



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria
Relatório de Estágio

Gestão do *Stress* em Pessoas com Historial de
Comportamentos Agressivos: Intervenção do
Enfermeiro Especialista

Cátia Vanessa Borges Esteves

Lisboa
maio 2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria
Relatório de Estágio


Gestão do *Stress* em Pessoas com Historial de
Comportamentos Agressivos: Intervenção do
Enfermeiro Especialista

Cátia Vanessa Borges Esteves

Orientador: Mestre Carlos David

Lisboa

maio 2018



“Quem me leva os meus fantasmas

Aquele era o tempo em que as mãos se fechavam
E nas noites brilhantes as palavras voavam
E eu via que o céu me nascia dos dedos
E a Ursa Maior eram ferros acesos
Marinheiros perdidos em portos distantes
Em bares escondidos em sonhos gigantes
E a cidade vazia da cor do asfalto
E alguém me pedia que cantasse mais alto

Quem me leva os meus fantasmas
Quem me salva desta espada
Quem me diz onde é a estrada
Quem me leva os meus fantasmas
Quem me leva os meus fantasmas
Quem me salva desta espada
E me diz onde é a estrada

Aquele era o tempo em que as sombras se abriam
Em que homens negavam o que outros erguiam
Eu bebia da vida em goles pequenos
Tropeçava no riso abraçava venenos
De costas voltadas não se vê o futuro
Nem o rumo da bala nem a falha no muro
E alguém me gritava com voz de profeta
Que o caminho se faz entre o alvo e a seta

De que serve ter o mapa se o fim está traçado
De que serve a terra à vista se o barco está parado
De que serve ter a chave se a porta está aberta
De que servem as palavras se a casa está deserta”

Pedro Abrunhosa

AGRADECIMENTOS

O percurso académico agora finalizado, representa o anseio de saber, motivado pela ambição de uma humanização e personalização dos cuidados prestados a cada pessoa com doença mental que cruza o meu caminho profissional. A motivação, permitiu-me sair da zona de conforto e descobrir novos caminhos e novas práticas que permitem dignificar o ser humano em cada etapa da sua vida. Assim, e porque sozinha jamais seria possível, o meu agradecimento a todos aqueles que ao meu lado tornaram possível a realização de um Sonho.

Ao Bruno, por toda a resiliência demonstrada ao longo deste percurso académico, por todo o companheirismo, amabilidade, disponibilidade e Amor, por nunca me ter permitido desistir quando tudo parecia tão difícil.

Aos meus pais e irmão pelo incentivo permanente, por acreditarem em mim, pela compreensão, e pela motivação emanada em cada palavra. Por serem sempre o meu pilar e porto de abrigo. Pelos valores que sempre me transmitiram e por me terem moldado à vossa imagem, um bem-haja.

À minha avó pela sua presença incondicional em todos os momentos, em todas as fases deste percurso académico.

Aos doentes com quem tive o gosto de crescer pessoal e profissionalmente, e que colaboraram paulatinamente na construção deste caminho.

Ao Professor Mestre Carlos David pelo compromisso e ajuda na construção de todo o processo de aprendizagem, pela disponibilidade e sabedoria demonstradas.

Às Senhoras Enfermeiras M^a do Céu Castelo, Isabel Ana e Ingrid Conceição, pelo contributo prestado, tão significativo neste processo de aprendizagem, bem como pela coragem, confiança e conhecimentos transmitidos.

A todos aqueles que estiveram presentes neste percurso, um bem-haja!

LISTA DE SIGLAS

AAA – Atividades Assistidas com Animais

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Equipa Comunitária

EEESM – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

EP – Estabelecimento Prisional

IAA – Intervenção Assistida com Animais

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental

SPA – Serviço de Psiquiatria de Agudos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TAA – Terapia Assistida com Animais

RESUMO

Este trabalho visa refletir o percurso acadêmico realizado, tendo presente os objetivos pessoais delineados no projeto de estágio, em prol da obtenção das competências específicas na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A finalidade da concretização deste processo de aprendizagem foi identificar na pessoa com doença mental com historial de comportamentos agressivos, quais as suas estratégias de *coping* na gestão de eventos stressantes. Através de intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas, socioterapêuticas e psicossociais foi promovida a modificação comportamental pela adoção de estratégias de *coping* facilitadoras e integradoras das vivências de *stress*.

O estágio realizado dividiu-se em duas fases. A primeira decorreu numa Equipa Comunitária, a segunda num Serviço de Psiquiatria de pessoas com doença mental em fase aguda.

A criação de uma relação terapêutica foi o ponto de partida, através do qual me foi permitido expor os objetivos de estágio, e demonstrar disponibilidade e receptividade para abordar entre outras temáticas a do “*Stress e Estratégias de Coping*”.

As intervenções terapêuticas realizadas, tiveram como foco a utilização de mediadores como o desenho, a pintura, a modelagem, a escultura, a música, a escrita livre, o relaxamento e um animal.

As temáticas dominantes no decorrer do estágio, foram balizadas pelos seguintes princípios, a entrevista clínica, a psicoeducação com cerne na promoção da saúde mental, e prevenção da doença mental através da modificação comportamental. O lúdico foi utilizado como meio motivador para proporcionar oportunidades e permitir a aquisição de conhecimentos na adequação de atitudes e comportamentos. O barro, permitiu uma dinâmica introspetiva expressiva, integral e libertadora, tal como o relaxamento foi utilizado como estratégia benéfica e promotora de bem-estar.

O percurso realizado permitiu-me progredir no processo de autoconhecimento, refletindo-se de forma preponderante no saber ser, saber estar e saber fazer.

Palavras Chave: *Stress*, *Estratégias de Coping*, *Intervenções Terapêuticas*, *Arte-Terapia*.

ABSTRACT

This work aims to reflect the academic course carried out, taking into account the personal objectives outlined in the internship project, in order to obtain the specific competences in the area of Specialization in Mental Health Nursing and Psychiatry.

The purpose of this learning process was to identify, in the mentally ill person with a history of aggressive behaviors, what their coping strategies are in the management of stressful events. Through psychotherapeutic, psychoeducational, socio-therapeutic and psychosocial interventions, the behavioral modification was promoted through the adoption of coping strategies that facilitated and integrated stress experiences.

The stage was divided into two phases. The first took place in a Community Team, and the second in a Psychiatry Service of people with acute mental illness.

The creation of a therapeutic relationship was the starting point, through which I was allowed to present the internship objectives, and to demonstrate availability and receptivity to address, among other topics, the "Stress and Coping Strategies".

The therapeutic interventions were focused on the use of mediators such as drawing, painting, modeling, sculpture, music, free writing, relaxation and an animal.

The dominant themes during the internship were marked by the following principles: clinical interview, psychoeducation with a focus on promoting mental health and prevention of mental illness through behavior modification. The ludic was used as a motivating means to provide opportunities and to allow the acquisition of knowledge in the adaptation of attitudes and behaviors. The clay allowed an expressive, integral and liberating introspective dynamics, just as relaxation was used as a beneficial strategy and a promoter of well-being.

The course carried out allowed me to progress in the process of self-knowledge, reflecting in a preponderant way in - knowing to be, to know to be and to know how to do.

