciadas ou experienciadas, consegue reconhecer os aspetos mais significativos em jogo, contudo não consegue reconhecer a globalidade da situação (Benner, 2001).

No que respeita à assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, os contextos de estágio proporcionaram-me diversas aprendizagens e um leque variado de intervenções.

Em contexto comunitário pude realizar aprendizagens em termos da assistência ao cliente e família na doença mental, através da psicoeducação, intervenção na crise e gestão de conflitos.

A doença mental causa uma disrupção não apenas na vida da pessoa, mas igualmente dos que o rodeiam, e para quem não detém os conhecimentos nem estratégias de intervenção, pode ser extremamente difícil e desgastante conviver e tentar ajudar a pessoa com experiência de doença mental.

A enfermeira de saúde mental comunitária torna-se, no contexto que conheci, a principal fonte de apoio psicoemocional e educacional, devendo para tal deter uma comunicação clara, assertiva e verdadeira, bem como um sólido corpo de conhecimentos.

Em contexto de internamento em fim de vida, as intervenções são sobretudo no sentido da promoção da saúde mental, através da facilitação da adaptação ao processo de doença e morte, da realização do luto preparatório (cliente), da realização do luto antecipatório (família), identificando fatores de risco para doença mental ou luto patológico e intervenção concertada do EESMP e Psicóloga, com conferências familiares, intervenções psicoterapêuticas sempre que necessário e acompanhamento da família no luto.

Realizar intervenções psicoterapêuticas neste contexto pode ser assustador e foi para mim um desafio maior do que esperava, o que gerou em mim uma maior contenção e menos naturalidade na relação. Contudo, a possibilidade de refletir e discutir as mesmas com o supervisor clínico e por vezes com a psicóloga possibilitou melhorar as minhas intervenções, torná-las mais consistentes e eficazes, gerando maior naturalidade na relação.

Uma vez que centrei o meu projeto de estágio em intervenções individuais, mais concretamente na intervenção psicoterapêutica Narrativa de Vida e no sofrimento emocional, deixou-me menos espaço para o desenvolvimento de competências nas intervenções com grupos e/ou famílias, que espero poder desenvolver futuramente.

Neste campo sinto que tenho ainda um longo percurso a percorrer, com necessidade de mais formação e experiência, considerando-me capaz apenas de intervir nalguns aspetos da assistência à pessoa e família com vista à otimização da saúde mental, considerando-me por isso no nível de competente, segundo o modelo de Benner (2001).

A terceira competência diz respeito a ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto, e interliga-se com a competência supracitada.

Embora se tratasse de um contexto comunitário, ao longo do estágio fui confrontada com clientes em fase de descompensação da sua doença ou pedidos de ajuda de familiares, sendo a enfermagem a primeira linha de intervenção. O atendimento a estes clientes foi para mim um momento de aprendizagem, que me permitiu ampliar competências sobre intervenção na crise.

Outro momento de aprendizagem para mim foram as visitas domiciliárias e as intervenções psicoterapêuticas num contexto em que o poder se inverte, em que entramos no espaço do outro, saindo da nossa zona de conforto (protegidos por uma secretária, uma estrutura e uma equipa multidisciplinar).

Embora o desconforto e inibição tivessem prevalecido nas primeiras visitas, o acesso que estas me forneciam ao mundo do outro, as suas relações interpessoais e com o meio, forneciam-me informação e instrumentos de análise da situação que me permitiram ultrapassar esses sentimentos, entrar em relação com o outro e intervir.

Não obstante o limite temporal do contexto de internamento não me tenha permitido desenvolver competências de intervenção na família, tendo esta sido sobretudo a nível individual, tive oportunidade de realizar aprendizagens de intervenção na família no domínio da gestão de expectativas, de conflitos e de stress relacionado com a doença e morte e facilitação do luto antecipatório, através da participação em conferências familiares.

Este é um domínio em que o EESMP tem um papel primordial, realizando uma avaliação do estado mental, identificando fatores de risco, elaborando um plano de intervenção e aplicando esse plano com vista à promoção da saúde mental, naquela que é considerada a maior crise que o Ser Humano enfrenta: a morte e o desconhecido.

Neste domínio, e recorrendo à definição de Benner (2001) anteriormente abordada, considero-me uma enfermeira Iniciada Avançada.

No âmbito da prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, onde de engloba o foco do meu percurso clínico e deste relatório, foram diversos os sentimentos e momentos que experienciei durante o meu percurso de aprendizagem.

Ao iniciar o estágio e a utilização da intervenção psicoterapêutica em que centrei o meu projeto de aprendizagem, sentia-me um pouco receosa face à inexperiência que detinha no domínio da mesma, não obstante a pesquisa bibliográfica efetuada e o plano das sessões estruturado, bem como o apoio e os conhecimentos sobre a intervenção do orientador docente.

No decorrer das mesmas, o receio foi dando lugar à confiança perante as mudanças patentes no cliente, construindo um sentimento de que tinha efetivamente construído uma relação terapêutica com este, que lhe forneceu a possibilidade de se resignificar e efetuar um movimento de mudança, aceitando o passado e perspetivando o futuro.

Imbuída desta confiança, embora consciente da necessidade de ajustar os objetivos e a finalidade da intervenção para o contexto de fim de vida, foi para mim fonte de angústia e algum desalento a maior dificuldade com que me deparei em desenvolver com sucesso a Narrativa de Vida num contexto que envolve temáticas tão sensíveis e um sofrimento extremo, necessitando de técnicas de comunicação bem cimentadas e praticadas.

Neste processo, constituiu-se como uma fonte de aprendizagem e reflexão os conhecimentos e a prática partilhados pelo supervisor clínico, que me permitiram cimentar e ampliar técnicas de comunicação e de intervenção psicoterapêuticas e de psicoeducação, ultrapassando a angústia e desalento iniciais.

Contudo, esta é uma aprendizagem que se encontra necessitada de um grande investimento da minha parte (através de formação adicional e aquisição de prática), mas que detenho grande interesse em desenvolver, para que possa passar de um nível de iniciada avançada para o de perita, prestando cuidados especializados e de qualidade à pessoa com doença mental, e quem sabe em fim de vida.

### 3. Considerações Finais

A realização deste relatório foi o culminar de um percurso de aprendizagem extremamente rico, gratificante e positivo. A análise crítica desta jornada aqui patente permitiu revisitar e refletir sobre as aprendizagens efetuadas e o desenvolvimento das competências, consciencializando-me e apropriando-me das mesmas.

A mais valia este percurso consistiu em proporcionar-me um maior conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e profissional, permitindo-me redefinir a forma como me apresento na relação com o outro e a minha prática de cuidados.

Este processo proporcionou uma melhoria na minha prática de cuidados e desenvolver as competências específicas do EESMP.

No decorrer do estágio e da análise reflexiva do trabalho efetuado, foi possível conhecer os significados e as vivências do sofrimento emocional dos clientes que acompanhei, identificar as expressões desse mesmo sofrimento, adquirir competências na aplicação da Narrativa de Vida como intervenção psicoterapêutica e através desta proporcionar uma hipótese de mudança e/ou de adaptação ao processo de doença e morte, com redução do sofrimento emocional. Posso deste modo concluir ter dado resposta aos objetivos a que me propus para a minha aprendizagem.

A doença mental causa uma disrupção no contínuo biográfico da pessoa, alterando a sua identidade através da alteração que provoca nos papéis que desempenhava e que constituíam a sua identidade.

A Narrativa de Vida como intervenção psicoterapêutica permitiu não apenas recuperar esse contínuo biográfico, mas reescrever a história de modo a acomodar a situação atual, enquanto proporcionou uma identificação dos padrões de resposta aos stressores prevalentes e que se mostraram ineficazes na manutenção ou restabelecimento do equilíbrio e da saúde mental.

Este processo oferece ainda uma possibilidade de mudança através da identificação e consciencialização dos momentos inovadores, momentos em que perante um stressor surgiu uma resposta que diferiu do padrão prevalente e que permite uma mudança no comportamento que melhora a capacidade de resposta e reforça as linhas de defesa, com vista à restauração do equilíbrio do sistema.

Em contexto de fim de vida a mais valia da Narrativa de Vida consiste não em oferecer uma oportunidade de mudança, mas de dar um sentido à vida, ao sofrimento

e à morte, bem como de construir um sentido de dignidade e de que a vida vale a pena ser vivida apesar das circunstâncias.

Na construção da sua história de vida a pessoa revisita os seus feitos, os momentos-chave, o seu legado... a marca que deixa no mundo.

Enquanto o faz, acede ao seu sofrimento, apropriando-se dele, experienciando-o e ultrapassando-o, o que lhe permite adaptar-se ao processo de doença e morte e realizar o luto preparatório, adquirindo um sentimento de paz e plenitude, com redução do sofrimento emocional.

Os clientes com quem tive o privilégio de partilhar esta caminhada com a aplicação desta intervenção proporcionaram-me, através da sua autodescoberta, a descoberta de mim própria enquanto pessoa e profissional, e uma possibilidade de crescimento e desenvolvimento, deixando-me com a crença que termino este percurso mais capacitada para, na relação com o outro, me mobilizar como instrumento no alívio do sofrimento emocional.

Uma outra realidade que este relatório faz emergir respeita ao acompanhamento da pessoa em fim de vida e da importância da atuação do ESSMP nesta área, dadas as questões psicoemocionais e espirituais presentes neste contexto, e da necessidade da sua presença na composição da equipa multidisciplinar em cuidados paliativos.

Durante o estágio em contexto de cuidados paliativos pude constatar a diferença na atuação dos enfermeiros da equipa, alguns com formação avançada em Cuidados Paliativos, e a atuação do meu supervisor clínico, Enfermeiro Especialista em SMP, no alívio do sofrimento psicoemocional e acompanhamento da pessoa em fim de vida e seus familiares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, F. (2001). Método clínico: Método clínico?. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14 (3), 609-616.
- American Psychiatric Association (2017). DSM-5 update: Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition. Arlington: American Psychiatric Association. Disponível em [https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update\\_October2017.pdf](https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_October2017.pdf)
- Antunes, A.C.F. (2012). *Os momentos de Inovação e as Protonarrativas na Construção da Mudança Narrativa* (Master Thesis). Escola de Psicologia: Universidade do Minho.
- Barbosa, A. (2016). Espiritualidade in Barbosa, A.; Neto, I. G. *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 737-780). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética
- Benedetto, M.A.C; Blasco, P.G; Levites, M.; Pinheiro, T.R. (2009). Narrativas em Cuidados Paliativos – Um instrumento para lidar com a dor, o sofrimento e a morte. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*, 2 (3). 16-20. Disponível em [https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2009\\_ago\\_narrativas\\_em\\_cuidados\\_paliativos.pdf](https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2009_ago_narrativas_em_cuidados_paliativos.pdf)
- Benedetto, M.A.C.; Garcia, D.; Blasco, P.G. (2010). Era uma vez... Narrativas em Medicina. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*, 3 (1), 19-25. Disponível em [http://www.sobramfa.com.br/artigos/2010\\_mai\\_paliativos\\_era\\_uma\\_vez.pdf](http://www.sobramfa.com.br/artigos/2010_mai_paliativos_era_uma_vez.pdf)
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Experiência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora
- Berlinck, M.T. (2009). O método clínico: fundamento da psicopatologia. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 12 (3), 441-444.
- Björkmark, M; Koskinen, C. (2016). A caring science study on suffering in outsidership. *International Journal of Caring Sciences*, 9 (2), 4-5.
- Boutin, G.; Lessard-Hebert, M.; Govet G. (2008). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e práticas*. 3ª Edição, Lisboa: Instituto Piaget.
- Bulechek, G. M. (org.) (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

- Burgin, E.C.; Gibbons, M.M. (2016). "More Life, Not Less": Using Narrative Therapy With Older Adults With Bipolar Disorder. *AdultsPan Jornal*, 15 (1), 49-61. DOI 1002/adsp.12019
- Cabaniss, D.L., Cherry, S., Douglas, C.J., & Schawartz, A. (2011a). Transference. In D.L. Cabaniss, S. Cherry, C.J. Douglas, & A. Schawartz (Eds) *Psychodynamic psychotherapy: A clinical manual* (pp.218-232). West sussex: Wiley
- Cabaniss, D.L., Cherry, S., Douglas, C.J., & Schawartz, A. (2011b). Countertransference. In D.L. Cabaniss, S. Cherry, C.J. Douglas, & A. Schawartz (Eds) *Psychodynamic psychotherapy: A clinical manual* (pp.233-241). West Sussex: Wiley
- Cabral, A.; Nick, E. (2006). *Dicionário Técnico de Psicologia* (14ª Ed.). São Paulo: Cultrix.
- Campos-Brustelo, T.N; Bravo, F.F; Santos, M.A. (2010). Contando e Encantando Histórias de Vida em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, 6 (1), 1-11. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/07.pdf>
- Ceccarelli, P.R. (2016). Contratransferência cultural e método clínico. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*; 19 (4), 707-719. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n4p707.9>
- Challifour, J. (2008) Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda, in Challifour, J. (2008) *A Intervenção Terapêutica*, Loures: Lusodidata, 7-117
- Chaves et al, C. et al (2016). A Perceção dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados Paliativos. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1538-1543. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/630/63028227013.pdf>
- Clark, S. (2018). Narrative, Self-Realization and The Shape of a Life. *Ethic Theory Moral Prac.* 21. 371-385. DOI: 10.1007/510077-018-9885-7.
- CIPE (2017). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Coimbra de Matos, A. (2006ab). Sobre a transferência. In A. Coimbra de Matos (Eds), *Psicanálise e psicoterapias psicanalíticas* (pp.177-178). Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2006). A contratransferência como resistência do analista e como material do processo psicanalítico. In A. Coimbra de Matos (Eds), *Psicanálise e psicoterapias psicanalíticas* (pp.29-47). Lisboa: Climepsi.

- Diniz, M. (2006). O método clínico na investigação da relação com o saber de quem pesquisa e ensina: Contribuição para a formação docente na tensão entre saber e conhecer. Brasil: 29ª Reunião Anual da Anped. Disponível em <http://www.anped.org.br/sites/default/files/gt08-2254-int.pdf>
- Ferreira, A.D.S.F. (2013). *Necessidades em Cuidados Paliativos: na Pessoa com doença oncológica*. (Master thesis, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/70517>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Loures: Lusodidacta.
- Frias, C. F. C. et al (2001). A pessoa com doença oncológica em fim de vida: vivências e expectativas face ao processo de doença e cuidados de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 43, 35-41.
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional (17ª)*. Lisboa: Temas e Debates – Círculo de Leitores.
- Grunfeld, E.; Coyle, D.; Whelan, T.; Clinch, J.; Earte, C.C.; William, A.; Viola, R.; Cristine, M.; Janz, T.; Glossop, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 12 (170), 1795-1801. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC419766/pdf/20040608s00028p1795.pdf>
- Gouveia, P. I. A. (2014). *Avaliação do Sofrimento Emocional em Idosos Institucionalizados em Lares* (Master thesis, Faculdade de Medicina da Universidade do porto). Disponível em [https://sigarra.up.pt/fmup/en/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=530706](https://sigarra.up.pt/fmup/en/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=530706)
- Hennezel, M.; Leloup, J. (2001). *A Arte de Morrer*. Brasília: Editora Vozes
- Josso, M.C (2002). *Experiências de Vida e Formação*. Lisboa: Educa
- Magadla, M.W.; Magadla, N.I. (2014). Effects of mental illness on relationships amongst families, relatives and friends with mentally ill persons. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance*, 3, 126-135
- Manso, F. R (2008). *A construção social da doença mental e as competências emocionais dos estudantes de enfermagem* (Tesis Doctoral, Universidade de Sevilha).
- Martins, V.R.F. (2011). *Caracterização e abordagem das necessidades espirituais do doente em final de vida: Visão integrada dos profissionais de cuidados*

*paliativos* (Master thesis, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Disponível em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6290>

- Mendes, M.J.; Corte-Real, N.; Dias, C.; Fonseca, A. M. (2014). Excesso de peso e obesidade na escola: conhecer para intervir. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 14 (1), 77-92. DOI: 10.5628/rpcd.14.01.77
- Morse, J.M.; Carter B. (1996). The essence of enduring and expressions of suffering: The reformulation of self. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*; 10 (1), 43-74.
- Mullen, A. (2009). Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18 (2), 83-90. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00578.x>
- NANDA (2015). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020* (11ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Ngazimbi, E.E., Lambie, G.W., Shillingford ; M.A. (2008). The use of Narrative Therapy with Clients Diagnosed with Bipolar Disorder. *Journal of Creativity in Mental Health*, 3 (2), 157-174. DOI 10.1080/15401380802226661.
- Oliveira, E.A.; Santos, M.A.; Mastropietro, A.P. (2010). Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida, *Psicologia em Estudo*, 15 (2), 325-244. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a02v15n2.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2735/3/ANEXO%20II%20-%20Regulamento%20n.%C2%BA%20129%202011%20de%2018%20de%20fevereiro.pdf>
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referència conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Polit, D.; F.; Beck, C. T.; Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artemed Editora.
- Reis, J.C. (1994). Importância do método clínico ou de exploração crítica no estudo da personalidade. *Intervenção Social*, 10, 9-23. Disponível em <http://hdl.handle.net/11067/3947>

- Rezende, F.F. (2011) *Perceção da imagem corporal, resiliência, e estratégias de coping em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica* (Master thesis, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto). Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-11052011-080701/publico/dissertacao.pdf>
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. nº 515 (2018). Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (nº 151 de 7 de Agosto de 2018). Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>
- Rodrigues, V. (2001). *Percursos no Ser: Exercícios e reflexões de Desenvolvimento Pessoal*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Romanoff, B. D.; Thompson, B. E. (2006). Meaning construction in Palliative Care: The use of narrative, ritual and the expressive arts. *American Journal of Hospice & Palliative Care*. 23 (4). 309-316. DOI: 10.1177/1049909106290246.
- Sampaio, F.; Sequeira, C.; Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental: conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. spec1, 103-108. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a17.pdf>
- Santre, M.; Rathod, J.; Maidapwad, S. (2014). Prevalence of Emotional Distress in Cancer Patients. *Journal of Dental and Medical Ciencias*, 13 (6). 09-14. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/66a2/de49aa6285de271394bd8b68b8dc47db0055.pdf>
- Santo, T.M.S. (2015). *O cuidado ao doente terminal num hospital de agudos da Região Autónoma da Madeira: Um contributo para os cuidados paliativos* (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Disponível em <http://web.esenfc.pt/?url=jyBmoHLq>
- Santos, F. (2009). *Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer*. São Paulo: Atheneu.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Loures: Lusociência.
- Seo, M.; Kang, H.S.; Lee, Y.J; Chae, S.M. (2015). Narrative therapy with an emotional approach for people with Depression: Improved symptom and cognitive-

emotional outcomes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 379-382. DOI: 10.1111/jpm.12200

Schmidt, B.; Gabarra, L.M.; Gonçalves, J.R. (2011). Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. *Paidéia*, 21(50), 423-430. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2011000300015>.

