

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

Relatório de Estágio

**“(Re)começar o processo de *Recovery* na pessoa com experiência  
em Doença Mental”**

**Ana Sofia Pereira Vieira**

**Lisboa**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved green lines that sweep upwards and to the right, mirroring the style of the ESEL logo.





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

Relatório de Estágio

**“(Re)começar o processo de *Recovery* na pessoa com experiência  
em Doença Mental”**

**Ana Sofia Pereira Vieira**

**Orientadora:** Professora Doutora Luísa Maria Correia de Azevedo  
d’Espiney

**Lisboa**

**Outubro, 2019**



“Recomeça...  
Se puderes  
Sem angústia  
E sem pressa.  
E os passos que deres,  
Nesse caminho duro  
Do futuro  
Dá-os em liberdade.  
Enquanto não alcances  
Não descanses.  
De nenhum fruto queiras só metade.”  
(Miguel Torga)

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais e irmãs, a quem devo a pessoa que sou hoje e por todo o apoio, amizade e amor incondicional.

À Professora Doutora Luísa Maria Correia de Azevedo d'Espiney por toda a orientação, disponibilidade, confiança e apoio que demonstrou neste percurso.

Às Enfermeiras Cristina e Enfermeira Sofia por todo o tempo que dispensaram para que isto fosse possível, pelo conhecimento que me transmitiram e pelas experiências que vivenciei nos contextos de estágio.

À Margarida que acreditou sempre em mim, encorajou-me várias vezes e sempre foi um pilar em todo o meu percurso académico.

À Patrícia por todo o apoio incondicional, pelo companheirismo e por trazer sempre alegria aos meus dias.

Aos meus amigos, Celeste, Inês, Daniel, Fábio, Ana, José, Carolina, Zahra e Mariana que sempre trouxeram o sol para a minha vida, mesmo nos dias mais cinzentos.

A todas as pessoas com experiência em doença mental, a quem devo as experiências, o meu desenvolvimento como profissional e a construção deste trabalho.

A todos, o meu sincero obrigado!

## RESUMO

O processo de *recovery* da pessoa com experiência em doença mental compreende um caminho subjetivo que visa contribuir para uma vida satisfatória. Entidades de saúde como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Direção Geral de Saúde (DGS) mencionam a existência de lacunas profundas na área de saúde mental e psiquiátrica em Portugal. Através deste trabalho pretende-se conhecer o processo de desenvolvimento de competências em enfermagem de saúde mental e psiquiatria numa perspetiva de intervenção centrada no processo de *recovery*.

Os objetivos foram compreender como a pessoa com experiência em doença mental vivencia o percurso para a sua recuperação, experimentar-me enquanto profissional de saúde numa nova abordagem pela positiva, tendo em vista o bem-estar do outro e abordar o processo de desenvolvimento de relações terapêuticas enquanto aprofundo conhecimentos sobre o processo de *recovery* na pessoa com experiência em doença mental.

Todo este percurso enriqueceu-me enquanto enfermeira ao ter uma abordagem direcionada para o *recovery*, um olhar terapêutico orientado pela abordagem positiva e um melhor saber ser e saber estar com o outro. Como pessoa, tive espaço para desenvolver o meu autoconhecimento e aprender com os utentes o que significa e o que implica de facto a doença mental ao escutar as suas histórias de vida e tentar trazer aos seus dias momentos agradáveis e contribuir para o seu bem-estar.

**Palavras-chave:** Enfermagem, *Recovery*, Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças, Relação Terapêutica e Saúde Mental.

## **ABSTRACT**

*The recovery process of the person with experience in mental illness comprises a subjective path that aims to contribute to a satisfactory life. Health entities such as the World Health Organization (WHO) and the Direção-Geral de Saúde mention the existence of deep gaps in the area of mental and psychiatric health in Portugal. This paper intends to grasp the process of competence in mental health and psychiatry nursing through an intervention focused on the recovery process.*

*The main goals were to understand how the person with experience in mental illness lives through the recovery process and to experience myself as a health professional in a new positive approach, taking into account the welfare of the other and developing therapeutic relationships while deepening knowledge over the recovery process of a person with experience in mental illness.*

*The whole journey has enriched me as a nurse by having a recovery and a positive-oriented therapeutic approach, increase my knowledge and knowing how to be with another that requires care. As a person, I had the opportunity to develop self-examination and learn from patients what mental illness indeed means and what it really entails by listening to their life stories and trying to bring pleasant moments to their days and contribute to their well-being.*

**Keywords:** *Nursing, Recovery, Force-based Nursing Care, Therapeutic Relationship and Mental Health.*

## **LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS**

DGS- Direção Geral de Saúde

EEESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

Sr. <sup>o</sup>- Senhor

Sr.<sup>a</sup>- Senhora

VD- Visita domiciliária

WHO- World Health Organization

## ÍNDICE

Introdução.....	10
1. A problemática.....	14
1.1. A saúde mental em Portugal – a pertinência do projeto .....	14
2. Enquadramento teórico.....	16
2.1. O processo de <i>recovery</i> .....	16
3. Experiência de cuidar em contexto de saúde mental e psiquiatria .....	26
3.1. Um novo começo – a experiência em contexto hospitalar .....	26
3.1.1. Construindo a relação terapêutica.....	41
3.2. Um olhar sobre a saúde mental comunitária.....	50
4. A minha viagem para o autoconhecimento.....	61
Conclusão.....	66
Referências bibliográficas .....	69

## ÍNDICE DE APÊNDICES

**APÊNDICE I** – Mediador expressivo - Livro “O caminho para a minha recuperação”

**APÊNDICE II** – Resultados das intervenções no internamento - “O caminho para a minha recuperação”

**APÊNDICE III** – Mediador expressivo segundo análise *SWOT* à utente Rita Sousa

**APÊNDICE IV** – Resultados das intervenções na comunidade - “O caminho para a minha recuperação”

**APÊNDICE V** – Memorando “Tenho Alucinações Auditivas, e agora?”

**APÊNDICE VI** – Avaliação final das sessões realizadas em contexto de internamento

**APÊNDICE VII** – Avaliação final das sessões realizadas em contexto comunitário

## INTRODUÇÃO

O processo de *recovery* da pessoa que experiencia uma situação de doença mental, pode ser compreendido como o trabalho de recuperação desenvolvido pelo próprio, através da mobilização de recursos internos (forças e oportunidades) e externos (familiares e comunitários), com o intuito de poder viver uma vida com o máximo bem-estar possível.

A opção por esta temática assenta por um lado num conjunto de orientações teóricas que apontam para a pertinência desta temática e por outro na minha experiência profissional que neste campo era absolutamente inexistente.

Desta forma, surgiu a oportunidade de enveredar por esta área e ingressei no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Neste contexto, aprofundei conhecimentos e desenvolvi o estudo orientado, que contribuíram para que percorresse um caminho sólido de forma a dar resposta aos meus objetivos. Compreendi que não há um só modelo de enfermagem ou uma só vertente de ação no que diz respeito à reabilitação da pessoa com experiência em doença mental. Por conseguinte, o modelo que fez mais sentido como linha orientadora para a minha ação foi o modelo de *recovery*.

Apesar das várias definições de *recovery* que existem atualmente, a mais consensual descreve que o processo para a recuperação se desenvolve quando a pessoa é capaz de gerir a sua doença mental, mesmo com as limitações que podem surgir decorrente da mesma, tornando-se auto-eficaz e seguindo o caminho natural da sociedade, como ter um emprego, acesso à educação, lazer e ter uma vida autónoma e satisfatória (Gaffey, Evans & Walsh (2016).

O cuidar em enfermagem baseado nas forças de Gottlieb (2016) trouxe uma nova forma de encarar o utente, acabando por ser um desafio que consiste em trabalhar consigo as suas forças, capacidades e virtudes no sentido de as potencializar para superar as fraquezas/fragilidades. Muitas vezes, estas fraquezas são decorrentes das limitações já crónicas da doença mental e, potencializar as forças, pode compensar as fraquezas ao ponto de permitir que o utente tenha uma vida autónoma na comunidade.

Ao longo da sua experiência clínica, Rogers (2009, p.34) evidencia que “(...) é o próprio paciente que sabe aquilo de que sofre, em que direção se deve ir, quais os problemas que são cruciais, que experiências foram profundamente recalçadas”. Neste sentido, considere a narrativa do utente uma ferramenta crucial durante todo o meu percurso nos estágios, pois é através da narrativa do mesmo que o enfermeiro tem acesso à realidade, à história de vida, ao plano pessoal, social e emocional do utente. É a partir deste ponto que o enfermeiro pode trabalhar juntamente com o utente com o intuito de promover o seu processo de recuperação e devolver-lhe uma vida tão plena quanto possível.

Defini como objetivo geral aprofundar conhecimentos sobre o processo de *recovery* da pessoa com experiência em doença mental, uma vez que esta perspetiva permite responder às necessidades atuais da saúde mental e psiquiatria de Portugal e a sua prática possibilita o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP) tal como a prática de cuidados ao utente inserido na sua família e comunidade (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018).

Da mesma forma, estabeleci três objetivos específicos que aprofundei ao longo dos estágios realizados. O primeiro objetivo foi criar uma relação de ajuda e empática com a pessoa com experiência em doença mental. Tendo começado agora a dar os primeiros passos na área, considero importante investir na capacidade de me relacionar com o outro, sendo a relação terapêutica a base do cuidar (Chalifour, 2008).

O segundo objetivo foi capacitar a pessoa com experiência em doença mental no desenvolvimento de competências que reforcem o seu processo de autonomização e bem-estar. O desenvolvimento de competências pessoais por parte do utente vai permitir que este se conheça melhor a si próprio e à sua doença, identificando as suas potencialidades e os seus limites. Aliado a este conhecimento e consciencialização, a pessoa com experiência em doença mental poderá assim evitar a escalada da doença, evitar estímulos de destabilização da doença e reconstruir a sua vida de forma a vivê-la satisfatoriamente dentro do seu ambiente familiar e comunitário (WHO, 2017).

Por último, o terceiro objetivo foi desenvolver o autoconhecimento como pessoa e profissional, identificando emoções, sentimentos, valores e outros fatores que sejam condicionantes ou favorecedores para a relação terapêutica. Este objetivo vai ao

encontro da primeira competência específica do EEESMP: “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018, p. 21428). A retrospeção vai permitir uma melhor relação terapêutica com o utente, um melhor julgamento das minhas ações e até reconhecer e evitar possíveis atitudes negativas (Phaneuf, 2005).

Para cumprir os objetivos descritos, realizei dois estágios, um primeiro em contexto de internamento e um segundo em contexto comunitário, onde foi possível observar a prática atual dos EEESMP, prestar cuidados de enfermagem gerais, realizar visitas domiciliárias (VD), desenvolver uma abordagem pela positiva, valorizando capacidades e competências, realizar entrevistas terapêuticas com vista à valorização positiva sem ignorar as dificuldades e as limitações consequentes da doença mental. Desenvolvi, inspirada na perspetiva da OMS sobre o *recovery*, um instrumento que funcionou como um mediador terapêutico tendo em vista a promoção da relação terapêutica e em simultâneo observar e avaliar o efeito das intervenções que realizei.

No que diz respeito aos campos de estágio onde realizei o meu percurso, estes ainda se encontram muito enraizados no modelo biomédico, havendo uma abordagem medicalizada face à pessoa e à gestão da sua doença. Esta realidade associada à minha inexperiência na área trouxe dificuldades à minha integração uma vez que não havia uma prática direcionada para o *recovery*. De modo a contornar esta situação, realizei intervenções que não fossem contra a dinâmica do serviço como as entrevistas terapêuticas e a utilização do mediador expressivo “o caminho para a minha recuperação” que desenvolvi com base no documento da WHO (2017) designado por “*Promoting recovery in mental health and related services*”. Este documento proporciona um leque de informação para que os profissionais tenham uma prática do cuidar direcionado para a recuperação da pessoa com experiência em doença mental, abordando temas como a definição de *recovery*, quais os seus valores, como trabalhar em parceria com o utente, qual a melhor abordagem de comunicação a ser utilizada, como ajudar a pessoa com experiência em doença mental a estabelecer ligação com a sua comunidade e até a construção de um plano com meta final a recuperação da doença mental e a reconstrução de uma vida completa e prazerosa.

Em suma, o presente relatório é constituído por um capítulo inicial onde é abordada a problemática inicial em estudo e a pertinência do projeto. Seguidamente, descreve-se as bases teóricas que dão resposta à problemática levantada e que sustentaram as práticas em contexto de estágio, tanto em meio hospitalar como em comunitário. Posteriormente, e de forma a dar conhecimento deste percurso, foram descritas as intervenções desenvolvidas bem como as relações terapêuticas estabelecidas. De forma a proteger a identidade das pessoas que colaboraram comigo, neste trabalho as mesmas são referidas por nomes fictícios. No penúltimo capítulo foi realizada uma reflexão sobre o percurso de autoconhecimento pessoal e profissional, bem como os ganhos adquiridos neste processo. Por fim, o presente relatório é finalizado com uma conclusão onde integro as aprendizagens, as dificuldades sentidas, as competências do EEESMP desenvolvidas e expectativas que tenho como futura EEESMP.

# 1. A PROBLEMÁTICA

## 1.1. A Saúde Mental em Portugal – a pertinência do projeto

As pessoas com doenças do foro mental representam uma percentagem considerável e cada vez maior do conjunto das pessoas com doenças orgânicas, estimando-se que um em cada dois indivíduos experienciará uma doença mental num dado período da sua vida (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 2017). Desta forma, tornou-se imperativo intervir nos serviços de saúde mental, sendo que a OMS (2005, p.23) dá relevo a “questões críticas de saúde mental, tais como o acesso à atenção, reabilitação e cuidados de convalescença, a plena integração das pessoas com transtornos mentais à comunidade e a promoção da saúde mental nos diferentes sectores da sociedade.”

A OMS (2005) refere que por si só, a medicação não é suficiente para a maioria das doenças mentais, sendo igualmente importante a implementação de intervenções psicossociais como o aconselhamento, as psicoterapias específicas e a reabilitação vocacional. No entanto, a realidade observada no decorrer deste percurso académico foi a de que os serviços de saúde mental privilegiam de forma quase exclusiva a intervenção medicalizada recorrendo pouco e de forma esporádica a outras intervenções de cariz psicoterapêutico e psicossocial. Igualmente, a OMS (2005) afirmou que os países devem proteger as pessoas com doença mental contra a discriminação e auxiliar a sua inclusão na sociedade através de medidas como a realização de legislação para obtenção de habitação, emprego, providência social (como subsídios/ pensões) e outras questões civis como o direito a cuidados de saúde gerais, direitos de votar, direito de se casar e ter filhos, entre outros.

Na análise realizada à situação da saúde mental em Portugal, no âmbito do projeto *EU Joint Action on Mental Health and Well-being* realizado entre 2013 a 2016, verificou-se um progressivo afastamento do nosso país das metas preconizadas pela OMS, que afirmou que, só com mudanças urgentes e profundas no que toca a políticas e serviços de saúde mental, é que o nosso país poderá alcançar o progresso que atualmente decorre a nível europeu (DGS, 2017).

Estas mudanças estão delineadas no Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 da OMS, que estabelece entre outros objetivos que é necessário:

garantir a transição para um tratamento abrangente e para cuidados na comunidade de elevada qualidade, acessíveis a todos, com ênfase na disponibilização dos cuidados de saúde mental para todas as pessoas com doenças mentais, na coordenação dos cuidados de saúde e sociais para pessoas com doenças mentais mais graves, bem como em cuidados integrados para pessoas com doenças mentais e físicas (DGS, 2017, p.13).

Assim, torna-se urgente a evolução dos cuidados de saúde mental na comunidade, nomeadamente a inclusão e o apoio para uma vida satisfatória por parte das pessoas com experiência em doença mental. Uma vez que a doença mental provoca alterações graves a vários níveis (pessoal, social, profissional, comunitário) e trás um grande sofrimento e limitação a quem a vivencia.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. O Processo de *Recovery*

A abordagem orientada para o *recovery* na área da saúde mental e psiquiatria surgiu nos anos 70 após vários movimentos sociais conduzidos por organizações defensoras dos direitos humanos, conseqüentes do elevado estigma e exclusão social que as pessoas com experiência em doença mental sofriam (Băcilă & Rusu, 2018). No decorrer deste movimento, existiu uma desinstitucionalização em massa, defendendo-se que a pessoa com experiência em doença mental deveria estar inserida na sociedade e não excluída, fechada dentro de uma instituição (Whitley, Palmer & Gunn, 2015).

Ao longo dos anos, o *recovery* foi crescendo e ganhando relevo dentro das instituições de saúde, salientando-se a sua inovação nas últimas duas décadas, através do surgimento de várias abordagens direcionadas para o tratamento individualizado, promovendo a autonomia e a subjetividade dos indivíduos com experiência em doença mental (Bag, 2018).

#### Perspetivar o conceito *recovery*

É de extrema relevância que os profissionais de saúde entendam e conheçam algumas das definições correntes uma vez que estas vão permitir uma intervenção que apoia o desenvolvimento do outro, mobilizando os seus recursos com o propósito de atingir o seu bem-estar.

O *recovery* (Băcilă & Rusu, 2018) é um processo dinâmico e individual que não é sinónimo de cura, mas sim de uma recuperação que permite à pessoa com experiência em doença mental ter uma vida satisfatória mesmo com sintomatologia decorrente da doença que possui. Os mesmos autores defendem ainda que o *recovery* é um caminho ou uma jornada e não um resultado.

Lysaker, Hamm, Hasson-Ohayon, Pattison & Leonhardt (2018) acrescentam que o *recovery* é um processo individual, em que a pessoa com experiência em doença mental deve ser um agente ativo, aspirando crenças, objetivos e desejos para a construção de uma vida significativa para si mesmo.

Adicionalmente, o *recovery* deve ser entendido como uma mudança positiva, apesar das limitações consequentes da doença, em que o utente é apoiado no seu desenvolvimento pessoal, com a finalidade de se tornar autoconfiante e independente (Bag, 2018). O mesmo autor reforça ainda a importância para o processo de *recovery* em reconhecer as forças e fraquezas, entender a doença e as opções terapêuticas e promover a capacidade de *coping* e de socialização por parte da pessoa com experiência em doença mental.

O *recovery* é um modelo completo e adequado para dar resposta às necessidades da pessoa com experiência em doença mental uma vez que se foca na gestão de problemas relacionados com a saúde mental, dá ênfase à autoeficácia e às necessidades e desejos ditos normais como emprego, atividades de lazer e viver independente na comunidade (Gaffey, Evans & Walsh, 2016).

Por sua vez, Raeburn, Hungerford, Escott & Cleary (2015), acrescentam que uma importante componente do *recovery* não é só a aquisição de competências de autonomia e autodeterminação por parte do utente, mas também a sua participação ativa e valorizada na comunidade em que vive.