Keywords: Stress, Coping Strategies, Therapeutic Interventions, Art Therapy.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL.....	14
1.1 Perspetiva Histórica dos Cuidados Psiquiátricos	14
1.2 Modelo Transacional de <i>Stress</i>	15
1.3 A Agressividade como Manifestação do <i>Stress</i>	16
1.4 <i>Stress</i> e Estratégias de <i>Coping</i>	18
1.5 Teoria de Sistemas de Betty Neuman	21
2. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS	24
2.1 Projeto de Estágio.....	24
3. ORGANIZAÇÃO/ FUNCIONAMENTO DAS EQUIPAS/ SERVIÇOS	30
3.1 Equipa Comunitária de um Hospital da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.....	30
3.2 Serviço de Psiquiatria de Agudos, de um Hospital do Ministério da Justiça.....	30
4. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS.....	32
4.1 Intervenções Terapêuticas realizadas na Equipa Comunitária	33
4.1.1 Programa Psicoeducativo “ <i>Stress</i> e Estratégias de <i>Coping</i> ”	33
4.1.2 Intervenção Lúdica e Pedagógica “A Caça à Surpresa”.....	35
4.2 Intervenções Terapêuticas realizadas no Serviço de Psiquiatria de Agudos	37
4.2.1 Entrevista Clínica	37
4.2.2 Intervenção Lúdica e Pedagógica “Reconstruir Memórias”	39
4.2.3 Terapia Expressiva através do Barro - Barroterapia.....	40
4.2.4 Diário de Gestão do <i>Stress</i>	44
4.2.5 Cinematerapia.....	46
4.2.6 Terapia Assistida com Animais – TAA	47
4.2.7 Programa Psicoeducativo “ <i>Stress</i> e Estratégias de <i>Coping</i> ”	48
5. COMPETÊNCIAS DO EEESM – ANÁLISE REFLEXIVA	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
Apêndices	2
Apêndice 1 – Questionário de Avaliação Final.....	4
Apêndice 2 – Programa Psicoeducativo “ <i>Stress</i> e Estratégias de <i>Coping</i> ”	8
Apêndice 3 – Termómetro do Relaxamento.....	18
Apêndice 4 – A Caça à Surpresa.....	22
Apêndice 5 – Reconstruir Memórias.....	30

Apêndice 6 – Terapia Expressiva através do Barro - Barroterapia	36
Apêndice 7 – O Meu Diário de Gestão do <i>Stress</i>	46
Apêndice 8 – Terapia Assistida com Animais	58
Apêndice 9 – Programa Psicoeducativo “ <i>Stress</i> e Estratégias de <i>Coping</i> ”	66

INTRODUÇÃO

O início do meu percurso profissional, marcou de forma significativa a minha perspetiva de cuidados remetendo-me para a vulnerabilidade do ser humano. Foi junto da população idosa, e das suas necessidades de cuidados tão específicos e humanizados que senti necessidade de traçar o percurso académico até então realizado.

A admiração pela Saúde Mental e Psiquiatria surge desde cedo, e com o decorrer do tempo pela constatação da sua transversalidade a todos os ramos da enfermagem, esta adquire proporções significativas que me impulsionam para a necessidade de querer saber mais para poder cuidar melhor.

Integrado no curso da Área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria realizei um estágio que decorreu desde o dia 22 de setembro até ao dia 27 de outubro de 2017 numa Equipa Comunitária – EC de um Hospital da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e outro desde o dia 2 de novembro de 2017 com término a 25 de janeiro de 2018 no Serviço de Psiquiatria de pessoas com doença mental em fase aguda, de um Hospital do Ministério da Justiça.

Um relatório, segundo Casanova (2008), é uma explanação redigida de forma objetiva do que se observou, e analisou tendo como objetivo descrever as atividades desenvolvidas num determinado contexto, ou seja, é um resumo de toda a intervenção realizada. O presente relatório retrata os pontos fulcrais do meu processo de aprendizagem, de crescimento pessoal e profissional, assumindo um cariz reflexivo baseado na metodologia descritiva.

O tema do Projeto de Estágio para ser alvo de estudo está enquadrado no âmbito do *Stress*, e o enfoque é a gestão do mesmo em pessoas com doença mental com historial de comportamentos agressivos em acompanhamento por uma EC e em contexto de Internamento Hospitalar Psiquiátrico de pessoas com doença mental em fase aguda, que designarei no decorrer deste relatório por Serviço de Psiquiatria de Agudos – SPA.

Assumindo a premissa da pertinência do impacto da Educação para a Saúde na Promoção da Saúde Mental e concomitantemente na Prevenção da Doença Mental, na EC, privilegiei a criação e a manutenção de uma relação terapêutica, para posteriormente poder constatar as problemáticas com que a pessoa com doença mental se confronta no seu dia-a-dia, quer em contexto domiciliário, quer em hospitalar bem como nas relações interpessoais. Desta forma, foi possível adequar o programa Psicoeducativo e a sessão lúdica e pedagógica criadas.

Segundo Maia et al (2009), Cyssau (2005), Chalifour (2009) e Leal (2005), a entrevista, é o método mais eficaz para a criação de uma relação terapêutica, assim, dei primazia à concretização das mesmas no início do meu estágio no SPA. Portanto, realizei entrevistas semiestruturadas a todas as pessoas com doença mental internadas, as quais, cumpriam aos critérios de inclusão definidos no projeto de estágio.

Através da relação terapêutica criada, e de toda a informação recolhida pela comunicação verbal e não verbal, foram delineadas intervenções terapêuticas tendo em vista a concretização dos objetivos definidos. Assim, pretendi identificar em cada pessoa com doença mental as suas estratégias de *coping*, dotando-as, de novas estratégias, tendo como meta evitar manifestações de agressividade como o culminar de um evento stressante.

A teórica Betty Neuman foi o pilar teórico que norteou toda a intervenção realizada. Tendo por base a problemática em estudo, considero que este modelo, por abranger uma grande variedade de situações de enfermagem é incluso o suficiente para ser útil em vários contextos de cuidados de saúde. O modelo, tem por base a filosofia do cuidar de forma holística integrando este conceito no apelidado Modelo de Sistemas. Segundo Neuman (1982), a enfermagem é um sistema pelo facto de coexistir uma variedade de elementos em permanente interação. Assim, o holismo enquanto conceito, abrange os relacionamentos que surgem da liberdade e da criatividade, advindos da resposta do sistema aos stressores externos e internos.

De acordo com Tomey e Alligood (2004) e Neuman e Fawcett (2011), o Modelo de Sistemas de Neuman baseia-se essencialmente em dois elementos, o *stress* e a reação a este. O indivíduo, segundo Neuman é um sistema aberto e dinâmico, em permanente interação com o ambiente, influenciando-se. Estas influências ambientais são denominadas intra, inter e extrapessoais. Por sua vez as variáveis características deste modelo são: fisiológicas, psicológicas, socioculturais, comportamentais e espirituais.