Sitvast, J.E.; Abama, T.A; Widdershaven, G.A.M. (2010). Facades of Suffering: client's photo stories about mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24 (5), 349-361.

Souza, A.V.M. (2007). *Marcas de diferença: subjetividade e devir na formação de professores*. Rio de Janeiro: E-papers.

Tomey, A.; Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.

Toral, N.; Slater, B. (2007). Abordagem do Modelo Transteórico no comportamento alimentar. *Ciênc. Saúde coletiva*, 12 (6), 1641-1650. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600025>.

Tsigaropoulos, T.; Mazaris, E.; Chatzidarellis, E.; Skolarikos, A.; Varkaradis, I.; Deliveliotis, C. (2009). Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. *International Journal of Nursing Practice*. 15, 1–6. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/en\\_0104-0707-tce-25-01-3360014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/en_0104-0707-tce-25-01-3360014.pdf)

Wright, L. (2005). *Espiritualidade, Sofrimento e Doença: ideias para curar*. Coimbra: Ariadne ed.

## **APÊNDICES**

## **APENDICE I**

### **Pedidos de Autorização aos Diretores Clínicos**

Exmo Sr. Diretor do Departamento  
De Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca

Eu, Clara Sofia Jesus Rodrigues Galvão Almeida, encontrando-me atualmente a frequentar o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e tendo realizado estágio na equipa de psiquiatria comunitária de Queluz entre 24 de Setembro e 07 de Dezembro de 2018, venho por este meio pedir autorização para a utilização de dados clínicos do utente acompanhado durante o período supracitado com vista à consecução do relatório de estágio. Estes dados clínicos, obtidos com o consentimento informado expresso do utente no início da intervenção, constituem-se vinhetas ilustrativas da dinâmica de cada sessão. Será, nesse sentido, garantida a confidencialidade e o anonimato.

O projeto de estágio que me propus desenvolver, com vista à obtenção do grau de especialista e mestre, sob o tema “Narrativa de Vida: Intervenções de Âmbito Psicoterapêutico no sofrimento emocional”, tem como objetivo geral **o desenvolvimento de competências de intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica com pessoas com doença mental em reabilitação psicossocial** e como objetivo específico **aprofundar a compreensão da utilização das Narrativas de Vida como intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, com pessoas com doença mental em sofrimento emocional.**

Para este efeito foi utilizada uma **abordagem qualitativa** através do **método clínico** na medida em que toma em consideração a individualidade do cliente e permite uma contemporaneidade entre intervenção (cuidados) e pesquisa, com recurso a um conjunto de 6 sessões para desenvolvimento da Narrativa de Vida.

Este projeto foi orientado na equipa de psiquiatria comunitária de Queluz pela Sra Enfermeira Especialista Martina Medeiros e a nível académico pelo Professor Doutor Joaquim de Oliveira Lopes (ESEL).

Este pedido, após deferimento, deverá seguir em anexo com o formulário da comissão de Ética para apreciação da mesma.

Aguardo Deferimento



(Clara Almeida)

Lisboa, 18 de Fevereiro de 2019

Exmo Sr. Diretor Clínico  
Da Casa de Saúde da Idanha

Eu, Clara Sofia Jesus Rodrigues Galvão Almeida, encontrando-me atualmente a frequentar o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e tendo realizado estágio na Unidade de Cuidados Paliativos Bento Menni entre 10 de Dezembro de 2018 e 8 de Fevereiro de 2019, venho por este meio pedir autorização para a utilização de dados clínicos dos utentes acompanhados durante o período supracitado com vista à consecução do relatório de estágio.

Estes dados clínicos, obtidos com o consentimento informado expresso dos utentes no início da intervenção, constituem-se vinhetas ilustrativas da dinâmica de cada sessão. Será, nesse sentido, garantida a confidencialidade e o anonimato.

O projeto de estágio que me propus desenvolver, com vista à obtenção do grau de especialista e mestre, sob o tema “Narrativa de Vida: Intervenções de Âmbito Psicoterapêutico no sofrimento emocional”, tem como objetivo geral **o desenvolvimento de competências de intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica com pessoas com sofrimento emocional** e como objetivo específico **aprofundar a compreensão da utilização das Narrativas de Vida como intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, com pessoas com sofrimento emocional em cuidados paliativos.**

Para este efeito foi utilizada uma **abordagem qualitativa** através do **método clínico** na medida em que toma em consideração a individualidade do cliente e permite uma contemporaneidade entre intervenção (cuidados) e pesquisa, com recurso a um conjunto de 6 sessões para desenvolvimento da Narrativa de Vida.

Este projeto foi orientado na Unidade de Cuidados Paliativos pelo Sr. Enfermeiro Especialista Ricardo Fernandes e a nível académico pelo Professor Doutor Joaquim de Oliveira Lopes (ESEL).

Aguardo Deferimento



Lisboa, 25 de Fevereiro de 2019

## **APENDICE II**

### **O Encontro com o Outro: Diários de Campo**

## **Caso 1 – Contexto Comunitário**

### **. Anamnese e Dados Biográficos**

Sexo masculino, 52 anos, leucodérmico, natural do continente africano onde residiu até aos 9 anos, nacionalidade Portuguesa, 12º ano de Escolaridade, frequentou 1º Ano da Faculdade no Curso de Gestão, mas iniciou atividade profissional em Jardinagem, tendo desistido da Faculdade.

Solteiro, vive só, mas com o apoio financeiro e emocional de familiares e vizinhos. Nunca foi casado. Sem filhos.

Encontra-se de momento de baixa, a aguardar Junta Médica para obtenção de reforma por invalidez. Realiza part-time numa empresa de jardinagem.

Sem hobbies ou pratica de exercício físico. Única atividade de lazer consistia no convívio com grupo de amigos no café perto de casa após o trabalho.

Mais novo de quatro irmãos, solteiro, assumiu os cuidados aos pais, tendo morado com a mãe até à morte desta, há 8 anos. Tem visitas regulares de amigos e vizinhos e almoça diariamente com a irmã, sendo estes o seu suporte emocional e financeiro atual.

A primeira memória que refere da sua infância remonta aos 9 anos de idade: o dia em que regressou a Portugal, tendo sido escoltado por uma milícia de sua casa com os pais e irmãos para o avião que os trouxe de volta. Chegado a Portugal, mudou diversas vezes de residência até os pais adquirirem estabilidade financeira. Após a morte do pai ingressou na tropa, segundo o cliente para sair de casa.

Trabalha desde os 18 anos, após sair da tropa e abandonar faculdade.

Apresenta uma identidade muito relacionada com o plano profissional, revelando que mesmo nas folgas levava trabalho para desenvolver em casa e que durante o ano que passou desde que ficou de baixa e a altura em que iniciou o part-time na empresa de um amigo não tinha motivação nem para sair da cama e sem objetivos de vida, tendo sido durante este período que ocorreu a ideação suicida, a qual não apresenta de momento.

Tem três irmãos, dois rapazes e uma rapariga, dos quais o irmão mais velho desencadeou quadro sintomático semelhante tardio após a morte da mãe, tendo tido um internamento no serviço de psiquiatria num Centro Hospitalar da região de Lisboa. Encontra-se reformado por invalidez. Restantes irmãos saudáveis.

Segundo o próprio cliente, sempre foi introvertido, com um grupo restrito de amigos, vida muito centrada no trabalho, com o futebol como único hobby. Mantinha

convívio diário com grupo de amigos no café do bairro, após o trabalho. Apresentou ao longo da vida dificuldade em estabelecer laços afetivos duradouros.

Os irmãos sempre tiveram uma atitude protetora face a este, bem como o pai. Apresentava relação de grande proximidade com a mãe, assumiu o papel de fonte de rendimento e cuidador desde a morte do pai até à morte da mãe.

Apesar de introvertido e com tendência para se isolar, sem história de sintomas negativos (tristeza, desesperança, desinteresse, isolamento) até ao início da história de doença. Sem alterações da memória ou do pensamento.

No início de 2016 inicia um quadro de cansaço, falta de motivação para o trabalho ou AVD e conflitos com superior hierárquico por excesso de trabalho e coação psicológica com ameaças de despedimento por parte da entidade empregadora. Apresentava quadro de distúrbio do sono (4 a 5 horas de sono diário) segundo o cliente desde que iniciou funções na empresa, mas que se agravaram durante o ano de 2016.

Em meados de Julho de 2016 refere início de quadro súbito de quadro confusional não reconhecendo o local de trabalho ou os colegas e ficando incapaz de executar a tarefa que tinha em mãos, desorientação tempo-espacial e desorganização do comportamento, quadro que durou uma semana.

Encaminhado a consulta de Medicina do Trabalho, que o considerou apto para o desempenho das suas funções e o encaminhou para o médico de família. Avaliado pelo médico de família, foi encaminhado para Psiquiatra e psicóloga para psicoterapia.

Após remissão do quadro confusional instalou-se um quadro de contornos depressivos com tristeza, anedonia, isolamento social, insónia e anorexia com perda de peso. Em Outubro de 2016 inicia acompanhamento psiquiátrico e psicológico com psicoterapia. Permaneceu em psicoterapia por 6 meses, tendo abandonado por razões económicas e por não sentir melhoras. Diagnosticado com Transtorno Depressivo Major tendo iniciado terapêutica antidepressiva.

Refere melhoria do quadro psicopatológico, mas com aparente instalação de quadro de défices mnésicos e movimentos mioclónicos dos membros superiores. Nega consumo abusivo de substâncias psicoativas. No início de 2017 com tentativa de suicídio não concretizada. Em 2017 inicia acompanhamento pela equipa de psiquiatria comunitária.

Diagnóstico atual de Transtorno Depressivo. Suspeita de Demência devido ao episódio ocorrido no trabalho e exames neuropsicológicos, mas sem confirmação diagnóstica.

Atualmente com Humor deprimido, com indicadores de sofrimento emocional (tristeza, desesperança, isolamento, baixa auto-estima, sem objetivos de vida para além da reforma, perda de papéis), lapsos na memória para datas e alguns eventos passados.

Realiza 4 refeições diárias, com alimentação não equilibrada por dificuldades económicas em adquirir bens alimentares. Não realiza exercício físico. Perda de interesse nos hobbies anteriores.

Não realiza vigilância da saúde física periodicamente, recorrendo à urgência em caso de doença. Contudo cumpre vigilância periódica da saúde mental com comparência às consultas de psiquiatria e enfermagem na equipa de psiquiatria comunitária e manutenção do regime terapêutico.

Mantém laços afetivos de amizade adequados com amigos, vizinhos e familiares, e de mais proximidade com a irmã. Apresenta laços afetivos fortes e adequados com a família direta restante.

Em termos de tarefas do desenvolvimento, este cliente apresenta-se na idade adulta média ou maturidade (35-65 anos), em que as tarefas a cumprir são a responsabilidade cívica e social, estabelecimento de um padrão económico, ajudar os filhos adolescentes a tornarem-se adultos responsáveis e felizes, desenvolver atividades adultas de lazer, relacionamento com o cônjuge, aceitar e ajusta-se às alterações da meia-idade e ajustar-se aos pais idosos. Para além de não estar a cumprir estas tarefas, traz ainda tarefas por cumprir do estadio anterior de jovem adulto, como o sair de casa e formar família, pois só mora sozinho devido ao falecimento da mãe, tendo morado sempre com esta e nunca saído de casa (Witter, 2016).

Cliente bem integrado na comunidade, com boas relações estabelecidas com vizinhos, comerciantes e farmacêutico do bairro, estabelecendo amizades com alguns deles, que lhe têm prestado apoio psicológico e económico no decurso da situação de doença.

Economicamente encontra-se de baixa, aguardando junta médica para obtenção de reforma por invalidez, obtendo pequeno rendimento de trabalho a tempo parcial na empresa de um amigo. Tem tido ajuda económica e de bens alimentares da irmã, amigos e vizinhos, bem como do dono da mercearia. A medicação é fornecida pelo hospital, mediante ajuda obtida pela assistente social da equipa. Renegociou empréstimo imobiliário para diminuir prestação.

Apesar da tendência atual para se isolar, mantém convivência esporádica com alguns vizinhos, dono do café do bairro e da mercearia. No trabalho estabeleceu amizade com alguns colegas da mesma faixa etária e com alguns anos de trabalho na empresa, com quem mantém contacto telefónico frequente e convivência esporádica.

Mantém amizade de vários anos com um padre da igreja católica, fé que professa e em cujos ideais acredita e rege a sua conduta, embora não frequente a missa. Tem neste clérigo um confessor e apoio espiritual e psicológico em situações de stress. Para além do apoio espiritual e psicológico, este tem-se constituído igualmente como um recurso económico, fornecendo-lhe bens alimentares.

Vê na Equipa de Psiquiatria Comunitária não apenas um recurso de saúde, através da consulta de psiquiatria e de Enfermagem, mas igualmente um recurso social, através da assistente social da equipa que tem acionado os mecanismos necessários durante todo o processo de baixa e de reforma por invalidez e conseguido apoio no fornecimento da terapêutica psiquiátrica através do Hospital.

### **Dimensão Cuidativa – A 1ª Entrevista**

**Objetivos:** *Conhecer e cliente e dar-me a conhecer como enfermeira; Receber o pedido de ajuda, Propor o contrato de cuidados e Introduzir a orientação terapêutica das narrativas de vida.*

Cliente apresentava-se orientado auto e alopsiquicamente, no tempo, espaço e pessoa, sorridente, colaborante e comunicativo, com ansiedade latente demonstrada pelos tremores nos membros superiores e gaguez. Aspetto descuidado, mas limpo. Roupas adequadas à estação do ano. Idade aparente superior à idade cronológica.

Discurso espontâneo, com adequado encadeamento de ideias, sem alterações do pensamento ou percepção, adequado à realidade, linguagem fluida, prosódia mantida, velocidade do discurso aumentada e articulação do mesmo mantida, com flutuações na entoação, sem alterações na fala ou articulação. Contudo, centrado nas questões laborais e económicas, com necessidade de redirecionamento ao tema original. Apresenta alterações da capacidade de escrita com capacidade de leitura mantida.

Apresenta humor tendencialmente deprimido, com contacto agradável e colaborante, com intensidade emocional normal, amplitude emocional total,

apresentando grande variedade emocional durante a entrevista, consoante os tópicos abordados e adequadas a estes.

Memória a curto prazo com ligeiros lapsos temporais para os eventos relativos ao início da doença. Memória a longo prazo sem alterações, com dificuldades na capacidade de abstração e conceptualização, bem como a atenção e concentração.

Apresenta Insight e Juízo crítico, embora com dificuldade em identificar sentimentos e ideias face a eventos críticos. Consegue identificar implicações da situação, comportamentos face à mesma, consequências das ações e/ou comportamentos no futuro e nos outros. Consegue refletir sobre a doença, sua sintomatologia e necessidade de tratamento.

Durante a entrevista mostrou-se afável e colaborante, mas com ansiedade latente, revelando uma grande preocupação por estar a ter dificuldades em prover o seu sustento (algo que faz desde os 18 anos) e recear ainda mais pelo futuro. Fala da ajuda dos vizinhos e amigos com alguma tristeza, por ter de depender de outros. Do seu discurso sobressaiu um grande foco na dimensão profissional *“eu chegava a trabalhar 16 a 18 horas por dia e aos fins de semana levava trabalho para fazer em casa”* (sic), não apresentando hobbies. Na descrição do ambiente laboral que experienciava antes dos incidentes que marcaram o início do processo de doença e subsequente baixa, descreve como principal fonte de stress o relacionamento com a superior hierárquica (colocando nesta a responsabilidade dos problemas laborais) e o horário de trabalho *“Ela colocou-me a cuidar das plantas e pôs miúdos novos, sem conhecimentos e experiência de jardinagem a fazer os orçamentos, e depois era a mim que vinham pedir ajuda”* (sic).

Apresenta todos os seus objetivos e projetos futuros centrados no plano profissional *“Se me reformarem, eu posso continuar a trabalhar em part-time na empresa do meu amigo, que sou muito novo para ficar sem fazer nada. Se não me reformarem, não sei, pois não me imagino a regressar ao trabalho e enfrentar a minha chefe, com quem tive problemas”* (sic)

Quando questionado *“E como é que esta situação o faz sentir”*, revelou sentir-se ansioso e angustiado, mas defletindo o discurso para a situação laboral e o processo de reforma por incapacidade.

Durante a entrevista surge ainda a questão do afastamento do convívio com os amigos no café (único momento de lazer que tinha) por vergonha devido à perda de rendimentos, ao desemprego e à doença, revelando que não se sentia bem a conviver na situação atual, sem poder pagar nada, e que não queria falar sobre a doença com

estes “*Custa-me ir ter com eles ao café e não poder pagar nada.. e depois estão sempre a perguntar sobre como estou, e não me apetece falar disso*” (sic).

No final da entrevista, a partir da narrativa que o cliente foi fazendo da sua própria vida, introduziu-se a primeira etapa da abordagem psicoterapêutica: foi proposto ao cliente que pudesse pensar “se a minha vida fosse um livro que título teria?”.

### **Dimensão Investigativa**

**O Pedido:** Do discurso do cliente ressalta uma centralização nos problemas laborais e económicos (como forma de não aceder às suas emoções, de não se subjetivar, de não pensar sobre si e sobre o seu papel na sua história de vida?), grande fonte de angústia e preocupação pela incerteza face ao futuro e graves dificuldades económicas por que passa.

**A Hipótese de Foco:** padrão atual de externalização, pedindo conselhos sobre formas de resolução dos problemas junto da equipa e discutindo possíveis cenários futuros, mas sem se responsabilizar pela escolha de um deles, procurando na equipa figuras protetoras parentais, que haviam, segundo diz, delineado todo o futuro para ele, isentando-o de responsabilidade e escolha. Com um discurso centralizado nos problemas económicos e laborais, apresenta-se como um homem pouco habituado a resolver os seus problemas, colocando a responsabilidade no exterior e no outro, mas tendo a perceção de se encontrar num ponto da sua vida onde precisa de tomar decisões e avançar na sua vida, construir o seu futuro, sentindo-se estagnado.

A Psicanalista Karen Horney utilizou o termo externalização para definir o mecanismo pelo qual a pessoa sente os processos internos como ocorrendo fora de si, desresponsabilizando-se pelo que ocorre na sua vida, e colocando essa responsabilidade em fatores externos, do contexto, da situação. Consiste numa forma de olhar externamente o eu interno.

Este processo tem deste modo como função permitir uma fuga ao real transferindo a culpa e a responsabilidade pelos acontecimentos em outrem, de ver no outro qualidades negativas suas (Cabral e Nick, 2006).