Desta forma, Bag (2018) defende ainda que,

um dos mais importantes modelos que podem ser aplicados nos centros comunitários de saúde mental é o *recovery* que contém componentes centradas na pessoa. Estas componentes são a esperança, o direito à autodeterminação, o potencial para desenvolver o *awareness*, a habilidade para negociar e as interações sociais com familiares e profissionais de saúde. Estas interações ajudam o utente a ter um papel ativo na tomada de decisão relativamente à sua vida, negociar quando necessário, criar objetivos e desenvolver uma vida satisfatória. Neste sentido, o *recovery* na saúde mental comunitária tem como objetivo proteger o bem-estar do utente através do seguimento regular e da continuação do tratamento no seu domicílio, prevenindo agudizações da doença, reduzindo o número de hospitalizações e fornecendo a reabilitação de pacientes na sociedade

A intenção de cuidar e as intervenções orientadas para o *recovery* são de uma enorme relevância para o bem-estar do utente, sendo o *recovery* uma abordagem com grande significado terapêutico ao nível da saúde mental e comunitária (Bag, 2018).

### As várias dimensões do *recovery*

Cuidar da pessoa com experiência de doença mental numa perspectiva de *recovery* implica valorizar várias dimensões que interagem entre si e que influenciam o cuidar. Dentro destas dimensões, salienta-se o cuidado individualizado/centrado na pessoa, o empowerment, a esperança (Ellison, Belanger, Niles Evans & Bauer, 2016), a capacidade de realizar objetivos pessoais, integração social, desenvolver relações significativas, alcançar uma vida satisfatória e com significado para o utente em causa (Băcilă & Rusu, 2018).

O cuidado centrado na pessoa, a esperança e o *empowerment* são três grandes conceitos que estão intrinsecamente ligados com o processo de *recovery*, ajudando a evoluir a sua prática.

O cuidado centrado na pessoa é uma abordagem que coloca a mesma como elemento principal e ativo no processo do cuidar. Através do mesmo, é estabelecida uma relação terapêutica baseada no respeito mútuo, na compreensão e autodeterminação da pessoa e da sua família (McCance, McCormack & Dewing, 2011).

A esperança, segundo Townsend (2015), pode ser definida como uma crença positiva perante o futuro. Através da esperança, o utente é capaz de se focar nos aspetos positivos da sua situação clínica e utilizá-los para promover a cura, facilitar a gestão da doença e aumentar a sua qualidade de vida.

O empowerment, por outro lado, tem como finalidade reconhecer ao utente o poder ou a autoridade para realizar certa ação (Cabete, 2011, citando Procter, 1981, p. 360, p. 366, Shearer and Reed, 2004, Wehmeier, 2005). O *empowerment* quando bem inserido na relação de ajuda profissional, promove no utente auto-assertividade, sensação de controlo de si e da sua vida, autonomia, independência, dignidade e segurança na tomada de decisão (Cabete, 2011).

Adicionalmente, a *WHO* (2017) acrescenta sete dimensões que integram o modelo de *recovery* e são os pilares para que a pessoa com experiência em doença mental tenha uma vida estável e com significado. Estas dimensões são a inclusão na comunidade como voltar a ter uma atividade laboral, uma residência e até frequentar um curso académico/profissional; apresentar uma vida social, ou seja, ter ligações afetivas com família e amigos, bem como passar tempo de qualidade com os mesmos; o empowerment ocorre quando a pessoa tem poder sobre o seu tratamento e, em geral,

sobre os cuidados de saúde que a si são prestados, trabalhando em parceria com os profissionais de saúde; a esperança que está presente quando a pessoa mantém a esperança nas suas capacidades e forças de vida; a existência de significado e propósito de vida que se desenvolve quando a pessoa encontra objetivos e metas que preenchem a sua vida; a presença de saúde e bem-estar como possuir estilos de vida saudáveis, praticar exercício físico e ter uma rotina do sono estável e, por fim, manter a sua identidade, não perdendo no decorrer do processo da doença.

### Os profissionais de saúde e o *recovery*

O processo de *recovery* é um percurso desenvolvido pelo próprio com o apoio dos profissionais, é um trabalho que cada um faz sobre si, as suas relações e o mundo em que vive. A narrativa que este desenvolve sobre si permite ao enfermeiro aceder ao universo simbólico do outro e a partir daí trabalhar em conjunto com este na construção de presentes mais gratificantes e de futuros possíveis.

Ao ser um processo centrado na pessoa, os profissionais devem ser capazes de partir da pessoa como referencial para ação.

Contudo, Dalum, Pedersen, Cunningham & Eplov (2015) alertam para o facto de existir pouca informação sobre como os profissionais são influenciados não só pela formação sobre o *recovery*, mas também como se desenvolve a sua experiência de contacto com utentes que passam por este processo.

Os profissionais de saúde precisam de educação e suporte para desenvolverem competências promotoras do *recovery* e, conseqüentemente, proporcionar resultados positivos para os utentes dos serviços de saúde. Porém, para mudar de uma abordagem tradicional de cuidar baseado nos défices e dificuldades para uma abordagem direcionada para o *recovery*, é importante focar e investir nas crenças e nas atitudes dos profissionais de saúde. Estes precisam aprender a promover processos de recuperação do eu, promover a esperança, encorajar a autorresponsabilidade, trabalhar em colaboração com o utente, identificar forças e promover a responsabilidade na tomada de riscos (Walsh, Meskell, Burke & Dowling, 2017). Estas são estratégias de intervenção fundamentais que carecem de ser aprofundadas na formação dos profissionais de saúde. Deste modo é relevante que os mesmos estejam capacitados para reconhecer os limites

do modelo biomédico e apostarem nas potencialidades que a abordagem do processo de *recovery* permite de forma a desenvolvê-lo através de intervenções adequadas.

Para desenvolver este processo de recuperação da pessoa, é fundamental escutar o que esta tem para nos dizer pois só assim podemos aceder às suas crenças, aos seus medos e fantasias, às suas expectativas e perspectivas de futuro.

### Escutar as narrativas

As narrativas como ferramentas na saúde mental surgiram no século XX e a sua utilização tem aumentando cada vez mais, trazendo grandes benefícios para os utentes.

Entender uma história não é por si uma intervenção, contudo, contar uma história a alguém e ser escutado pode por si só ser terapêutico.

Através da narrativa, a pessoa transmite informação única que só a mesma tem acesso. Estas narrativas são contadas como histórias, tornando o utente o narrador das várias histórias que fazem parte da sua vida. Ao narrar, o utente projeta-nos para um plano real, emocional e social da sua vida. Esta ferramenta permite igualmente que o utente reestruture a sua história, dando sentido ao passado e guiando positivamente a sua vida no presente e no futuro. O utente pode reconstruir a sua história individualmente ou em comunidade, de acordo com as circunstâncias em que está inserido (Grant, Leigh-Phippard & Short, 2015).

É comum que as pessoas com experiência em doença mental tenham mudanças e crises nas suas vidas. Por este motivo, é natural que surja a necessidade de narrar os acontecimentos adversos de vida por parte destas pessoas dentro dos serviços de psiquiatria, cabendo ao enfermeiro estar desperto para esta necessidade como um elemento facilitador, uma vez que o contexto tanto pode ser um fator catalisador como um inibidor (Kirkpatrick, 2008).

As narrativas são uma ferramenta essencial na relação terapêutica, uma vez que permitem que o enfermeiro tenha acesso à perceção que o utente tem sobre si e sobre o que o rodeia. O enfermeiro pode ainda utilizar esta informação no plano de cuidados que irá desenvolver em conjunto com o utente.

As histórias dos utentes fazem-nos entrar no seu “mundo”, o que nos ajuda a criar empatia e a experienciar o trabalho clínico de um modo mais diferenciado. Quando o utente conta as várias histórias sobre a sua doença, reconstrói-as e tem um momento de

reflexão e de aprendizagem sobre as mesmas e é este processo que é facilitador do *empowerment* e do *recovery* (Kirkpatrick, 2008).

A abordagem através das narrativas valoriza a experiência, a voz do utente e humaniza os cuidados. O paradigma do *recovery* defende que cada indivíduo é único, valorizando desta forma as suas narrativas (Kirkpatrick, 2008).

### Narrativa como processo de transformação de si – Construir um sentido para a vida

Além de narrar o utente pode escrever a sua história, sendo igualmente um método de transformação e aprendizagem para o mesmo. Através da escrita é possível criar algo novo em que muitas vezes surge conhecimento inesperado e novas direções de vida a um elevado nível emocional e cognitivo (Grant, Leigh-Phippard & Short, 2015).

O enfermeiro pode ser um impulsionador ativo das narrativas através da entrevista, promovendo o diálogo terapêutico com o intuito de invocar vivências e reconstruí-las com novos elementos e significados (Morgan, 2000).

É de realçar que muitas vezes a narrativa da pessoa com experiência em doença mental é desvalorizada, não sendo utilizada nem valorizada como uma abordagem de eleição na prática clínica, nem como uma fonte credível. Por outro lado, os profissionais de saúde tendem a desvalorizar o valor da voz do utente, o que é uma atitude que pode levar a falsos reconhecimentos e interpretações da vivência do utente quando a história não é transmitida pelo próprio (Kirkpatrick, 2008). Habitados a um padrão de saúde definido exteriormente aos sujeitos, os enfermeiros tendem a avaliar a situação do outro por comparação com o referencial externo que utilizam para catalogar comportamentos e atitudes. É por isto imperativo construir com o outro, pessoa com uma doença mental, uma narrativa que ajude a dar unidade e significado ao que lhe está a acontecer, tornando-se um desafio para os enfermeiros que não foram treinados nesse sentido.

Deste modo, o enfermeiro deve valorizar sempre a voz da pessoa com experiência em doença mental, dando espaço para que este transmita e partilhe o seu mundo simbólico, mundo este que representa a sua realidade e que deve ser o ponto de partida para o trabalho dos profissionais.

Os enfermeiros devem igualmente desenvolver as suas narrativas, aprendendo a fazê-las com os utentes, sendo que fazem parte da narrativa dos mesmos, tal como eles fazem parte da nossa.

### A relação como essência do cuidado

A relação, no seu termo mais simples, significa o encontro entre duas pessoas. Para que este encontro seja realizado e bem-sucedido, é importante que tanto o enfermeiro como a pessoa com experiência em doença mental se reconheçam e se respeitem como seres humanos iguais (Phaneuf, 2005).

A relação terapêutica ocorre através do processo de interação entre o profissional e a pessoa a seu cuidado, que se desenvolve de acordo com características específicas de cada um, tendo como objetivo construir uma relação com possibilidades terapêuticas (Sequeira, 2016).

Gottlieb considera que “no ambiente atual dos cuidados de saúde, valorizam-se mais as técnicas e as tecnologias sofisticadas e existe uma tendência para ignorar, desvalorizar, e pôr de parte a importância e o poder das intervenções relacionais” (2016, p.413).

A relação terapêutica é indispensável para o processo de cuidar em enfermagem, uma vez que a recuperação do equilíbrio da pessoa em sofrimento mental depende da construção de relações interpessoais significativas (Chalifour, 2008).

Estar em relação significa estar atento ao outro e entendê-lo através de uma forma holística, apoiando-o a expor as suas necessidades e a envolver-se na relação, promovendo-lhe ajuda a nível físico, social e mental, tendo em atenção as suas expectativas, características, dificuldades e incertezas (Chalifour, 2008).

Além disso, existem sentimentos que devem estar presentes na relação para que esta seja terapêutica, sendo transversais tanto ao enfermeiro como à pessoa, que são a aceitação, a confiança, o respeito, a genuinidade e a empatia (Townsend, 2015).

Contudo, cabe ao enfermeiro ter a capacidade de manusear corretamente esta relação pois poderá levar a sentimentos de mal-estar, tristeza e angústia por parte do utente, podendo em casos extremos, levá-lo à desistência dos cuidados/tratamentos (Pereira & Botelho, 2014).

## Valorizar as potencialidades

“O Cuidar Baseado nas Forças é uma abordagem que considera a totalidade da pessoa, centra-se naquilo que está a trabalhar e a funcionar bem, no que a pessoa faz de melhor, nos recursos de que os indivíduos dispõem e que os ajuda a lidar mais eficazmente com a sua vida, saúde e desafios dos cuidados de saúde” (Gottlieb, 2016, p.1).

Este modelo surge como uma nova conceptualização do significado de cuidar de uma pessoa, onde o enfermeiro deixa de se focar somente na intervenção à doença e/ou problemas e dificuldades da pessoa, e, ao invés disso, enaltece as competências, as forças e o que funciona bem na pessoa, bem como na sua família e comunidade a que pertence (Gottlieb, 2016).

O cuidar em enfermagem baseado nas forças refere-se à identificação das forças existentes no indivíduo, família e comunidade. Sendo estas forças empregadas para ajudar na promoção da auto-concretização e na cura do utente (Francis, 2014).

Gottlieb (2016) descreve as forças como sendo as aptidões da pessoa e que podem surgir de várias formas tais como competências, capacidades, recursos, habilidades, talentos e dons. Cada pessoa apresenta um aglomerado de forças que podem ser internas (motivação, coragem, resiliência, entre outras) e externas (finanças, religião, relações, espiritualidade, entre outras). Além disso, estas forças podem ser biológicas, emocionais, psicológicas ou sociais no que diz respeito à sua origem e natureza.

Quando surge um problema, a pessoa tende a ficar tão focada sobre este que oprime as suas forças. O mesmo poderá acontecer com o enfermeiro, acabando por oprimir e ignorar as forças do utente.

O enfermeiro tem como objetivo potenciar as forças do utente quando este não as consegue reconhecer, auxiliando-o a mobilizá-las com o objetivo primordial de satisfazer as suas necessidades, desejos, objetivos e construção de uma vida satisfatória para si. Desta forma, o enfermeiro trabalha em parceria com o utente, havendo uma relação colaborativa.

As forças “são o combustível que habita a pessoa a tomar as rédeas da situação, a encontrar soluções para os seus problemas, a lidar com situações complicadas, a ultrapassar vulnerabilidades e a encontrar o sentido da vida” (Gottlieb, 2016, p.415).

Ao trabalhar as forças da pessoa, o enfermeiro irá promover a resiliência e o *empowerment* da mesma, ou seja, a pessoa com o desenvolvimento das suas forças, estará capacitada para superar a doença e as dificuldades existentes apesar da sua vulnerabilidade. Será igualmente um elemento ativo, juntamente com a equipa de saúde multidisciplinar, na promoção e gestão da sua doença e da sua vida (Gottlieb, 2016).

Esta abordagem tem sido estudada e desenvolvida com maior profundidade nos últimos trinta anos, sendo atualmente aplicada em vários contextos sociais, principalmente na área de saúde mental e entre os profissionais que exercem funções na área da psiquiatria (Francis, 2014).

O modelo cuidar em enfermagem baseado nas forças tem como função “fazer as pessoas sentirem-se bem consigo próprias e com as escolhas que fazem, dando-lhes esperança, entusiasmando-as a tomarem as rédeas da situação para criarem mudança, e terem o bom senso e a coragem para explorarem possibilidades, na sua busca pelo conhecimento pessoal sobre si mesmas e o significado da sua vida e do viver” (Gottlieb, 2016, p.413)

Por fim, o modelo do cuidar em enfermagem baseado nas forças interliga-se com a ideologia do *recovery* através da valorização da pessoa como sendo um agente ativo e detentor de capacidades/forças que são utilizadas como ferramentas para a construção de uma vida autónoma e satisfatória para si, inserida na família e comunidade.

#### A construção de um mediador terapêutico como reforço do processo de *Recovery*

O documento “*Promoting recovery in mental health and related services*” proposto pela WHO (2017), defende a importância de identificar as rotinas que mantêm a pessoa estável, bem como as rotinas que provocam efeitos negativos na sua saúde mental. Acrescenta ainda que, se o utente estiver capacitado para identificar sinais desencadeadores de agudização da doença, podem ter uma ação de mudança mais rápida e desta forma reduzir consideravelmente a probabilidade de voltar a entrar numa nova crise. Ou seja, pretende-se que a pessoa com experiência em doença mental esteja capacitada para se conhecer bem, tal como a sua doença de forma a detetar alterações de pensamento e de comportamento que possam evitar um novo episódio de internamento e consequentemente evitar a interrupção da sua vida na comunidade.

Deste modo, construí um mediador expressivo em forma de livro, que se encontra no apêndice I, e que tem como objetivo abordar o autoconhecimento de quem o utiliza e desenvolver estratégias de *coping* que capacitasse o utente para gerir a sua doença na comunidade, valorizando sempre as suas forças. Como tal, elaborei cinco tópicos para reflexão que vão ao encontro destas necessidades: “Como me sinto quando estou bem?”, “O que preciso de fazer diariamente para me sentir bem?”, “O que me causa *stress* ou desconforto?”, “Como posso impedir que interfira com o meu bem-estar?”, “Que sinais apresento quando estou pior?” e “O meu plano para impedir a escalada da doença.”.

Através destas questões, espera-se que o utente facilite o processo do seu autoconhecimento e da sua doença mental e ajude a identificar as rotinas que melhoram o seu bem-estar, a identificar os catalisadores de mal-estar e a tomar consciência dos sinais de alarme de agudização da doença. Esta ferramenta convida o utente a debruçar-se sobre o que está ao seu alcance para impedir que volte a surgir uma nova crise, valorizando sempre a sua narrativa que é realçada através da escrita.

Por último, saliento a importância que este mediador expressivo terá como apoio no desenvolvimento de uma relação terapêutica, uma vez que será um momento de troca de narrativas propícias para esse fim.

### **3. EXPERIÊNCIA DE CUIDAR EM CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL E PSQUIATRIA**

Todo este percurso foi realizado tendo em vista o desenvolvimento de competências gerais e específicas do EEESMP e de mestre em Enfermagem. É de salientar o *feedback* que fui recebendo por parte das EEESMP que me orientaram e que foi extremamente importante para o desenvolvimento do relatório e para o meu crescimento como pessoa e profissional. Saliento igualmente a colaboração dos doentes e dos seus familiares que contribuíram significativamente para a minha evolução como especialista nesta área.

#### **3.1. Um novo começo – a experiência em contexto hospitalar**

O local onde iniciei o primeiro estágio foi num serviço de internamento de psiquiatria de agudos destinado a pessoas adultas de um hospital da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo no período compreendido entre 24 de setembro a 25 de novembro de 2018.

Este serviço tem a capacidade para 28 pessoas com experiência em doença mental, contudo muitas vezes esta dotação é ultrapassada devido à grande afluência de pessoas em fase de agudização da doença que permaneceram internados em macas. Durante este período, estive em contacto com pessoas com diversas patologias como a esquizofrenia, a perturbação esquizoafectiva, a perturbação afetiva bipolar, a depressão e até perturbações do comportamento alimentar, tendo este serviço uma equipa unicamente especializada nesta área.