A estrutura básica, os recursos de energia, a linha de resistência, a linha normal e flexível de defesa, os stressores, a reação a estes, a prevenção primária, secundária e terciária, o ambiente, a saúde e a enfermagem são conceitos igualmente incluídos e sobrevalorizados na definição do referido modelo. Assim, a pessoa enquanto sistema aberto, procura o equilíbrio do próprio sistema, sendo que, as características individuais agem em harmonia e com o objetivo de estabilizar a relação entre os agentes de *stress* externos e internos. Sempre que a linha de defesa normal da pessoa é invadida por agentes stressores as linhas de resistência funcionam como protetoras, impedido que o agente afete a pessoa.

Neuman define três níveis de prevenção em saúde, a primária, a secundária e a terciária. A enfermagem assume um lugar de destaque nestes níveis de prevenção pela proximidade da pessoa com doença mental, dotando-a de estratégias que impeçam o organismo de entrar em contacto com o agente stressor, ou de reagir eficazmente a ele.

Pretendi mobilizar e articular a criatividade, a reflexão e o pensamento crítico relativamente às intervenções terapêuticas realizadas, bem como progredir no processo de autoconhecimento, sendo esta a primeira competência especificada no Regulamento de Competências do EEESM, “Detém um levado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.” (OE, 2010, p. 3)

Portanto, como objetivos gerais defini os seguintes:

- Desenvolver planos estratégicos de intervenção baseados nas competências definidas pela OE para o EEESM;
- Conceber e desenvolver intervenções de cariz psicoterapêutico, psicoeducativo, psicossocial e socioterapêuticas promotoras da Saúde Mental;
- Planear, incrementar e avaliar técnicas de reabilitação psicossocial com foco na prevenção da Doença Mental;
- Consciencializar a população alvo de intervenção terapêutica, com historial de comportamentos agressivos, da pertinência da temática “Gestão do *stress*” através do recurso a diferentes estratégias de coping;
- Facilitar a mobilização de estratégias de coping promotoras da gestão de stress da população alvo de intervenção terapêutica, com historial de comportamentos agressivos;
- Aumentar a Literacia em Saúde Mental.

O presente relatório é constituído por seis capítulos, bibliografia e apêndices. No primeiro capítulo, é realizado o enquadramento teórico e concetual, com a explanação dos conceitos bibliográficos relevantes e imprescindíveis para a concretização das intervenções terapêuticas. No segundo, é exposto o percurso metodológico, no qual é apresentado essencialmente o objetivo e a finalidade do relatório de estágio. No terceiro, é realizada uma descrição sucinta dos locais de estágio. No capítulo número quatro, é dada visibilidade às intervenções terapêuticas efetuadas em ambos os contextos de estágio, sendo que, este capítulo se encontra dividido em subcapítulos, de acordo com cada intervenção terapêutica a ser descrita.

No quinto, são referidas as Competências Específicas do EEESM, correlacionando-as com o percurso de estágio realizado e a aquisição das mesmas. As considerações finais são apresentadas no sexto e último capítulo.

A bibliografia que fundamentou o conteúdo do presente trabalho acadêmico resultou da pesquisa da documentação mais fidedigna e rigorosa, proveniente de diversas fontes literárias. O trabalho foi estruturado tendo por base o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL 2017– Norma APA.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

1.1 Perspetiva Histórica dos Cuidados Psiquiátricos

A visão histórica dos cuidados psiquiátricos evoluiu muito ao longo das últimas décadas, antigamente associava-se a doença mental a demonologia e a bruxaria sendo a pessoa portadora de doença mental negligenciada pela sociedade, “O cuidado psiquiátrico tem as suas origens em tempos antigos, quando a etiologia era baseada na superstição e as ideias relacionadas com o sobrenatural.” (Townsend, 2011, p. 24).

A Direção Geral de Saúde – DGS, no Programa Nacional para a Saúde Mental - PNSM 2017, faz um ponto de situação sobre a Saúde Mental em Portugal em 2016, assim, as principais conclusões são,

as pessoas estão a viver mais anos, mas com incapacidades na área da saúde mental, o que implica uma sobrecarga para a Sociedade; O número de mortos por saúde mental é baixo e está, na maioria, relacionado com o suicídio. (...); Maior rigor e qualidade na prescrição de medicamentos na área da saúde mental.; Aumentar os registos de perturbações mentais nos Centros de Saúde; Aumentar os cuidados e serviços na área da saúde mental para as crianças/adolescentes e adultos. (p. 4)

No PNSM 2017, são definidas metas para 2020, com enfoque na Promoção da Saúde Mental e na Prevenção das Doenças Mentais. O registo de pessoas com doença mental nos cuidados de saúde primários tem vindo a aumentar desde o ano de 2011. A taxa de mortalidade em saúde mental é baixa e está praticamente, correlacionada com o suicídio. Este, ocorre em pessoas com doença mental grave, destacando-se o diagnóstico de Depressão Major e a Perturbação Bipolar. As mortes são consideradas evitáveis desde que, o diagnóstico clínico seja realizado oportuna e atempadamente, bem como a abordagem terapêutica instituída,

temos em Portugal uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa; uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves permanece sem acesso a cuidados de saúde mental, e muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (...). (PNSM, 2017, p. 13)

De acordo com o PNSM (2017) a Joint Action conclui, que é imprescindível garantir que ocorra uma implementação eficaz e sustentável de Políticas de Saúde com o intuito de se promover a saúde mental, a prevenção e o tratamento das doenças mentais bem como, o desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental, de prevenção e intervenção precoce, através da integração da saúde mental em todas as políticas através de uma abordagem multisectorial.

Garantir ainda, cuidados na comunidade de elevada qualidade acessíveis a todos, promover a psiquiatria de ligação, e os cuidados integrados para pessoas com doenças mentais e físicas.

Segundo a OMS, o objetivo elementar da legislação de Saúde Mental é proteger, diligenciar e melhorar a vida e o bem-estar social dos cidadãos, pois, as

 pessoas com perturbações mentais são, ou podem ser, vulneráveis a abuso e violação de direitos. A legislação progressista pode ser uma ferramenta eficaz para promover o acesso à atenção à saúde mental, além de promover e proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais. (WHO, 2001)

1.2 Modelo Transacional de *Stress*

A palavra *stress* vem do latim *stringere*, que significa “opressão”. Segundo Serra (2002), Pinto e Silva (2005) o *stress* faz parte do quotidiano, se bem gerido pode ter efeitos positivos, no entanto, quando adquire grandes proporções reflete-se de forma negativa na vida da pessoa com doença mental. O *stress* tem repercussões a nível físico, mental, emocional, comportamental, relacional e manifesta-se como resposta do corpo às exigências decorrentes da vida em sociedade,

 atualmente, falar do confronto do *stress* é falar de conceitos e processos como a esperança, humor, perdão, religião, otimismo ou crescimento pós-traumático. Ou seja, processos que concorrem para que as pessoas vivam melhor, mais do que meramente prevenir doenças precipitadas pelo *stress*. (Ramos, 2016, p. 105)

Para Townsend (2011), o *stress* pode ser entendido como uma pressão externa exercida sobre o indivíduo “(...) que causa tensão física ou emocional e que pode ser um factor na etiologia de certas doenças.” (p. 3) Segundo a CIPE, o *stress* é um “sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente (...)” (OE, 2011 p. 77) De acordo com Ramos (2016) importa destacar duas premissas, uma que remete para a transação entre a pessoa e o ambiente e outra que destaca o papel da perceção da pessoa com doença mental.