**Objetivo da Intervenção:** Oferecer, utilizando a abordagem psicoterapêutica das Narrativas de Vida, a possibilidade de mudança de papéis; de narrador a guionista e ator da sua história de vida, alterando os padrões de resposta vigentes, responsabilizando-se pelas suas escolhas e pela construção do seu futuro.

**O Contrato de Cuidados:** entrevistas semanais, programadas de semana para semana, no total de 6 sessões, de entre 45 a 60 minutos, com o objetivo explícito de o ajudar a compreender melhor a si à sua experiência de doença, podendo no final das 6 sessões o acompanhamento ser continuado pela enfermeira da equipa.

**A Transferência:** Talvez por estar a realizar o meu ensino clínico na equipa com quem o cliente já mantinha uma relação e estava habituado a recorrer para a resolução dos seus problemas, e pela presença da enfermeira da equipa durante a sessão, a focalização do discurso nos problemas laborais e económicos poderia significar uma transferência do papel acima descrito de proteção e desresponsabilização também para mim? O que significaria para o processo terapêutico?

**A Contratransferência:** Esta perceção despertou em mim uma preocupação e uma angústia que esta possível transferência inviabilizasse o processo terapêutico e a ajuda que me propunha oferecer, pondo em causa a confiança que o cliente estava a depositar em mim ao aceitar realizar comigo este processo, quando a confiança que já havia colocado noutros profissionais (psicóloga) não foi correspondida? Poderia esta preocupação e angústia ser produto desta quebra de confiança do cliente, sentindo-se incompreendido e não ajudado? Em que medida me comunicava inconscientemente o temor de também eu, repetindo a sua história, não ser capaz de o compreender e ajudar? Por outro lado, teria eu igualmente, nalgumas situações, recorrido a este mecanismo de externalização como forma de lidar com algumas dificuldades pessoais?

**A escolha de um modelo teórico de enfermagem:** A doença mental, especialmente a doença mental grave, causa uma disrupção na história de vida da pessoa, bem como na sua identidade. O sofrimento emocional surge como resultado desta disrupção e das perdas sucessivas causadas pela doença.

Uma teoria de Enfermagem útil na abordagem desta disrupção e suas consequências para a pessoa é a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, que consiste numa abordagem sistémica e aberta do Cuidar fornecendo uma visão unificadora para a definição dos problemas de Enfermagem e compreensão do cliente em interação com o ambiente, o qual enquanto sistema pode dizer respeito a uma pessoa, família, grupo ou comunidade (Tomey e Alligood, 2004).

Um conceito relevante para este modelo são os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais), que consistem em forças ambientais que interagem

com o cliente ou sistema e têm o potencial de alterar a sua estabilidade ou homeostasia.

*Neuman* desenvolveu a sua teoria com base no modelo de sistemas e na teoria da *Gestalt*, que vê a pessoa como um sistema dinâmico em equilíbrio homeostático e em constante interação com outros sistemas e com o ambiente, em que a introdução de um estímulo perturbador da homeostasia do sistema quebra as linhas de defesa do desencadeando uma resposta no sentido do equilíbrio. A doença, seja física, psicológica, emocional ou espiritual surge quando a resposta ao estímulo perturbador não consegue restabelecer o equilíbrio, repondo as linhas de defesa (Tomey e Alligood, 2004).

No decurso desta primeira sessão foi possível identificar alguns stressores e padrões de resposta aos mesmos:

	<b>Stressores</b>	<b>Respostas</b>
<b>Intrapessoais</b>	- Ansiedade - Dificuldade em se individualizar e responsabilizar pelas suas escolhas	Externalização dos problemas
<b>Interpessoais</b>	- Dificuldade em relacionar-se socialmente - Conflitos Laborais - Dificuldade no Estabelecimento de Relacionamento Afetivos	Perda de contacto com o grupo restrito de Amigos  Crise Dissociativa  Objetivos de Vida centrados no trabalho
<b>Extrapessoais</b>	- Decisão da Junta Médica	Objetivos de Vida centrados no trabalho  Externalização dos problemas

**As Narrativas de Vida:** A construção da Narrativa de Vida constitui-se, perante este modelo, como uma intervenção secundária, tendo como objetivo a proteção da estrutura do sistema, através da ressignificação de eventos de vida, da identificação

e mobilização de recursos internos e externos e da criação de novos padrões de resposta aos stressores.

Esta intervenção revela-se ainda como uma ferramenta de grande utilidade na utilização do método clínico para exploração da dimensão emocional do sofrimento, pois permite à pessoa, através da construção da sua Narrativa de Vida, colocar em palavras emoções, vivências e processos internos, permitindo ressignificar o processo de saúde-doença e identificar comportamentos promotores da saúde mental ou de restabelecimento da mesma, que são objetivos do método clínico de acordo com Reis (1994).

Através desta a pessoa produz e pode transformar um conhecimento sobre si, sobre os outros e sobre o quotidiano, dando-se a conhecer através da subjetividade, da singularidade, das experiências e dos saberes.

O ator parte da experiência de si e questiona as suas vivências e aprendizagens, criando espaço e oportunidade para descrever-escutar e ler-escrever sobre as experiências e descortinar possibilidades através das vivências, permitindo-lhe tomar consciência de si e das representações que constrói de si.

Este conhecimento que fornece de si e do outro legitima a Narrativa de Vida como técnica permitindo a compreensão do outro através da interpretação do significado e sentido atribuídos às experiências individuais, dando primazia ao sujeito (Souza, 2007).

**A Escolha de uma Teoria de Mudança:** Contudo, para que a pessoa consiga fazer este percurso é necessário que esteja predisposto à mudança. Um modelo que explica este movimento da pessoa no sentido da mudança e da criação de novos padrões é o Modelo Transteórico da Mudança, que como o nome indica mobiliza conhecimentos de diversas correntes (*Gestalt*, psicanálise, comportamental) para compor um modelo de compreensão da mudança comportamental relacionada com a saúde (Torral e Slater, 2007).

Segundo este modelo, as alterações no comportamento relacionado com a saúde ocorrem em cinco estádios: Pré-contemplação, Contemplação, Decisão, ação e Manutenção. Analisando o comportamento do cliente durante a sessão, externalizando os problemas e tentando manter as decisões sobre a sua vida e a sua saúde nas mãos de outrem pode-se considerar que se encontra na fase de pré-contemplação, em que a mudança de comportamento não é ainda contemplada pela pessoa e não foram realizadas alterações no mesmo, nem existe intenção de as adotar num futuro próximo (Torral e Slater, 2007).

No sentido de promover uma evolução no estadió com vista à contemplação da mudança, no final da sessão propus ao cliente um “modelo de compreensão biográfica”, convidando-o a titular a sua história, a que reagiu com agrado, como forma de perceber como ele se compreende e narra.

## **Dimensão Cuidativa - Entrevista 2:**

**Objetivos:** *Iniciar a construção da Narrativa de Vida, Perceber o processo narrativo do cliente, Identificar mecanismos de defesa e padrões de resposta aos stressores, Identificar momentos inovadores.*

A segunda entrevista foi baseada na proposta colocada ao cliente no final da entrevista anterior “Se a sua vida fosse um livro, que título teria?”, fazendo um resumo escrito da sua vida, uma condensação, uma metáfora.

O título escolhido pelo cliente “*A minha vida incompleta*” denota muitas interrogações, dúvidas e escolhas a efetuar, mais uma vez focalizadas por este na indecisão relativa à sua situação laboral e ao futuro. Contudo, revela um objetivo antigo para o seu futuro, que colocou em espera até à reforma: Regressar ao país onde nasceu. Quando questionado sobre este desejo de regresso à sua terra natal, não foi capaz de o explicar, uma vez que a única memória que tem de lá é do dia em que regressou a Portugal. Revelou que apesar de só conhecer o local onde nasceu através de fotografias e das memórias de familiares, e de ter visto fotografias mais recentes, enviadas por familiares que residem lá, mantém este desejo de “descobrir” a terra onde nasceu.

Este objetivo transportou-nos para a sua infância, da qual revela ter como única memória ser escoltado de casa com a sua família pelos militares até ao aeroporto (com 9 anos), regressando a Portugal, em 1975.

Desde esse regresso, perante o clima de segregação que experienciou, gerou-se um laço de união e proteção entre ele, os irmãos e amigos também eles vindos da mesma terra. Esta “proteção” de uma figura masculina mais velha continuou na tropa sob a forma de um almirante.

Começando a trabalhar, surge um conflito com figuras femininas hierarquicamente superiores, mais novas e com mais habilitações literárias, a que reagia despedindo-se e que justifica referindo que não sentia as suas competências reconhecidas.

Para além deste conflito, surge apenas referência a dois relacionamentos amorosos na sua vida.

Neste ponto foi necessário mudar de sala, altura em que a entrevista passou a decorrer na presença da enfermeira da equipa. O cliente redirecionou o discurso para o presente e para a situação laboral e económica.

Perante esta dificuldade em redirecionar a temática para a narrativa de vida, senti necessidade de terminar a sessão, fazendo um balanço desta, e partindo do título escolhido “A minha vida incompleta”, que refletisse para o próximo encontro sobre que título gostaria que a sua vida tivesse e o que achava que poderia fazer para o atingir.

### **Dimensão Investigativa:**

**O estabelecimento do Foco:** padrão de reação a situações de conflito com fuga e de externalização.

Segundo Challifour (2008), a fuga (ou retraimento) consiste num mecanismo consciente de lidar com situações traumáticas e/ou stressantes. Quando confrontada com uma situação ameaçadora, a pessoa opta por se afastar, por fugir da situação, como forma de evitar ou diminuir o stress causado por esta, ou por admitir a derrota e reduzir as suas aspirações.

Contudo, nesta situação parece tratar-se de um mecanismo inconsciente, por dificuldade no confronto com situações de conflito.

A minha intervenção visa, deste modo, oferecer ao cliente uma possibilidade de tomada de consciência destes padrões de resposta e a possibilidade de mudança de papéis: de narrador a ator e guionista da sua história de vida.

**A Transferência:** Ao mudarmos de sala e perante à presença da Enfermeira da equipa, o discurso do cliente voltou a centrar-se nas questões que dominam o seu discurso e que expressam as suas preocupações atuais, e que constituem os pedidos de ajuda que o levaram a recorrer à equipa.

Poderá este comportamento dever-se ao facto de ver na equipa não apenas um recurso de saúde, mas também um recurso económico através dos apoios conseguidos pela assistente social e fornecimento da terapêutica? Poderá estar inconscientemente a repetir um padrão e a colocar na equipa a responsabilidade pela resolução das questões laborais e económicas (demonstra muita preocupação com o peso dos relatórios dos exames e da psiquiatra da equipa na obtenção da reforma e pede conselhos sobre como se deve comportar na junta médica)? Estaria a Transferir para a equipa o papel protetor e securizante das figuras parentais?

O processo de transferência foi primeiramente referido por Freud no seu artigo “Estudos sobre a Histeria” pode ser definida como a repetição de reações objetais do passado, não se resumindo à sua recapitulação e revivência como sujeito desejante, mas igualmente como objeto do outro. Estas reações e emoções podem ser deslocadas para o terapeuta ou para outros.

Este processo permite conhecer, no presente e na relação, o funcionamento psíquico do cliente (Matos, C., 2006; Cabaniss et al, 2011).

**A Contra-Transferência:** Durante a sessão, o cliente apresentou uma atitude de abertura e confiança para comigo, conseguindo quando a sós comigo descentrar-se das questões laborais e financeiras e falar da sua vida e de questões pessoais como relações afetivas permitiu-me reduzir os receios que trazia da sessão anterior e responder à sua atitude com abertura, disponibilidade e compreensão, conseguindo compreender as necessidades desta pessoa, os seus pontos de vista, surgindo um sentimento de empatia.

Esta alteração de atitude do cliente perante mim e perante a enfermeira da equipa fez-me repensar na transferência que este podia estar a realizar para comigo dado a confiança e à vontade que demonstrou na minha presença escolhendo partilhar pormenores da sua vida que não havia partilhado com a equipa. Esta postura apresentou-se como a de alguém que tinha encontrado finalmente alguém disposto a verdadeiramente ouvi-lo e compreendê-lo, ao seu ritmo, sem pré-conceitos ou juízos de valor. Isto despertou em mim um sentido de responsabilidade, bem como um sentimento de calma, felicidade (pela confiança e abertura demonstrada), serenidade e abertura, que considero ter facilitado o estabelecimento de uma relação com este cliente. Contudo, uma questão se me colocou e me provocou algum anseio: até que ponto conseguiria conjugar aquilo que o cliente esperava de mim com o que ele realmente necessitava? Poderia eu deixar-me envolver no que este esperava de mim prejudicando a possibilidade de lhe fornecer o que ele realmente necessitava?

**A evolução do caso iluminada pelo modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman:**

No decorrer da construção da Narrativa de Vida, surgiram mais stressores e começa a delinear-se padrões de resposta aos mesmos que nos permitem estruturar pontos de mudança, com vista ao alívio do sofrimento emocional e restabelecimento da saúde mental.

	<b>Stressores</b>	<b>Respostas</b>
<b>Intrapessoais</b>	- Ansiedade	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade em se individualizar e responsabilizar pelas suas escolhas</li> <li>- <u>Figura Hierárquica Feminina, mais nova e com menos experiência</u></li> </ul>	<p>Externalização dos Problemas</p> <p>“Fuga”, despedimento Crise Dissociativa</p>
<b>Interpessoais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade em relacionar-se socialmente</li> <li>- Conflitos Laborais</li> <li>- <u>Dificuldade no Estabelecimento de Relacionamento Afetivos</u></li> <li>- <u>Morte do Pai</u></li> <li>- <u>Morte da Mãe</u></li> </ul>	<p>Perda de contacto com o grupo restrito de Amigos</p> <p>Despedimento; Crise dissociativa</p> <p>Objetivos de Vida centrados no trabalho</p> <p>Saída de casa e ingresso no exército</p> <p>Aumento da carga horária laboral</p>
<b>Extrapessoais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decisão da Junta Médica</li> <li>- <u>Mudança de País na Infância</u></li> <li>- <u>Mudança Frequente de Residência na Infância e Adolescência</u></li> </ul>	<p>Objetivos de Vida centrados no trabalho</p> <p>Externalização dos problemas</p> <p>Procura de “proteção” em figuras masculinas mais velhas (irmãos e seus amigos, almirante, pai)</p>

Os padrões de resposta emergentes desta sessão de fuga e desresponsabilização a stressores, com procura de uma figura protetora.

**A evolução do caso iluminada pelas Narrativas de Vida:** Com a Narrativa de Vida pretende-se, conforme o exposto na fundamentação teórica, não apenas tornar estes padrões de resposta conscientes para o próprio, mas procurar e evidenciar momentos inovadores, em que a pessoa tenha mobilizado diferentes

padrões de resposta a um stressor e ser capaz de utilizá-los para elaborar uma nova história de vida que se adeque à situação atual.

O cliente apresentou um bloqueio para memórias anteriores ao dia em que regressou a Portugal, bem como para os eventos que ocorreram no local de trabalho no início da doença.

Este tipo de amnésia temporária para eventos específicos ou um determinado período do passado é um dos sintomas do transtorno dissociativo (F44, classificação DSM V), um distúrbio mental em que a pessoa sofre um desequilíbrio psicológico, ocorrendo alterações na consciência, memória, identidade, emoção, percepção do ambiente, controle dos movimentos e comportamento. Normalmente, este distúrbio ocorre após eventos traumáticos ou de grande stress, surgindo de forma súbita.

Estes eventos podem ser tão fortes e traumáticos que as memórias a estes associadas são relegadas para o inconsciente, difíceis de aceder ao consciente. Embora primariamente possa ter um efeito protetor impedindo o reviver do sofrimento emocional associado. Contudo, esta supressão pode a longo prazo podem conduzir ao adoecer mental, desde a depressão, ansiedade, stress pós-traumático e transtorno dissociativo (DSM V, 2017).

Uma vez que a Narrativa de Vida enquanto intervenção psicoterapêutica permite colocar esse sofrimento em palavras e promover a mudança e a ressignificação dos eventos stressantes e/ou traumáticos, fez-me refletir sobre de que forma poderia desbloquear essas memórias e o benefício para o processo terapêutico. Poderá o uso de mediadores de expressão como fotos e vídeos da sua família na terra natal do cliente ou dessa época trazer essas memórias ao consciente? Que consequências para o processo terapêutico e para o bem-estar psicológico do cliente? E se o sofrimento emocional é desencadeado por emoções negativas, de que forma o despoletar novas emoções negativas pode contribuir para o alívio do mesmo? Como podem essas memórias quando colocadas em palavras, no consciente, ser “transformadas” em emoções positivas?

#### **A evolução do caso iluminada pelo Modelo Transteórico da Mudança:**

Embora o cliente se encontre ainda num estado pré-contemplativo, surge nesta sessão referência a planos e objetivos futuros, embora ainda sem prazo estabelecido ou movimentos no sentido da sua consecução, mas que podem refletir um desejo ainda não consciente ou concretizado de mudança: aproximamo-nos do estadio seguinte, o de contemplação.

Após refletir sobre todos estes aspetos, surgiram-me alguns temas de interesse e estratégias de intervenção, dentro da Narrativa de Vida, que possam ajudar a realizar a mudança esperada: Relacionamentos com figuras femininas; Relacionamento com o pai; As suas memórias de infância com recurso a mediadores (Fotos); Passar de narrador da sua história para guionista e ator, responsabilizando-se pelo futuro e pelas escolhas (balanço decisional); Realizar um diário onde possa expressar emoções, vivências, medos, anseios e expectativas para o futuro.

### **Dimensão Cuidativa - Entrevista 3:**

**Objetivos:** *Estimular a passagem de narrador da sua história para guionista e ator, responsabilizando-o pelo futuro e pelas escolhas, através do balanço decisional e realização de um diário onde possa expressar emoções, vivências, medos, anseios e expectativas para o futuro, onde se possa subjetivar.*

O cliente apresentou-se com um fâcies triste, humor deprimido e com ideação suicida não estruturada, despoletada pelas dificuldades económicas que atravessa e um desentendimento com um cliente da empresa onde trabalha em part-time.

Perante estas dificuldades económicas e a incerteza relacionada com o futuro, elencou algumas hipóteses para reequilibrar as despesas e apresentou ainda algumas soluções passíveis de serem colocadas em prática.

Identificando-se a si próprio como um homem de poucas amizades, sentiu-se surpreendido e agradecido pela ajuda de vizinhos, com quem tinha pouco contacto antes da situação de doença, e que têm sido fonte de grande apoio tornando-se amigos.

Após ter partilhado estas incertezas e pensamentos tornou-se mais calmo, discurso mais fluente, postura mais relaxada e diminuição dos tremores.

Descreve a relação com a mãe como próxima e afetuosa e o pai como uma figura mais rígida e normativa, mas protetora, tendo todo um futuro delineado para o filho que se perdeu após a sua morte. Ao falar do pai relata as festas em família e como o pai era o pilar da mesma, tendo havido um afastamento entre os irmãos após o seu falecimento. Apesar de ter um tio, com este a relação é mais distante, a emoção predominante durante a descrição é saudade e carinho.