Este serviço compreende um grupo multidisciplinar com três equipas médicas (uma especializada no seguimento das utentes com perturbações do comportamento alimentar e duas equipas que seguem os restantes utentes com outras patologias do foro psiquiátrico), uma equipa de enfermagem, composta por enfermeiros generalistas e EEESMP, outra de psicólogos, uma assistente social, uma nutricionista, assistentes operacionais, auxiliares de ação médica e uma terapeuta ocupacional. Cada equipa médica reúne-se semanalmente para discutir a evolução do grupo de utentes que segue e quando necessário realiza alterações terapêuticas. Os restantes grupos profissionais

(enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) participam nas diferentes reuniões das equipas médicas de forma a dar uma resposta holística e especializada às necessidades dos utentes. A nutricionista participa unicamente na reunião que abrange os utentes com perturbação do comportamento alimentar devido à grande necessidade de acompanhamento no regime alimentar a que são sujeitas. Quando necessário, a nutricionista também faz alterações no padrão alimentar dos outros utentes.

Nestas reuniões discute-se qual a melhor abordagem terapêutica para a pessoa em causa, como está a vivenciar o processo de agudização da doença, ponderando-se a necessidade de os profissionais se reunirem com familiares significativos dos utentes de forma a perceber o seu contexto pessoal e familiar. Numa fase de tratamento avançado, faz-se um levantamento de possíveis planos pós-alta adequados para a realidade do utente que pode ter como destino o domicílio, seguimento comunitário ou hospitalar e até mesmo centros de apoio social como centros de tratamento, de reabilitação e de acolhimento.

Fisicamente, o serviço apresenta vários quartos, casas-de-banho, gabinetes médicos, dois gabinetes de trabalho, uma sala destinada para a realização de atividades terapêuticas programadas, uma sala destinada para as pessoas fumarem e duas salas onde se realizam atividades socio-terapêuticas como jogos de tabuleiro e cartas, sendo o espaço onde se realizam as refeições.

As intervenções psicoterapêuticas estruturadas são realizadas uma vez por semana pela terapeuta ocupacional sem a participação da equipa de enfermagem e sem que se verifique uma grande dinamização destas intervenções. Adicionalmente, foi-me transmitido que não existe um horário fixo para a realização destas atividades o que foi de certa forma um obstáculo para o desenvolvimento do projeto. Consequentemente, as pessoas com experiência em doença mental passam os dias na sala destinada a fumar ou na sala a jogar às cartas ou outros jogos de tabuleiro. Dito isto, não há um programa de intervenções estruturadas com destino a capacitar positivamente a pessoa para o seu bem-estar.

Como referi anteriormente, o serviço tinha uma sala própria para a realização destas intervenções, mas esta encontrava-se sempre fechada quando não existia nada agendado. Por este motivo, as entrevistas terapêuticas que efetuei foram realizadas num gabinete do serviço que não estava sempre disponível porque era também neste que se

realizavam as reuniões da equipa multidisciplinar e algumas consultas médicas e de psicologia. Quando isto acontecia, adaptava-me à dinâmica do serviço, efetuando outras atividades que pudessem culminar num maior desenvolvimento da relação terapêutica com os utentes, tal como a realização de conversas informais nos corredores, apoio nos cuidados de higiene e alimentação e participação nos passeios à rua com estes utentes.

Neste serviço, onde realizei o meu primeiro estágio, foi onde tive o meu primeiro contacto com a área de saúde mental e psiquiatria. Inicialmente foi assustador porque contemplava algo fora da minha zona de conforto. A maior experiência profissional que possuía era na área da saúde da mulher, mais especificamente, numa urgência de obstetrícia e ginecologia que era um serviço onde não havia espaço nem tempo para os enfermeiros desenvolverem uma relação aprofundada com o utente, pois não havia valorização do desenvolvimento de uma relação afetiva com o outro. Havia sim a construção de uma relação instrumental, centrada na transmissão de informação *standard* que era necessária para capacitar a puérpera. Adicionalmente, o pouco tempo que dispúnhamos para estar com o outro, era preenchido com intervenções instrumentais e com o fornecimento das informações que entendíamos necessárias, sem escutar o outro.

Num serviço onde impera o modelo biomédico, nunca tive espaço para desenvolver o meu autoconhecimento, nem para conseguir saber ser e saber estar na relação com o outro. Por esta razão, a lacuna que possuía esteve muito presente no início do estágio, estando igualmente refletida no diário de aprendizagem que elaborei na primeira semana:

*“No início do turno estava renitente na interação, limitando-me ao gabinete de enfermagem. Tinha receio de não conseguir desenvolver a relação terapêutica”.*

O meu maior temor era não conseguir desenvolver uma relação terapêutica com o utente pois tinha receio de não o conseguir ajudar e de não conseguir responder às suas necessidades ou expectativas.

Pereira & Botelho (2014, pp. 67-68), citando Johansson, Skärsäter & Danielson, (2007) e Coatsworth-Puspoky, Forchuk, & Ward-Griffin (2006), referem que

as relações terapêuticas de sucesso são pautadas pela disponibilidade para ouvir, respeito, gentileza, flexibilidade, proximidade e pelo suporte por parte do enfermeiro,

sendo estes, valores onde o ser humano se revela profundamente, salientam que a escuta valida o outro como pessoa. (...) Os pacientes enfatizaram que se sentiam ligados aos enfermeiros pelos seus atributos pessoais, pelo investimento mútuo, pelas técnicas de comunicação particulares e ainda pela exposição pessoal/abertura dos profissionais. São nomeados requisitos para se conhecer o paciente profundamente, interesse genuíno, importar-se com o paciente, sinceridade e compreensão. Deste modo, conhecer o paciente implica tempo, compreensão e perícia.

De forma a ultrapassar este receio, comecei por aproximar-me das pessoas no seu quotidiano, relacionando-me em pequenos momentos do cuidar como na higiene, vestuário, alimentação, nas saídas até ao café e ao jardim do hospital e disponibilizando-me para escutar as suas preocupações que se relacionavam com a sensação de estar com a sua vida em suspenso devido ao internamento. Comecei por preservar estes momentos, apresentando apoio e escuta ativa, que se tornaram fundamentais para o início da relação terapêutica.

#### Criar laços promovendo o autocuidado

Logo no início dos turnos da manhã, disponibilizei-me para dar apoio nos cuidados de higiene e vestuário dos utentes. Num contacto inicial, era um momento constrangedor e difícil pois estas pessoas estavam fragilizadas a nível mental e emocional, vendo-se despidas de qualquer interesse no seu autocuidado e invadidas pelos profissionais de saúde que participavam sem pudor por ser algo rotineiro no seu quotidiano. Preocupei-me em preservar a intimidade destas utentes, oferecendo o meu apoio em momentos estritamente necessários e intervindo na promoção da autoimagem quando havia desinteresse por parte das pessoas, geralmente das que padeciam de patologia depressiva. Como a maioria dos utentes eram autónomos, disponibilizei ajuda parcial no pentear e na escolha da roupa, fazendo reforços positivos quando por si escolhiam a roupa e se cuidavam. Em utentes mais dependentes, apoiava na higiene corporal, promovendo o seu conforto. Com o passar do tempo, estes momentos foram tornando-se mais agradáveis facilitando a relação com os utentes, que começaram a partilhar comigo narrativas de vida, abordando em especial a história da sua doença mental e das limitações que estas acarretam nas suas vidas. Nestes momentos, tentei ter sempre uma abordagem pela positiva, procurando aspetos que pudessem ser prazerosos para os

utentes, como a família, o emprego, a casa e recursos interiores como a esperança, a força, a coragem, a determinação e até mesmo a capacidade de ter anteriormente recuperado e ter desenvolvido a sua vida de forma satisfatória.

### Do vigiar comportamentos ao ajudar a superar dificuldades

A alimentação era outro momento propício para o estabelecimento de uma aliança terapêutica com os utentes. Às pessoas mais fragilizadas fisicamente, eu ajudava nesta atividade de vida diária de forma a manter uma equilibrada nutrição e hidratação. Utilizando igualmente este momento para estabelecer o diálogo, conhecer a pessoa a meu cuidado e dar-me a conhecer.

Contudo, este momento acabava por nem sempre ser agradável porque era preenchido por prescrições, tanto a nível alimentar como medicamentoso. As pessoas internadas com perturbação do comportamento alimentar, como anorexia e bulimia ofereciam resistência no cumprimento do regime alimentar estabelecido. Desta forma, o enfermeiro tinha o papel de vigiar a alimentação e estimular as utentes a cumprirem todo o plano alimentar efetuado pela nutricionista e que era específico a cada uma delas. Para estas pessoas, este era um momento de grande sofrimento e angústia, sendo necessária uma postura assertiva por parte dos enfermeiros que vigiam as suas refeições. Eu vigiei algumas refeições, certificando-me que o plano alimentar era cumprido. Porém, não foi uma tarefa fácil porque tinha de ser mais assertiva e justificar várias vezes que era importante respeitar o seu projeto terapêutico. Optei por uma estratégia diferente que ia para além da vigilância passiva. Após conhecer melhor estas jovens, comecei a comunicar mais com elas durante a refeição, conduzindo as conversas para aspetos positivos nas suas vidas, como os pais, irmãos mais novos e até os animais de estimação que estavam nas suas casas à sua espera. E, no final de cada refeição, valorizava a força que tiveram ao ter conseguido cumprir mais uma refeição. Esta foi uma pequena diferença que acabou por aliviar algum do sofrimento que sentiam quando estavam à mesa e eu, igualmente, senti que não estava numa intervenção de simples imposição de regras, mas sim de parceria com o outro num processo de ajuda na superação de uma dificuldade.

### Da obrigação de tomar a medicação ao reforço da consciência de si

A refeição é também o momento onde é exigido o cumprimento do plano terapêutico e, por vezes, algumas pessoas sem crítica para a sua situação de doença recusam a necessidade de tratamento. Desta forma, estão renitentes à toma da medicação prescrita. Por vezes, este fator, provoca momentos de tensão entre o enfermeiro e o utente pois a medicação é vista como uma obrigação inquestionável.

Numa perspetiva de *recovery*, a pessoa com experiência em doença mental deve ter um papel ativo na sua recuperação, trabalhando através de uma parceria com a equipa multidisciplinar. Já os profissionais de saúde, devem considerar a pessoa com experiência em doença mental como referência para as suas intervenções. Foi através desta ideologia que implementei nas minhas ações, respeitando, aceitando e escutando sempre a vontade do utente. Assim, quando o utente não aceitava a medicação à refeição, eu dava abertura para o diálogo, tentando perceber o motivo e quais os receios que tem. Na maior parte das vezes, os utentes referiam que se sentiam bem, alegando que não precisavam de tomar nada. Nestes casos, tentava argumentar para sinais e sintomas que apresentavam como irritabilidade fácil, alterações do pensamento e até insónia, mostrava o plano terapêutico, caso fosse pedido, e explicava a ação farmacológica de cada medicamento. Ao alertá-lo para estas alterações e ao abrir espaço para o diálogo e esclarecimento, o utente acabava por perceber que não estava totalmente bem, acabando por confiar em tomar a medicação. Ao ter esta postura o utente criava com maior facilidade uma aliança comigo e eu sentia que estava a apoiar o seu processo de *recovery*, reforçando a consciência de si e o *insight* para a doença.

### Despir-se do peso da doença durante o internamento

Neste estágio houve períodos em que acompanhei os utentes na saída do serviço até outras instalações do hospital como ao jardim e ao café. Esta era uma atividade muito prazerosa porque deixavam de se sentir tão fechados, como se sentiam quando estavam no serviço.

Alguns utentes iam com os pijamas do serviço porque não tinham roupa própria ou porque assim estava estabelecido pela equipa multidisciplinar como forma de evitar fugas. Eu discordo com esta medida porque todos têm direito a preservar a sua autoimagem, independentemente do seu juízo crítico para a doença, porém os utentes

estavam conformados com estas regras pois eram uma prática diária nos seus quotidianos.

Estas saídas facilitaram o processo relacional ao permitirem aproximar-me das pessoas através de diálogos que se direcionavam para temas de interesse e de alegria para eles, tal como lembranças agradáveis sobre quando iam ao café ao pé das suas casas, quando realizavam passeios pela cidade ou outras cidades onde tinham ido e também sobre episódios das suas vidas como lembrança de momentos em família, experiência laboral, interesses e conhecimentos diversos. Lembro-me de um utente que ouviu pássaros no jardim do hospital e falou-me do seu interesse sobre aves, explicando-me imenso sobre as mesmas. Sinto que, quando saíamos do serviço, estas pessoas “despiam” o peso de serem doentes, dando-se mais a conhecer para além da doença. A meu ver, estes momentos eram enriquecedores no sentido em que me permitiam conhecer a pessoa para além da doença, através do desenvolvimento de uma relação humana, despida de juízos de valor e autoridade.

#### Desenvolver a relação terapêutica em contexto de internamento

Coloquei em segundo plano as ações técnicas de enfermagem que até aqui constituíam o cerne da minha intervenção como enfermeira. Desta forma pude “experimentar” ser enfermeira e estar disponível para escutar e comunicar com o utente como ações principais de enfermagem.

No âmbito do contexto de internamento, realizei duas entrevistas estruturadas a três utentes, onde recorri ao mediador que criei “o caminho para a minha recuperação”. Realizei ainda seis entrevistas não estruturadas com a utente Rita Sousa, com o objetivo de desenvolver uma relação terapêutica e perceber como se desenvolve o seu processo de recuperação. Todas as entrevistas tiveram a duração de 45 minutos, eram realizadas nos espaços que estavam disponíveis (gabinetes médicos) e respeitavam a privacidade do utente. O recurso às entrevistas visa contribuir para a capacitação da pessoa e para reforçar a consciência de si ao mesmo tempo que me experimentava neste encontro terapêutico.

Não coloquei nenhum critério de exclusão. Já em estágio, por sugestão da enfermeira orientadora, escolhi pessoas com patologias diferentes, no sentido de

perceber as alterações decorrentes da doença mental e que podem trazer diferentes respostas neste percurso de reabilitação e potencialização das forças.

Estas entrevistas foram guiadas com uma visão holística à pessoa e à sua valorização como uma entidade possuidora de forças e recursos positivos que favoreciam o seu bem-estar e o levavam a um maior poder e conhecimento sobre o seu processo de doença mental e conseqüente recuperação. Além disso, tinha igualmente como objetivo estar com as pessoas, saber ouvir as suas narrativas e valorizar o seu sofrimento.

As sessões que organizei para desenvolver a relação terapêutica, ocorreram em três fases: uma fase inicial onde era apresentado o meu trabalho como aluna de especialidade e a brochura que tinha desenvolvido, uma fase de desenvolvimento onde este mediador era trabalhado juntamente com a utente e uma fase final em que havia uma discussão sobre os ganhos adquiridos e uma avaliação final sobre a importância desta temática.

Deparei-me com algumas dificuldades no decorrer destas entrevistas, nomeadamente observar os recursos positivos da pessoa e ajudá-la a desenvolvê-los. Considerei difícil no sentido em que o meu olhar de enfermagem estava treinado para intervir no que estava mal ou que é prejudicial, sem valorizar as forças da pessoa. Aliado a esta minha dificuldade, estava num serviço enraizado no modelo biomédico que se foca em intervir farmacologicamente e onde a própria pessoa com experiência em doença mental enfatiza unicamente o que lhe causa mal-estar, não valorizando os seus próprios recursos positivos. Desta forma, tive que consciencializar-me da relevância de considerar os recursos positivos da pessoa e mobilizá-los com o intuito de promover o seu bem-estar contribuindo para o desenvolvimento de uma vida satisfatória para si.

No decorrer do estágio, fui conhecendo os utentes, devolvendo as forças que ia encontrado nas suas palavras e nas suas ações, valorizando as mesmas. A partir deste ponto, encontrei pessoas com um olhar diferente para si, valorizando os seus recursos internos e mobilizando-os no seu processo de *recovery*, como na realização de atividades prazerosas, no estabelecimento de objetivos de vida e nos sentimentos positivos e nas relações que têm em comunidade.

Ao longo do meu percurso em contexto de internamento, escutei histórias de vidas muito distintas, contudo, tinham em comum o desejo de ter uma vida preenchida com

atividades que proporcionem prazer, atividades laborais e laços significativos com familiares e amigos. Apesar das diferentes idades, classes sociais e económicas, estas pessoas desejavam retomar uma vida satisfatória.

### Trabalhar o caminho para a recuperação

As intervenções realizadas no internamento consistiram na realização de uma atividade de lazer de interesse por parte da utente Leonor Lopes e no apoio à utente Paula Santos na procura de habitação para o pós-alta.

Estas intervenções foram ao encontro da solicitação dos utentes, numa ótica de reforçar a sua capacitação, autonomia e *empowerment*, apoiando na procura de um sentido para a sua experiência e na oferta de suporte no apoio de pequenas coisas no seu quotidiano.

O projeto de construção da brochura “o caminho para a minha recuperação” foi trabalhado no internamento com três utentes diferentes, a Sr.<sup>a</sup> Sandra Vicente, a Sr.<sup>a</sup> Joana Pires e a Sr.<sup>a</sup> Rita Sousa, encontrando-se no apêndice II.

### Sandra Vicente

A Sandra tem 24 anos, é solteira, encontra-se atualmente desempregada, tendo se despedido recentemente por conflitos laborais. Deu entrada neste serviço com um episódio maníaco, caracterizado por insónia, desinibição sexual, pensamento delirante persecutório e agitação psicomotora, com períodos de heteroagressividade. Por não ter crítica para a necessidade de tratamento, ficou em internamento compulsivo.

A Sandra apresenta fácies expressivo, humor misto, com períodos de choro fácil por se encontrar internada e afastada da sua família. Apresenta idade coincidente com a real, sem défice de autocuidado, tendo cuidado com a sua autoimagem.

Vive com o pai, madrasta e a sua filha de 2 anos. A sua mãe encontra-se emigrada no estrangeiro, mas mantêm a proximidade. Refere boa relação com o pai e com a filha mas tem conflitos com a sua madrasta.

Nesta primeira intervenção eu tinha algumas expectativas perante a utente. Esperava conseguir conhecê-la melhor, dar-me a conhecer, captar o seu interesse, consciencializá-la para as dimensões positivas na sua vida e aumentar do seu *insight* para a doença.

No decorrer do acompanhamento que fiz com a Sandra, percebo que apresenta pouco conhecimento sobre a sua doença, uma vez que este foi o seu primeiro episódio de doença e de internamento. A Sandra permanece ao longo da sessão preocupada com o facto de estar longe da filha, que se encontra aos cuidados dos avós maternos, repetindo várias vezes a necessidade de “*estar com a minha filha*”. É esta preocupação que invade e que parece ocupar o seu pensamento. Valorizei o seu sofrimento, estando disponível para escutar as narrativas sobre a sua filha, prestando apoio emocional e entendendo a dificuldade que é em estar longe de alguém com o qual se tem uma ligação emocional.