É baseado nestas características tão distintas que se desenvolve o Modelo Transacional de *Stress* defendido por Lazarus e Folkman (1984) no qual, os esforços cognitivos e comportamentais se encontram em permanente transformação com o objetivo de dar resposta às exigências externas e/ou internas as quais são interpretadas pelo organismo, por vezes, como excedendo os recursos da pessoa com doença mental no sentido de uma resposta adequada, assertiva e adaptativa.

Este modelo de causalidade circular coloca em evidência, segundo Ramos (2016), a avaliação cognitiva. Esta, designa a análise mental encetada pela pessoa com doença mental para estimar as opressões impostas pelo ambiente bem como os recursos de que dispõem para as enfrentar. Corroborando com Lazarus e Folkman (1984) a avaliação cognitiva subdivide-se em primária e secundária, dando respostas, às seguintes questões, “Estou bem, ou estou em apuros?” e “E o que posso eu fazer?”, respetivamente. (Ramos, 2016, p. 109/110)

Em suma, segundo Cunha et al. (2016), Graziani e Swendsen (2007), este modelo remete para o facto de o *stress* não ser considerado uma característica da pessoa ou do meio, um estímulo ou uma resposta, mas sim o facto de este resultar da interação entre ambos. O cerne deste modelo é a importância dada à cognição, e à avaliação desenvolvida pelo sujeito relativamente ao agente stressor.

1.3 A Agressividade como Manifestação do *Stress*

A palavra agressividade, segundo Saraiva et al (2014), Cordeiro (2016), Doron e Parot (2001), Serra (2002) e Charron et al (2013), tem origem no latim, na expressão *aggressio*, que deriva de *aggrendi*, que significa “conseguir”, “conquistar algo”. O que remete para o facto de a agressividade em si, segundo a sua terminologia, não ser algo que deve ser considerado como nocivo na sua essência e que o seu efeito depende da forma como é usada.

O termo agressividade está relacionado com a propensão para criar confusão, ou para destabilizar um determinado contexto de forma violenta. É definida por um conjunto de padrões que se manifestam por expressões verbais e gestuais podendo levar à agressão física,

a agressão pode surgir através de diversos sentimentos, como a raiva, a ansiedade, a culpa, a frustração ou a desconfiança. Os comportamentos agressivos podem ser classificados como ligeiros (e.g. sarcasmo), moderados (e.g. bater com portas), graves (e.g. ameaças de violência física contra outros) ou extremos (e.g. actos de violência física contra outros). (Townsend, 2011, p. 265)

Para Prado-Lima (2009), o conceito de comportamento agressivo detém distintas formas de classificação, podendo estas ser relacionadas com o alvo - objetos, pessoas ou ao próprio, com a forma - física e/ou verbal e com a gravidade. Este autor ainda correlaciona o comportamento agressivo com a impulsividade, subdividindo-o em dois tipos, o premeditado e o impulsivo. O comportamento agressivo premeditado implica planeamento e não está relacionado com sentimentos como a frustração e o seu foco não advém de uma ameaça imediata.

Ao invés, o comportamento agressivo com gênese na impulsividade, não é planejado e está associado a sentimentos de frustração, raiva, medo e a vivências de ameaça eminente, sendo considerado um comportamento normal de defesa.

Para sustentar todo o projeto vamos imergir na Teoria do Drive: Hipótese da Frustração-Agressão, defendida e estudada por Dollard, Doob, Miller, Mower e Sears (1939), baseada em correntes Behavioristas no estudo do comportamento agressivo. Segundo estes autores o comportamento agressivo está conotado à frustração provocada por privação de algo. Uma das consequências da frustração é a agressividade e a causa de um comportamento agressivo pode ter a sua gênese numa frustração prévia.

A frustração, segundo Chalifour (2008) é uma barreira externa que impede a pessoa com doença mental de ambicionar a concretização de objetivos, despertando-lhe uma reação emocional interna que pode resultar em agressividade. No entanto, estes comportamentos não estão apenas associados à privação da pessoa com doença mental de algo desejado, mas implicam igualmente a análise da situação, pela influência cognitiva e social, concluindo o seu grau de ameaça. De acordo com Pinto e Silva (2005), Ferraz e Dalmann (2012),

a dificuldade em autonomizarem-se, em serem responsáveis, na tolerância à frustração, a facilidade em desistir, a resistência à mudança, o recurso a comportamentos agressivos na resolução de problemas, dificuldades na gestão de emoções, dificuldades na percepção do limite, dificuldade e desresponsabilização na construção de um objetivo de vida. (p. 56,57), são características transversais à população alvo de estudo.

A ausência da agressividade torna a pessoa apática, frágil e sem capacidade para defender os seus direitos, valores e ideais. Por sua vez, a sua excessiva exteriorização remete-nos para o protótipo do que é uma pessoa agressiva, opressiva, destrutiva e irracional, pois a “Agressão é um comportamento com intenção de ameaçar ou ferir a segurança ou autoestima da vítima. (...) é uma resposta que tem como objetivo infligir dor ou lesão a objetos ou pessoas.” (Townsend, 2011, p. 263)

Sendo a segunda parte do estágio concretizada com população reclusa, urge referir algumas das suas principais características. Segundo Palma (2003), o grau de alfabetização da população carcerária é normalmente comprometido, sendo notória a elevada prevalência de perturbações cognitivas e doenças mentais verificando-se uma redução da capacidade de assimilar e adquirir informações, armazená-las, combiná-las, classificá-las e utilizá-las oportunamente. A estas características e como consequência destas, associa-se a baixa tolerância à frustração manifestada por explosões de agressividade ou mesmo a descompensações do tipo psicótico, entre outras.

Como já foi referido, a agressividade pode ser considerada passiva, ativa, positiva, negativa e sequencial, todavia, não poderia deixar de referir, a agressividade como sendo dirigida ao próprio (auto-agressividade), dirigida a terceiros (hétero-agressividade) ou ao meio envolvente. De acordo com Townsend (2011), o enfermeiro pode ajudar a pessoa com doença mental a tornar-se mais assertiva, encorajando-a a ser aquilo que ambiciona, através da promoção da auto-estima e pelo respeito pelos seus próprios direitos, bem como pelos direitos dos seus pares, “As intervenções do enfermeiro psiquiátrico forense incluem o estabelecimento de uma relação terapêutica; prestação de aconselhamento e psicoterapia de apoio; intervenção em crises; e proporcionar educação sobre aspetos da saúde e bem-estar, HIV-AIDS, gestão do *stress* e abuso de substâncias.” (Townsend, 2011, p. 826)

1.4 *Stress* e Estratégias de *Coping*

Segundo os psicólogos Cox e McKay (1981), corroborando com Appley e Trunbull (1967), o *stress* surge no indivíduo devido à incapacidade de este responder de forma adequada às exigências do meio, este desequilíbrio entre a forma como o indivíduo é capaz de “lidar com” e a exigência que lhe é feita vai provocar uma experiência e resposta ao *stress*. Nesta situação a resposta ao *stress* recai sobre a componente psíquica do indivíduo e na sua capacidade de gestão do agente stressor.