Da narrativa da forma como reagiu à morte dos pais, surge um padrão de “fuga”/evitamento, tendo ingressado no exército aquando da morte do pai para se afastar de casa e aumentado as horas de trabalho aquando da morte da mãe. De igual forma, refere que o projeto de regressar à terra onde nasceu surgiu depois da morte

da mãe devido a um convite dos tios e porque sentia que “... já não tinha nada que me prendesse aqui” (sic).

Na construção dos seus primeiros anos da vida adulta surge uma referência a um relacionamento amoroso com uma colega de trabalho, cujo término da mesma assume como sua responsabilidade. Conforme apurado junto da irmã, houve ainda uma outra relação, cuja foto da pessoa o irmão ainda mantém na carteira, mas que o cliente não mencionou.

Tem o irmão mais velho como uma referência do que queria que a sua vida fosse a nível laboral, pois conseguiu obter o que aspira para si.

Ao descrever como imaginava que a sua vida pudesse ser na fase atual, descreveu uma situação mais estável no trabalho, com um rendimento que lhe permitisse ter uma vida mais estável, sem depender financeiramente de outros, e com a sua mãe a seu lado.

Apesar de o 3º encontro ser ainda prematuro para apresentar e trabalhar com o cliente o balanço decisional, durante a interação este referiu e refletiu acerca das várias opções que se apresentam para o seu futuro, o que me levou a optar por no final da sessão lhe apresentar esta ferramenta para dar continuidade à reflexão iniciada, com vista a tornar-se o guionista e ator da história do resto da sua vida.

Esta decisão pode igualmente revelar-se de grande utilidade a curto prazo, pois aproximava-se um momento-chave para o seu futuro, com a marcação da junta médica para decisão de atribuição da reforma por invalidez.

Aquando da despedida fui ainda surpreendida pela revelação que o cliente, no decorrer da construção da Narrativa de Vida, tinha começado a colocar por escrito as reflexões que iniciou sobre a sua vida e o seu futuro.

### **Dimensão Investigativa:**

**A Transferência:** O ter escolhido excluir da Narrativa de Vida uma relação que parece ter sido significativa o suficiente para que ainda mantenha uma foto da pessoa na sua carteira, fez-me questionar por que razão decidiu excluí-la? Que emoções esse relacionamento lhe evocaria? Estaria a “fugir” dessas emoções ao omitir a relação da sua história de vida?

Apesar desta escolha em não partilhar este sentimento, o cliente mostra-se progressivamente mais aberto e disponível a partilhar a sua história de vida, bem como os sentimentos e emoções inerentes. A postura calma e confiante do cliente,

com diminuição da gaguez denotam o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia entre mim e este.

A hipótese por mim colocada inicialmente, de que esperasse que eu lhe resolvesse os problemas (como parecia esperar da equipa), parece estar a transformar-se uma vez que agora o cliente pensa mais sobre a sua vida, é capaz de se subjetivar e descobrir que tem recursos.

**A Contra-Transferência:** A minha surpresa perante a iniciativa da construção do Diário fez-me refletir sobre se não estaria eu a espelhar uma falta de confiança em si que o cliente nunca havia apresentado, mas percebida pela desresponsabilização pelas tomadas de decisão ao longo da vida? Ou uma falta de confiança em mim mesmo enquanto instrumento terapêutico e futura enfermeira especialista em saúde mental?

Apesar de me sentir extremamente satisfeita com a conquista conseguida pelo cliente, esta despertou em mim a interrogação se de facto seria uma conquista dele ou algo que fez para me agradar?

**A Evolução do caso iluminada pelo Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman:** Em resposta a um stressor, o cliente apresenta aqui uma resposta mais eficaz de procura de soluções para resolver o problema, em vez da resposta padrão de fuga/evitamento.

Estes novos padrões de resposta poderão fornecer ao cliente uma nova linha de defesa, que lhe permitam restabelecer o equilíbrio e a saúde mental. Foi estimulado este pensamento fornecendo-lhe tempo e espaço, bem como pedindo-lhe que elencasse as várias hipóteses e descrevesse prós e contras de cada uma, sem lhe apresentar no momento o conceito de balanço decisional.

**A Evolução do caso iluminada pela Narrativa de Vida:** Foram vários os momentos inovadores emergentes desta entrevista. O primeiro deles surgiu quando, perante um evento stressante (as dificuldades económicas), o cliente faz o movimento de pensar/elencar diversas opções para o seu futuro e soluções para resolver o seu problema económico a curto prazo

Ao descrever o relacionamento amoroso com a colega, o seu padrão de externalização dos problemas e responsabilização dos outros pelos mesmos transformou-se, ao responsabilizar-se pelo fim da relação revelando que transportava os problemas laborais para a relação.

Outro momento relevante surgiu de o cliente ter começado a escrever sobre o que se passa na sua vida, o que sente, sem que lhe tenha sido sugerido a elaboração

de um diário, demonstrando estar a construir um processo de pensar sobre si e sobre o seu futuro, conseguindo subjetivar-se, o que pode constituir mais um passo na direção da mudança.

A descoberta e utilização destes momentos inovadores como alicerce para a mudança é o fundamento da Narrativa de Vida como intervenção psicoterapêutica. Através destes a pessoa encontra outras formas de se ressignificar e reescrever a sua história de vida incorporando a situação atual e perspectivas futuras assumindo a responsabilidade por esta, conforme explanado no enquadramento teórico.

**A Evolução do caso iluminada pelo Modelo Transteórico da Mudança:** Ao tomar consciência do seu padrão de externalização e enumerar as opções para o futuro e a perspetivar soluções para os seus problemas financeiros e laborais, começa a contemplar a mudança.

Na fase de contemplação do modelo transteórico da mudança, a mudança de comportamento começa a ser considerada, demonstrando pretender alterar o comportamento num futuro próximo, mas ainda sem prazo estabelecido. Existe um reconhecimento que o problema existe e pretende superá-lo, mas sem apresentar comportamento decisivo (Toral e Slater, 2007).

É neste movimento de contemplação da mudança que este modelo propõe o conceito de balanço decisional como uma reflexão sobre os benefícios e consequências de uma decisão, perante a qual a pessoa toma uma decisão. É perante a perceção das vantagens e das desvantagens de determinada decisão que é contemplada (ou não) a mudança de comportamento (Mendes et al, 2014).

Este instrumento permitiu ao cliente refletir sobre as diversas opções que se apresentam para o seu futuro e quais os benefícios e consequências de cada uma.

#### **Dimensão Cuidativa – Entrevista 4:**

**Objetivos:** *Analisar com o cliente o balanço decisional, Promover o movimento de mudança, Promover a reflexão e responsabilização.*

O cliente trazia um pedido de ajuda consequente da junta médica, o qual foi necessário satisfazer. Após a satisfação deste pedido de ajuda (que levou cerca de meia hora) pudemos iniciar a nossa sessão.

Referiu que a junta médica tinha corrido bem, que ainda não tinha resposta pois a médica pediu mais uma observação, mas sentindo que finalmente, depois de 7 meses de espera, as coisas estavam a desenvolver-se “*ela viu os meus exames e relatórios todos, conversou comigo cerca de meia-hora e escreveu muito no relatório*

*e no computador... Desta vez olharam para mim, não me despacharam em 5 minutos” (sic).*

Relativamente ao balanço decisional, o cliente referiu que havia pensado sobre as opções e apresentou planos futuros *“Se me reformarem vou trabalhar em part-time na empresa do meu amigo... ainda sou muito novo para ficar parado em casa. Quero trabalhar mais uns anos. Se não me reformarem, vou tentar chegar a acordo com a empresa... Se sair de lá com a carta para o fundo de desemprego já é muito bom. E depois procuro outra coisa” (sic)*

Apresenta igualmente estratégias para fazer face às despesas imediatas *“já consegui renegociar a dívida com o banco... Em Janeiro vou alugar o quarto vago a um professor que vem de longe. São trezentos euros, o que já é uma ajuda” (sic).*

Após a junta médica, diz que se sentiu relaxar, esteve com a irmã e o padre, e que pela primeira vez em 2 anos, chegou ao café e em vez de beber a sua água com a irmã e ir embora, permaneceu na esplanada após a saída da irmã, convivendo com pessoas conhecidas, a ver futebol, e que até o dono do café referiu *“tu pareces um balão que estava cheio e agora está a esvaziar”*. Refere igualmente que nesse dia não sentiu necessidade de escrever e que quando chegou a casa foi jantar e dormir, pois não dormia bem à vários dias.

No que respeita ao “diário” que começou a efetuar, referiu: *“Ao pensar sobre isto tudo, se fosse hoje eu faria algumas coisas de forma diferente... Não iria aguentar isto tudo, que me pisassem em cima. quando era mais novo, eu cheguei a começar a um trabalho e no dia seguinte bater com a porta e vir-me embora... Eu sei que tive responsabilidade no que se passou... a minha chefe e diretor podem ter tido alguma responsabilidade, mas eu também tive” (sic)*

O cliente assumiu igualmente que este “diário”, onde “despeja” (sic) tudo o que pensa e sente, o têm ajudado a refletir e a realizar esta consciencialização.

Mantém-se sem lembranças da infância, e não trouxe fotografias dessa época, embora refira que as tem em casa.

A entrevista foi terminada com um resumo do que foi alcançado até agora, marcação da próxima sessão e estabelecimento de objetivos para a mesma.

### **Dimensão investigativa:**

**A Transferência:** o facto de quando na presença da enfermeira da equipa ele voltar aos antigos padrões e procurar na equipa a resolução dos seus problemas fez-me questionar se, após o fecho da intervenção e a conclusão do ensino clínico,

poderia o cliente voltar aos mesmos e regredir neste processo? Como garantir a continuidade do processo? Estes foram aspetos de reflexão e discussão com a minha supervisora clínica.

**Contra-Transferência:** Os movimentos de mudança que efetuou e o apresentar-se cada vez mais calmo e confiante na minha presença, pela minha disposição em o realmente ver e ouvir (algo que não está habituado e não sente acontecer frequentemente), percepção reforçada pelo seu relato da postura da médica da junta (que descreve como tendo falado com ele, observado a ele e aos exames, tendo-se sentido visto e ouvido), despertou em mim uma crescente confiança na aplicação e sucesso da intervenção, que se traduziu numa maior abertura e espontaneidade na relação.

Contudo, a minha preocupação com uma recaída após a minha saída não poderá estar a traduzir um receio do próprio cliente em não conseguir sedimentar o papel de guionista e ator da sua vida, regressando ao que sempre conheceu, ser ator de um guião que supõe escrito por outros? E o que poderia eu deixar a este homem que reduzisse essa possibilidade, se é que poderia deixar algo mais?

**A evolução do caso iluminada pelo Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman:** O movimento de mudança em curso e a criação de novos padrões de resposta (mais eficazes) aos stressores, podem no futuro ajudar a restabelecer as linhas de defesa e o equilíbrio do sistema, com vista à reacquirição de uma melhor saúde mental.

**A evolução do caso iluminada pela Narrativa de Vida:** Observou-se novo momento inovador, com o assumir uma quota da responsabilidade pela sua situação laboral, fugindo ao padrão de externalização habitual, e um planeamento do seu futuro, perspetivando soluções mediante o resultado da junta médica, e colocando em prática soluções imediatas para resolução dos seus problemas financeiros, responsabilizando-se pelo presente e futuro, num movimento de passar de narrador a guionista e ator da sua história de vida.

Ao relatar o que tem servido de base ao “diário” que tem construído, emergiu a capacidade que parece começar a demonstrar de reflexão, de se subjetivar e observar os eventos passados sob uma perspetiva diferente, conseguindo identificar novas formas de responder aos problemas.

**A evolução do caso iluminada pelo Modelo Transteórico da Mudança:** Observa-se neste ponto uma Decisão, definida pelo modelo transteórico da mudança como a pretensão de alterar o comportamento num futuro próximo, com prazo

estabelecido (decisão da junta médica). Pequenas mudanças são efetuadas (soluções para os problemas financeiros, retomar o convívio com os amigos no café) e um plano de ação adotado (plano decisional com planos para o futuro, Reflexão e subjetivação através da escrita) mas sem assumir compromisso sério (Toral e Slater, 2007).

Aparentemente a Narrativa de Vida está a cumprir o os objetivos estabelecidos e a cimentar o papel de intervenção psicoterapêutica no alívio do sofrimento emocional.

### **Dimensão Cuidativa – Entrevista 5:**

**Objetivos:** *Promover o movimento de mudança a ser efetuado pelo cliente, Promover a reflexão e subjetivação e Iniciar o encerramento do ciclo de entrevistas e a Intervenção.*

A entrevista iniciou-se com a descrição de uma situação que tinha pendente com uma operadora de telecomunicações, mas encontrando-se orientado para a sua resolução.

Ao relatar o seu fim-de-semana, encontrava-se animado e relatou um comportamento que já não tinha há mais de dois anos: recebeu uns amigos na sua casa para um jantar de convívio, embora refira um pouco “envergonhado” que estes se encarregaram de levar o jantar “*eles foram lá, mas disseram logo que não me preocupasse que eles levavam o jantar*” (sic).

Embora o tema de conversa dominante tenha sido o trabalho e o ambiente que se vive no local de trabalho (dado que se tratavam sobretudo colegas de diversas lojas do grupo), ficou agradado por se voltar a reunir com o grupo de amigos e colegas “*já há muito tempo que não conversava com eles*” (sic).

Durante esta semana encontrou-se igualmente com o seu amigo padre e com os vizinhos.

Refere que o restante fim-de-semana passou em casa, sem eventos significativos, tendo aproveitado para continuar a escrever o seu diário de pensamentos, o qual descreve como atualmente centrado essencialmente na questão laboral e económica, mas assumindo que quando a situação da reforma estiver resolvida e a sua condição económica estabilizada, estará mais disponível para se centrar e pensar em si.

Falou igualmente do próximo fim-de-semana com entusiasmo, referindo que seria o aniversário dos sobrinhos e que provavelmente iriam reunir a família “*No fim-de-semana é o aniversário dos meus sobrinhos e devem fazer um jantar de família...*”

*custa-me ter que vir embora mais cedo, para tomar os medicamentos e ir dormir... a única hipótese é não tomar os medicamentos... Se os tomo às 3 ou 4 da manhã acontece como no Natal, que acordei às 14h... eles disseram que compravam cerveja sem álcool... têm um laranjal e eu disse-lhes que fazia um sumo natural e para mim estava ótimo” (sic).*

Planos futuros progressivamente mais estruturados “A pessoa a quem aluguei o quarto já se vai mudar em Janeiro... O meu amigo e os meus colegas já disseram que me querem a meio tempo...querem é trabalhar comigo” (sic)

Assume estar confiante e otimista face ao futuro, já se encontrar a tentar marcar o exame pedido pela junta e numa atitude expectante face a novo contacto da segurança social.

Referiu igualmente vontade de retomar psicoterapia quando estabilizar a sua situação económica “quando isto estiver resolvido e eu tiver dinheiro, gostaria de voltar a fazer psicoterapia... este espaço para falar consigo tem-me ajudado a pensar sobre as coisas... e gostaria de continuar a fazer isto com uma psicóloga, como fiz no início” (sic).

No final da entrevista foram estabelecidos objetivos para a próxima semana, que será a última, e preparada a conclusão da intervenção, realizando um balanço do progresso efetuado até ao momento.

### **Dimensão Investigativa:**

No que respeita ao foco da minha intervenção, a mudança do padrão de resposta aos stressores e de comportamento, encontra-se em evolução, embora ainda com pequenas mudanças.

O cliente manifesta sintomas positivos como otimismo, esperança no futuro, capacidade de decisão, de organização e priorização e responsabilização pelo futuro.

**A Transferência:** Ao assumir que o espaço fornecido para falar e refletir, e a caminhada efetuada durante este período o ajudou a refletir e a pensar sobre si, demonstra ter estabelecido comigo uma relação de confiança, por se sentir visto e ouvido (valorizando as suas preocupações e anseios), dando-lhe espaço para refletir e pensar sobre si e sobre as suas emoções, descobrindo-se.

Aparentemente, foi-lhe possível experimentar comigo um outro modo de se relacionar, comigo e com ele próprio, que depois conseguiu transportar para a sua vida pessoal e profissional: é capaz de tomar decisões e responsabilizar-se por elas, recorrendo menos à externalização.

**A Contra-Transferência:** Este comportamento que desencadeou em mim a consolidação de postura calma e descontraída e uma capacidade e disponibilidade de estar em relação com ele e perceber e compreender as suas preocupações, necessidades e anseios, bem como uma capacidade, apesar da minha inexperiência, em desenvolver a intervenção psicoterapêutica e dar uma resposta efetiva ao sofrimento emocional da pessoa com doença mental.

Continuando a sentir-me contente com a evolução do cliente, mantenho a interrogação se de facto foi uma conquista sua ou algo feito para me agradar... Esta pergunta poderá ficar para já sem resposta, sendo essencial a continuidade do acompanhamento pela enfermeira da equipa e a possibilidade pelo cliente colocada de reiniciar a psicoterapia.

**A Evolução do caso Iluminada pelo Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman:** O espaço e intervenção por mim criados ofereceram ao cliente a possibilidade de descobrir e mobilizar novos modos de resposta aos stressores, mais adequados, reconstruindo a sua linha de defesa e restituição do equilíbrio do sistema (Tommev e Alligood, 2004).

**A Evolução do caso Iluminada pela Narrativa de Vida:** Verifica-se um movimento de mudança de narrador para ator e guionista da sua história (pelo menos a curto prazo), com um planeamento estruturado para a sua semana.

Estrutura atividades bem delineadas e priorizadas, com diminuição do isolamento e maior abertura ao outro e à relação, obtendo satisfação no convívio com amigos e família. Contudo não aparenta iniciativa para retomar um relacionamento afetivo ou o perspectiva nos seus planos futuros. Quando confrontado com problemas projeta soluções e coloca-as em prática.

Apresenta-se mais reflexivo, mais aberto e disponível para aceder às suas emoções, embora ainda que muito superficialmente. Demonstra desejo de continuar este processo e explorar os seus sentimentos e emoções, ao referir querer retomar a psicoterapia.

**A Evolução do caso iluminada pelo Modelo Transteórico da Mudança:** Verifica-se uma mudança efetiva no comportamento, experiências e ambiente de modo a conseguir resolver e superar os problemas, ocorrendo mudanças visíveis recentemente, podendo considerar-se, segundo o modelo transteórico da mudança, no estadio da acção (Toral e Slater, 2007).