Quando questionada sobre o que causa *stress* ou desconforto, a utente respondeu “*Desgosto de amor*”, não conseguindo pensar em estratégias de *coping* para impedir que esta situação interfira com o seu bem-estar. A Sandra referiu ter terminado uma relação recentemente, o que intensificou o seu mal-estar. Ao tentar explorar mais este tema, recusa dar continuação e força o seguimento para outra questão “que sinais apresento quando estou pior?”.

No que diz respeito aos sinais que a utente apresenta quando está pior, ou seja, aos sinais de alarme, a mesma refere ficar irritada com mais facilidade, tendo sido reforçado junto da utente a importância de reconhecer este sinal para evitar que volte a passar por uma nova crise.

Em relação ao plano para impedir a escalada da doença, a utente reconhece a importância de procurar ajuda profissional, apresentando uma maior consciência para esta necessidade. Neste ponto, dá novamente relevo ao facto de estar com a sua filha ser determinante para se sentir estável.

Esta experiência foi um momento riquíssimo, onde houve espaço para conhecer a utente, ouvi-la e ajudá-la a refletir sobre tópicos importantes relacionados com a sua recuperação, tal como as dimensões positivas e forças que apresenta na sua vida e meio social e as estratégias de *coping* que pode adotar em caso de descompensação da doença.

No entanto, durante a sessão, apesar da Sandra apresentar uma postura colaborante, estava pouco disponível para refletir sobre si e sobre o seu futuro. Isto foi visível na inquietação que apresentava e na sua narrativa, que esteve sempre muito

centrada em preocupações atuais, sendo estas a saudade que tem da sua filha e a tristeza de ter terminado uma relação amorosa recentemente.

A meu ver, é legítima a presença de sentimentos de tristeza e desesperança face ao seu internamento, à privação da sua filha e à rutura afetiva significativa. Por este motivo, a Sandra estava pouco preparada para refletir sobre o seu percurso para a recuperação. Assim, decidi colocar de parte este processo e prestei suporte emocional, dando espaço para expressar o seu sofrimento.

Apresentei sempre uma postura de apoio e escuta ativa, reformulando o discurso da Sandra para uma abordagem pela positiva, dando ênfase que a sua filha é uma força para conseguir passar pelo processo de internamento e retomar a sua vida de uma forma estável e satisfatória.

Este momento trouxe frutos para a relação terapêutica uma vez que a Sandra teve uma maior proximidade, procurando mais tarde estabelecer diálogo terapêutico em momentos em que sentia maior angústia e mal-estar. Gradualmente, foi possível retomar o processo de refletir sobre a sua recuperação e sobre o seu futuro, havendo uma maior esperança e disponibilidade para reconhecer forças e estratégias de *coping* que ser-lhe-ão indispensáveis quando retomar a sua vida na comunidade.

No final da entrevista, entreguei uma escala de avaliação geral da sessão, pelo que o resultado global foi positivo (apêndice VI).

### Joana Pires

A Joana tem 65 anos, divorciada, reformada e deu entrada neste serviço com o diagnóstico de perturbação afetiva bipolar. Tem vários internamentos anteriores, tendo o último sido há 12 anos.

A utente apresenta fácies expressivo, humor hipertímico e ligeiro taquipsiquismo, encontrando-se mais estável desde a sua admissão no serviço. Apresenta idade coincidente com a real, sem défice de autocuidado, tendo cuidado com a sua autoimagem. É autónoma nas atividades de vida diárias.

Reside sozinha, tendo uma boa relação e apoio do seu único filho que, por sua vez, vive com esposa e filho. A Joana descreve com agrado a relação e os momentos que vive com o neto, acrescentando o desejo que tem em voltar a esses momentos. Apresenta igualmente uma boa rede de amigos, encontrando-se com estes em

momentos de lazer perto da sua habitação. No que diz respeito ao seu ex-marido, a utente descreve ter uma relação conflituosa, apresentando alguma tensão quando aborda este assunto.

Durante a entrevista a utente teve sempre uma postura colaborante e com crítica para a necessidade de apoio nesta área.

Na entrevista, denoto que a Joana apresenta algum conhecimento da sua doença, referindo vários sinais e sintomas de agudização, tais como “*Dormir pior, irrequieta, faço muitas compras e muitos pensamentos ao mesmo tempo*”. A utente revela ter consciência das mudanças psicocomportamentais que sofreu nas últimas semanas e da necessidade que tinha em procurar ajuda profissional por estar na fase de descompensação da doença. Valorizei este conhecimento e consciência de si, reforçando que é uma mais-valia para o seu processo de *recovery*.

Em relação ao que precisa de fazer diariamente para manter o seu bem-estar, a utente dá relevo à importância do sono, de ter relações sociais satisfatórias, de realizar exercício físico e de evitar comportamentos nocivos para a sua saúde, referindo que seria importante reduzir o consumo de tabaco.

No que diz respeito aos desencadeadores de *stress* ou desconforto, a utente volta a dar importância ao sono e acrescenta que pessoas conflituosas e que a tratam mal provocam-lhe um desconforto demasiado elevado. Acrescentou ainda que o facto de não ter visitas no internamento a deixou mais triste. A utente tem uma irmã e um filho adulto com os quais tem uma boa relação, tendo visitas regulares destes familiares. Porém, como não a visitam diariamente, sente-se desagradada por ir contra as suas expectativas. Em resposta a este sofrimento, referi que o facto de não ter visitas diárias não invalida a ligação emocional e o contentamento que a sua irmã e o seu filho sentem em visitá-la. Acrescentei que, por vezes, os seus familiares podem ter compromissos que dificultam as visitas e que nesses dias, a utente poderia estabelecer contacto telefónico de forma a diminuir a dor e a saudade que sente. A Joana concordou, dizendo que já aconteceu ter dias preenchidos que também tornaram difíceis estar com quem gostava e que iria começar a realizar chamada quando sentisse mais saudade.

Na questão sobre o que fazer para impedir que o *stress* interfira com o seu bem-estar, a Joana reforçou a importância de dormir bem e deu igualmente relevo às relações sociais, no sentido de fortalecer as relações satisfatórias para si e evitar as

conflituosas. Para isso, iria estar mais vezes presente no café onde convive com as suas amigas, visitar mais vezes o seu filho e a sua irmã e, para evitar conflitos, iria evitar estar com pessoas com as quais não tem afinidade.

Por último, ao refletir sobre o seu plano para impedir a escalada da doença, a utente focou-se unicamente no apoio dos profissionais de saúde, bem como no cumprimento do plano psicofarmacológico. A meu ver, esta resposta reflete o comportamento dos serviços que apresentam uma ação muito centrada na farmacologia. Apesar de tentar orientar a sua narrativa para os recursos pessoais que tem, manteve-se centrada unicamente nos recursos externos para a resolução dos seus problemas. Esta resposta é claramente um efeito do modelo biomédico refletido na utente. Desta forma, devolvi à Joana o que tinha respondido sobre o que poderia fazer diariamente para se sentir bem, que foi dormir melhor, praticar exercício físico, conviver com amigos e a esperança que tem em retomar a sua vida. Estes eram recursos internos positivos que a orientam no sentido do *recovery*.

As diferentes fases de vida em que as pessoas se encontram e a experiência que têm ou não da doença influênciam a sua capacidade de reconhecer as suas limitações e capacidades, o que se constitui como um espaço de atuação significativo dos enfermeiros.

Embora a Joana apresente alguma dificuldade em reconhecer os seus recursos internos, encontra-se disponível para trabalhar na identificação dos mesmos, tendo experiência na sua doença. Desta forma, como plano de intervenção a longo prazo no internamento será reconhecer as suas forças, através da sua narrativa, dentro da relação terapêutica.

Desta sessão foi possível fortalecer a relação terapêutica que desenvolvi com a utente, reconhecendo o que posso desenvolver com a mesma neste seu processo de recuperação. No final da entrevista, a sua avaliação foi positiva, reconhecendo que foi um momento agradável para si (apêndice VI).

#### Descentrar da doença: ocupar-se no internamento

A Leonor Lopes é uma senhora com 45 anos, encontra-se desempregada há 1 ano, mantendo procura ativa de um novo emprego. O seu agregado familiar é constituído pelas duas filhas, sendo viúva há 8 anos. A Leonor gosta de realizar atividades

domésticas, fazendo alguns pequenos trabalhos como empregada doméstica. Passa a maior parte do tempo com as suas filhas, fazendo atividades com as mesmas como realizar os seus trabalhos da escola, ficar em casa a ver televisão e fazer pequenos passeios pela cidade. Ficou internada no serviço por apresentar alterações do pensamento e da perceção que levou a alguma angústia sentida por parte da utente. No entanto, manteve-se sempre funcional e com *insight*, aceitando o internamento e o tratamento proposto.

Esta intervenção surgiu por necessidade da Leonor que me procurou no sentido de ter uma atividade socio-terapêutica que lhe trouxesse prazer, para além das que já se realizam no serviço.

Dentro destes serviços é comum ouvir várias vezes a frase: “E agora Sr.<sup>a</sup> Enfermeira? O que faço? Não tenho nada para fazer aqui dentro! Parece uma prisão! Só me resta ir dormir.” e por vezes sinto-me impotente perante esta situação sem encontrar uma resposta que tenha um efeito positivo.

Apesar das atividades socio-terapêuticas existentes no serviço, que são as cartas e os jogos de tabuleiro, para quem está internado há muitas semanas estas atividades tornam-se aborrecidas e monótonas. Seria importante apostar em mais ocupações e atividades para os utentes, aumentando assim o seu tempo de produtividade e prazer, não ficando isolados ou focados sobre si mesmos e sobre a sua doença.

A intervenção com a Leonor durou apenas quatro sessões porque teve alta médica. Compreendi que a utente tinha uma grande necessidade de se sentir ativa, mesmo no internamento, tendo igualmente verbalizado que se sentia parada, sem nada para fazer (sic). Decidi perceber que tipo de atividades prazerosas realizava no domicílio. Explorei artes plásticas, musicoterapia e biblioterapia mas sem interesse por parte da utente. Todavia, a Leonor referiu gostar de fazer croché e que gostaria de aprender a fazer tricô. Com a ajuda da utente aprendi a distinção entre agulhas, linhas e lãs para croché e tricô e trouxe material para a utente poder realizar estas atividades.

A Leonor ficou muito feliz, começando logo a fazer croché. Quanto ao tricô, juntámo-nos a ver vídeos na internet para iniciantes e, aos poucos, a lã foi aparecendo bem trabalhada. Ao longo dos dias a lã começou a ganhar forma e a utente teve momentos de prazer que trouxeram alegria aos seus dias de internamento.

É importante que os profissionais promovam ambientes positivos, atividades e experiências que proporcione saúde mental e bem-estar ao utente (National Health System Greater Glasgow And Clyde, s.d.).

### Apoiar o regresso à comunidade

Paula Santos é uma senhora de 41 anos que deu entrada no serviço de internamento por uma descompensação da sua doença. É diagnosticada com perturbação afetiva bipolar e encontrava-se numa fase maníaca da doença, que atualmente se encontra estabilizada. Manteve-se internada por ser um caso social.

É casada mas atualmente encontrava-se numa casa de abrigo por ter sido vítima de violência doméstica. Tem uma filha que reside com uma família de acolhimento. Tem antecedente pessoal de toxicoddependência associada ao consumo de substâncias psicotrópicas que manteve até à data do internamento. Encontra-se desempregada, nunca tendo um emprego fixo e duradouro. Não tem apoio familiar, mas terá apoio social para que consiga retomar a sua vida.

Como referido anteriormente, a Paula aguardava resolução social para ter alta médica e, para isso, a assistente social da equipa multidisciplinar conseguiu que a mesma tivesse acesso a um rendimento mensal que lhe permitia viver numa residência. A quantia era suficiente para viver num quarto alugado no centro da cidade, que era a vontade da utente. No entanto, seria necessário procurar algo do seu interesse.

De imediato me disponibilizei para ajudar a utente, não só porque era algo importante para si, mas também por ir ao encontro do modelo do *recovery*, tendo em conta que este se centra nas necessidades e desejos da pessoa como viver independente na comunidade (Gaffey, Evans & Walsh, 2016, citando Davidson & Roe 2007, Deegan 2007, 2010).

Desta forma começámos a procurar quartos, dando prioridade aos anúncios que tinham fotografias e contacto telefónico. A pesquisa durou cerca de seis horas que foram repartidas por dois turnos, consoante o tempo livre que existia no decorrer das dinâmicas do serviço. No decorrer da pesquisa guardou-se uma lista de contactos e, com autorização da equipa multidisciplinar, a utente contactou os diferentes anúncios e escolheu os que correspondiam às suas expectativas. Por fim, foi definida uma lista de

residências que foi transmitida à assistente social que, por sua vez, ficou encarregue da restante burocracia para a aquisição do quarto.

Não tive acesso à resolução deste caso social uma vez que, após ter terminado o estágio, a Paula ainda aguardava a resposta da assistente social.

É de referir que momentos como o descrito acima são importantes, pois torna o utente capacitado e auto-eficiente para situações que podem fazer parte do seu quotidiano na comunidade.

### **3.1.1. Construindo a relação terapêutica**

Eu conheci a Rita no segundo dia do meu estágio no serviço de internamento. Este foi o dia em que a Rita foi internada com o diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar, mais especificamente anorexia. Recordo-me perfeitamente de me deparar com uma jovem de 24 anos, emagrecida, frágil, muito agitada e muito ansiosa por estar naquele serviço. A utente chorava compulsivamente, pedindo encarecidamente à sua médica para a deixar cumprir o plano alimentar em casa e para não a deixar internada. Mas o seu pedido foi recusado porque continuava a perder peso e o plano terapêutico que tinha em ambulatório não estava a resultar.

Logo no primeiro dia a Rita despertou a minha preocupação pois estava num sofrimento emocional tão intenso, que eu tive de imediato necessidade de a ajudar. Todavia, neste mesmo dia não foi possível falar com a utente devido ao seu estado de agitação e por se estar a apoiar nos profissionais que já conhecia uma vez que este não era o seu primeiro internamento neste serviço.

Aos poucos fui-me aproximando da utente e a relação terapêutica foi-se desenvolvendo tendo por base o respeito, empatia e disponibilidade para escutar.

Segundo Pereira & Botelho (2014, p. 67) as relações terapêuticas de sucesso “são pautadas pela disponibilidade para ouvir, respeito, gentileza, proximidade e pelo suporte por parte do enfermeiro, sendo estes, valores onde o ser humano se revela profundamente”.

Com o passar do tempo fui conhecendo melhor a Rita, bem como a sua doença que foi contada na primeira pessoa através da sua narrativa.

Filha única, reside com os seus pais, tendo uma boa relação e apoio dos mesmos. A Rita tem um namorado, com quem tem uma relação forte e duradoura. No que diz respeito a amizades, refere ter poucos amigos por não gostar de estar em meios sociais. Nos tempos livres a Rita gosta muito de ver filmes, ouvir música, viajar e passar tempo com animais, tendo um gato. Acrescenta que desde que a doença começou a ganhar força, perdeu interesse em fazer o que gosta, focando-se mais na alimentação e na prática de exercício no ginásio perto da sua casa.

Realizei seis entrevistas não estruturadas com a utente, onde tive como objetivos construir uma relação terapêutica, desenvolver o autoconhecimento através das interações que ia tendo com a Rita, e, por fim, perceber como poderia colaborar no seu processo de recuperação.

Nas primeiras entrevistas a utente apresentava uma postura fechada, olhava para o chão, estava muito centrada na doença com alteração da perceção da autoimagem corporal, um medo enorme de engordar, baixa autoestima e sem crítica para a necessidade do internamento.

Ao longo das entrevistas fui conhecendo o seu meio social, académico e familiar. Contudo, a maioria das horas que passámos juntas na relação terapêutica, o seu discurso era centrado na doença com foco no aumento de peso e na angústia que sentia por estar internada. Respeitei sempre o sofrimento que sentia, dando espaço para expressá-lo. Porém tive alguma dificuldade em guiar as entrevistas posteriores, no sentido de desviar o foco da doença, trazendo momentos prazerosos e trabalhando as suas forças internas e externas.

Para além da mobilização de conhecimentos teórico-práticos, é importante o envolvimento do enfermeiro na relação terapêutica enquanto pessoa, sendo inevitável a sua influência pessoal na relação com o outro. No entanto, esta mesma influência pode ser um fator facilitador ou inibidor do crescimento do utente sendo por isso importante que o enfermeiro perceba as suas atitudes e comportamentos para que as relações estabelecidas resultem em relações terapêuticas (Pereira & Botelho, 2014).

Pereira & Botelho (2014) alertam ainda que as fronteiras entre uma relação de carácter social e terapêutico são muito ténues, pelo que se exige que o enfermeiro apresente uma maior perícia, experiência e conhecimento profissional, bem como um elevado autoconhecimento e consciência de si. Desta forma, é importante o

estabelecimento de limites terapêuticos como promotor de respeito e da proteção do espaço do utente e do enfermeiro, garantindo uma relação terapêutica funcional.

Senti que o limite terapêutico estava a ser ultrapassado num momento que decorreu nas últimas semanas do estágio. Este acontecimento teve lugar após a reunião com a utente e a equipa multidisciplinar onde estive presente. Nestas reuniões, a equipa escuta e discute com a utente sobre o que esta pensa e sente em relação à sua situação atual bem como os medos e expectativas que tem. Após a Rita terminar, pediram que saísse e de seguida, os vários profissionais debateram e analisaram à luz dos seus conhecimentos o que escutaram e observaram na utente.

Após a Rita ter falado e discutido a sua situação com a equipa multidisciplinar, saiu e ficou a equipa multidisciplinar a discutir o seu caso clínico. Quando a reunião terminou eu saí da sala e ia reunir com a minha enfermeira orientadora no sentido de dar *feedback* sobre o que tinha escutado e percebido relativamente ao que tinha sido discutido na reunião. A meio fui intercetada pela Rita que perguntou se poderia falar comigo naquele instante, justificando que gostaria de dar continuidade a mais uma sessão que estava marcada para mais tarde. Eu disponibilizei-me de imediato pois poderia falar com a minha orientadora após a sessão. Fomos para uma sala que estava disponível e comecei por questionar se havia algum tema emergente que quisesse discutir, uma vez que tinha pedido para antecipar a sessão. Para meu espanto, questionou-me sobre o que a equipa médica tinha dito sobre ela, ou seja, a Rita estava a tentar obter informação através de mim. Respondi de imediato que essa informação não poderia ser transmitida por mim, e, se quisesse saber o que foi dito, deveria falar com a sua médica pois era um direito seu. Ao transmitir esta informação não demonstrei sinal de desaprovação e questionei se queria continuar a sessão. A utente não quis continuar, e, desta forma, demos a sessão por encerrada.

Neste momento senti uma ambivalência emocional. Por um lado, senti que tive uma postura assertiva, sabendo quais os limites da relação terapêutica mas, por outro, senti que houve uma tentativa de manipulação da Rita com o intuito de aceder à informação da reunião através de mim, o que me deixou a questionar se realmente haveria uma relação terapêutica.