Quando a pessoa com doença mental tem a perceção de deter capacidades intrínsecas que lhe permitem “lidar com” as adversidades do meio ambiente, pode afirmar-se que existe um estado de equilíbrio, o qual pode proporcionar a exposição ao agente de *stress*, reduzindo os níveis de ansiedade e aumentando a capacidade de *coping*,

o *stress* verifica-se quando há um desequilíbrio entre as exigências ambientais e as capacidades de resposta do organismo (capacidades de *coping*). Enquanto conceito relacional, o *stress* traduz esse desequilíbrio, que varia com o estado psicológico da pessoa, com as condições ambientais, físicas, com a interpretação/avaliação individual que a pessoa faz das situações concretas e com as percepções que os indivíduos delas possuem e desenvolvem. (Fonseca, 2011, p. 62)

Perante uma situação de adversidade, o ser humano poderá desenvolver estratégias de *coping*, adaptativas ou não ao *stressor* predisponente, segundo Correia (2011) “O envolvimento no processo de crise ajuda o sujeito a interpretar de uma forma exacta, saudável e com esperança a sua condição de vida, o que ajuda a desenvolver mecanismos de *coping* adaptativos.” (p. 158)

De acordo com a CIPE estratégias de *coping* são entendidas como a “atitude de gerir o *stress* e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico.” (p. 46).

Segundo Townsend (2011) “as estratégias de *coping* são adaptativas quando protegem o indivíduo de danos (...) ajudam a restaurar a homeostase do corpo e impede o desenvolvimento de doenças de adaptação.” (p. 7) De acordo com a mesma autora, “As estratégias de *coping* são consideradas mal adaptativas quando o conflito experienciado não é resolvido ou se intensifica. (...) O efeito é uma vulnerabilidade significativa à doença física e psicológica.” (p. 7).

Serra (2002) assevera que existem três modalidades de *coping*, com foco no problema, na emoção ou na interação social, todas associadas aos recursos pessoais e sociais do indivíduo. Quando o alvo da estratégia de *coping* é o problema, o objetivo é tornar este foco menos ameaçador, se pelo contrário o foco é a emoção a intervenção vai no sentido de se reduzir a carga emocional contida na resposta ao problema, “Na maioria das situações, as pessoas servem-se de uma combinação entre a abordagem centrada no problema e a abordagem centrada na emoção.” (Lazure e Folkman, 1984, p. 30)

A forma como abordamos o problema, seja através do confronto seja pelo evitamento da circunstância indutora de *stress* são os dois mecanismos utilizados para enfrentar a situação stressante, “quando o *stress* é sentido como pouco intenso, o indivíduo tem tendência a utilizar estratégias de resolução de problemas. Quando o *stress* se torna mais grave os esforços são mais canalizados para reduzir o estado de tensão emocional.” (Serra, 2002, p.382)

Para Serra (2002), a redução do *stress* pode ser realizada através da modificação, da evolução das aptidões e dos recursos assim como, da reação e da relação da pessoa com doença mental com a causa que lhe provoca *stress*.

Ramos (2001) e Serra (2002) apresentam diferentes estratégias de intervenção que assentam em três áreas: eliminar, reduzir ou adequar fontes de *stress*. Assim, reduzir vulnerabilidades e aumentar resistências, melhorar e auxiliar na aquisição de estratégias de *coping*, cuidar, reabilitar e recuperar pessoas com doença mental afetadas pelo *stress*, são premissas a serem consideradas em potenciais intervenções terapêuticas. Para os autores, independentemente da categorização exibida, todas as estratégias devem ser executadas nos distintos níveis de prevenção, defendidos pela teórica Betty Neuman.

O *coping*, segundo Ramos (2001), articula os campos cognitivo, comportamental e afetivo. Como referido anteriormente, o campo cognitivo explana sobre as informações oriundas do acontecimento, elabora-as e adapta-as em função da situação. O campo comportamental, apresenta o método pelo qual o indivíduo organiza e gere a ação. Por fim, as emoções e os sentimentos, possibilitam ao indivíduo legitimar os seus atos e objetivos.

O fator reinserção social assume grande protagonismo nas metas a serem atingidas, pois, o apoio social é um mediador atenuante dos efeitos do *stress*. Segundo Bergman (1990), o apoio social refere-se à quantidade e coesão das relações sociais, à resistência dos laços estabelecidos, à assiduidade do contacto e à existência de um sistema de apoio que pode ser útil e que presta cuidados quando é necessário.

Ramos (2016) refere que são várias as estratégias adotadas pelo ser humano com o objetivo de reduzir as emoções negativas provocadas pelo *stress*. Se uns optam pelo diálogo outros há que preferem a fuga evitando o confronto com o sentir emocional e pessoal das problemáticas indutoras de *stress*. A adoção de hábitos nocivos como fumar, beber bebidas alcoólicas, a polifagia e o consumo de terapêutica ansiolítica em excesso, contrasta com hábitos saudáveis como praticar yoga, exercício físico, exercícios de relaxamento e ouvir música, estes permitem atuar diretamente na emoção sendo classificados como medidas não farmacológicas.

Segundo Pearlin e Schooler (1978) citados por Serra (2002), subdividem o controlo percetivo da situação em várias tipologias: a neutralização da ameaça, a ignorância seletiva, o adiamento do confronto, e por fim o evitamento ativo da situação. Para Latack (1986), os mecanismos utilizados variam de acordo com os objetivos a atingir. Segundo o autor, o distanciamento da pessoa com doença mental do fator stressante é útil pois permite que esta, mediante o distanciamento, consiga visualizar e refletir coerentemente sobre a estratégia a adotar para a redução e/ou eliminação da fonte de *stress*.

Segundo Townsend (2011) e Serra (2002) independentemente do meio, num momento de *stress* é muito importante a qualidade do apoio que a pessoa com doença mental recebe. A adoção de uma atitude, afável, assertiva, de confiança, de confidencialidade e compaixão, permite criar esperança e a premência de mudança, sendo a relação a chave do processo terapêutico.

A personalidade é considerada um elemento mediador dos efeitos do *stress*, é um recurso intrínseco a cada ser humano, refletindo as suas crenças, valores e cultura. Assim,

como factores atenuantes do *stress* têm sido considerados os indivíduos portadores de uma personalidade resiliente, optimismo, um bom sentido de humor, um bom auto-conceito, uma auto-estima elevada. Os indivíduos extrovertidos e emocionalmente estáveis sofrem um impacto menor das circunstâncias negativas do meio ambiente. (Serra, 2002, p. 427),

contrariamente, “Como factores agravantes do *stress* têm sido assinalados o comportamento de tipo A, a hostilidade, o temor do fracasso, níveis altos de realização e de neuroticismo, um locus de controlo externo e os fenómenos de catastrofização e procrastinação.” (Serra, 2002, p. 428)

As intervenções para reduzir o *stress* são definidas pela problemática exposta pela pessoa com doença mental, ou seja, por vezes é premente trabalhar as aptidões pessoais e sociais desta, para que a mesma obtenha o controlo, perante determinadas situações relacionais com o meio envolvente.