Apesar de todos estes indicadores positivos no sentido da mudança e da diminuição do sofrimento emocional, um aspeto se mantém como fonte de

preocupação e de reflexão para mim, ao estar a chegar ao fim da minha caminhada com este cliente: Mantém renitência em abordar a sua infância e bloqueio de memórias dessa época. Já não refere como plano futuro o regresso ao país onde nasceu. O que poderá isto significar? Porquê esta mudança de projeto futuro? Já não sentirá a mesma necessidade de regressar ao país natal? Terá agora algo mais porque ansiar e que o ligue a Portugal?

Estas são questões que embora gostasse de ter explorado, ficaram por responder devido ao término do ensino clínico e da minha intervenção com este cliente, mas que poderão ser desenvolvidas pela enfermeira da equipa.

### **Dimensão Cuidativa – Entrevista 6:**

**Objetivos:** *Encerramento do ciclo de entrevistas e da Intervenção, Promover a continuidade do plano terapêutico com a Enfermeira da Equipa.*

Iniciou o seu discurso descrevendo a pesquisa que tinha realizado durante essa semana sobre locais e preços da consulta de Neurologia com relatório pedida pela junta, verbalizando que os preços eram incomportáveis e com vagas só a partir de Fevereiro.

Expectante acerca do resultado da junta médica, mas baixando as suas expectativas relativamente à reforma. Verbaliza estar fora de questão regressar ao posto de trabalho se a baixa for recusada e tem planeado tentar chegar a acordo com eles se essa realidade se efetivar.

Embora inicialmente tenha havido uma dificuldade em descentrar o cliente da temática acima descrita, foi possível após expor as suas preocupações centrar-se em si e no resto da sua semana, descrevendo a festa de anos dos sobrinhos como *“complicado... toda a gente me perguntava o mesmo... cheguei a ir para uma sala no restaurante mais vazia para me isolar... tive que começar a dizer às pessoas que não me apetecia falar mais sobre o assunto”* (sic).

De seguida começámos a realizar um balanço das últimas sessões e a preparar o final da intervenção, com a presença da Enfermeira da equipa para manter a continuidade dos cuidados e planeamento de outras intervenções que promovam a diminuição do sofrimento emocional, a subjetivação do eu neste cliente e a consciencialização e expressão de emoções.

Durante o balanço da atividade, o cliente realçou a possibilidade de pensar sobre si, sobre a sua vida e perceber o que poderia ter feito de diferente, e a

importância do “diário” que se mantém a realizar, como espaço de expressão de emoções e de sentimentos e reflexão sobre os mesmos.

Refere ainda que esta atividade lhe permitiu, através do balanço decisional sugerido, pensar nas várias opções que o futuro lhe apresenta e realizar planos para o mesmo, os quais se encontram em espera até resposta da junta médica.

Para promover o estabelecimento de uma relação de confiança e a adesão do cliente à intervenção, optou-se por efetuar a avaliação dos dados antropométricos e aplicação do Mini Mental State Examination apenas nesta entrevista.

Durante a aplicação da escala, as dificuldades que apresentou foram apenas em 2 itens: construção da frase e cópia do desenho.

De seguida iniciou-se o final da entrevista e as despedidas, com marcação da próxima consulta de Enfermagem pela Enfermeira da equipa

### **Dimensão Investigativa:**

**A Transferência:** Embora o seu discurso inicialmente se tenha novamente centrado nas questões laborais e económicas (pela presença da Enfermeira da Equipa?), verificou-se uma capacidade e desejo de começar a centrar-se noutros assuntos e aspetos da vida quando, durante a aplicação do Mini Mental, ao lhe ser pedido que escrevesse uma frase de assunto à sua escolha, a frase que escreveu foi “Preciso de que o verão regresse urgentemente”, em vez de algo relativo ao assunto dominante.

Contudo, sinto que recebeu a despedida com apreensão e receio (apesar de ser garantida a continuidade do acompanhamento pela equipa), ao descrever ter sentido necessidade de se isolar durante a reunião de família, de esta não ter corrido bem, transparecendo da sua parte uma necessidade do apoio que as nossas entrevistas lhe têm proporcionado para conseguir manter a mudança iniciada. Poderá esta necessidade revelar um medo de recaída?

**A Contra-Transferência:** Observar esta mudança e a relação terapêutica (poderei ousar dizer psicoterapêutica?) e de confiança estabelecida com o cliente, despertou em mim um sentimento de confiança em mim enquanto futura especialista de SMP, e uma satisfação com a possibilidade de a minha intervenção ter efetivamente ajudado este cliente, fornecendo-lhe se calhar não o que ele pedia, mas o que necessitava.

Contudo, o possível receio detetado no cliente e apreensão com que recebeu a minha despedida mantiveram em aberto a minha interrogação inicial de esta

mudança poder ser não uma conquista dele, mas algo de fez para me agradar e que poderá abandonar após a minha saída? Poderá a minha intervenção não ter tido o resultado que acima perspetivei?

Estas interrogações deixaram-me com alguma tristeza por terminar o ensino clínico sem conseguir saber se o cliente conseguirá manter esta mudança, mas com a certeza de que, pelo menos, lhe ofereci a possibilidade de pensar outras opções para a sua vida, outras formas de escrever os capítulos restantes desta.

**A Evolução do caso iluminada pelo Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman:** Perante stressores, o cliente demonstra novos padrões de resposta, mais eficazes, com a reconstrução de uma linha de defesa e o reequilíbrio do sistema, com sintomas mais positivos e um humor eutímico.

Apresenta uma esperança mais realista relativamente ao futuro, quando verbaliza a incerteza da resposta afirmativa ou negativa da junta, e com uma decisão já mais estruturada e planeada do seu futuro, bem como uma maior capacidade de enfrentamento e procura de resposta face aos problemas.

**A Evolução do caso iluminada pela Narrativa de Vida:** No final desta intervenção o cliente apresenta uma maior capacidade para refletir e se subjetivar, de se responsabilizar pela sua vida e pela construção da sua história de vida para o futuro, com uma manutenção do comportamento de perante um problema, pensar nas soluções possíveis e colocar em prática a que considera melhor para si, responsabilizando-se pela resolução dos mesmos, sem os externalizar ou colocar a sua resolução nas mãos de outro. Realizou um balanço positivo da intervenção e apresentou maior capacidade de perceber e refletir sobre as suas emoções.

Embora tenha consciência de que outros fatores também concorreram para esta mudança (a realização da junta médica, a terapêutica antidepressiva e o apoio emocional de amigos), as alterações ocorridas no cliente durante esta intervenção permitem-me inferir que a Narrativa de Vida constituiu-se como uma intervenção psicoterapêutica que permitiu a diminuição do sofrimento emocional (com diminuição de sintomas negativos e surgimento da mudança e sintomas positivos).

Através da abordagem biográfica, a pessoa elabora um conhecimento sobre si, sobre os outros e sobre o quotidiano, que se desvela na subjetividade, na singularidade, nas experiências e nos saberes. O ator parte da experiência de si e questiona as suas vivências e aprendizagens, permitindo-lhe tomar consciência de si e das representações que constrói de si (Souza, 2007).

**A evolução do caso iluminada pelo Modelo Transteórico da Mudança:** O cliente se mantém na fase de ação, pois embora haja uma manutenção do comportamento, para que a fase de manutenção seja atingida, esta modificação do comportamento tem que ser mantida por mais de 6 meses. O objetivo consiste em prevenir recaídas e consolidação dos ganhos obtidos (Toral e Slater, 2007).

Não obstante os ganhos obtidos durante esta intervenção, devido ao comportamento do cliente na presença de elementos da equipa comunitária (descritos anteriormente), existe da minha parte uma preocupação que neste período de tempo (6 meses), e com uma resposta negativa por parte da junta médica, exista uma recaída com retomar dos padrões comportamentais de resposta a stressores anteriores, pelo que se torna importante a continuidade do acompanhamento pela enfermeira da equipa.

## **Caso 2 – Contexto Internamento**

### **. Anamnese e Dados Biográficos**

Sexo masculino, 60 anos, nascido numa aldeia no Norte do País, 4ª classe, empresário por conta própria, solteiro, residente em Lisboa, para onde veio aos 18 anos, católico.

Vive só, nunca foi casado, com apoio emocional da irmã, cunhado, sobrinhos e amigos durante o processo de doença, tendo como principal cuidador e pessoa de referência a irmã. Visitas frequentes do sobrinho e mais esporádicas da irmã, cunhado e sobrinha, residentes em Lisboa. Tem mais uma irmã, que não o tem visitado. Recebe múltiplos telefonemas diariamente de amigos. Tem na irmã, cunhados, sobrinhos e núcleo alargado de amigos a sua rede de suporte na vida e durante o processo de doença.

Apesar de ter tido vários relacionamentos afetivos durante a sua vida, foram de curta duração e, segundo este, pouco significativos. Apresenta-se como uma pessoa com uma atitude pragmática perante os problemas, habituado a analisá-los e resolvê-los sozinho. Saiu da sua terra natal aos 18 anos para cumprir serviço militar tendo ficado a residir em Lisboa sozinho, embora com familiares a morar próximo, onde abriu o primeiro dos seus negócios.

Sem antecedentes pessoais ou cirúrgicos relevantes. Diagnóstico de Neoplasia das Vias Biliares com Metastização Hepática em Julho de 2018. Progressão da doença com múltiplos internamentos por colangite, tendo tido mais de 3 internamentos durante o mês de Novembro por Bacteriémia. Atualmente apresenta drenagem

percutânea pouco funcionante de conteúdo amarelado, mais espesso por períodos. Pele e mucosas subictéricas, pele pálida e hidratada, emagrecido. Apresenta anorexia marcada e diminuição da força muscular e cansaço a esforços, com necessidade de apoio no levante e cuidados de higiene no WC, embora realize alguns levantes independentemente durante o dia para se deslocar ao WC, contra parecer da equipa de Enfermagem, com risco de queda.

O diagnóstico foi recebido, segundo as suas verbalizações, como uma interrupção na sua história de vida, um evento que veio destruir por completo os seus planos futuros e a forma como vivia a sua vida. No presente refere que “ *estou bem... já aceitei o que me aconteceu*” (sic), mas com alguma tristeza no olhar enquanto fala.

À entrada com insónia mista, que reverteu com terapêutica instituída, mantendo uma tristeza face à situação clínica e impacto da doença na sua vida, com progressiva perda de autonomia “*a minha vida não tem sentido... agora sou um inútil, não tenho valor... queria ter um interruptor para desligar a minha vida*” (sic).

Empresário por conta própria tendo tido diversos negócios no decurso da sua vida, com sucesso, tendo ganho, segundo o cliente, bastante dinheiro, que nos últimos anos veio a perder. Gosta de conviver com os amigos no seu tempo de lazer, cozinhar, viajar e ir à terra para rever os amigos de infância e o seminário onde passou parte da adolescência.

Atualmente sem fonte de rendimento. Pede apoio da Assistente Social. Com noção do diagnóstico e prognóstico. Refere ter tudo resolvido, ter aceite a sua situação, apresentando-se com as mãos entrelaçadas enquanto fala, com labilidade emocional e diversos silêncios durante o discurso, ao abordar a doença e futuro.

Tanto o cliente como a família apresentam expectativas realistas relativamente à finalidade dos cuidados prestados na unidade e intervenção da equipa, referindo que do internamento esperam um controle de sintomas e qualidade de vida

### **Dimensão Cuidativa - Interação 1:**

**Objetivos:** Conhecer e cliente e dar-me a conhecer como enfermeira; perceber o pedido de ajuda, propor um contrato de cuidados e introduzir a orientação terapêutica das narrativas de vida.

O cliente apresentava-se orientado auto e alopsiquicamente, no tempo, espaço e pessoa, sorridente, colaborante e comunicativo. Roupa adequada à estação do ano. Idade aparente correspondente à idade cronológica.

Discurso espontâneo, com adequado encadeamento de ideias, sem alterações do pensamento ou percepção. adequado à realidade, linguagem fluida, prosódia mantida, velocidade do discurso aumentada e articulação do mesmo mantida, com flutuações na entoação, sem alterações na fala ou articulação.

Apresenta humor tendencialmente deprimido, com contacto agradável e colaborante, com intensidade emocional normal, amplitude emocional total, apresentando grande variedade emocional durante a entrevista, consoante os tópicos abordados e adequadas a estes.

Memória a curto e a longo prazo sem alterações, sem dificuldades na capacidade de abstração e conceptualização, bem como na atenção e concentração.

Apresenta Insight e Juízo crítico, consegue identificar implicações da situação, comportamentos face à mesma, consequências das ações e/ou comportamentos no futuro e nos outros. Consegue refletir sobre a doença, sua sintomatologia e necessidade de tratamento.

Utilizando um mediador de comunicação que reporta à infância do cliente (castanhas que haviam sido trazidas pela família no dia anterior da sua terra e que se encontravam na mesa de cabeceira), este descreveu uma infância dividida, até aos 10 anos, entre a escola, trabalho no campo e brincadeiras com os amigos.

Enquanto falava da sua infância, exibia um fâcies mais aberto, por vezes com um sorriso a surgir durante o relato. Descreve o período da infância e adolescência como momentos muito felizes da sua vida, que foram validadas.

Aos 18 anos muda-se para Lisboa para cumprir serviço militar após o que inicia o primeiro de diversos negócios por conta própria, com *“momentos bons e momentos maus... houve alturas muito difíceis... É muita responsabilidade... cheguei a ter 80 pessoas a trabalhar para mim... pessoas com filhos e família para sustentar... que já haviam trabalhado e precisavam do ordenado para comer e pagar as suas contas... e chegar à altura de lhes pagar e não ter dinheiro... o que vale é que o gerente era meu amigo e me ajudava... sempre gostei de ter as minhas contas em dia... de poder deitar a minha cabeça na almofada à noite de consciência tranquila”* (sic).

Durante esta descrição apresentou tristeza e labilidade emocional com choro, denotando genuína preocupação e sentido de responsabilidade para com as pessoas que empregou ao longo da sua vida profissional

A nível pessoal, refere uma vida repleta de bons momentos com amigos e viagens, referindo porém por diversas vezes, com um fâcies mais fechado *“foi a vida que escolhi”* (sic) e que teve o que sempre quis, sem depender de ninguém e

resolvendo por si os problemas que lhe surgiram *“nunca fui pessoa de me ir abaixo... sempre dei a volta por cima, encarei os problemas de frente e resolvi-os sozinho”* (sic).

No decorrer da interação sobressai uma valorização da liberdade de escolha e da independência física, emocional e financeira. Enquanto relatava esses momentos de independência e liberdade surgem diversos momentos de labilidade emocional com choro e períodos de silêncios em que fechou os olhos, durante os quais foi fornecido o espaço ao cliente para que se pudesse apropriar da emoção e validada a sua legitimidade face ao impacto da doença na sua vida. Este espaço foi igualmente fornecido pela percepção de uma indisponibilidade para a relação e uma possível intolerabilidade em falar sobre e confrontar-se com esse passado.

Na descrição destes momentos emergiu ainda o confronto do próprio com a crescente dependência e progressão da doença *“Tive uma vida boa... sempre fiz o que quis... e agora estou assim... tenho dias que me faltam as forças nas pernas e que preciso de ajuda para me levantar, outros dias em que me consigo levantar sozinho e ir à casa de banho... mas eu já aceitei o que me aconteceu... agora tenho ficado mais aqui no quarto porque está frio, mas quando o tempo ficar mais quente gostava de ir até lá fora ao jardim... andar um pouco”* (sic).

Durante o relato de como se sentia nesta fase da doença relativamente à dependência de outrem, surgiu novamente um desejo antecipado de terminar a vida sob o eufemismo da vida como um interruptor que se pudesse ligar e desligar quando assim desejamos, o qual foi explorado, encontrando-se relacionado com a perda de independência *“eu não quero ser um fardo... para os meus e para quem aqui trabalha”* (sic). Foram indagados possíveis significados e interpretações que o cliente atribuía ao interruptor, utilizando-se perguntas abertas e convidando-o a pensar-se e sentir-se relativamente às duas possibilidades: interruptor ligado/desligado.

Para além deste desejo de se deslocar até ao jardim, surgiu ainda um desejo, cuja importância foi validada com o cliente, de regressar à terra e ir ao encontro anual no seminário e rever os amigos, ao que lhe foi dito que *“oxalá isso seja possível, e se o vier a ser faremos o possível para o realizar, mas de momento a sua condição física não o permite”*(sic), ao que o cliente concordou não se sentir em condições para realizar a viagem.

No que respeita ao estabelecimento de laços afetivos e de uma relação significativa, durante o relato da sua juventude e vida adulta refere *“tive centenas de mulheres... mas eu não sou de me apaixonar”* (sic). Contudo, o seu fâcies tornou-se mais fechado e surgiu novo período de labilidade emocional com choro ao revelar que

*“houve uma que me deu cabo da vida... podia ter tido uma vida muito melhor”* (sic), após o que se seguiu um período de silêncio mais prolongado, em que desviou o olhar do contacto direto, cruzando os braços. Validada a percepção de que o cliente desejaria terminar a sessão, esta foi concluída agradecendo a sua disponibilidade e o privilégio da partilha. Demonstrada disponibilidade para regressar após o jantar caso desejasse.

### **Dimensão Investigativa:**

Tratando-se de uma pessoa reservada foi necessário primeiramente estabelecer uma relação de confiança com o cliente antes de iniciar a intervenção, pela complexidade e natureza dos temas e emoções que podem surgir em fim de vida.

**O Pedido:** Desejo antecipado de terminar a vida (a vida como um interruptor que se pudesse ligar e desligar quando desejamos) e de não querer ser *“um fardo... para os meus e para quem aqui trabalha”* (sic).

Este desejo encerra um pedido de devolução de um sentido para a vida e para a doença e morte, com diminuição do sofrimento e obtenção de qualidade de vida.

**A Hipótese de Foco:** O cliente apresenta sofrimento emocional e existencial, relacionado com a perda de identidade, que associa à independência e autonomia física, emocional e financeira, que se desvela num desejo de terminar a vida antes do aumento da dependência e de se tornar um “fardo” para os outros.

Este desejo poderá encerrar um pedido de devolução de um sentido para a vida, para a doença e para a morte, com diminuição do sofrimento e obtenção de qualidade de vida.

Foi esta a perspetiva e ponto de partida para o trabalho psicoterapêutico desenvolvido.

**Objetivo da Intervenção:** Facilitar a adaptação ao processo de doença e morte e a realização do luto preparatório.

**O Contrato de Cuidados:** Neste contexto, o contrato de cuidados ficou implícito, não sendo estruturado nem agendado um plano de sessões, sendo estas estruturadas de turno para turno e consoante a disponibilidade e estado clínico do cliente. Relativamente aos objetivos e duração da intervenção, estes tiveram de ser estruturados na generalidade e com flexibilidade, tendo como limite e limitação a evolução da doença e da situação clínica.

O cliente foi informado sobre o limite da minha permanência na unidade, relacionado com o fim do ensino clínico.