Segundo Neeb (2000) o enfermeiro deve ter atenção de forma a não ser manipulado pelo doente com anorexia, e, conseqüentemente, não desenvolver

comportamentos negativos. Por este motivo, é importante que sejam estabelecidos os limites terapêuticos relativos ao comportamento que o utente apresenta.

Nos turnos seguintes evitei interagir com a Rita, fazendo-o só quando era estritamente necessário como por exemplo dar a medicação e observar as suas refeições. Chalifour (2008) descreve este comportamento como uma técnica de evitamento geralmente utilizada pelos enfermeiros de modo a contornar as dificuldades da relação.

Após refletir sobre o que tinha acontecido e o que estava a sentir, concluí que não tinha sido algo pessoal, mas uma necessidade da Rita em tentar perceber o que ia acontecer consigo. Por esta razão seria importante retomar a relação terapêutica e reconstruí-la. Compreendi que estes momentos são importantes para a aprendizagem e para o desenvolvimento do meu autoconhecimento.

Voltei a abordar a utente, que já tinha procurado falar comigo em turnos anteriores, e retomei a relação terapêutica frisando que seria importante que tentasse falar mais sobre si e não tanto sobre a doença como tínhamos feito até então.

Desta forma, retomámos as entrevistas e, pela primeira vez, estava a conseguir guiar as mesmas. A Rita apresentava muitos receios, inseguranças e incertezas sobre o seu futuro amoroso, familiar e académico. Transmitiu o sentimento de culpa com a relação conflituosa que tinha com a mãe, consequente da anorexia, que a deixava facilmente irritável quando a sua mãe tentava ajudá-la através de incentivos para comer. Apresentava igualmente uma baixa autoestima e uma necessidade de compensação através do perfeccionismo, que se verificava nos resultados académicos e na sua imagem corporal.

“A anorexia desempenha várias funções, satisfaz determinadas necessidades e desejos, age como compensação para inseguranças, medos e carências e resolve problemas- pelo menos na opinião dos anoréxicos, que creem ter encontrado o caminho perfeito para controlar a sua vida” (Gerlinghoff & Backmund, 1997, p. 31)

No livro “Anorexia nervosa, minha amiga” é relatada uma história na primeira pessoa de uma jovem chamada Joana que tem diagnóstico de anorexia, tal como a Rita. Durante a leitura deste livro revi muitos discursos semelhantes entre estas duas pessoas, bem como pensamentos e comportamentos. A Joana não queria perder a anorexia, não por ser sua amiga, mas por considerar que esta lhe traz força e segurança (Bouça, 2000).

Já a Rita referiu que a anorexia era tudo o que conhece de si e que tem medo de viver sem a doença, pelo desconhecido. Nesta questão, ambas as utentes olham para a anorexia como um porto seguro. Desta forma, o que poderia fazer, como futura EEESMP, para ajudar relativamente à perceção enviesada que a Rita apresenta e melhorar a sua qualidade de vida?

A resposta a esta questão estava no ir ao encontro do modelo do *recovery* e do modelo do cuidar de enfermagem baseado nas forças. Com base no que é pressuposto nestes modelos, a intervenção foi guiada dando ênfase às forças, competências e recursos que a utente apresenta, bem como na redescoberta da sua identidade, autodeterminação e fortalecimento pessoal para viver a sua vida da forma mais significativa para a própria, tendo sempre atenção aos seus desejos, crenças e projetos de vida (Duarte, 2007).

Deste modo, a minha intervenção teria como base promover o autoconceito positivo, desconstruir a necessidade da doença e reconhecimento das forças e oportunidades que a mesma possuía, sempre salientando o cuidado individualizado/centrado na pessoa, o *empowerment* e a esperança.

Durante a intervenção e indo ao encontro de alguns objetivos por mim propostos no projeto, utilizei como mediador expressivo a brochura “o caminho para a minha recuperação” (apêndice II). Recorri também a um segundo mediador que desenvolvi e que tem como base a ideologia da análise de *SWOT* (apêndice III).

No que diz respeito à realização da brochura “o caminho para a minha recuperação”, a Rita tem dificuldade em descrever como se sente quando se encontra bem, referindo que estar em paz consigo, sorrir e estar com a sua família, amigos e namorado seja talvez o que a faz sentir bem. Neste momento, a Rita está muito focada na doença o que dificulta a reflexão sobre os momentos e atividades que eram prazerosas para si.

Atualmente não sabe o que pode fazer diariamente para se sentir bem, considerando que falar com profissionais seja importante, principalmente quando se sente ansiosa e com vontade de ter comportamentos auto-lesivos como os que já teve neste internamento e em momentos anteriores na sua vida. A Rita apresenta o pensamento muito centrado no que as outras pessoas dizem sobre si, no facto de não gostar de si, no medo de cometer falhas a nível pessoal, social e profissional, da angústia

de estar internada neste serviço e de ser incentivada a alimentar-se que faz parte do seu plano terapêutico.

A utente escreve “*tudo em mim me causa desconforto*”, apresentando dificuldade em estar em ambientes com muitas pessoas, sentindo desconforto físico por se considerar pesada e feia. Este desconforto físico provoca ansiedade, pânico, irritabilidade e depressão, sentimentos negativos de grande intensidade para a utente. Expressa ainda vários sentimentos negativos e receios como o de falhar como pessoa/filha/ namorada ou o facto de ser obcecada com o peso desde os 12 anos.

A Rita apresenta sintomas como distorção da autoimagem corporal (Neeb, 2000) comuns à pessoa com doença anoréxica e que foram por si descritos no decorrer da sessão como o medo de engordar, pensamentos obsessivos, perfeccionismo, personalidade introvertida, baixa autoestima e sensação de inadequação.

Na questão sobre o que pode fazer para que o desconforto não interfira com o seu bem-estar, a Rita descreve que a medicação a ajuda a estar mais calma, apesar de ainda manter os pensamentos e comportamentos característicos da agudização da doença. Refere ainda que técnicas de relaxamento não resultam, mas que quando praticava dança no ginásio se divertia e ficava abstraída dos pensamentos negativos. Igualmente descreve que o consumo de álcool em meios sociais funciona como um facilitador para ter momentos mais agradáveis, tendo consumos esporádicos. Finalmente, a Rita escreve o que considero ser a frase-chave desta questão: “*Assim sendo a chave para isto e muito mais é tentar abstrair-me e rodear-me de coisas e pessoas positivas, porque no fundo sei que quando estou mais “desligada” do que não interessa, também consigo ser mais alegre e sentir-me mais livre e isso também contribui para o meu bem-estar.*”

A utente apresenta um bom autoconhecimento sobre os primeiros sinais de crise da doença descrevendo que se sente mais agressiva, com irritabilidade fácil, oscilações do humor e depressão, originando conflitos com os pais e namorado que são as pessoas mais próximas.

Por fim, a Rita não apresenta nenhum plano específico para impedir uma nova escalada da doença, como era expectável uma vez que está num momento de sofrimento e angústia atroz devido à sua situação pessoal, social e académica. Descreve apenas a importância de confiar e acreditar nas pessoas que a querem ajudar. Considero que a utente ainda se encontra muito centrada na doença e sem discernimento para os seus

recursos internos e forças, transparecendo quase como se a doença fizesse parte de si, sendo este comportamento característico nas pessoas com doença do comportamento alimentar (Gerlinghoff & Backmund, 1997). No entanto, a Rita reconhece estratégias de *coping* para aliviar o seu sofrimento, descrevendo-as ao longo da sessão, como a dança, estar na companhia de pessoas que lhe façam bem como o namorado, ouvir música, escrever e até viajar.

Após ter terminado a brochura com a Rita, refletimos e trabalhámos o mediador expressivo que construí com base na análise de *SWOT*. Esta ferramenta apresenta um quadro de referências com base nas palavras anglo-saxónicas *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças) e que relaciona as ameaças e oportunidades existentes no meio externo e as forças e fraquezas existentes no meio interno (Teixeira, 2011).

Desta forma, a Rita analisou estas quatro referências externas e internas e refletiu sobre as mesmas com o intuito de perceber as virtudes que apresenta e o que pode ainda trabalhar no sentido de conquistar uma vida com significado para si e estabilização da sua doença. Esta ferramenta apresenta uma visão abrangente sobre a situação atual da utente, permitindo o aumento do seu “*awareness*”, e, desta forma, uma maior possibilidade de mudança tanto a nível externo como interno.

No final das sessões, a Rita realizou a avaliação das mesmas, referindo que poderia haver mais sessões com outros mediadores expressivos que abordassem este tipo de temas, como o autoconhecimento e consciencialização de si e da doença e o enaltecimento dos fatores positivos que tem na sua vida (apêndice VI).

Ao examinar a brochura “o caminho para a minha recuperação” e a analogia à análise de *SWOT*, realizados pela utente, verifica-se que a doença ainda está muito presente em si, apresentando baixa autoestima, um elevado perfeccionismo e vários receios como o aumento de peso, falhar consigo e com outros e a exposição a programas sociais. Como forças a utente tem os seus pais, o namorado, os amigos e os profissionais de saúde que acompanham o seu caso clínico. Por outro lado, como oportunidades tem por base o seu curso universitário e as relações fortes que apresenta com os seus pais e namorado. Em relação à universidade, a utente referiu alguma preocupação por estar internada, e, desta forma, estar a incumprir as unidades curriculares do ano.

A Rita identificou outras atividades prazerosas que a afastam da anorexia e dão sentido à sua vida, funcionando igualmente como forças, como o viajar, ver filmes, ouvir música e escrever.

Durante o internamento e face à ausência de atividades psicoterapêuticas estruturadas, estimei algumas atividades como o ouvir música e a escrita. A Rita escreveu vários textos onde refletia sobre si, sobre a anorexia e sobre o processo de recuperação no internamento, que partilhou apenas comigo, não autorizando a partilha do seu conteúdo a outros. Ao ler estes textos, saliento que são uma narrativa que descreve uma batalha real onde os medos e a angústia imperam na sua escrita.

a escrita não pode substituir uma conversa terapêutica, sobretudo quando se trata de um problema com a complexidade da anorexia. Mas pode contribuir significativamente para o tratamento, na medida em que estimula a iniciativa e a actividade, liberta o paciente da passividade e da sensação de impotência e o ajuda a exprimir os seus sentimentos. A escrita tem um valor terapêutico próprio, visto que ao escrever o que lhe vai na alma, a pessoa se liberta e se distancia dos problemas. A escrita pode preparar, acompanhar e aprofundar o tratamento (Gerlinghoff & Backmund, 1997).

Por fim, no meu último dia no serviço como aluna, realizei a última reunião com a Rita. A fase de conclusão é considerada o término da relação, sendo que, nesta fase, segundo Sequeira (2016), “já não se pretende explorar mais a necessidade de ajuda, nem as estratégias identificadas pela pessoa para ultrapassar um problema, mas, sim, estabelecer uma ponte entre o trabalho que foi desenvolvido e a sua aplicação no quotidiano”. (Sequeira, 2016).

Neste sentido, dei início à entrevista começando por salientar que seria a última, uma vez que o meu estágio estava a chegar ao fim, e questionei a utente sobre como se sentia perante esta situação. Respondeu que se sentia triste por saber que eu ia embora (sic). Eu não o disse, mas também senti dificuldade em realizar esta entrevista e penso que se deveu à carga emocional de ser o último encontro que iria ter com a Rita, bem como, a sensação de que o prazo para ajudar a melhorar o seu bem-estar cessou. Confortei-a com um abraço e a mesma agradeceu. Após atingirmos um ponto de maior tranquilidade, retomámos a entrevista e comecei por solicitar à utente que fizesse um pequeno resumo do caminho percorrido e dos ganhos adquiridos.

A Rita transmitiu que durante o percurso considerava que houve uma evolução e que se sentia ligeiramente melhor, dizendo que conseguia ficar mais calma em determinadas situações de *stress* nomeadamente no momento da refeição (sic). Referiu ainda que a ajudei a refletir e organizar melhor os seus pensamentos e emoções a partir de alguns elementos fornecidos como por exemplo “O caminho para a minha recuperação”. No entanto, a utente salientou que por vezes ainda sente dificuldades em encontrar o equilíbrio que necessita para o seu bem-estar em determinadas situações, o que é expectável visto que o seu caminho de recuperação da fase aguda da doença ainda está a decorrer. Reparei ainda que a Rita estava muito menos tensa por comparação a entrevistas anteriores, comunicando sobre si mesma com muito mais facilidade.

Por fim, questioneei-a sobre os planos que tinha delineado após a alta. É importante referir que decidi realizar esta questão uma vez que a utente apresentava alguma desesperança perante o seu futuro e uma grande inquietação sobre o facto de não estar a acompanhar as unidades curriculares do presente semestre. A Rita respondeu com firmeza que iria parar este ano uma vez que já não iria ter condições de conseguir completar as unidades curriculares e que, durante este período de pausa, estaria a pensar fazer voluntariado num canil perto da sua residência.

Um dos objetivos fundamentais é que a pessoa com experiência em doença mental tenha uma vida satisfatória (Whitley, Palmer & Gunn, 2015) e a narrativa da Rita está focada nesse sentido o que permite ter uma expectativa favorável da sua evolução clínica. Porém, ainda existe muito trabalho para desenvolver com a Rita a partir desta etapa.

No final da sessão, reforcei os elementos a favor da utente no seu contexto e os recursos que a mesma possui e que são excelentes meios para a sua recuperação. Referi ainda que a utente é uma pessoa inteligente e que poderia utilizar a escrita, a música e o seu gosto por viajar como catalisadores para o seu bem-estar. Salientei igualmente as forças externas presentes na sua vida e nas quais poderia e deveria procurar apoio, tais como a sua família e o seu companheiro. Por fim, transmiti que estava feliz por constatar uma evolução relativamente à sua linha de pensamento, ao seu comportamento e à forma de refletir sobre si mesma, reunindo todas as condições para ter a vida que idealiza.

Apesar do longo caminho para a recuperação que a Rita ainda apresenta, terminei esta relação com uma sensação de conquista partilhada e de crescimento tanto pessoal e profissional.

### **3.2. Um olhar sobre a saúde mental comunitária**

O local onde realizei o segundo e último estágio foi em contexto comunitário que compreendeu o período entre 26 de novembro 2018 e 8 de fevereiro de 2019. Esta é uma unidade de saúde familiar que apresenta uma equipa multidisciplinar constituída por médicos psiquiatras, um EEESMP, um enfermeiro generalista, uma psicóloga, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e uma administrativa. Esta equipa tem como principal objetivo acompanhar as pessoas com experiência em doença mental na comunidade, sendo responsável pelas consultas de seguimento, administração de medicação injetável e oral, realização de intervenções sócio ocupacionais, realização de visitas domiciliárias aos utentes e despiste de agudização da doença.

Como já referi anteriormente, Portugal apresenta uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa e, infelizmente, uma percentagem considerável de pessoas com experiência em doença mental que não beneficiam de programas de reabilitação psicossocial. Por este motivo, é fulcral aumentar o acesso destes programas a pessoas com experiência em doença mental nos cuidados de saúde (DGS, 2017).

A DGS (2017, p.13) definiu ainda orientações para o plano de saúde mental 2017-2020, sendo esta uma das orientações por si proposta:

Garantir a transição para um tratamento abrangente e para cuidados na comunidade de elevada qualidade, acessíveis a todos, com ênfase na disponibilização dos cuidados de saúde mental para todas as pessoas com doenças mentais, na coordenação dos cuidados de saúde e sociais para pessoas com doenças mentais mais graves, bem como em cuidados integrados para pessoas com doenças mentais e físicas.

Desta forma, o papel de uma equipa comunitária especializada na área da saúde mental e psiquiátrica é fundamental para a redução do número de internamentos através da adesão do utente ao plano terapêutico e pelo apoio ao processo de *recovery*.

O EEESMP apresenta igualmente um papel fulcral nos cuidados de saúde mental e psiquiátricos na comunidade, possuindo competências específicas que tornam o

capacitado para prestar cuidados diferenciados. Segundo a OE (2018, p. 21428), o EEESMP “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”.

O restabelecimento na comunidade da pessoa com experiência em doença mental pode causar um período de desconforto pelo processo de restabelecimento em si ou pelo confronto de fatores desencadeadores de *stress* que levam à descompensação inicial da doença e consequente reinternamento hospitalar (Smith-Merry, Mellifont, McKenzie & Clenaghan, 2018), sendo importante que o EEESMP esteja sensibilizado para esta situação, assumindo um papel ativo na reinserção social no período pós-alta.

Rapidamente comecei a sentir-me em casa, discutindo e refletindo juntamente com a minha orientadora as várias histórias de vida dos utentes. Contactar com o utente no seu meio pessoal e familiar, longe do hospital e sem a farda a condicionar, proporciona novos desafios aos profissionais. Neste contexto, o profissional de saúde tem acesso à pessoa autónoma (ao lado mais íntimo do utente) com metas, desejos e projetos na sua vida, tendo empregos, famílias e casas que o internamento oculta.

Agora são pessoas que se encontram numa fase de reconstrução da sua identidade ou de manutenção da mesma.

Neste estágio deparei-me com dificuldades reais que os utentes têm e que, infelizmente, a maioria são decorrentes do estigma social associado à doença mental e da dificuldade socioeconómica em que o nosso país vive,

A equipa de enfermagem tinha uma relação muito próxima com os utentes. As suas intervenções diárias contemplam a ligação de casos clínicos com o internamento hospitalar, a preparação e administração de terapêutica oral e injetável, as visitas domiciliárias e as consultas de enfermagem caso existisse necessidade por parte do utente. Além disso, a equipa de enfermagem tinha um projeto piloto de psicoeducação destinado a utentes com patologia de perturbação afetiva bipolar que, infelizmente, não avançou no decorrer do meu estágio por redução de recursos humanos na equipa. Apesar de não ter assistido ao avanço deste projeto, tive a oportunidade de o conhecer.

Tive igualmente a oportunidade de desenvolver algumas intervenções no âmbito psicoterapêutico com os vários utentes que realizavam tratamentos junto da equipa de enfermagem, não só com os que se deslocavam ao centro de saúde, mas também com

os utentes aos quais realizámos visita domiciliária (VD). Estar na relação com o outro, entender as suas dificuldades e sofrimento e ajudá-lo neste processo de recuperação, era o meu principal objetivo.

A VD permite que a equipa de enfermagem mantenha contacto com a pessoa com experiência em doença mental bem como a sua família, assegurando a continuidade de cuidados prestados e apoiando na transição do meio hospitalar para o comunitário, contribuindo para o reforço do seu processo de *recovery* (Chang & Chou, 2015; Gomis, Palma, & Farriols, 2017).

A VD era realizada a utentes que não compareciam nos dias da realização da medicação e que estavam em regime de ambulatório compulsivo e a utentes que não conseguiam deslocar-se ao centro de saúde, podendo ser por diversos motivos como financeiros ou até mesmo por motivos de deficiências físicas ou doenças orgânicas.