Segundo Serra (2002), para que se possa intervir, a relação dual pessoa com doença mental-ambiente é imprescindível, tal como, o entendimento da relação causa-efeito dos acontecimentos. A mudança na conduta comportamental é o objetivo principal da intervenção terapêutica. No entanto, este facto implica que a pessoa com doença mental tenha *insight* para identificar e interpretar o agente de *stress*, valorizando a necessidade de mudar,

tornar-se consciente de uma experiência emocional nuclear e simbolizá-la por palavras permite aceder à informação adaptativa e à tendência para a ação que a emoção veicula. É importante notar que a tomada de consciência emocional não é um processo de pensar sobre o sentimento; implica, pelo contrário, sentir o sentimento na consciência. Tudo aquilo que está recusado ou afastado não pode ser mudado. Quando aquilo que estava recusado é sentido, então, muda. Só quando a emoção é sentida é que a sua articulação na linguagem se torna um componente importante da tomada de consciência. O objetivo é a aceitação da emoção. A autoaceitação e a autoconsciência estão interligadas. (Greenberg, 2014, p. 103)

São diversificadas as formas de resposta a uma mesma situação, compreender o tipo de resposta (fisiológica, cognitiva, comportamental e emocional) da pessoa com doença mental e o seu registo permite adequar e direcionar a intervenção terapêutica.

1.5 Teoria de Sistemas de Betty Neuman

Assente no modelo de Sistemas de Betty Neuman, a pessoa é compreendida como um sistema aberto, dinâmico, constituído por fatores comuns e características inatas em constante interação com o ambiente. A saúde, define-se como um processo contínuo de trocas de energia do indivíduo com o ambiente no sentido de encontrar a homeostasia do sistema. Segundo George (2000), Tomey e Alligood (2004) os cuidados de enfermagem surgem aos três níveis de prevenção, consoante o objetivo seja reter, atingir ou manter o equilíbrio do sistema.

Segundo Neuman e Fawcett (2011), é a interação entre o sistema enquanto cliente e o ambiente que define a área de intervenção da Enfermagem. Este modelo é baseado em quatro conceitos fundamentais o ambiente, a pessoa, a saúde e a enfermagem.

A pessoa é considerada como um sistema aberto, em constante interação com o ambiente.

Este, refere-se a contextos externos e internos, destacando a importância do conceito *stress* enquanto força ambiental e impulso produtor de tensão, que promove a necessidade de adaptação a novos problemas. O sistema é dinâmico, baseado na relação com os fatores stressores ambientais, articulada com os stressores localizados a nível intrapessoal, interpessoal e extra pessoal. Como resultado desta interação surge o conceito Ambiente Interno, considerado intrapessoal. O Ambiente Externo como sendo interpessoal e extrapessoal, e finalmente, o Ambiente Criado com o objetivo de se lidar com o agente stressor.

Neuman (1995), apresenta o Sistema rodeado de linhas concêntricas que integram os três mecanismos de proteção da estrutura e do cliente enquanto sistema, estas três linhas concêntricas, são definidas como linha flexível de defesa, a linha normal de defesa e as linhas de resistência. O *stress* pode afetar a linha flexível ou normal de defesa e produzir pressões no sistema, a capacidade de resistência deste é o resultado, da interdependência das suas variáveis. O conceito *stress*, foi utilizado pela teórica para retratar a resposta da pessoa a qualquer estímulo que lhe seja imputado. Esta definição, coadjuvada com a teoria de Selye remete-nos para o facto de a pessoa se encontrar em permanente readaptação e reajustamento ao meio. Segundo Favrod e Maire (2014), Pinto e Silva (2005) esta adaptação a uma determinada situação é uma necessidade, independentemente do tipo de problemática que lhe é inerente, ou seja, o *stress* aumenta a necessidade de readaptação.

Ainda de acordo com Betty Neuman (2011), o principal objetivo da intervenção terapêutica, é uma abordagem holística à pessoa com doença mental, respeitando-a na sua essência. Esta intervenção é balizada por uma atuação persistente em direção à mudança, não da personalidade, mas comportamental, promovendo uma salutar adaptação ao meio. A adaptação, é considerada um conceito chave, pois é um processo dinâmico e contínuo que ocorre ao longo de toda a vida, permitindo encontrar o equilíbrio. Se não existe capacidade para procurar e encontrar este equilíbrio e se a pessoa com doença mental fica num estado de desequilíbrio por tempo indeterminado surge a doença,

uma variedade de elementos influencia o modo como um indivíduo percebe e responde a um evento stressante. Estes fatores predisponentes influenciam fortemente a opção entre uma resposta adaptativa ou mal adaptativa. Os tipos de fatores predisponentes incluem as influências genéticas, experiências passadas e condições existentes. (Townsend, 2011, p.6)

2. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

O estágio realizado no âmbito do curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria decorreu numa fase inicial numa EC, e a segunda e última parte realizou-se num SPA.

No âmbito das intervenções autónomas, o EEESM tem ao seu dispor recursos não farmacológicos, de cariz psicoterapêutico, com evidência científica, os quais deve mobilizar, promovendo a Saúde Mental e prevenindo a Doença Mental através de estratégias adaptativas ao *stress*, concomitantemente com a concretização da ascensão da Literacia em Saúde Mental.

2.1 Projeto de Estágio

Um processo psicoterapêutico, de acordo com Boch (1999), visa satisfazer a necessidade da pessoa com doença mental de reconhecimento e sentido de domínio, ajudando-a a modificar atitudes, emoções e comportamentos desadaptativos que impedem que viva de forma harmoniosa em sociedade, “A intervenção psicoterapêutica consiste em dar apoio ao doente, e encorajá-lo a ventilar o que aconteceu, permitir-lhe exprimir as emoções negativas acumuladas e ensinar-lhe estratégias de confronto e formas de lidar com os seus problemas.” (Serra, 2002, p. 467).

Para Saraiva (2014) e Correia (2011), a pessoa com doença mental responde a uma situação de ameaça ou a um problema, através dos seus recursos, ou seja, através das suas estratégias de *coping*, no entanto, quando estas estratégias não são eficazes os problemas mantêm-se surgindo *stress*.

Afirma Bloch (1999), que a resolução do problema é um processo sistemático e faseado, que tem como objetivo ajudar a pessoa com doença mental a resolver de forma conscienciosa e refletida os seus problemas, através do confronto com as dificuldades, promovendo sempre o processo de tomada de decisão.

O processo de tomada de decisão segundo o modelo DECIDE de Thompson et al (2004) é “(D,E) analisam as causas e os princípios antecedentes que são aplicáveis na situação em causa; (C,I) envolvem uma apreciação das opções, meios e métodos existentes; (D,E) envolvem uma acção intencional e uma avaliação dos resultados relativamente aos objetivos.” (p. 325), esta descrição e a sua importância remete para a pertinência do processo, numa intervenção aos três níveis de prevenção, de acordo com Betty Neuman.