**A Transferência:** Enquanto me descrevia a sua vida, reforçando a sua independência e liberdade de escolha, apresentou-se-me como um homem com desesperança e desprazer perante a perspectiva de futuro, expressando tristeza como emoção manifesta durante a maior parte do processo comunicativo-relacional e psicoterapêutico. O seu humor depressivo manifestava-se sobretudo quando se confrontava com o aumento da dependência.

Face à disponibilidade e abertura que demonstrei durante a interação, e à vulnerabilidade que deixou transparecer durante a narrativa, uma interrogação foi objeto de reflexão: poderia o cliente estar a transferir para mim o papel de alguém na sua vida que anteriormente o acompanhou num momento de vulnerabilidade? Que função estaria o cliente a inculcar-me? Que necessidade relacional estaria subjacente ao longo do processo?

**A Contra-Transferência:** Isso despertou em mim um sentido de responsabilidade, e um receio, pois embora tenha formação na área, nunca prestei cuidados neste contexto, de não conseguir corresponder à expectativa e às necessidades deste cliente, numa fase tão vulnerável da sua existência.

Embora, como reforçado depois em reflexão com o supervisor clínico, nesta área mais importante do que saber o que dizer é saber o que não dizer (e que eu tinha essa noção), esta responsabilidade fez-me sentir menos calma e genuína no decorrer da relação, pois senti que devia estar mais consciente e atenta ao que trago de mim, dos meus valores e conceções, para a relação e como os mobilizo no decorrer da mesma.

Durante a interação com o cliente, senti necessidade de gerir as expectativas do cliente e fornecer uma expectativa realista perante o seu desejo de voltar à terra.

Para tal mobilizei uma técnica de comunicação denominada de “Técnica dos dedos cruzados”, que consiste em manifestar que desejamos que o melhor ocorra “oxalá venha a acontecer”, mas colocando igualmente a hipótese de o pior vir a acontecer, reforçando que se as coisas não correrem bem, terá sempre o apoio da equipa. É deste modo criado um horizonte a que a pessoa se pode ir adaptando de acordo com a progressão da doença (Querido, Salazar e Neto, 2016).

**A Teoria dos Sistemas de Betty Neuman:** Neste contexto, a minha atuação, bem como de toda a equipa, é a um nível primário, no sentido da manutenção do equilíbrio do sistema (e da saúde mental) e de auxiliar a pessoa a perante os stressores, que nesta fase são muitos e extremamente ameaçadores, encontrar

padrões de resposta e estratégias de coping adequados de interação com o meio interno e externo, bem como com ambiente envolvente (Tomey e Alligood, 2004).

Também aqui a Narrativa tem um papel, pois permite à pessoa tomar consciência de como lidou com situações semelhantes no passado, que recursos mobilizou e ou resultados obtidos.

Do discurso do cliente foi possível identificar alguns stressors, bem como os padrões de resposta aos mesmos:

	<b>Stressores</b>	<b>Respostas</b>
<b>Intrapessoais</b>	- Dependência de outrem e Perda de Identidade  - Morte iminente	Isolamento Social Retraimento da Relação  Eufemismos Retraimento da Interação
<b>Interpessoais</b>	- Dificuldade em depender afetivamente de outrem  - Solidão	Múltiplos relacionamentos afetivos, sem ligação duradoura  Estabelecimento de um grupo alargado de amizades Convívio assíduo com amigos
<b>Extrapessoais</b>	- Progressão da Doença	Isolamento Social Tristeza Tentativa de manter independência

**A Narrativa de Vida:** Nesta interação sobressaiu como emoção básica a tristeza relacionada com a perda da independência e autonomia, um dos indicadores de sofrimento emocional presentes na literatura.

Quando abordamos o sofrimento emocional em fim de vida, a Narrativa de Vida enquanto intervenção psicoterapêutica reveste-se de contornos diferentes do sofrimento no contexto de doença mental grave.

Com a evolução da doença e a proximidade da morte, surge a necessidade de ser lembrado, de deixar um legado e uma fonte de inspiração, através da narrativa de

vida, procurando um sentido para o sofrimento e construindo um sentimento de que a vida vale a pena viver nas condições atuais, desenvolvendo um sentido de respeito apesar do caos aparente que representa o seu estado atual.

Pode deste modo ser útil na diminuição do sofrimento emocional e espiritual incentivar a pessoa a fazer uma revisão da sua vida, da forma como viveu cada etapa da mesma: momentos com as pessoas significativas, sentimentos de Amor e Felicidade que experienciou. Isto permite ajudar a pessoa a encontrar um sentido para a sua vida e a aceitar a sua finitude, conferindo um sentimento de plenitude (Martins, 2011).

Através da Narrativa e Vida, a pessoa coloca em palavras as suas emoções e reais necessidades, atribuindo um significado ao desconhecido e ao seu sofrimento (Benedetto et al, 2009)

Exemplo disto são as histórias de vida de Morrie Schwartz e Randy Pausch, professores catedráticos, que resolveram legar a sua narrativa de vida não só para os alunos, mas também para a família e para o mundo, tendo sido imortalizadas em livro, vídeo e filme.

## **Dimensão Cuidativa – Interação 2:**

**Objetivos:** Estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança; Facilitar a adaptação ao processo de doença e morte e a realização do luto preparatório.

Estado clínico do cliente tem-se mantido estável, com alternância entre alguns períodos de astenia e sonolência com períodos de maior atividade com levantes independentes para se deslocar ao WC para urinar e evacuar.

Orientado auto e alopsiquicamente, no tempo, espaço e pessoa, com discurso lógico e coerente, rico em conteúdo e associações. Sem alterações do pensamento ou da percepção. Mantém períodos de tristeza, retraimento e labilidade emocional.

Utilizando como mediador os pratos tradicionais da sua terra e o seu gosto pela cozinha foi possível explorar memórias agradáveis e felizes de convívios com amigos passados à mesa da sua casa, e de tardes (e por vezes noites) a cozinhar.

Quando explorado o facto de acordar a meio da noite e resolver cozinhar, descreveu a cozinha como um “escape”, como uma forma de relaxar e lidar com o stress diário, referindo que cozinhar lhe permitia refletir sobre a vida e por vezes até conseguir encontrar soluções para os problemas que se lhe apresentavam.

Durante a descrição, surgiu referência a um prato para mim desconhecido, e quando pedido que descrevesse o sabor, dado a dificuldade em fazê-lo, foi proposto ao cliente que experimentasse um exercício: fechar os olhos, imaginar-se em sua casa, sentado à mesa a degustar o prato, descrevendo a textura, cheiros e sabor.

Enquanto realizava este exercício, o seu fôlego tornou-se mais aberto, a sua postura mais relaxada e um sorriso surgiu, trazendo consigo uma outra emoção primária: a alegria.

Esta emoção foi validada com o cliente e explorada, estando associada ao convívio com os amigos e a importância destes na sua vida, referindo que *“foi a forma como escolhi viver a minha vida. Tive uma boa vida, com muitos momentos bons com amigos, conheci muitos sítios e muita gente”* (sic).

Durante estes momentos, foi referido um desejo de poder ausentar-se da unidade por umas horas acompanhado da família, para almoçar ou jantar, pois estava a apetecer-lhe uma comida que ele e a irmã sabem fazer e que gostaria de comer feito na hora.

Dada a possibilidade de satisfazer este desejo, pela estabilidade do quadro clínico e relativa independência do cliente, após discussão com a equipa, o cliente foi informado dessa possibilidade e que seria acordada essa saída aquando da visita da família.

Perante esta possibilidade, o cliente ficou agradado e agradecido, referindo ser muito importante para ele poder sair da unidade por umas horas, ir passear um pouco e passar algum tempo com a família fora dali *“espairecer a cabeça”* (sic).

Explorada a expressão utilizada (espairecer a cabeça), este referiu a necessidade de poder conviver e não pensar na doença e na sua situação atual por umas horas.

Foi igualmente renovado o desejo de poder ir até ao jardim da instituição e andar um pouco, tendo sido negociado com o cliente para a semana seguinte, caso o tempo o permitisse.

### **Dimensão Investigativa:**

**Estabelecimento do Foco:** Esta sessão permitiu reforçar, através da comunicação verbal e não verbal, bem como da vulnerabilidade demonstrada, a minha visão de um homem com receio do futuro, do sofrimento e de depender dos outros, talvez por nunca o ter feito na vida, e que pede implicitamente um acompanhamento ao atravessar o maior mistério de todos, a morte.

**A Transferência:** Ao permitir dar-se a conhecer e demonstrar essa vulnerabilidade não estaria, como anteriormente me interroguei, a transferir para mim o papel de alguém que anteriormente na sua vida o ajudou e acompanhou num momento difícil, de extrema vulnerabilidade? Seria esse o papel que me estaria a inculcar durante este processo?

**A Contra-Transferência:** Esta reflexão despertou em mim não apenas um sentido de responsabilidade, mas um sentimento de compaixão por este homem que, embora tendo partilhado a vida com um vasto leque de pessoas e com um enorme sentido de responsabilidade para com quem dele dependia profissionalmente, se sente neste momento sozinho, vulnerável e a progressivamente depender de outros para a satisfação de necessidades humanas básicas como higiene, vestir, mobilização e eliminação.

Perante estas constatações, algumas questões me surgiram: Como garantir o acompanhamento do cliente (embora saiba que nesta unidade existe uma ação multidisciplinar concertada) dado o limite temporal do ensino clínico (6 semanas)? Como irei reagir ao confronto deste homem com a sua crescente dependência e sofrimento? E de que forma as minhas reações podem condicionar a relação e o sucesso da intervenção?

Embora não consiga interiorizar a sua experiência, pois é única e pessoal, consigo tentar colocar-me no seu lugar, tentar imaginar o que sentiria e como seria vivenciar este sofrimento e o meu próprio processo de doença grave e morte. Esta capacidade de nos colocar no lugar do outro, de tentar perceber a sua experiência, sem, no entanto, nos emergirmos nela e torná-la nossa, é o pilar da relação empática, essencial ao estabelecimento de uma relação terapêutica (Challifour, 2008).

Contudo, tentar colocar-me no lugar deste homem, imaginar a minha própria dependência de outrem, a perda do que constrói a minha identidade, a minha mortalidade, provocou em mim um desconforto e uma angústia, que mobilizei não apenas para tentar perceber o que o cliente estava a sentir, mas para tentar perceber o que queria e esperaria de mim, explorando o que eu própria esperaria dos enfermeiros e restantes profissionais de saúde nessa fase da minha vida.

E uma necessidade surgiu-me, mais pungente que qualquer outra: ser acompanhada, sentir-me digna de respeito e de Amor, independentemente da minha situação...

**A evolução do caso iluminada pela Teoria de Enfermagem de Betty Neuman:** Durante esta sessão foi possível explorar algumas formas de resposta do

cliente ao stress, quando em resposta ao uso da comida como mediador este referir gostar de cozinhar e de como o ajudava a lidar com o stress, a refletir sobre as situações e por vezes até a encontrar respostas para os problemas.

	<b>Stressores</b>	<b>Respostas</b>
<b>Intrapessoais</b>	- Dependência de outrem e Perda de Identidade  - Morte iminente	Isolamento Social Retraimento da Relação  Eufemismos Retraimento da Interação
<b>Interpessoais</b>	- Dificuldade em depender afetivamente de outrem  - Solidão	Múltiplos relacionamentos afetivos, sem ligação duradoura  Estabelecimento de um grupo alargado de amizades Convívio assíduo com amigos
<b>Extrapessoais</b>	- Dificuldades económicas relacionadas com os negócios próprios  - Progressão da Doença	- Identificação dos problemas, reflexão sobre os mesmos e procura de soluções para os mesmos, colocando-as em prática  Isolamento Social Tristeza Tentativa de manter independência

Consciencializar o cliente dos recursos internos e externos de que dispõe, bem como padrões de resposta eficazes aos stressores permite que, perante uma ameaça ao sistema (pessoa), a sua linha de defesa seja ativada e o equilíbrio do mesmo se restabeleça, prevenindo o aparecimento da doença. Segundo Neuman, as cited por Tomey e Alligood (2004), esta é a premissa dos cuidados de Enfermagem numa intervenção primária, com vista à promoção da saúde mental.

Para isto também concorre a construção de um “portfolio” do seu mundo interno a que pode recorrer para tornar o sofrimento mais tolerável, e que deve ser construído antes de ajudar a pessoa a aceder e apropriar-se desse sofrimento. Este é criado através de memórias suas, pessoais, integrantes do seu percurso de vida e que evoquem emoções positivas como alegria, esperança, entre outras.

O limite de tolerância ao sofrimento difere de pessoa a pessoa, consoante o que se consegue suportar. Quando o limiar superior é atingido a pessoa retrai-se e foge do que lhe causa sofrimento, enquanto que quando o sofrimento fica no limiar inferior a pessoa consegue abordá-lo e apropriar-se dele sem representar uma ameaça. Segundo Morse e Carter (1996), o que conseguimos suportar divide-se em 3 categorias: o que conseguimos suportar para sobreviver (ocorre durante perigo psicológico), o que suportamos para viver (ocorre perante stressores psicológicos insustentáveis) e o que suportamos para morrer (ocorre perante doença degenerativa incurável ou doença terminal), sendo sobre este último que a intervenção irá incidir.

Para estes autores o sofrimento consiste, deste modo, numa resposta emocional ao que foi suportado, face ao presente alterado ou à antecipação de um futuro alterado (Morse e Carter, 1996)

**A evolução do caso iluminada pela Narrativa de Vida:** Conforme explanado no enquadramento teórico, a Narrativa de Vida permite colocar o sofrimento em palavras, conferir-lhes sentido e transformá-las em experiência, permitindo à pessoa apropriar-se do sofrimento, enquanto permite, através do acesso a memórias da sua vida criar um portfólio de recursos internos, torná-lo tolerável. Neste sentido é necessário estar atenta ao limiar do sofrimento do cliente, de modo a que não seja ultrapassado, causando um retraimento na vivência e apropriação do sofrimento.

Ao construir a Narrativa de Vida com este cliente, proporcionei-lhe a hipótese de se consciencializar dos seus padrões de resposta aos stressores e a construção de um portfólio de recursos internos, através de memórias felizes, a que este recorre e onde se refugia quando o sofrimento se começa a tornar intolerável, defletindo o discurso para as suas memórias de infância e para a culinária, algo que o faz feliz e que o ajudou no passado a ultrapassar momentos difíceis.

### **Dimensão Cuidativa – Interação 3:**

**Objetivos da sessão:** Dar continuidade à construção da Narrativa de Vida; facilitar a construção do “portfólio” do seu mundo interno, Manter o nível de tolerância ao sofrimento; Facilitar a apropriação da experiência do sofrimento.

No momento seguinte, perante uma ligeira melhoria do estado do cliente, com este a conseguir deambular sem ajuda e com menos cansaço, queria dar um passeio no jardim da instituição acompanhado, visto se ter verificado um ligeiro aumento da temperatura, que recusou por ter receio de se constipar e piorar o seu estado, referindo que preferia esperar até ficar mais quente, se “*nos for dado esse tempo*” (sic).

Ao explorar o termo utilizado, o cliente falou da sua doença e um possível agravamento do seu estado de saúde que inviabilizasse a concretização desse passeio, pois verbalizou que embora se sentisse bem naquele momento, tinha tido dias em que não se conseguia levantar sozinho e precisava de ajuda para o banho.

Do mesmo modo, quando se abordou o desejo de ir a casa da irmã, este referiu que no momento já não tinha essa pretensão e que a irmã se encontrava doente no momento, inviabilizando a visita.

Enquanto falava apresentava um fôlego e uma postura mais fechados, falando com um tom afirmativo, de “resignação”. De seguida, em resposta ao tempo que se fazia sentir, o próprio cliente acedeu ao seu reportório de memórias felizes, evocando os seus invernos de criança, em que a neve os forçava a ficar em casa, junto da lareira, as brincadeiras na neve junto de casa, surgindo um sorriso na sua face.

Neste momento a interação foi interrompida pela presença de um familiar de outro cliente que o abordou da porta do quarto, indagando sobre o seu estado.

### **Dimensão Investigativa:**

**A Transferência:** O cliente apresentou-se mais retraído e triste, demonstrando menos disponibilidade de estar em relação à medida que, relatando as perdas sucessivas, acedia ao sofrimento.

Sendo este um homem que nunca se confiou a nenhuma mulher, não obstante ter tido várias, estaria a regressar ao padrão de relação que conhece com as mulheres? Acharia que, ao aceitar a minha ajuda e demonstrar vulnerabilidade, se estaria a entregar demasiado e decidido “recuar” no padrão relacional que estava a pautar as interações?

**A Contra-Transferência:** Esta constatação desencadeou em mim um receio de que este atingisse esse limiar do sofrimento e se retraísse da relação e deste processo terapêutico, que deixasse de poder ver em mim uma pessoa que o pudesse acompanhar nesta caminhada, o que me fez conter e refletir mais as minhas ações e

o que dizer, e como dizer, o que consistiria num risco de tornar a relação menos genuína e passível de causar no cliente esse mesmo retraimento.

Esta perspetiva causou-me grande anseio e nervosismo, bem como uma inquietação, que senti necessidade de partilhar e refletir com o supervisor clínico, ponderando algumas estratégias de comunicação que pudessem facilitar o processo.

**A evolução do caso iluminada pela Teoria de Enfermagem de Betty Neuman:** Quando, perante a tristeza que a incerteza do futuro, o aumento da dependência e as perdas sucessivas lhe trazem, o cliente começa a aceder e refugiar-se nas memórias de vida que lhe evocam alegria e prazer para tornar o presente mais tolerável e criar uma linha de defesa aos stressores que lhe permita aceder ao sofrimento.

A utilização da expressão “se nos derem esse tempo” é em si um indicador da aceitação do processo de doença e aumento da dependência, considerando que existe uma possibilidade de não conseguir voltar a mover-se independentemente e de não conseguir ir à rua. Consegue fazer o luto desta perda revelando tristeza através do não verbal (fácies triste) enquanto o faz.

Da mesma forma, o renunciar ao desejo de ir a casa da irmã por umas horas é indicador de outro luto preparatório: o da sua identidade anterior, pois aceitou que já não conseguirá ir a casa da irmã mobilizando-se independentemente, nem disfrutar do convívio e da refeição como anteriormente, e reajusta os seus objetivos à situação atual.

Estas constituem respostas eficazes aos stressores que a doença terminal, a morte iminente e o sofrimento associado representam, permitindo manter o equilíbrio do sistema.

**A evolução do caso iluminada pela Narrativa de Vida:** a Narrativa de Vida permitiu ao cliente manter o nível de sofrimento dentro do tolerável ao mobilizar o seu portfólio de memórias felizes quando confrontado com as perdas, de modo a conseguir apropriar-se delas e realizar o luto preparatório.

Este portfólio é construído através do acesso a memórias proporcionado pela construção da Narrativa de Vida.