Inicialmente, encontrava-me retraída pelo facto de estar a entrar no espaço do outro, que era um espaço desconhecido para mim. Contudo, sentia-me bem-recebida e havia já uma boa relação da equipa de enfermagem com a maioria dos utentes e suas famílias. Com o passar das semanas, desenvolvi uma relação de maior confiança com estes utentes, sentindo-me num espaço mais familiar. Estes momentos eram ricos porque não ficávamos pela administração da medicação. Eram oportunidades para esclarecer dúvidas que surgiam, aconselhar e até prestar apoio emocional em momentos de maior sofrimento tanto do utente como da sua família.

O grande desafio na VD foi ir ao encontro dos utentes que abandonavam o seguimento pela equipa multidisciplinar. Como estavam em regime de ambulatório compulsivo, a equipa de enfermagem deslocava-se ao domicílio, acompanhada geralmente por uma psiquiatra para poderem perceber o motivo do abandono e reavaliar a situação clínica da pessoa. Nestas VD encontrámos utentes em fase de descompensação, recusando a ajuda da equipa multidisciplinar, com famílias pouco colaborantes ou em *burnout*, sem conseguir dar o apoio necessário e, por vezes, tendo uma postura hostil para com a equipa.

No início, situações como estas, deixavam-me desconfortável pois sentia-me atacada. Com o passar do tempo, fui percebendo que era um momento de transferência que o utente e a família tinham por estarem a atravessar um momento de crise. A equipa teve sempre uma postura de respeito do espaço do utente, criando oportunidades para

que a pessoa e os familiares aderissem ao tratamento. Por vezes, por uma maior descompensação da doença e por falta de crítica, era necessário fazer uma ponte com a entidade responsável pela componente jurídica e proceder ao pedido de internamento hospitalar.

### Desenvolver a relação terapêutica em contexto comunitário

A comunidade foi um excelente local para conhecer as histórias de vida das pessoas com experiência em doença mental, estabelecer uma relação terapêutica, perceber como estão inseridas na comunidade e desenvolver intervenções psicoterapêuticas com as mesmas. Realizei duas entrevistas estruturadas que foram impulsionadoras no desenvolvimento de um elo relacional com os utentes. Além disso, participei numa sessão de psicoeducação e no apoio à procura ativa de emprego.

Com o objetivo que visa contribuir para a capacitação da pessoa, promoção do seu bem-estar e para reforçar a consciência de si ao mesmo tempo que me experimentava neste encontro terapêutico realizei duas entrevistas estruturadas, uma ao Sr. <sup>o</sup> Rui Fonseca e outra à Sr.<sup>a</sup> Ana Almeida, que se encontram no apêndice IV.

Cada entrevista teve a duração de 45 minutos e foram desenvolvidas com recurso ao mediador expressivo “o caminho para a minha recuperação”. Em relação ao local das entrevistas, estas foram realizadas nos espaços que estavam disponíveis e iam ao encontro com a privacidade e respeito do utente, sendo geralmente, gabinetes médicos.

### Rui Fonseca

O Rui é um senhor de 57 anos, solteiro e reside com a mãe, com quem tem uma relação próxima. Encontra-se recentemente desempregado, procurando emprego como agente imobiliário, dado que era esta a sua experiência profissional prévia. Não tem mais familiares próximos, mas refere ter amigos com os quais tem prazer em estar.

O último internamento foi em 2013 quando teve descompensação da sua doença base, a perturbação afetiva bipolar I. Desde então o Rui tem estado organizado, conseguindo ter uma vida estável e é seguido pela equipa de psiquiatria na comunidade, cumprindo o plano terapêutico e mantendo uma vida estável.

O Rui apresenta consciência de si, sabendo distinguir quando se encontra melhor e o que precisa de fazer para se sentir bem, como estar com amigos e voltar a ter uma

atividade laboral estável. Tem igualmente consciência da sua doença e da necessidade de manter o plano terapêutico proposto pela equipa multidisciplinar.

Durante a entrevista esteve interessado e muito focado em problemas que apresentava na sua vida tais como o desemprego e a procura ativa de outro meio laboral e o processo de doença pelo qual a sua mãe estava a passar.

Referiu que quando estava bem sentia-se contente e ativo, e, por outro lado, referiu sinais de anedonia, clinofilia, défice de autocuidado e depressão quando se sentia pior.

Em relação ao que o Rui precisa de fazer para se sentir bem, referiu momentos que fazem parte do seu quotidiano e que lhe dão prazer, sendo estes “*trabalhar, ter tempo para mim, ver filmes, ouvir as notícias, ir ao café e estar com a família e amigos*”. Geralmente realiza estas atividades nos tempos em que está mais livre, realçando que gosta de ter tempo para si em casa, onde pode fazer atividades que gosta como ver televisão e estar a par das notícias.

Na questão sobre causadores de *stress* e desconforto e como impedir que estes interfiram com o seu bem-estar, o utente centrou-se nos seus problemas atuais: o desemprego e a doença da mãe, do foro gastrointestinal que não soube especificar. Este foi um momento importante pois refletiu sobre os problemas que lhe causam angústia e conseguiu identificar objetivos a curto prazo para ajudar na resolução destes problemas, como marcar uma consulta com o seu médico de família para observar a sua mãe e contactar com outros colegas de trabalho de forma a tentar ter uma parceria com outro agente imobiliário. Apesar da tristeza que o Rui sentia ao descrever estas duas situações, conseguiu gerir bem o que estava a sentir. Eu tive o papel de prestar apoio emocional, dando espaço para esta gestão emocional, respeitei o seu sofrimento, sendo legítimo o que estava a sentir e ajudei-o a organizar-se para identificar formas para favorecer a resolução das dificuldades que está a passar.

Saliento que o tempo que tive com o utente não foi o suficiente para perceber porque motivo ficou desempregado e que apoio a sua mãe disponibiliza atualmente para além do médico de família. Por outro lado, não reencaminhei a sua situação para outros profissionais, expondo unicamente à equipa de enfermagem uma vez que o Rui expôs esta situação à sua médica psiquiatra.

Por fim, no momento de reflexão sobre o plano para impedir a escalada da doença, o utente deu ênfase à procura contínua de emprego, às relações sociais e realçou o facto de ter definido objetivos e tê-los conseguido concretizar.

O Rui fez uma apreciação positiva deste encontro (apêndice VII). Infelizmente não voltei a estar consigo, não conseguindo apurar o desenrolar da sua situação laboral e do processo de doença da sua mãe. Penso que o Rui é um utente que se encontra em sofrimento pelas adversidades que estão a decorrer na sua vida, apesar de estar a conseguir gerir bem esta carga emocional. Seria necessário mais tempo com o utente para perceber ao certo a sua história de vida e de que forma poderia ajudá-lo no restabelecimento do seu processo de *recovery*.

### Ana Almeida

A Ana Almeida é uma senhora de 40 anos, divorciada, reside com os seus pais, irmão e os seus três filhos. Atualmente encontra-se desempregada, tendo uma loja que faliu. Teve um único internamento há dois meses, decorrente de um quadro depressivo com sintomatologia psicótica que desencadeou, segundo a utente, do processo de falência. Neste momento é acompanhada pela equipa de psiquiatria na comunidade, cumprindo o plano terapêutico e dando os primeiros passos para uma vida mais estável.

Eu já tinha uma relação terapêutica previamente estabelecida com a Ana porque estive internada no serviço onde exerço funções como enfermeira. Desta forma acompanhei todo o seu processo de vivência de uma doença mental e sua consequente recuperação, assistindo e apoiando momentos de angústia e sofrimento mental.

A Ana aceitou conceder-me uma entrevista estruturada pelos tópicos da brochura “o caminho para a minha recuperação”. A Ana revela capacidade para identificar os momentos em que se encontra bem, e quais as situações no dia-a-dia que contribuem para aumentar o seu bem-estar. Sabe identificar os sinais de mal-estar e consegue relacioná-los com o momento que está a vivenciar. No início da sessão, a Ana refere que quando está bem, sente-se feliz e calma e acrescenta ainda que se sente bem a escrever, a ler, a ajudar nas tarefas de casa e nos momentos que passa com a sua família. Por outro lado, quando se encontra pior a utente descreve sentir-se irritada tem dificuldade em dormir tendo que recorrer a medicação que tem em SOS.

Em relação ao que precisa de fazer diariamente para se sentir bem, a utente refere que gosta de ir ao jardim meditar e fazer exercício físico.

No que diz respeito a situações de *stress* e desconforto, a utente descreve que estar desempregada e a viver com os seus filhos na casa dos pais deixa-a triste e sente-se oprimida. Contudo, percebe que este é um momento de transição e que o apoio dos seus pais é fundamental.

Apesar da Ana estar esperançosa face ao seu futuro, não consegue deixar de se sentir impotente e frustrada por voltar a estar num momento de dependência perante os seus pais. Considero relevante o seguimento da equipa multidisciplinar no sentido de trabalhar em parceria com a utente no seu processo de *recovery*, apoiando este momento de transição com o intuito da Ana retomar a atividade laboral e voltar a ser uma pessoa independente e com uma vida satisfatória.

Por fim, na construção do plano para impedir a escalada da doença a utente demonstra interesse em retomar a sua atividade laboral, estar com a família e amigos e escrever o que sente como uma estratégia de *coping* para se sentir bem.

Na avaliação da sessão, a Ana faz um balanço positivo da mesma, reforçando com agrado que continuará a trabalhar no sentido de reconstruir uma vida satisfatória para si. Acrescenta que gostou dos temas abordados que foram ao encontro das forças que a utente apresenta, da sua consciencialização para a sua doença e estratégias de *coping* que pode adotar em caso de agudização da doença (apêndice VII).

No final da entrevista, foi possível reencaminhar a situação laboral da Ana para a terapeuta ocupacional e para assistente social, com o objetivo de restabelecer uma atividade ocupacional e futuramente uma atividade remuneratória.

No decorrer do estágio, a Ana ainda não tinha conseguido estar empregada mas frequentava as atividades da terapeuta ocupacional com agrado.

Ambos os utentes descreveram a necessidade de retomar a atividade laboral, demonstrando preocupação e sensação de impotência por se encontrarem atualmente desempregados. O emprego é um dos fatores mais importantes para a manutenção da saúde física e mental (Ministério da Saúde, 2018), sendo que a precariedade social e económica aumenta a vulnerabilidade à doença mental. A longo prazo, o desemprego pode levar à baixa autoestima e à depressão (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

## Carla Costa

A Carla é uma utente seguida pela equipa de psiquiatria comunitária há cerca de 10 anos, momento no qual teve alta clínica do serviço de internamento após um síndrome depressivo. A Carla tem 42 anos, é casada e tem dois filhos menores, com os quais tem uma boa relação.

Eu conheci a Carla no dia em que veio à equipa para realizar a medicação injetável psicótica quinzenal. Reparei de imediato que apresentava fâcies triste, humor hipotímico e com um discurso monossilábico. Quando questionada qual o motivo desta sua tristeza, referiu ter ficado desempregada, chegando a verbalizar sentimento de desesperança por ter perdido o emprego.

Perder o emprego pode ser um momento de grande insegurança para qualquer pessoa tendo em conta os impactos nefastos de deixar de ter um rendimento fixo. Este acontecimento pode catalisar diversas emoções negativas como tristeza, revolta, impotência, entre outras. Infelizmente, qualquer pessoa pode passar por um evento adverso deste género e para pessoas com experiência em doença mental ter um emprego de atividade regular é fundamental no sentido em que fornece a estruturação do tempo, aquisição de contacto social para além da família, construção de uma identidade social e define objetivos e propósitos de vida (*WHO*, 2000).

Desta forma, enquanto a enfermeira orientadora preparava e administrava a terapêutica injetável, pesquisei relativamente a ofertas de emprego dentro da área de restauração, que é a área de experiência da Carla.

Com o avanço tecnológico, a maioria das ofertas de emprego começam a apresentar-se quase exclusivamente através da internet, e, infelizmente, a maioria dos utentes desta equipa de saúde mental comunitária não possuem computadores ou acesso à internet, sendo o caso desta utente.

No final da administração do depôt entreguei à Carla um papel onde escrevi o nome de cinco restaurantes da zona e respetivos contactos que estariam a oferecer emprego. A utente agradeceu e sorriu, levando o papel consigo.

O *recovery* é uma jornada de cura e transformação que possibilita que uma pessoa com experiência em doença mental possua uma identidade e uma vida satisfatória numa comunidade escolhida por si, enquanto se esforça para atingir o seu máximo potencial (Ellison, Belanger, Niles, Evans & Bauer, 2016). É importante referir

ainda que o *recovery* é um processo complexo onde a pessoa desenvolve novos significados e propósitos de vida apesar da presença da doença mental (Chiba, Miyamoto & Funakoshi, 2014).

Procurei ter um papel facilitador da procura de emprego e motivando a utente a atingir o seu potencial na sociedade, tendo obtido uma reação satisfatória por parte da mesma. Penso ainda que foi um momento de promoção de esperança uma vez que a mesma constatou que existem ofertas consideráveis de emprego na sua área.

Na quinzena seguinte voltei a encontrar a Carla, que vinha cumprir o seu tratamento juntamente com a equipa. Questionei-a se tinha conseguido um novo emprego e a sua resposta foi negativa mas estava mais otimista perante esta situação, referindo que iria continuar a procurar. Ofereci-me para a continuar a ajudar a procurar emprego mas recusou, dizendo que estava já a aguardar propostas no centro de emprego. Uma vez que a utente tem as suas próprias estratégias, respeitei a sua autonomia na procura de emprego. No entanto, senti-me limitada por ter um papel pouco ativo na resolução deste problema. Penso que isto deveu-se ao curto acompanhamento que tive com a Carla e, com um maior investimento e proximidade, poderia originar um resultado mais positivo.

### Paulo Martins

O Paulo é um senhor com 55 anos, reformado, reside sozinho, é solteiro e não tem filhos. Tem uma relação próxima com a sua irmã, convivendo consigo nos fins-de-semana, com o seu cunhado e sobrinhos. O Paulo é uma pessoa bastante crente, indo todos os dias à sua igreja rezando diariamente em casa. Descreve com agrado os costumes da religião e como a pratica no seu quotidiano.

Nunca esteve internado, sendo seguido pela equipa de psiquiatria por apresentar alterações da perceção, mais especificamente alucinações auditivas que não cedem a nenhuma abordagem psicoterapêutica como antipsicóticos tanto orais como injetáveis. Contudo mantém-se funcional na sua vida, não tendo nenhuma alteração do comportamento grave. As alucinações auditivas não são de comando nem pejorativas, refere ouvir as vozes de um homem, uma mulher e uma criança, como se fossem os vizinhos a falar, sendo que durante a noite deixa de ter esta alucinação. O Paulo não apresenta angústia marcada mas diz sentir-se desconfortável porque interfere com o seu

quotidiano, como socializar com outras pessoas, ver televisão e até concentrar-se nas suas atividades diárias.

O Paulo é muito próximo da equipa multidisciplinar, tendo crítica para a sua situação e cumpre rigorosamente o seu plano terapêutico.

Face a esta preocupação sentida pela equipa e o desconforto causado ao utente, concebi um memorando “Tenho alucinações auditivas, e agora?”, que se encontra no apêndice V, onde explico no que consistem as alucinações auditivo-verbais e que estratégias o utente pode abordar numa fase em que as tem presente. Desenvolvido com o objetivo de ajudar o utente a adquirir estratégias que possam diminuir o seu desconforto e, essencialmente, conceder um espaço para que o Paulo descreva na primeira pessoa o que é vivenciar uma alucinação e o que tem desenvolvido como estratégias de *coping*.

Na fase inicial da sessão o utente encontrava-se pouco colaborante, escutando só a informação que estava a transmitir sobre o que é uma alucinação acústico-verbal. No entanto, quando cheguei às estratégias de *coping* a postura do utente tornou-se mais ativa. Este comportamento é natural uma vez que eu, como profissional, conheço a teoria sobre uma alucinação mas o Paulo é quem a vivencia, é o maior conhecedor sobre este tema e a sua narrativa deve ser valorizada. Penso que poderia ter dado mais espaço para o utente descrever-me o que é uma alucinação acústico-verbal, de acordo com a sua experiência.

No decorrer da sessão, o Paulo referiu já ter experimentado algumas estratégias e que infelizmente não tiveram sucesso, como por exemplo rezar/meditar e ouvir música, sendo duas atividades muito prazerosas para si.

Durante toda a atividade existiu sempre uma comunicação ativa e troca de experiências, oferecendo ferramentas para o Paulo trabalhar no futuro como momentos de relaxamento e de lazer que ainda não tinha experimentado como por exemplo desenhar.

A psicoeducação deve ser equacionada como um encontro entre a pessoa e o profissional. Deste modo, o Paulo é detentor do conhecimento sobre si e sobre a sua doença, pelo que é quem pode equacionar estratégias significativas para si. Como profissional, dou espaço ao utente para refletir sobre o que vivencia, presto escuta ativa, trabalho em parceria e favoreço o *empowerment*, podendo aconselhar estratégias

segundo a literatura mas, tendo sempre em consideração, que o Paulo é a única pessoa que sabe o que é melhor para si.

O utente referiu que foi um momento interessante e que vai experimentar estas novas estratégias no sentido de melhorar a sua situação clínica (sic).

A psicoeducação aumenta a ligação entre o profissional de saúde e o utente, visando principalmente a reabilitação psicossocial e o aumento do bem-estar do mesmo. Por outras palavras, a psicoeducação é uma medida favorecedora do *recovery* e do *empowerment* do utente e família, sendo uma mais-valia para a evolução dos cuidados em parceria com os profissionais de saúde (Santana, 2011).

#### 4. A MINHA VIAGEM PARA O AUTOCONHECIMENTO

No início do primeiro estágio, realizado no serviço de internamento de adultos, estava com receio pois sentia que não sabia relacionar de forma adequada com as pessoas. Como é que uma profissional de saúde já com alguns anos de experiência profissional tem receio por não saber ao certo como se relacionar?

“A comunicação e a relação de ajuda figuram entre os fatores importantes da humanização dos cuidados.” (Phaneuf, 2005, p. 12).

A relação é a base do cuidar e, infelizmente, comecei a perceber que eu não comunicava e não fomentava uma relação terapêutica. Surgiram duas aprendizagens significativas para mim: aprofundar a comunicação e a relação terapêutica. Após concluir a licenciatura, iniciei funções num serviço de urgência obstétrica e ginecológica, foquei-me essencialmente no modelo biomédico, e, conseqüentemente, dei sempre resposta às necessidades orgânicas, com pouca atenção à dimensão relacional. Existiam vários problemas de cariz organizacional como sobrecarga de horário ou baixo rácio das equipas de enfermagem, o que diminuía o tempo que poderia dedicar à utente sem que fosse para avaliações, registos nos processos clínicos e ensinos. Contudo, em fases mais calmas conseguia dedicar tempo a comunicar com as utentes e a estabelecer uma relação terapêutica, mas sempre com limites impostos por mim mesma, não deixando que a relação se desenvolvesse ao ponto de sair da minha zona de conforto.