Segundo Townsend (2011), as intervenções para reduzir o *stress* são definidas pela problemática exposta pela pessoa com doença mental, ou seja, por vezes é premente trabalhar as aptidões pessoais e sociais do indivíduo, para que este obtenha o controlo, perante determinadas situações relacionais. Fortalecer a autoestima, perspetivar os acontecimentos através do fenómeno do distanciamento da situação e utilizar técnicas de relaxamento são estratégias a serem desenvolvidas com a pessoa com doença mental. De forma transversal a todas as estratégias descritas deve proporcionar-se, à pessoa com doença mental, estratégias que permitam aumentar a resistência face ao *stress*,

os mecanismos de *coping* são muito individuais e a escolha deve ser fundamentalmente do cliente. o enfermeiro pode oferecer sugestões e dar orientação de modo a ajudar o cliente a identificar mecanismos de *coping* realistas para este e que podem promover resultados positivos numa situação de crise. (Townsend, 2011, p. 217)

Santana (2011) e Favrod e Maire (2014), referem que a psicoeducação é uma estratégia prática que visa a reabilitação psicossocial e a obtenção do maior bem-estar geral, implica um processo de integração da informação transmitida é um percurso individual e ativo. Esta apresenta-se como uma estratégia de complementaridade ao tratamento farmacológico que trará inevitavelmente benefícios.

O relaxamento, de acordo com Payne (2003) aparece intimamente relacionado com duas componentes, a fisiológica associada a estados de *stress* e relaxamento do sistema nervoso autónomo, endócrino e músculo-esquelético e a psicológica associada às teorias cognitiva, comportamental e cognitivo-comportamental.

Quando o *stress* é elevado reflete-se, por exemplo, no processo de memorização, de perceção, de atenção e mesmo no processo de tomada de decisão,

nessas ocasiões o indivíduo não consegue pensar com lógica e é levado a distorcer o significado das ocorrências do ambiente. O relaxamento, ao diminuir o *stress* em relação a determinados contextos, pode ajudar a construir “diálogos internos” mais lógicos e adequados. (Serra, 2002, p. 698)

Segundo Carvalho (2001), Ferraz (2009) e Bucho (2009) a Arte-Terapia é um recurso expressivo, um processo criativo que promove o desenvolvimento intelectual, repercutindo-se no estilo de vida adotado. Promove uma relação terapêutica única, baseada na interação entre a pessoa com doença mental (criador), o objeto de arte criado e o terapeuta (recetor). Assim, permite a conexão entre o mundo interno e externo da pessoa com doença mental, permitindo-a expressar-se. A Arte-Terapia, é arte associada a um fim terapêutico, combinando teorias e técnicas. Estas técnicas expressivas, são várias, mas todas recorrem à imaginação, ao simbolismo e a metáforas.

Ainda de acordo com Carvalho (2009), Ferraz (2009) a arte de pintar, desenhar, modelar, fazer escultura e colagens, entre outras, são intrínsecas à pessoa, e permitem que esta se exprima de forma inconsciente, pois espelha pela arte a sua alma, libertando pensamentos, afetos e emoções, promovendo o seu crescimento pessoal e a expressão criativa.

Roux (2009), Mascarenhas (2011) e Carvalho (2009), afirmam que a Arte-Terapia, facilita a tomada de consciência que pode ser essencial para promover a riqueza, a vitalidade e a qualidade de vida. Neste âmbito possibilita a mobilização de pulsões reprimidas, facilitando o processo de transformação e mudança.

Segundo a OE (2010), o EEESM “Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efectiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais.” Pretendo no decorrer do estágio realizar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais com o fim último de elucidar e consciencializar a população alvo, das suas estratégias de *coping*, tal como permitir a adoção de novas estratégias, refletindo-se numa gestão eficaz do *stress*.

- Questão de Partida

Quais as Competências e Intervenções do EEESM facilitadoras da Gestão do *Stress* em Pessoas com Doença Mental, com Historial de Comportamentos Agressivos?

- Finalidade

Desenvolvimento de competências de intervenção, inerentes ao EEESM, facilitadoras e integradoras de vivências de stress, remetendo para a consciencialização das estratégias de coping, que permitem lidar com os agentes stressores sendo estas estratégias intrínsecas a cada pessoa com doença mental, com historial de comportamentos agressivos.

- Tipo De Entrevista

A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, pelo que foi o método escolhido para realizar a colheita de dados pois possibilita aproximação e uma maior e mais profunda recolha de informação, “Ao longo da entrevista o observador tenta esclarecer as circunstâncias em que o indivíduo se sente mal e quais as “causas que lhe produzem tais efeitos”.” (Serra, 2002, p. 582).

Segundo Serra (2002), uma entrevista bem-sucedida, permite que no final da mesma se consiga concluir quais as aptidões e recursos, fatores predisponentes e precipitantes, as problemáticas atuais e necessidades que a pessoa com doença mental identifica para o futuro. Deverá ser possível realizar uma reestruturação do problema, baseada na promoção de uma atitude proativa.

Bloch (1999) refere que, um dos objetivos das entrevistas realizadas e da relação terapêutica criada é a constatação e averiguação das estratégias de *coping* existentes “As estratégias de *coping* são adaptativas quando protegem o indivíduo de danos ou fortalecem a capacidade do indivíduo de fazer face às situações desafiadoras”. (Townsend, 2011, p.7) Uma atitude assertiva e empática são fatores decisivos para o início e continuidade de uma relação terapêutica,

a empatia é a capacidade de ver para além do comportamento exterior e entender a situação do ponto de vista do cliente. Com empatia, o enfermeiro pode perceber e entender com precisão o significado e relevância dos pensamentos e sentimentos do cliente. (Townsend, 2011, p.126)

O guião da entrevista semiestruturada realizado, foi baseado na entrevista de avaliação neuropsicológica de Luria (Maia et al, 2009, p. 13). As questões a serem colocadas foram abertas permitindo que a pessoa com doença mental alvo da entrevista se delongasse no discurso, pois “As questões abertas têm a vantagem de favorecer a livre expressão do pensamento e de permitir um exame aprofundado da resposta do participante.” (Fortin, 2009, p. 378)

- Grupo Terapêutico

A população alvo é “A população estudada, designada população alvo, é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns.” (Fortin, 2009, p. 69) assim, a intervenção terapêutica incidiu sobre todas as pessoas com diagnóstico de uma doença psiquiátrica. De acordo com o Decreto-Lei n.º 8/2010, a doença psiquiátrica, assume características e uma evolução do quadro clínico, que afeta de forma prolongada e contínua o bem-estar e a funcionalidade da pessoa.

A população alvo de intervenção foi definida de acordo com os seguintes critérios de inclusão: pessoa com doença mental; pessoa com doença mental com historial de comportamentos agressivos; pessoa com doença mental em acompanhamento numa EC; pessoa com doença mental internada num serviço de internamento psiquiátrico de pessoas com doença mental em fase aguda. Como critério de exclusão, foi definido, pessoa com doença mental com sintomatologia psicótica ativa.