#### **Dimensão Cuidativa – Interação 4:**

No intervalo entre as anteriores intervenções e este novo módulo de intervenções verificou-se uma alteração no estado clínico do cliente, com diminuição da força muscular com aumento do risco de queda e da necessidade de supervisão e

auxílio nas AVD, pele e mucosas ictéricas. Consciente auto e alopsiquicamente, no tempo, espaço e pessoa, discurso fluido, lógico e coerente, rico em conteúdo e associações, sem alterações do pensamento ou da percepção, Fácies triste, perda de interesse em atividades que anteriormente lhe interessavam (ir ao jardim da casa de saúde, ir a casa da irmã por umas horas, desejo de voltar à sua terra), humor deprimido, apresentando tristeza e desesperança.

**Objetivos:** Facilitar a adaptação ao processo de doença e morte; Facilitar a apropriação do sofrimento e a sua transformação em experiência.

Ao abordar o cliente, perguntando como se sentia, este começou por relatar a falta de forças e astenia que sentia, demonstrando tristeza durante o relato. Após o mesmo, referiu necessitar de ir ao WC tendo-me oferecido para o acompanhar a ajudar, que aceitou. Durante o percurso até ao WC verifiquei tremores nos MI e necessidade de diversas paragens ao longo do mesmo, bem como no regresso ao quarto. Durante o percurso foi ficando mais calado, fácies mais fechado, contudo no regresso ao quarto começou a falar de como estava a nevar na sua terra com um sorriso nos lábios. Perante esta referência, auxiliei com algumas questões a evocar memórias da sua terra e dos terrenos e arvores cobertos de neve, que fez aflorar novamente um sorriso na sua face.

Ao terminar de descrever estas memórias, o seu fácies ficou novamente mais fechado respondendo que *“isso está tudo no passado”* (sic). Após alguns segundos de silêncio, reforcei que são memórias suas, momentos únicos e que não lhe poderiam ser retirados. Tentando explorar um pouco mais estas memórias e a importância da sua terra para este, procurei perceber se mantinha em contacto com os seus amigos, ao que percebi que tinha sido a sobrinha a dizer-lhe sobre o tempo na sua terra, e que gosta de ter notícias de lá, mas que já *“não ligo muito... agora estou aqui, e depois logo se vê...”*(sic). Seguiu-se um momento de silêncio, com as lágrimas assomando-lhe no rosto... *“Eu sei que vou morrer... só tenho pena de não poder voltar a ver a minha terra e os meus amigos (choro)”* (sic).

Seguiu-se um momento de silêncio, que respeitei dando espaço ao cliente para se apropriar daquilo que havia partilhado comigo. Após esse momento, e quando me deu indicação de estar preparado para continuar a falar, olhando-me nos olhos e pedindo-me a garrafa de água, reforcei que mesmo que não possa deslocar-se à sua terra e estar com os seus amigos, eles estarão presentes na sua memória e no seu coração, e que entretanto poderia contar com o meu apoio, disponibilidade e competências durante as restantes semanas, bem como com a presença,

disponibilidade e competência da equipa para o ajudar, o que agradeceu apertando a minha mão.

Após o deixar com uma fonte de conforto e de apoio encerrámos a sessão pois aproximava-se a hora de jantar e uma auxiliar aproximou-se da porta para perguntar o que o cliente desejava comer.

### **Dimensão Investigativa:**

**A Transferência:** A progressiva confiança depositada em mim pelo cliente ao longo das sessões reforçou a premissa inicial de que estaria a transferir para mim o acompanhamento nesta fase da sua vida, de mostrar a sua vulnerabilidade, algo que não estava habituado no decurso da sua vida, que obteve visibilidade e significado no dar-me a mão.

Este comportamento parece confirmar a possibilidade de o cliente estar a transferir para mim o papel de uma figura que o acompanhou, no passado, em momentos de grande vulnerabilidade, de alguém em quem confiava.

Parece igualmente ter-se desvanecido o retraimento e a indisponibilidade para relação anteriores, que me tinham levado a recear o regresso deste ao padrão relacional habitual com as mulheres que havia desenvolvido ao longo da sua vida.

**A Contra-Transferência:** Este comportamento transmitiu-me alguma calma e segurança para prosseguir com as minhas intervenções, e impulsionou-me a querer oferecer-lhe algo mais em troca, a aceitar esse pedido de acompanhamento, assumindo o compromisso de que poderia contar comigo e com a equipa para o acompanhar e apoiar.

A inclusão da equipa nesta minha garantia deveu-se não apenas a assegurar a continuidade do acompanhamento após o término do meu ensino clínico, mas ao facto de o perfil de prestação de cuidados da mesma me fornecer segurança para esta afirmação.

Esta possibilidade transmitiu-me alguma tranquilidade, pois sabia que não deixaria o cliente “desamparado” quando terminasse o ensino clínico, que não o decepcionaria nem o abandonaria após a confiança que parecia estar a depositar em mim.

**A evolução do caso iluminada pela Teoria de Enfermagem de Betty Neuman:** Nesta sessão denotou-se uma progressiva adaptação do cliente ao processo de doença e morte, aceitando a dependência e solicitando ajuda nas AVD, deixando que outra pessoa (eu) o veja numa situação de vulnerabilidade, de

dependência, algo que havia rejeitado até aí, não querendo que a família e amigos o vejam na sua situação atual.

O cliente apresenta maior tolerância e capacidade de aceder ao seu sofrimento e apropriar-se dele, o que lhe permite manter as linhas de defesa e o equilíbrio do sistema perante a ameaça de stressores (aumento da dependência e morte), recorrendo ao seu portfólio interno de memórias como forma de lidar com esses stressores e diminuir o sofrimento, sendo capaz de falar sobre o aumento da dependência e da morte iminente sem eufemismos e aceitando a sua situação atual.

**A evolução do caso iluminada pela Narrativa de Vida:** Durante a construção da Narrativa de vida surge como emoção básica, para além da tristeza, a alegria como emoção positiva e contraponto à tristeza. Consegue colocar o seu sofrimento em palavras e transformá-lo em experiência, encerrar capítulos e rever os seus feitos e momentos de felicidade, ao mesmo tempo que tem em mim uma testemunha do seu legado, da marca que deixa no mundo (Martins, 2011).

Pelo percurso efetuado no decorrer das sessões podemos inferir que, embora com alguma influência da atuação paralela da equipa e da própria progressão da doença, o cliente se encontrava a aceitar a sua doença, iniciando o luto preparatório e referindo pens ao se despedir de diversos aspetos da sua vida, mobilizando o seu reportório de memórias de modo a tornar o sofrimento mais tolerável, permitindo-lhe aceder ao mesmo e apropriar-se dele, sem que isso interfira na sua linha de defesa e no equilíbrio do sistema.

#### **Dimensão Cuidativa – Interação 5:**

**Objetivos:** Continuação da construção da Narrativa de Vida e Facilitação da adaptação ao processo de doença e morte.

Devido à estabilidade do seu quadro, e a alguma insistência do sobrinho, encontrei no momento seguinte o cliente mais animado, relatando que o sobrinho o viria buscar daí a 2 dias para almoçar e passar algumas horas com a família, o que segundo este estaria a precisar para *“passar algumas horas fora daqui e desanuviar a cabeça”* (sic).

Falou com entusiasmo de como a família, e em particular a irmã, estavam a preparar esta saída, que iriam cozinhar alguns dos seus pratos favoritos em casa, permitindo maior privacidade e proporcionado ao cliente um momento em família, com grande agrado deste.

Perante este momento de alegria para o cliente, optei por me focar neste e nas competências de que este ainda dispunha, indagando de que forma imaginava a saída e o que esperava desta, ao que este descreveu um simples momento íntimo em família, a aproveitar para comer coisas de que gosta, em que se sentisse “*com forças*” (sic) para conseguir deslocar-se sem ajuda até a casa da irmã, e ao WC, e ter umas horas de descontração em que pudessem falar de algo que não a sua doença.

Perante a oscilação recente no seu estado clínico, foi trabalhada a expectativa de manutenção da independência durante a saída, perguntando ao cliente como se sentia no momento, após o que referiu que não conseguiria deslocar-se ou ir ao WC sem auxílio, mas que gostaria de poder estar com família sem “*lhes dar trabalho... não gosto de ser um fardo, nem para eles nem para quem aqui trabalha*” (sic).

Perante este receio, reforcei que esta vontade de o levarem a casa durante umas horas é uma forma de cuidarem dele, de lhe fornecerem algo que nós não conseguimos: amor e pertença, e que deixar-se cuidar por eles é uma forma de aceitar o amor deles, ao que sorriu, ficando pensativo e agradecendo.

De seguida desviou o olhar e fechou os olhos, dando indicação que desejava terminar a interação, o que foi validado verbalmente respondendo que se sentia um pouco cansado e que continuaríamos a falar mais tarde. Acedi despedindo-me, agradecendo a partilha e reforçando a minha disponibilidade caso precisasse de ajuda.

### **Dimensão Investigativa:**

**A Transferência:** Ao mesmo tempo que me transmitia uma diminuição da sua autoestima, secundária ao aumento da dependência, considerando-se um “fardo” para a família, uma obrigação, continuava a permitir dar-se a conhecer a mim e a mostrar-se vulnerável, aceitando a minha ajuda.

Este comportamento mantém o padrão de transferência anterior, o que me fez pensar, dado que se considerava um “fardo” para a família e isolando-se do contacto social com o aumento da dependência, ao mesmo tempo que me permitia acompanhá-lo na sua vulnerabilidade, se o papel que estaria a transferir para mim seria o de alguém não significativo para si, a quem tinha permitido que o acompanhasse e ajudasse num momento de grande vulnerabilidade?

**A Contra-Transferência:** Esta necessidade despoletou em mim uma reflexão sobre algo que tinha ouvido nas aulas sobre nunca deixar o cliente sem nada, e sobre os conhecimentos adquiridos nas mesmas e na formação de paliativos sobre a

temática, e reforçar as atitudes cuidativas da família como demonstração de Amor e potencializar o sentimento de ser digno desse amor, independentemente das circunstâncias, ao sentir o progressivo isolamento deste homem numa fase tão vulnerável da sua vida.

Esta situação fez-me igualmente refletir sobre como me sentiria, habituada a cuidar dos outros, a depender de outros para satisfazer as AVD e a colocar as pessoas que amo nesse papel, a deixar que me vissem vulnerável? Deixaria que me vissem nessa situação e aceitaria os seus cuidados, ou sentir-me-ia, tal como o cliente, um fardo para os que amo?

Estas interrogações despertaram em mim um sentimento de compaixão por este homem e algum desconforto ao imaginar-me dependente de outrem para satisfazer as AVD, pois sendo a minha profissão cuidar dos outros tenho alguma dificuldade em imaginar-me no papel de recetora dos cuidados.

Embora perceba o fato de o cliente não querer ser um fardo para a os que ama, ao fazer este processo de me imaginar no seu lugar penso que me sentiria mais confortável em ser cuidada, em ser vista numa situação vulnerável, pela minha família e os que me são próximos, do que por estranhos.

Não obstante, realizar esta reflexão e desenvolver este conhecimento sobre mim auxiliou-me a perceber melhor este homem e o que depender dos outros e aceitar os cuidados da família significava para ele.

**A evolução do caso iluminada pela Teoria de Enfermagem de Betty Neuman e pela Narrativa de Vida:** Perante a perspetiva apresentada de se ausentar por umas horas para disfrutar de um almoço em família, optei por centrar a minha intervenção inicial na gestão de expectativas e no reforço do sentimento de amor e pertença apesar da situação atual através das atitudes cuidativas da família, deixando para uma segunda fase a construção da Narrativa de Vida.

Embora refira como imaginava a sua visita a casa da irmã e o que esperava, as suas expectativas são realistas, conseguindo perceber que não conseguiria ir a casa sem ajuda para se deslocar ou ir ao WC.

Alterações na imagem corporal provocam uma diminuição do autoconceito e do respeito por si. Estas tornam a morte evidente, e nem todas as pessoas conseguem permanecer junto da pessoa e confrontar-se com a inevitabilidade da morte. A maior parte das pessoas tendem a afastar-se desta realidade, e a esta fase é muitas vezes associado um forte sentimento de isolamento e solidão. Neste contexto surge a

necessidade de afeto, de pertença, de ser amado e acarinhado, apesar do seu aspeto (Martins, 2011; Rezende, 2011).

A presença da família e/ou pessoas significativas permite diminuir este sentimento, fortalecer um sentimento de respeito por si, amar e sentir-se amado na sua situação atual e manter a sua continuidade biográfica.

Facilitar a perceção e apropriação deste sentimento de pertença ajuda a diminuir o sentimento de solidão, de isolamento e inutilidade, contribuindo para o bem-estar geral e emocional, aliviando o sofrimento (Martins 2011, Ferreira, 2013; Santo, 2015).

A importância desta intervenção transparece na reação do cliente perante a perspectiva de disfrutar de algum tempo em família, no seu meio (permitindo-lhe retomar a sua identidade), a qual é de alegria e agrado, com um fâcies aberto e sorridente.

Embora tendo que deixar para segundo plano a Narrativa de Vida nesta sessão, esta intervenção permitiu, com a construção do sentido de pertença, de afeto e de amor, ampliar o repertório interno de resposta aos stressores e reforçar as linhas de defesa do sistema, com vista à manutenção do equilíbrio.

### **Dimensão Cuidativa – Interação 6:**

**Objetivos:** Continuação da construção da Narrativa de Vida e Facilitação da adaptação ao processo de doença e morte.

No momento seguinte encontrei o cliente no leito, com fâcies mais fechado, mais asténico (havia tido um período de diarreia entre o final da noite e manhã), tendo decidido protelar a ida a casa da irmã almoçar com receio de ter um período de incontinência fecal. Pele e mucosas mais ictéricas.

Ao cumprimento um fâcies mais triste, menos comunicativo, descrevendo como tida sido a sua noite e como se sentia, referindo que tinha protelado a visita a casa da irmã, mas que o sobrinho tinha vindo trazer-lhe o almoço, uma das refeições que tinha sido preparada para o receber em casa nesse dia.

Indagando como se sentia perante aquele gesto da família, este referiu um sentimento de alegria e amor, de se sentir amado e querido pela família, bem como de ter vontade de remarcar a ida a casa quando se sentisse melhor, referindo “há tempo... com calma depois penso nisso” (sic).

Explorando esta expressão do cliente, este explicou que sabe que não tem muito tempo, mas que sabe ter ainda uns dias para poder ir a casa quando estabilizar da diarreia.

Utilizando o noticiário e uma notícia sobre a agricultura, comecei a explorar com o cliente os diversos negócios que tinha tido ao longo da vida, de como os tinha mantido com sucesso (só os tinha vendido porque se tinha sentido cansado e querido fazer algo novo), reforçando a importância dos feitos e sucessos atingidos ao longo da vida, que relatou com orgulho e um sorriso nos lábios. Contudo, quando terminou o seu fâcies tornou-se mais fechado e uma lágrima surgiu... *“mas depois perdi tudo... mas o pouco que tenho vou deixar tudo aos meus sobrinhos... são tudo o que tenho”* (sic). Reforçada a importância que a família tem na vida do cliente e o apoio que têm sido neste processo *“Sem eles, não sei como que teria sido”* (sic).

De seguida procedemos à conclusão da interação, por se aproximar a hora do jantar, em que o cliente aceitou o meu auxílio para se levantar, e após o jantar ir à casa de banho e deitar-se, com um fâcies e discurso tranquilo durante o processo, falando sobre o jantar e sobre como precisava de descansar pois não tinha dormido bem na noite anterior. De seguida despediu-se de mim agradecendo, ao que retribuí o agradecimento e a honra que era para mim ele ter partilhado comigo esses momentos da sua vida, deixando a campainha ao seu alcance para chamar se precisasse de ajuda, aceitando que deixasse as grades da cama elevadas para *“não ter a tentação de me levantar sozinho para ir à casa de banho durante a noite, sem ajuda”* (sic).

### **Dimensão Investigativa:**

**A Transferência:** Cliente apresenta uma maior serenidade e um fâcies mais tranquilo, menos períodos de labilidade emocional ou tristeza patente no discurso, no confronto e aceitação da crescente dependência. Deixa que outros sejam testemunhas da sua vulnerabilidade aceitando auxílio na satisfação das AVD.

Este movimento confirma a teoria transferencial que tem vindo a ser proposta e a consolidar o facto de parecer ter maior facilidade em aceitar o auxílio e o testemunho da sua vulnerabilidade da equipa de saúde da unidade e de mim, e dificuldade em se deixar cuidar pela família.

**A Contra-Transferência:** Perante a confiança que depositou em mim, mostrando-me a sua vulnerabilidade, e o sentimento de empatia que esta atitude despertou em mim, fez-me refletir sobre (dado estar a aproximar-se o final do meu

ensino clínico e da minha relação terapêutica com este cliente) o que poderia mais oferecer que ajudasse este homem a realizar o restante luto preparatório, encerrar este capítulo da sua vida e atingir a plenitude, a paz?

Esta constatação fez-me sentir ao mesmo tempo triste e angustiada, pois gostaria de acompanhar este cliente até ao momento da sua morte, continuar a servir de testemunha para o seu legado, de lhe poder continuar a oferecer a possibilidade de realizar o luto preparatório, de fechar este capítulo da sua vida, resolver assuntos pendentes e realizar despedidas, sendo capaz de dizer estas cinco palavras que encerram o acima descrito “Amo-te, perdoa-me, perdoo-te, obrigada e Adeus”.

O facto de estar a terminar o ensino clínico e não poder terminar este acompanhamento fez-me de alguma forma sentir que o estava a “abandonar” e a decepcionar face à confiança que depositou em mim, não obstante ter consciência que este acompanhamento seria adequadamente continuado pela equipa.

**A Evolução do caso iluminada pela Teoria de Enfermagem de Betty Neuman:** Emoções positivas fornecem um reforço das linhas de defesa do sistema com vista à manutenção do equilíbrio, permitindo manter o sofrimento dentro do limiar do tolerável, conseguindo aceder a ele e apropriar-se do mesmo, transformando-o em palavras, como ficou patente na forma como conseguiu aceder a um momento de sofrimento, em que perdeu tudo, e ultrapassá-lo, embora referindo tristeza.

**A evolução do caso iluminada pela Narrativa de Vida:** Sendo um dos objetivos da Narrativa permitir uma revisão dos feitos que a pessoa obteve ao longo da sua vida, com vista ao atingimento de um sentimento de plenitude, de utilidade e de dignidade, diminuindo o sofrimento emocional, nesta sessão foi dada ao cliente a possibilidade de realizar essa revisão, que trouxe consigo novas emoções: satisfação e orgulho, bem como o ressurgimento da alegria.

Perante a evolução do seu quadro clínico o cliente apresenta uma capacidade de aceder ao sofrimento e apropriar-se dele, demonstrando serenidade e um retraimento da interação social.