Dentro da minha zona de conforto estavam os ensinos, momento de transmissão de informação e a garantia que a utente estava fisicamente estável, mais do que isso significava expor-me na relação e isso trazia-me receio por ser um universo desconhecido. Diogo (2006, p. 67) considera que “(...) as estratégias de proteção desenvolvidas pelos prestadores de cuidados são para garantirem o controlo emocional e o risco de contaminação simbólica, através da separação entre os dois mundos, o da pessoa cuidada e o da pessoa que cuida.”

Como sou uma pessoa reservada tornei-me, conseqüentemente, uma enfermeira reservada.

Phaneuf (2005, p. 170) descreve os vários tipos de enfermeira de acordo com as suas características enquanto pessoa. Entre as várias formas de exercer, há a enfermeira reservada. Segundo esta autora, estas enfermeiras são modestas,

respeitosas, prudentes, um pouco passivas, mas geralmente competentes, não exaltando muito o seu trabalho devido à falta de autoconfiança. Na relação terapêutica com o utente, este tipo de enfermeira costuma ter pouco à vontade com a ideia de ter de criar uma certa intimidade na relação e tem dificuldade em abordar questões do carácter pessoal do utente em questão. Adicionalmente, quando ocorrem momentos difíceis como de sofrimento ou até mesmo momentos embaraçosos, este tipo de enfermeira tende a procurar meios de fuga. Ao terem uma postura esquiva, não significa que estejam a evitar por si o utente, mas sim, protegerem a sua esfera pessoal. É de realçar que, apesar de terem uma postura pouco calorosa face ao utente, são capazes de desenvolver empatia com o mesmo. Todavia, é possível trabalhar esta postura de forma a melhorá-la para a relação terapêutica, e, conseqüentemente, para os cuidados prestados em geral. Para tal, a enfermeira em questão deve realizar uma introspeção sobre as razões que a levam a agir de uma forma mais reservada, trabalhar sobre as mesmas e conseguir desenvolver mecanismos para melhorar a sua postura.

Quando concorri para a pós-licenciatura na área de saúde mental, sabia que teria este grande obstáculo pela frente, mas, ao mesmo tempo, queria ultrapassá-lo e tornar-me uma melhor profissional.

Comecei a experienciar-me na relação, a refletir sobre o que sentia, a colocar-me no lugar do outro, compreender o que realmente significava empatia e assertividade e dediquei tempo a desenvolver reflexões/ diários de aprendizagem que serviram como elementos únicos e fulcrais de evolução pessoal e profissional. Tudo isto não foi um processo fácil, foi um processo moroso e doloroso pois, comecei a ter de compreender não só o outro, mas também a mim. “Aprender e conhecer, reconhecer as nossas emoções, as suas manifestações, escrever, descrever o que nos sobressalta ou nos aterroriza é certamente progredir no conhecimento e no autodomínio” (Rispaill, 2003, p. 31).

Diogo (2006, p. 81), acrescenta ainda que:

o desenvolvimento pessoal é, com efeito, a expressão de um desejo profundo do indivíduo para se conhecer melhor, evoluir, ultrapassar certos bloqueios, a fim de comunicar melhor, manter relações familiares, com amigos e profissionais satisfatórias, de aumentar o seu campo de possibilidades. Destina-se a desenvolver o potencial do indivíduo no sentido da procura de saber como se sentir melhor, e utiliza técnicas que fazem apelo à consciência.

Sentimentos como medos, incertezas e impotências preenchiavam inicialmente os meus turnos de estágio. No entanto, através do contacto com o outro na relação, da escrita reflexiva e do estudo da componente teórica, foi-me possível desconstruir medos, incertezas e aceitar o sentimento de impotência, reconhecendo os meus limites na relação terapêutica, apoiando e estando presente para as necessidades do utente.

Phaneuf (2005) refere que o sentimento de impotência é frequente e cria uma frustração profunda que pode originar ao desencorajamento e à sensação de estar em falha para com o utente. Contudo, a mesma autora defende que, apesar deste sentimento estar presente, há sempre intervenções que o enfermeiro pode realizar como estar presente.

Em relação à minha postura como futura EEESMP, saliento que tive dificuldade em perceber o que significava de facto ser assertiva, pois ao ter receio de ir contra a vontade do utente ou não conseguir agradá-lo tinha uma postura não assertiva, e, conseqüentemente, estava a afetar negativamente a relação terapêutica.

A assertividade é definida como a “capacidade de expressar/defender uma determinada ideia, de forma clara, sem agressividade, sem contrariar os seus princípios e sem violar os princípios dos outros” (Sequeira, 2016, p. 112, citando Grilo, 2012). Por sua vez, a não-assertividade entende-se como a ideologia de que a necessidade e o direito dos outros são mais importantes que os do próprio. Este comportamento ocorre com o intuito de agradar a terceiros e evitar conflitos. A longo prazo, a não-assertividade trás conseqüências nefastas para a pessoa que a pratica, tal como a diminuição da autoestima, aumento de tensões internas e de ansiedade (Sequeira, 2012).

Deparei-me com maior dificuldade em ser assertiva quando tive como função vigiar as refeições das utentes com anorexia e dizer-lhes que tinham que terminar a refeição, mesmo quando sobrava só um pouco de comida no prato. Outro momento difícil foi quando tive que contra-argumentar com os utentes sobre a necessidade de tomarem a medicação, sendo recorrente esta renitência. Por vezes deixava de me sentir enfermeira para passar a ser, passo a expressão, a polícia do comprimido ou da refeição.

a assertividade pode ser treinada, uma vez que é possível aprender a dizer ao outro o que se pensa, de forma adequada, sem o ofender. Este treino contribui para que as pessoas sejam mais verdadeiras em função dos seus interesses e necessidades, atendendo ao contexto em que se encontram inseridas (Sequeira, 2016, p. 112).

Comecei a treinar a assertividade e a compreender que tinha receio em expor as minhas ideias, vontades e princípios, originando uma maior dificuldade em expressar-me na relação terapêutica. Aos poucos a minha postura e o meu discurso foram-se tornando mais assertivos e comecei a valorizar a narrativa e os princípios do utente, respeitando-o como perito na sua vida, mas cumprindo o plano terapêutico, explicando-lhe o motivo e a necessidade de o cumprir. Saliento ainda que, a meu ver, um dos motivos para esta renitência se prende pelo facto da equipa multidisciplinar não trabalhar em parceria com os utentes e estes sentirem-se excluídos dos seus planos terapêuticos.

Esta mudança foi impulsionadora para o meu desenvolvimento na relação terapêutica com o outro uma vez que houve espaço para florescer a empatia, o respeito, a confiança e a proteção e aceitação na sua diversidade.

Saliento a importância que a construção da relação terapêutica com a Rita teve para o desenvolvimento do meu autoconhecimento. Nesta relação mantive a importância da escuta ativa, do respeito, do apoio emocional, da empatia, da esperança e da confiança. Contudo, deixei de ser a enfermeira reservada, dei-me a conhecer à Rita tal como ela a mim e, principalmente, estive ao seu lado nos momentos de maior sofrimento emocional. Momentos estes, que sempre me causaram desconforto até eu perceber que o meu papel é compreender a dor do outro e ajudá-lo a ultrapassá-la. Acrescento ainda outro momento na relação com a Rita que tinha referido anteriormente e trouxe frutos no meu crescimento como futura EEESMP. Decorreu no final do estágio e foi o momento em que a Rita tentou ter informação da reunião através de mim. Naquele momento senti que a relação não existia e senti desilusão mas não demonstrei estes sentimentos e decidi afastar-me. Precisei de tempo para perceber que a Rita estava ansiosa com o desconhecido da reunião e este foi o mecanismo de defesa que consegui realizar para obter a informação que precisava. Desta forma, aprendi a compreender o lado do outro e identificar os processos de contratransferência que surgem na relação terapêutica.

A experiência é imprescindível para a perícia, uma vez que é a partir desta que há confirmação ou correção de noções e expectativas preconcebidas que são colocadas em causa pelos enfermeiros que se encontram na prática clínica (Benner, 2001).

A elaboração dos diários de aprendizagem foi igualmente significativa no sentido em que me ajudou a desenvolver o meu autoconhecimento, compreender os receios que

sentia e a refletir sobre como poderia melhorar o meu saber ser e saber estar com o outro na relação.

Aos poucos foram surgindo sentimentos positivos, resultado da aquisição de novos conhecimentos dentro da área de saúde mental e psiquiatria, bem como do ganho de competência no saber ser e saber estar na relação com o outro.

## CONCLUSÃO

A finalização desta etapa é muito significativa no sentido em que desenvolvi e consolidei conhecimentos que serão fulcrais para o meu futuro como pessoa e EEESMP.

Os dois primeiros semestres teóricos tiveram um papel fundamental na transmissão e consolidação de conhecimento, desenvolvimento do espírito crítico e um aumento na vontade em instituir uma prática baseada na evidência, onde o objetivo primordial é proporcionar ganhos em saúde para o utente.

“A perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real” (Benner, 2001, p.32)

O contexto prático constituiu a oportunidade para alcançar os objetivos delineados, dar resposta à problemática levantada e desenvolver a minha experiência na área, bem como o meu autoconhecimento pessoal e profissional.

Foram várias as aprendizagens no decorrer da prática em contexto hospitalar e comunitário, destacando-se a participação no processo de *recovery* da pessoa com experiência em doença mental e qual o meu papel como futura EEESMP neste percurso.

Concluí que não é uma ação pré-definida, uma vez que o *recovery* é um caminho único e singular para cada utente, caracterizando-se por uma visão subjetiva. Porém, existem linhas orientadoras da ação que o enfermeiro pode realizar de forma a facilitar o processo de *recovery*. Dentro destas linhas orientadoras destaca-se a importância de uma relação terapêutica baseada no respeito e orientada para o *empowerment*, capacidade de escuta, cuidado centrado na pessoa e a promoção da sua esperança (Phaneuf, 2005). A partir destes pilares, o enfermeiro e o utente trabalham em conjunto, valorizando as suas narrativas no sentido de perceber qual o caminho a percorrer com o objetivo final de devolver ao utente uma vida autónoma e satisfatória na comunidade.

Neste sentido, apostei no desenvolvimento de uma relação terapêutica com uma utente em contexto de internamento. A relação começou por ser difícil por não ter o autoconhecimento nem a experiência profissional suficientes para ajudar a pessoa na luta contra a doença. No entanto, a longo prazo a comunicação desenvolveu-se de forma positiva e foi possível conhecer a pessoa de forma a trabalhar com a mesma e encontrar as forças necessárias com o intuito de a ajudar no processo de *recovery*. Esta relação

revelou-se uma viagem enriquecedora, onde houve espaço para eu crescer pessoalmente e profissionalmente.

Aumentar a capacidade de relacionamento com a pessoa com experiência em doença mental foi fundamental para conseguir uma aliança que traga resultados terapêuticos para a mesma. Ao vivenciar o modelo de *recovery* nos contextos de internamento e comunidade, compreendi que este corresponde a um modo de estar na relação com o outro, podendo igualmente ser trabalhado em vários tipos de intervenções, tais como psicoterapêutica e psicoeducacional, e que a aplicação deste modelo completo está ao alcance de qualquer profissional.

É importante referir que foram surgindo dificuldades ao longo do caminho, destacando o modelo biomédico enraizado nos serviços e a baixa atividade dos EEESMP no que diz respeito à realização de atividades psicoterapêuticas, estando os serviços pouco preparados para integrar mudanças devido à inflexibilidade das suas dinâmicas. Por outro lado, senti dificuldades na minha prática em contexto de internamento e comunitário, nomeadamente a minha dificuldade em ser assertiva com os utentes, que consegui trabalhar ao longo das interações que fui desenvolvendo e apliquei o modelo cuidar de enfermagem baseado nas forças, uma vez que estava muito centrada para intervir nos problemas dos utentes, dispensando as forças como um recurso terapêutico. Contudo, com o tempo foi possível modificar a minha atitude a nível prático relativamente a esta questão.

Ao considerar as competências específicas do EEESMP, considero que muitas foram trabalhadas na minha prática clínica, tal como o desenvolvimento do autoconhecimento, consciencializando-me dos meus medos, frustrações e inseguranças e o apoio à pessoa a manter ou recuperar a sua saúde mental, estando inserida na sua família e comunidade e mobilizando intervenções do âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional (OE, 2018).

No que diz respeito às intervenções realizadas junto dos utentes, estas vão de encontro às competências específicas do EEESMP. Embora não tenham sido inseridas num programa específico ou estruturadas intencionalmente, estas surgiram como uma resposta em relação ao contexto em que estive inserida, abordando o *recovery* e com o objetivo primordial de trazer momentos de bem-estar e consciencialização da pessoa relativamente à gestão da sua doença. Todavia, penso que o curto tempo de estágio foi

uma barreira no sentido de que tornou a minha contribuição reduzida e com pouco resultado terapêutico a longo prazo.

O propósito fundamental será utilizar todo o conhecimento e ferramentas adquiridas ao longo deste percurso acadêmico com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem por excelência. Pretendo, como futura EEESMP integrar no meu cotidiano uma filosofia de cuidar baseada no recovery apesar da dificuldade que os serviços atuais oferecem devido à cultura quase exclusivamente centrada no tratamento farmacológico da doença mental. Para tal, tenciono trabalhar o processo de recuperação integral do outro, ajudando-o a conviver com as suas limitações e a fortalecer as suas potencialidades. Esta será uma abordagem constante no meu trabalho, sendo uma forma de olhar o outro, de me relacionar e na procura de construir em conjunto com o outro um sentido em todas as pequenas atividades que preenchem os seus dias, como a higiene, o autocuidado, a alimentação, a procura de emprego, a relação com os pares e no desenvolvimento de um pós-alta com objetivos que proporcionem uma vida satisfatória na comunidade.

É ainda imperativo continuar a desenvolver o meu autoconhecimento e apostar na formação académica, adquirindo mais conhecimentos teóricos e práticos para realizar contributos significativos na área de saúde mental e psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Băcilă, C. & Rusu, S. (2018). The recovery paradigm - from myth to reality in romania. *Acta medica transilvanica*. 23(4), 21-23.

Bag, B. (2018). An example of a model for practicing: community mental health nursing: “recovery”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 10(4), 481-493. **Doi:** 10.18863/pgy.375814.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bouça, D. (2000). *Anorexia nervosa minha amiga*. (2ª Ed.). Porto: Ambar- complexo industrial gráfico. S. A.

Cabete, D. S. G. (2011). *Autonomy and empowerment of hospitalised older people* (Tese de doutoramento). Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/40024826.pdf>.

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Volume 1). Loures: Lusodidacta.

Chang, Y. & Chou, F. (2015). Effects of home visit intervention on re-hospitalization rates in psychiatric patients. *Community Mental Health Journal*, 20, 598-605. **Doi:** 10.1007/s10597-014-9807-7.

Chiba, R., Miyamoto, Y. & Funakoshi, A. (2014). The concept of “benefit finding” for people at different stages of recovery from mental illness; a japanese study. *Journal of mental health*, 23(1), 20-24. **Doi:** 10.3109/09638237.2013.841872.

Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas.

Dalum, H. S., Pedersen, I. K., Cunningham, H. & Eplöv, L. F. (2015). From recovery programs to recovery-oriented practice? A qualitative study of mental health professionals' experiences when facilitating a recovery-oriented rehabilitation program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 419–425. **Doi:** 10.1016/j.apnu.2015.06.013

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro- uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Redhorse- Indústria gráfica, Lda.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa nacional para a saúde mental. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 1 (XXV), 127-133. Acedido em: 15/05/2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a10.pdf>.

Ellison, M. L., Belanger, L. K., Niles, B. L., Evans, L. C. & Bauer, M. S. (2016). Explication and definition of mental health recovery: a systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45, 91-102. **Doi:** 10.1007/s10488-016-0767-9.

Francis, A. (2014). Strengths-based assessments and recovery in mental health: reflections from practice. *International Journal of Social Work and Human Services Practice*, 2(6), 264-271.

Acedido em: 18/05/2019. Disponível em:  
<http://www.hrpub.org/download/20141201/IJRH10-19290159.pdf>.

Gaffey, K., Evans, D. S. & Walsh, F. (2016). Knowledge and attitudes of Irish mental health professionals to the concept of recovery from mental illness – five years later. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 387–398. **Doi:** 10.1111/jpm.12325.

Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (1997). *Anorexia e bulimia*. Viseu: Textype- Artes gráficas, Lda.

Gomis, O., Palma, C., & Farriols, N. (2017). Intervención domiciliaria en psicosis: una revisión sistemática. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(6), 290-302.

Acedido em: 22/05/2019. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/publication/314749403\\_Domiciliary\\_intervention\\_in\\_psychosis\\_A\\_systematic\\_review](https://www.researchgate.net/publication/314749403_Domiciliary_intervention_in_psychosis_A_systematic_review)

Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças – saúde e cura para a pessoa e família*. Loures: Lusodidacta.

Grant, A., Leigh-Phippard, H. & Short, N. P. (2015). Re-storying narrative identity: a dialogical study of mental health recovery and survival. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(4), 278–286. **Doi:** 10.1111/jpm.12188

Kirkpatrick, H. (2008). A narrative framework for understanding experiences of people with severe mental illnesses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(2), 61–68. **Doi:** 10.1016/j.apnu.2007.12.002.

Lysaker, P. H., Hamm, J. A., Hasson-Ohayon, I., Pattison, M. L. & Leonhardt, B. L. (2018). Promoting recovery from severe mental illness: implications from research on metacognition and metacognitive reflection and insight therapy. *World Journal of Psychiatry*, 8(1), 1-11. **Doi:** 10.5498/wjp.v8.i1.1.

McCance, T., McCormack, B. & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), Manuscript 1. **Doi:** 10.3912/OJIN.Vol16No02Man01.

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy read introduction*. Adelaide: Dulwich Centre Productions.

National Health System Greater Glasgow And Clyde. (s.d.). Mental health is important. Acedido em: 8/06/2019. Disponível em: <https://www.nhsggc.org.uk/media/226582/Mental%20Health%20is%20important.pdf>.

Neeb, K. (2000). *Fundamentos de enfermagem de saúde mental*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Acedido em: 8/07/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2017). *Health at a glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.

Organização Mundial de Saúde. (2005). *Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação. Cuidar, sim- Excluir, não*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Pereira, P. & Botelho, M. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: revisão sistemática da literatura. *Pensar enfermagem* 18(2).

Acedido em 22/06/2019. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo4\\_61\\_73.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo4_61_73.pdf).

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Rio de Mouro: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Raeburn, T., Hungerford, C., Escott, P. & Cleary, M. (2015). Supporting recovery from hoarding and squalor: insights from a community case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(8), 634–639. **Doi:** 10.1111/jpm.12227.

Rispail, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: Uma abordagem de desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa* (9ª Ed.). Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Santana, A. F. O. (2011). *Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares* (Trabalho de curso).

Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0252.pdf>.

Sequeira, J. (2012). *Desenvolvimento pessoal*. Lousã: Monitor – Projectos e edições, Lda.

Sequeira, C. (2016) – *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.

Smith-Merry, J., Mellifont, D., McKenzie, K. & Clenaghan, P. (2018). A narrative review of mental health support for people during transition from incarceration to community: the grass can be greener on the other side of the fence. *Journal of Mental Health*, 1–9. **Doi:**10.1080/09638237.2018.1466029.

Teixeira, S. (2011). *Gestão estratégica*. Lisboa: Escolar Editora.

Townsend, M. C. (2015). *Psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-based practice* (8º Ed.). F. A. Davis: Philadelphia Company.

Walsh, F. P., Meskell, P., Burke, E. & Dowling, M. (2017). Recovery-based training in mental health: effects on staff knowledge and attitudes to recovery. *Issues in mental health nursing*, 38(11), 886-895. **Doi:** 10.1080/01612840.2017.1346014.

Whitley, R., Palmer, V. & Gunn, J. (2015). Recovery from severe mental illness. *Canadian Medical Association Journal*, 187(13), 951–952. **Doi:** 10.1503/cmaj.141558.

World Health Organization. (2000). *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Geneva: World Health Organization.

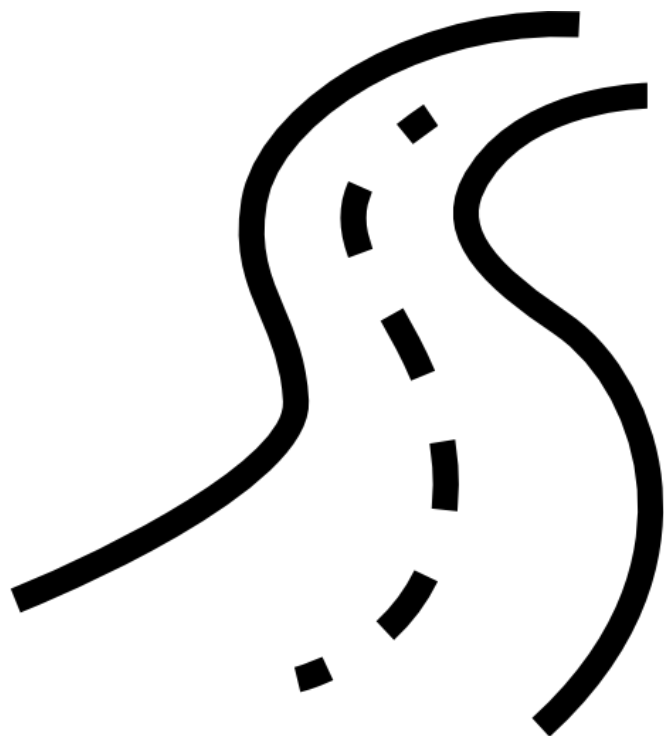
World Health Organization. (2017). *Promoting recovery in mental health and related services- Pilot Version*. Geneva: World Health Organization.

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

Mediador expressivo- Livro “O caminho para a minha recuperação”

## O caminho para a minha recuperação



Nome: \_\_\_\_\_

- Como me sinto quando estou bem?

- O que preciso de fazer diariamente para me sentir bem?

- O que me causa *stress* ou desconforto?

- Como posso impedir que interfira com o meu bem-estar?

- Que sinais apresento quando estou pior?

- O meu plano para impedir a escalada da doença:

## **APÊNDICE II**

Resultados das intervenções no internamento- “O caminho para a minha recuperação”

<div style="text-align: right;"><b>Utente</b></div> <div style="text-align: left;"><b>Livro</b></div>	<b>Sandra Vicente</b>	<b>Joana Pires</b>
<b>Como me sinto quando estou bem?</b>	Bem Feliz	Sinto que durmo bem Sinto os pensamentos claros Sinto-me bem comigo
<b>O que preciso de fazer diariamente para me sentir bem?</b>	Comer bem Estar com a minha filha	Tomar um café Reduzir o tabaco Conviver com amigos Fazer hidromassagem Dormir bem
<b>O que me causa <i>stress</i> ou desconforto?</b>	Desgosto de amor	Dormir mal Estar com pessoas conflituosas Não receber visitas
<b>Como posso impedir que interfira com o meu bem-estar?</b>	(utente não quis responder)	Dormir melhor Convidar amigos e familiares para virem à minha casa Evitar estar nos mesmos espaços com pessoas conflituosas
<b>Que sinais apresento quando estou pior?</b>	Irrito-me com facilidade	Dormir pouco Irrequieta Faço muitas compras Muitos pensamentos ao mesmo tempo
<b>O meu plano para impedir a escalada da doença</b>	Estar com a minha filha Pedir ajuda	Pedir ajuda médica Manter seguimento da equipa Manter medicação

<div style="text-align: right;"><b>Utente</b></div> <div style="text-align: left;"><b>Livro</b></div>	<b>Rita Sousa</b>
<b>Como me sinto quando estou bem?</b>	<p>Acho que nem eu própria sei avaliar quando estou bem, ou se calhar, quando estou, por serem momentos tão vagos e raros, tenho dificuldade em avaliá-los e identificá-los, daí achar que estar bem não pode ser estar bem a 70%, muito menos a 100%... O que quero dizer quando digo que estou bem, talvez implique ter a minha parte “doente” um pouco ofusca e isso é bom, porque tento viver os momentos com mais alegria e com um sorriso que pode levar a gargalhadas e isso é algo da qual sinto mais saudades. Estar em paz, mesmo por pouco tempo e dar gargalhadas daquelas que queremos controlar mas que não conseguimos e isso sabe tão bem!</p> <p>Por isso, apesar de não saber realmente o que é estar bem neste momento, espero que um dia, talvez brevemente, consiga vir a saber. Mas de uma coisa tenho a certeza, para poder estar bem, tenho de ter os “<u>meus</u>” comigo, porque das coisas que me faz mais confusão é estar na solidão. Daí achar que o que sinto quando estou bem vai sempre implicar estar em <u>paz comigo</u> e bem <u>agarrada às minhas forças</u>, que são os meus <u>pais</u>, o <u>Ruben</u>, a <u>equipa</u> do Hospital, os meus amigos e até outras pequenas coisas como a Luna (a minha gata (análise <i>SWOT</i>)) para viver momentos do dia-a-dia da melhor maneira possível.</p>
<b>O que preciso de fazer diariamente para me sentir bem?</b>	<p>Acho que todas as respostas vão começar pelo típico “não sei”...</p> <p>Acho que só quando me sentir bem, ou pelo menos minimamente bem, é que vou avaliar o que posso fazer como sendo uma atitude boa para mim. Neste momento, acho que o que me pode ajudar é conversar com pessoas que me podem ouvir e dar-me conselhos. Muitas das vezes, quando estou ansiosa e com vontade de me magoar, se calhar devia procurar alguém, apesar de ter sempre o medo de ser mal interpretada ou julgada. Mas enquanto estiver aqui, pelo menos sei que isso não acontece, porque a equipa, desde médicos a enfermeiros, estão preparados e sabem como me ajudar. Se fosse possível parar o pensamento, ou nunca ter entrado nesta “bola de neve”, essa sim seria a melhor ajuda para me sentir bem, mas como não é possível, talvez <u>falar</u> seja o melhor a fazer, e caso não seja possível, talvez o papel seja uma boa alternativa, ao menos é imparcial...</p>

<p><b>O que me causa <i>stress</i> ou desconforto?</b></p>	<p>Neste momento, <u>tudo em mim me causa desconforto</u>. Por dentro, por fora, <u>tudo o que sinto/faço/sou</u>, nada em mim me deixa desconfortável e, conseqüentemente, tudo o que envolva <u>meios sociais</u>, onde há convívio, são um desafio gigante para mim. Muitas vezes ponho-me a tentar participar nas conversas, mas a minha cabeça não me larga e não para de disparar contra mim, como se <u>eu fosse a minha pior inimiga</u> e como se tudo o que estou a tentar dizer fosse uma grande M****! E depois vem o desconforto físico, sinto-me sempre “grande”, de uma maneira em que nada me fica bem, sinto-me feia, bla bla bla...</p> <p>E todo este desconforto geram uma <u>ansiedade</u> com um <u>pânico</u> horrível, misturado com períodos em que fico numa <u>irritação</u> ou <u>depressão</u> extremas.</p> <p>Enquanto estiver “presa” ao peso, nunca me vou sentir bem, vou constantemente sentir-me mal, sobretudo se surgirem <u>comentários</u>. As <u>formas</u> que tenho sempre foram algo que me assustou... e acho que este desconforto enorme em ter um corpo menos magro, mais “adulto”, junto de todos os medos associados ao falhanço em vários níveis, seja pessoal/ como filha/ namorada... acabam por me causar um desconforto dentro de mim porque olho para as outras pessoas com a minha idade e fico assustada porque sinto que ainda <u>sou demasiado imatura e criança</u>... talvez porque <u>desde os meus 12 anos que me limitei a viver só para esta doença</u>, e isso pode ter tido <u>consequências no meu desenvolvimento</u> e que fizeram com que certas situações ficassem cá “recalcadas” daí ainda terem tanto significado ou relevância para mim atualmente... resumindo, ter medo de tudo, a toda a hora, faz-me estar sempre desconfortável e stressada.</p>
<p><b>Como posso impedir que interfira com o meu bem-estar?</b></p>	<p>Mais uma vez, não sei. Sei que ultimamente ando mais calma mas foi por causa da nova medicação. No entanto, há alturas em que ainda fico extremamente desequilibrada e muitas vezes é por causa do peso, de me sentir gorda e de ver que as calças estão mais justas. E claro nas refeições, sobretudo quando os pratos vêm totalmente cheios de comida. Sinto-me um barril ao lado das outras. Como se o <u>peso fosse tudo a que se resumisse a minha vida</u> e no fundo é.</p> <p>E o que fazer para mudar ou pelo menos ficar mais relaxada?</p> <p>Respirar fundo e técnicas tipo essa não dão, pelo menos já tentei e foi em vão. Lembro-me que quando ia às <u>aulas de dança</u> no ginásio me fazia bem, pelo menos por pior que dançasse sempre me animava. Havia sempre <u>risos e maluqueiras</u> que me “<u>distraiam</u>” um pouco.</p> <p>Também sei que em ambientes divertidos, por vezes (enquanto bebo), acabo por me divertir porque parece que o cérebro se desliga e consigo viver mais alegremente cada momento, mesmo estando num meio social.</p> <p>Assim sendo a chave para isto e muito mais é tentar abstrair-me e rodear-me de coisas e pessoas</p>

	<p>positivas, porque no fundo sei que quando estou mais “desligada” do que não interessa, também consigo ser mais alegre e sentir-me mais livre e isso também contribui para o meu bem-estar.</p>
<b>Que sinais apresento quando estou pior?</b>	<p>Mais que muitos, às vezes chegam a extremos que me deixam de rastos e com uma culpa e um arrependimento profundo.</p> <p>Desde irritabilidade, a mudanças bruscas de humor seguidos por choro e uma depressão profunda. Muitas das vezes, a ansiedade é só o 1º sinal. Consigo ficar agressiva, sobretudo em casa onde está sempre envolvida a minha querida mãe, que depois o sentimento de culpa não me larga e fico a sentir-me horrível comigo e com razão, porque a minha mãe não merece de todo ser assim tratada, assim como o meu pai e até o Rúben...</p>
<b>O meu plano para impedir a escalada da doença</b>	<p>É claro que quero ficar bem, se fosse possível dava tudo para que não passasse de um pesadelo gigante. Mas não é.</p> <p>Acho que o 1º passo é <u>confiar</u> e <u>acreditar</u> nos que me querem ajudar. Por vezes parece que o faço, mas outras... nem por isso.</p>

### **APÊNDICE III**

Mediador expressivo segundo análise de *SWOT* à utente Rita Sousa

<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pais</li><li>• Ruben</li><li>• Amigos</li><li>• Gata</li><li>• Hospital (médicos e enfermeiros)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Baixa autoestima</li><li>• Ausência de confiança</li><li>• Sentimento de inutilidade</li></ul>
<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Universidade</li><li>• Ter um namorado/ pais que me amam.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comentários</li><li>• Desprezo pelos outros</li><li>• Sensação de mau-estar em meios sociais diversos/ com muita gente</li><li>• Que não gostem de mim.</li></ul>

## **APÊNDICE IV**

Resultados das intervenções na comunidade- “O caminho para a minha recuperação”

<div style="text-align: right;"><b>Utente</b></div> <div style="text-align: left;"><b>Livro</b></div>	<b>Rui Fonseca</b>	<b>Ana Almeida</b>
<b>Como me sinto quando estou bem?</b>	Mais ativo, contente e cuido de mim.	Quando estou bem gosto de sair, de viajar no meu mundo particular. Gosto de escrever, ler, gosto de ajudar nas tarefas de casa. Gosto de estar com a família, fazem-me sentir bem. Ir ao jardim, brincar com os meus filhos.
<b>O que preciso de fazer diariamente para me sentir bem?</b>	Trabalhar, ter tempo para mim, ver filmes, ouvir as notícias, ir ao café, estar com família e amigos.	Ir ao jardim, ouvir meditações, vontade de ir trabalhar, fazer exercício mental e físico.
<b>O que me causa <i>stress</i> ou desconforto?</b>	Falta de dinheiro, falta de trabalho e a minha mãe estar doente.	Estou fechada e causa <i>stress</i> e desconforto. Por vezes sinto falta de forças para fazer as tarefas por me sentir oprimida na casa dos meus pais e querer o meu espaço.
<b>Como posso impedir que interfira com o meu bem-estar?</b>	Procurar contactos para retomar o trabalho. Falar com a minha mãe e aconselhar para fazer exames no médico de família.	Tentar relaxar no momento e tentar que o <i>stress</i> não tome conta de mim. Estar estável para resolver tudo o que tenho de resolver.
<b>Que sinais apresento quando estou pior?</b>	Vontade de ficar na cama, deprimido, sem interesse pelas coisas, não quero saber de nada nem mesmo de mim.	Sinto-me irritada quando quero fazer as coisas e sentir-me incapacitada. Dormir mal. Às vezes tenho de tomar o medicamento que a doutora passou.
<b>O meu plano para impedir a escalada da doença</b>	Tenho mantido a procura do trabalho desde há 3 semanas, ter objetivos e conseguir concretizá-los e tenho conseguido. Tenho tido relações próximas, algumas foram relações amorosas.	Às vezes sinto-me com vontade de ir trabalhar. Ir para a terapia ocupacional. Estar com os meus filhos, família e amigos. Escrever o que sinto.

## **APÊNDICE V**

Memorando “Tenho Alucinações Auditivas, e agora?”

# Tenho alucinações auditivas, e agora?

As alucinações auditivas podem provocar sentimentos de angústia e de medo por parte de quem a experiênci. Desta forma, há estratégias que podem ajudar a diminui-las. Porém, antes de apresenta-las, é importante defini-las. Desta forma, uma alucinação auditiva pode ser definida como uma falsa percepção sensorial que parece ser real apesar de não ter um estímulo externo, ou seja, é produzida pelo nosso cérebro (Murakami-Brundage (2016), citando APA Dictionary of Psychology).

Existem várias formas de parar as alucinações auditivas , tal como a toma regular da medicação prescrita pelo seu médico psiquiatra, ter hábitos de sono saudáveis e praticar exercício físico regularmente.

Contudo há vozes que insistem em querer ficar! Quando isto acontece, há outras estratégias que poderão ajudar a diminuir a intensidade das alucinações auditivas e promover uma melhor qualidade de vida à pessoas que as experiênci.

Estas estratégias podem ser:

- Evitar muitos momentos de stress;
- Ouvir musica e/ou cantarolar;
- Falar com outras pessoas (pessoalmente ou pelo telefone);
- Rezar e/ou meditar;
- Relaxar;
- Atividades de lazer (desenhar, fazer palavras cruzadas, ler, ver TV, etc.)
- Suprimir a alucinação (dizer para ir embora ou para acalmar);
- Estratégias cognitivas para diminuir a atenção da alucinação, como ignorar ou focar-se noutros pensamentos.



## Referências bibliográficas:

- Best Practices in Schizophrenia Treatment (BeST) Center Cognitive Behavior Therapy for Persistent Psychosis (CBT-p) Initiative: Selected Resources (n.d.). Consultado a 28/1/2019, disponível em: <http://southbayprojectresourcesdotorg.files.wordpress.com/2015/09/11st-of-60-coping-strategies-for-hallucinations.pdf>
- Current Psychiatry (2005). 5 ways to quiet auditory hallucinations. Consultado a 28/1/2019, disponível em: <https://www.mdedge.com/psychiatry/article/59961/5-ways-quiet-auditory-hallucinations>
- Murakami-Brundage , J. L. (2016). Psychosocial Interventions for Auditory Hallucinations. Consultado a 28/1/2019, disponível em: <https://www.ohsu.edu/xd/education/school/school-of-medicine/departments/clinical-departments/psychiatry/grand-rounds/upload/Psychosocial-Interventions-for-Auditory-Hallucinations-color.pdf>

## **APÊNDICE VI**

Avaliação final das sessões realizadas em contexto de internamento

<b>Sandra Vicente</b>	1	2	3	4	5
Este tema é necessário para mim				X	
Gostei do tema que foi abordado					X
Senti-me apoiado e escutado					X
Percebi tudo o que foi dito na sessão				X	
No futuro, penso que este tema será útil para mim					X
<b>Sugestões:</b>					

<b>Joana Pires</b>	1	2	3	4	5
Este tema é necessário para mim					X
Gostei do tema que foi abordado					X
Senti-me apoiado e escutado					X
Percebi tudo o que foi dito na sessão					X
No futuro, penso que este tema será útil para mim					X
<b>Sugestões:</b> Fez-me pensar em mim. Gostei muito.					

<b>Rita Sousa</b>	1	2	3	4	5
Este tema é necessário para mim					X
Gostei do tema que foi abordado					X
Senti-me apoiado e escutado					X
Percebi tudo o que foi dito na sessão					X
No futuro, penso que este tema será útil para mim					X
Sugestões: sinto que foram poucas entrevistas. Gostaria que tivessem havido mais encontros.					

## **APÊNDICE VII**

Avaliação final das sessões realizadas em contexto comunitário

<b>Rui Fonseca</b>	1	2	3	4	5
Este tema é necessário para mim				X	
Gostei do tema que foi abordado				X	
Senti-me apoiado e escutado					X
Percebi tudo o que foi dito na sessão					X
No futuro, penso que este tema será útil para mim				X	
<b>Sugestões:</b>					

<b>Ana Almeida</b>	1	2	3	4	5
Este tema é necessário para mim					X
Gostei do tema apoiado que foi abordado					X
Senti-me e escutado					X
Percebi tudo o que foi dito na sessão					X
No futuro, penso que este tema será útil para mim					X
<b>Sugestões:</b> Gostei do que foi falado e vou continuar a fazer o que me faz bem.					