Segundo Sapeta (2011), A morte é considerada um processo onde a primeira das etapas é a “morte social”, que ocorre com o afastamento da sociedade e dos papéis que desempenhava.

De seguida assiste-se à “morte psíquica”, em que a pessoa aceita a sua finitude, afasta-se dos outros e isola-se em si mesma, sendo acompanhada de um declínio físico.

A última etapa corresponde à “morte fisiológica”, em que juntamente com a falência multiorgânica surge a morte cerebral.

Concomitantemente, verificou-se uma maior aceitação da crescente dependência e da ajuda na realização das AVD, embora com alguma renitência, patente na sua resposta à forma como queria que deixasse as grades da cama. Para esta aceitação podem ter contribuído não apenas o trabalho efetuado durante as últimas semanas na construção da Narrativa de Vida, mas as alterações no seu estado clínico e o confronto com o aumento da dependência.

### **Nota Final**

Apesar de faltar uma semana de ensino clínico não foi possível realizar mais intervenções no âmbito da saúde mental com este cliente, pois após uma saída para jantar com a família, o seu estado clínico agravou-se, com aumento da sonolência, prostração e da dependência, não sendo possível interagir com este.

Contudo, algumas questões se me colocaram face a este agravamento: Teria sido o jantar a oportunidade de realizar as despedidas e realizar assuntos pendentes, que lhe permitisse começar a desligar-se dos compromissos familiares e sociais, recolhendo-se ao seu mundo interior e preparando-se para a morte? Uma vez que à avaliação se encontrava sintomaticamente controlado, com um fâcies pacífico, com diminuição dos sinais de sofrimento, teria atingido a paz que lhe permitisse partir?

**APÊNDICE III**  
**Competências e Atividades**

## **Contexto Comunitário**

## Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Atividades Desenvolvidas

Competências	Atividades Desenvolvidas
Responsabilidade profissional, ética e legal	<p>Respeito pelo direito à escolha e autodeterminação do utente relativamente aos cuidados de saúde</p> <p><u>Promoção da Autonomia nas Atividades de Vida Diárias:</u>                      Incentivar, orientar e planear as AVD com os utentes                      Realização de Psicoeducação acerca da doença e regime terapêutico com vista a uma tomada de decisão informada                      Participação nas reuniões de equipa realizadas às quartas-feiras de discussão de casos de internamento e ambulatório e estratégias de intervenção                      Conhecer enquadramento ético-legal do internamento compulsivo                      Participar na reflexão em equipa multidisciplinar da tomada de decisão acerca de internamento compulsivo                      Participação na elaboração multidisciplinar do plano terapêutico individualizado para cada utente                      Respeito pela privacidade do utente, apresentando-me e pedindo autorização para permanecer durante a consulta</p>
Melhoria da Qualidade	<p><u>Gestão da Terapêutica:</u> Administração de terapêutica farmacológica intramuscular de curta e longa duração, Supervisão de toma assistida diária e periódica, monitorização do risco de abuso de medicação                      Cumprimento das medidas de segurança e de prevenção e controlo de infeção na administração da terapêutica intramuscular.</p>
Gestão de Cuidados	<p>Conhecer os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e projetos implementados                      Integração nos diferentes projetos da equipa no domínio das competências do EESMP                      Elaboração em equipa de um plano terapêutico individualizado e adequado às necessidades de cada utente  <u>Sinalização/acompanhamento nas várias estruturas:</u> Conhecer recursos intra-hospitalares e da comunidade e adequar a referenciação a cada caso                      Marcação das consultas de Enfermagem para gestão do horário de atendimento</p>
Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	<p>Realização de <u>Jornais de Aprendizagem</u> e <u>Reflexões</u> a serem discutidos com Orientador Docente e Orientador Clínico  <u>Intervenção na crise:</u> Acolhimento e gestão de situações de utentes em situação de crise e/ou agudização da doença  <u>Discussão de Casos e Partilha de Conhecimentos</u> com o Supervisor clínico e equipa multidisciplinar  <u>Aplicação da Intervenção de âmbito psicoterapêutico <i>Narrativa de Vida</i></u> com vista à diminuição do sofrimento Emocional, avaliação do seu impacto, discussão da mesma e divulgação dos resultados com o supervisor clínico e equipa multidisciplinar                      Elaboração de pesquisa bibliográfica sobre temáticas emergentes da prática de cuidados e partilha da mesma com o supervisor clínico e, se pertinente, com restante equipa.</p>

## Competências Específicas do Enfermeiro ESMP e Atividades Desenvolvidas

Competências	Atividades Desenvolvidas
Elevado Conhecimento e Consciência de Si	Realização de <u>Jornais de Aprendizagem</u> e <u>Reflexões</u> a serem discutidos com Orientador Docente e Orientador Clínico
Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.	<u>Realização de Consultas de Enfermagem</u> : Avaliação do pedido de ajuda e do estado mental; Orientação para as necessidades identificadas; Promoção da relação de confiança e adesão ao projeto terapêutico <u>Promoção da Autonomia nas Atividades de Vida Diárias</u> : Incentivar, orientar e planejar as AVD com os utentes <u>Promoção da Autonomia no Tratamento</u>
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.	<u>Gestão da Terapêutica</u> : Administração de terapêutica farmacológica intramuscular de curta e longa duração, Supervisão de toma assistida diária e periódica, monitorização do risco de abuso de medicação <u>Gestão e monitorização de utentes em tratamento compulsivo em regime ambulatório</u> <u>Gestão de conflitos</u> : Abordagem sobre a temática do estigma (pessoal e social); Gestão do <i>stress</i> familiar relacionado com a doença mental; Ajuda no desenvolvimento de estratégias de <i>Coping</i> (controlo de ansiedade, expectativas, resolução de problemas, aceitação da doença) <u>Intervenção na crise</u> : Acolhimento e gestão de situações de utentes em situação de crise e/ou agudização da doença <u>Intervenção na família</u> : Acolhimento e orientação a famílias de doentes em crise, recusa de tratamento e/ou em processo de internamento; Acompanhamento de famílias em <i>sobrecarga/burnout</i> <u>Sinalização/acompanhamento nas várias estruturas</u> : Conhecer recursos intra-hospitalares e da comunidade e adequar a referenciação a cada caso <u>Visitação Domiciliária</u> : Administração de terapêutica farmacológica de intramuscular de curta e longa duração; Avaliação psicossocial; psicoeducação.
Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	<u>Psicoeducação: individual</u> : Promover formas de lidar com a doença mental e os problemas que surgem no quotidiano; Procurar melhorar o funcionamento pessoal e o ambiente familiar, diminuindo o stress, promovendo respostas emocionais familiares mais adequadas; Proporcionar melhoria na integração social prevenindo recaídas; informação sobre a doença e regime terapêutico <u>Aplicação da Intervenção de âmbito psicoterapêutico</u> <u>Narrativa de Vida</u> com vista à diminuição do sofrimento Emocional <u>Acompanhamento das famílias no processo de doença</u> (psicoeducação familiar)

## **Contexto de internamento**

## Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Atividades Desenvolvidas

Competências	Atividades Desenvolvidas
Responsabilidade profissional, ética e legal	<p>Respeito pelo direito à escolha e autodeterminação do utente relativamente aos cuidados de saúde</p> <p><u>Promoção da Autonomia nas Atividades de Vida Diárias:</u> Incentivar, orientar e planear as AVD com os utentes</p> <p>Realização de Psicoeducação acerca do processo de doença, diretivas avançadas de vida e plano terapêutico com vista a uma tomada de decisão informada</p> <p>Participação nas reuniões de equipa realizadas às sextas-feiras de discussão de casos e estabelecimento de planos de intervenção</p> <p>Conhecer enquadramento ético-legal das decisões em fim-de-vida</p> <p>Participação na elaboração multidisciplinar do plano terapêutico individualizado para cada utente</p> <p>Respeito pela privacidade do utente, apresentando-me, discutindo os cuidados a prestar com este e obtendo a sua autorização para os mesmos</p>
Melhoria da Qualidade	<p><u>Gestão da Terapêutica:</u> Administração de terapêutica farmacológica para controlo sintomático</p> <p>Cumprimento das medidas de segurança e de prevenção e controlo de infeção na administração da terapêutica.</p> <p>Realização de posicionamentos, levantes e movimentos passivos e passivo-ativos com vista à prevenção de Úlceras de Pressão</p>
Gestão de Cuidados	<p>Conhecer os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e projetos implementados</p> <p>Integração nos diferentes projetos da equipa no domínio das competências do EESMP</p> <p>Elaboração em equipa de um plano terapêutico individualizado e adequado às necessidades de cada utente</p> <p><u>Sinalização/acompanhamento nas várias estruturas:</u> Conhecer recursos intra-hospitalares e da comunidade e adequar a referência a cada caso</p>
Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	<p>Realização de <u>Jornais de Aprendizagem</u> e <u>Reflexões</u> a serem discutidos com Orientador Docente e Orientador Clínico</p> <p><u>Intervenção na crise:</u> Acolhimento e gestão de situações de utentes em situação de crise e/ou agudização da doença</p> <p><u>Discussão de Casos e Partilha de Conhecimentos</u> com o Supervisor clínico e equipa multidisciplinar</p> <p><u>Aplicação da Intervenção de âmbito psicoterapêutico <i>Narrativa de Vida</i></u> com vista à diminuição do sofrimento Emocional, avaliação do seu impacto, discussão da mesma e divulgação dos resultados com o supervisor clínico e equipa multidisciplinar</p> <p>Elaboração de pesquisa bibliográfica sobre temáticas emergentes da prática de cuidados e partilha da mesma com o supervisor clínico e, se pertinente, com restante equipa.</p>

## Competências Específicas do Enfermeiro ESMP e Atividades Desenvolvidas

Competências	Atividades Desenvolvidas
Elevado Conhecimento e Consciência de Si	Realização de <u>Jornais de Aprendizagem e Reflexões</u> sobre situações específicas a serem discutidos com Orientador Docente e Orientador Clínico
Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.	<p>Avaliação do pedido de ajuda e do estado mental; Orientação para as necessidades identificadas; Promoção da relação de confiança e da escuta ativa; utilização do conceito de Dor Total para avaliação de Distress não apenas físico, mas igualmente psicológico, emocional, espiritual e social</p> <p><u>Promoção da Autonomia nas Atividades de Vida Diárias:</u> Incentivar, orientar e planejar as AVD que os utentes conseguem ainda efetuar com vista à promoção da autonomia e sentido de utilidade</p> <p><u>Promoção da Autonomia no Tratamento:</u> Elaborar o plano terapêutico com o utente e família, colocando-o no centro das decisões através do consentimento informado promovendo a autonomia e autodeterminação</p>
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	<p><u>Gestão da Terapêutica:</u> Administração de terapêutica farmacológica para controlo sintomático</p> <p><u>Gestão de conflitos:</u> Elaboração de conferências familiares para gestão de situações pontuais, ajuste de expectativas ou discussão de planos terapêuticos; Gestão do <i>stress</i> familiar relacionado com a doença e morte; Ajuda no desenvolvimento de estratégias de <i>Coping</i> (controlo de ansiedade, expectativas, resolução de problemas, aceitação da doença)</p> <p><u>Intervenção na crise:</u> Acolhimento e gestão de situações de utentes e famílias em situação de crise e/ou agudização da doença</p> <p><u>Intervenção na família:</u> Acolhimento e orientação a famílias de doentes, gestão de expectativas e psicoeducação relativamente à progressão da doença e aproximação da morte, Auxílio no desenvolvimento de estratégias de coping, promover espaço para expressão de sentimentos, resolução de conflitos, reconciliação e despedidas; Acompanhamento de consultas de acompanhamento da família no luto e encaminhamento para psiquiatria em caso de luto patológico</p>
Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de	<p><u>Psicoeducação: individual:</u> Promover formas de lidar com a progressão da doença e perdas subsequentes (realização do luto antecipatório); Procurar melhorar o funcionamento pessoal e o ambiente familiar, diminuindo o stress, promovendo respostas emocionais familiares mais adequadas, evitando a emoção expressa;</p> <p>Auxiliar no reajuste do funcionamento familiar e redistribuição de papéis; identificar sinais de burnout do cuidador principal e ajuda no desenvolvimento de estratégias de alívio do stress</p>

forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	Auxílio no reajuste de objetivos, do autoconceito e sentido da vida; promoção da esperança <u>Aplicação da Intervenção de âmbito psicoterapêutico</u> <u>Narrativa de Vida</u> com vista à diminuição do sofrimento Emocional <u>Acompanhamento das famílias no processo de doença, morte e lutos antecipatórios</u> (psicoeducação familiar)
---	--

**Anexos**

## **Anexo I**

### **Formulário de Pedido de Autorização à Comissão de Ética**

# HOSPITAL FERNANDO FONSECA

## Comissão de Ética para a Saúde

### IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

**a) Nome do Investigador**

Clara Sofia de Jesus Rodrigues Galvão Almeida

**b) Título do Projecto (de estudo, investigação, etc.)**

Narrativa de Vida: Intervenções de Âmbito Psicoterapêutico no sofrimento emocional

**c) Serviço Hospitalar onde o Projecto será executado**

Equipa de Psiquiatria Comunitária de Queluz

**d) Existem outros Centros, nacionais ou não, onde a mesma investigação será feita?**

Sim

Não

**Em caso afirmativo indique-os:**

Casa de Saúde da Idanha

**e) Descreva sucintamente os objectivos da investigação**

Aprofundar a compreensão da utilização das Narrativas de Vida como intervenção psicoterapêutica com pessoas com sofrimento emocional, em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

**f) A Investigação proposta envolve:**

**Exames complementares** – indique o tipo, frequência e quantidade de amostra.

Especifique se estes exames são feitos especialmente para esta investigação ou se seriam executados no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar aos doentes.

---

---

---



Outro tipo (especifique) \_\_\_\_\_

**Notas:**

**1** – No caso de medicamentos já aprovados pela DGAF, junte a bula oficial do produto comercializado;

**2** – No caso de medicamentos ainda não aprovados pela CTNM, junte documento do fabricante, certificando a segurança do produto onde conte a posologia e vias de administração recomendadas, bem como as indicações terapêuticas.

**JUSTIFICAÇÃO CIENTÍFICA DA INVESTIGAÇÃO**

**Descreva sucintamente os fundamentos científicos da investigação.**

**Indique em particular:**

- se a investigação já foi feita anteriormente com seres humanos, qual o motivo que justifica a sua repetição;
- no caso da investigação nunca ter sido realizada em seres humanos, se o problema foi devidamente estudado a nível experimental de modo a otimizar os aspectos analíticos e técnicos e avaliar os possíveis efeitos adversos.

No âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi autorizada a realização de estágio na Equipa de Psiquiatria Comunitária de Queluz do Hospital Fernando Fonseca. Orientadores Enfermeira Especialista Martina Medeiros (HFF) e Professor Doutor Joaquim de Oliveira Lopes (ESEL).

**Objectivo Geral do Estágio - o desenvolvimento de competências de intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica com pessoas com doença mental em reabilitação psicossocial.**

Uma vez que a compreensão da história individual de cada um, do modo que este escolhe descrevê-la, oferece um acesso ao seu mundo psíquico e é reconhecida como podendo ter um valor terapêutico profundo através da qual a pessoa ressignifica eventos de vida, incorpora novos significados para a doença e o sofrimento e, potencialmente, se dispõe para a mudança, foi estabelecido como **Objectivo Específico do Estágio - aprofundar a compreensão da utilização das Narrativas de Vida como intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, com pessoas com doença mental em sofrimento emocional.**

**Escolhido o método clínico** na medida em que toma em consideração a individualidade do cliente e permite uma contemporaneidade entre intervenção (cuidados) e pesquisa. Abordagem qualitativa.

### **DOENTES ABRANGIDOS NA INVESTIGAÇÃO**

Número 1 (um)

As mulheres grávidas são excluídas? Sim  Não

Indique como se processará o recrutamento de doentes:

Dado que se pretende aprofundar o conhecimento acerca da forma como a Narrativa de Vida diminui o sofrimento emocional na pessoa com doença mental, previu-se a escolha dos participantes efectuada de forma probabilística e intencional, consoante determinadas características.

Deste modo estabelecem-se como **critérios de Inclusão:**

- Pessoas adultas/ídemas com Doença Mental
- A pessoa no uso das suas faculdades mentais (aplicação do Mini-Mental State Examination), com capacidade para construir a Narrativa de Vida
- Utentes que, após a informação sobre os objetivos e metodologia do estudo, aceitassem participar no mesmo (consentimento informado expesso).

### **CONTROLES**

Número \_\_\_\_\_

Indique como serão escolhidos

---

---

---

### **DESCRIÇÃO RESUMIDA DO PLANO DA INVESTIGAÇÃO**

- Selecção dos participantes
- Consentimento informado
- Identificação de indicadores de sofrimento emocional
- Planeamento da intervenção e contrato de cuidados
- Desenvolvimento da intervenção Narrativas de Vida como intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (nos dias agendados pela Equipa de Psiquiatria Comunitária de Queluz)
- Identificação de indicadores de sofrimento emocional
- Avaliação da intervenção

**ENUMERAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS, EXAMES OU SUBSTÂNCIAS QUE IRÃO SER ADMINISTRADAS AOS DOENTES** (dietas especiais, medicamentos, radiosóto-pos, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

**RISCO/BENEFÍCIO**

a) **Que riscos ou incómodos podem ser causados aos doentes pelo estudo?**

---

---

b) **Que benefícios imediatos poderão advir para os doentes pela sua anuência em participar no estudo?**

---

---

c) **Considera que os meios utilizados no estudo podem violar a privacidade do doente?**

Sim  Não

Em caso afirmativo, indique que medidas serão tomadas para assegurar a confidencialidade.

Codificação dos dados e remoção de informação que possa identificar o utente, como locais, Nomes, diagnósticos ou períodos de internamento.

d) **Os doentes que não aceitarem participar no estudo, ficarão por esse facto, prejudicados em termos de assistência médica, relativamente aos participantes?**

Sim  Não

**CONSENTIMENTO**

a) **Que tipo de consentimento se irá obter dos doentes**

Expresso  Por escrito

**Nota: descreva o esclarecimento que irá ser dado ao doente** (ou seu representante legal)

Esclarecimento sobre os objetivos académicos e da intervenção terapêutica, forma de tratamento dos dados para fins académicos, discussão dos resultados obtidos com o utente no final da intervenção. O utente será ainda informado da liberdade de em qualquer ponto da intervenção poder desistir da participação na mesma, sem compromisso para o processo terapêutico.



---

---

---

d) Os dados obtidos, constituiram propriedade exclusiva da companhia farmacêutica ou outra entidade?

Sim

Não

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Data do pedido de aprovação \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Eu, abaixo assinado Clara Sofia de Jesus Rodrigues Galvão Almeida, na qualidade de investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia II e da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

*Clara Sofia Almeida*

Lisboa, 28 de Fevereiro de 2019