O período de estágio no SPA desenvolveu-se com uma população que para além de ter como diagnóstico uma doença psiquiátrica encontra-se em reclusão estando sujeita a todos os fatores de *stress* que o facto imputa,

o modelo diátese-*stress* – sustenta, precisamente, que a maior frequência destes comportamentos em meio prisional resulta do efeito deletério do meio sobre reclusos com fatores de *stress* quantitativamente mais elevados e qualitativamente mais complexos do que os que se registam na população em geral. (Saraiva, 2014, p. 418)

À luz deste modelo, o *stress* é intensificado pelo encarceramento, no entanto, é imprescindível equacionar a vulnerabilidade/ diátese intrínseca a cada recluso, “Relativamente aos fatores de *stress*, avulta desde logo a própria detenção, que retira abruptamente o indivíduo do seu meio envolvente, do círculo de familiares e amigos colocando-o num meio restritivo e normativo ao qual este se vê obrigado a adaptar-se.” (Saraiva, 2014, p. 419)

- Metodologia

A identificação de fontes de *stress* e conseqüentemente a consciencialização da necessidade de mudança comportamental remete para a premência de se intervir nesta problemática.

Segundo Serra (2002), Santana (2011) e Townsend (2011), para se reduzir e eliminar o *stress*, devem adotar-se medidas que possibilitem à pessoa com doença mental compreender os efeitos negativos do *stress*, bem como a identificação dos agentes stressores.

A promoção de espaços de partilha individual ou em grupo proporcionando ajuda terapêutica, bem como permitir a integração de práticas de bem-estar e qualidade de vida pelo acompanhamento contínuo assente em relações terapêuticas autênticas e eficazes, permitem o progresso na adoção de estratégias de *coping* adaptativas.

- Avaliação

A avaliação das intervenções terapêuticas concretizadas foi efetuada através de notas de campo, e pelo preenchimento de questionários de avaliação.

3. ORGANIZAÇÃO/ FUNCIONAMENTO DAS EQUIPAS/ SERVIÇOS

3.1 Equipa Comunitária de um Hospital da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Um dos objetivos da EC é promover a vinculação do doente grave proporcionando acompanhamento diferenciado, intensivo e regular, por forma a reduzir o número de crises e consequentemente internamentos. Melhorar a psicopatologia associada à doença, melhorar a qualidade de vida e promover a reinserção social e familiar. Segundo o PNSM (2017), é competente na orientação de situações psiquiátricas com o objetivo preventivo da cronificação ou psiquiatrização de novos casos de natureza reativa, incluindo situações de crise, catástrofe e *stress*, bem como o apoio à reabilitação do doente mental grave.

A admissão da pessoa com doença mental é realizada por referenciação, pelo médico de família, ou do médico internista do hospital da área de residência.

A consulta de enfermagem dá resposta a situações de emergência, realizando uma avaliação das necessidades, concretiza a administração de neuroléticos de ação prolongada e promove uma resposta estruturada de reabilitação psicossocial.

Após várias tentativas de alta da EC, esta entidade, constata que as pessoas com doença mental em acompanhamento não reúnem condições para se manterem estáveis sem qualquer acompanhamento da equipa pelo que a estratégia adotada foi ajustar o espaçamento da visita domiciliária e consultadoria.

3.2 Serviço de Psiquiatria de Agudos, de um Hospital do Ministério da Justiça

O SPA através da efetivação do internamento, permite dar resposta à fase de agudização da doença bem como à necessidade de estudar e avaliar casos clínicos advindos de pedidos jurídicos das Instâncias Judiciais.

As pessoas com doença mental admitidas, provêm de Estabelecimentos Prisionais – EP nacionais, de tribunais nacionais, ou de serviços intra-hospitalares.

A equipa é multidisciplinar o que permite um trabalho articulado com diferentes vertentes científicas do saber, em prol dos melhores cuidados a prestar.

A alta clínica é efetuada após se verificar estabilização do quadro clínico, sendo cada pessoa com doença mental encaminhada para o respetivo EP, ou em caso de inimizabilidade é encaminhada para determinadas instituições do Serviço Nacional de Saúde - SNS.

4. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

As intervenções terapêuticas criadas no decorrer do estágio foram de cariz psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, e concretizáveis através de sessões psicoterapêuticas, psicoeducativas, lúdicas e pedagógicas.

O enfoque foi a promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental, neste processo foram utilizadas variadas estratégias terapêuticas entre as quais, o recurso a mediadores artísticos,

os mediadores são formas específicas de expressão artística, que recorrem a procedimentos criativos de concretização e sensoriais próprios, com impacto particular nas diferentes vias perceptivas e com possibilidades expressivas e elaborativas específicas de acordo com as diferentes linguagens artísticas. Disponibilizam-se no contexto relacional arte-terapêutico/psicoterapêutico como registos intermediários de comunicação criativa. Deste modo oferecem potencialidades variadas, adequáveis às necessidades do indivíduo em Arte-Terapia. (Carvalho, 2011, p. 14)

O lúdico permite uma aprendizagem prazerosa, permitindo a todos os envolvidos, descobrir motivos intrínsecos, significativos, impulsionadores do processo de aprendizagem e consequentemente da mudança comportamental.

Através da relação terapêutica e de acordo com os interesses e grau de desenvolvimento intelectual, foi possível adequar as intervenções terapêuticas, ao grupo terapêutico, sendo que,

no que diz respeito à composição do grupo, a maioria dos especialistas concorda com o critério que sugere um equilíbrio entre a homogeneidade e heterogeneidade. (...), isto é, uma selecção equilibrada dos membros do grupo. O animador deverá ter em conta factores como o sexo, a idade, o quociente intelectual, as características da personalidade de cada participante e, nos grupos de terapia, o tipo de patologia apresentado. (Manes, 2014, p. 9)

As intervenções terapêuticas realizadas possibilitaram a aquisição de novas estratégias de *coping*, permitindo à pessoa com doença mental a capacidade de “lidar com” de forma mais adequada e assertiva com o agente que lhe provoca *stress*.

A mudança comportamental, ocorreu inevitavelmente após envolvimento afetivo e efetivo na estruturação e concretização das atividades propostas. No final de cada sessão foi efetuada a avaliação da mesma através do preenchimento de um “Questionário de Avaliação Final” - Apêndice 1, não obrigatório e anónimo, promovendo a veracidade das respostas.

4.1 Intervenções Terapêuticas realizadas na Equipe Comunitária

Enquanto aluna foi-me permitido integrar os programas implementados e estruturados, no entanto, foi-me dada oportunidade de criar algo de cunho pessoal, colocando-o em prática no decorrer do estágio. O grupo terapêutico alvo de intervenção, foi misto, e todas as pessoas com doença mental se encontravam numa fase de estabilização da doença, de referir que num universo de vinte, registei uma média de quinze pessoas com doença mental no decorrer das sessões concretizadas.

O início do meu estágio foi o início do ano formativo, desta forma surgiu a necessidade do grupo terapêutico escolher uma nova temática. Estimando o tema do meu projeto de estágio, bem como a sua pertinência na população em geral e particularmente na minha população alvo, aludi à minha orientadora a vontade de trabalhar com o grupo terapêutico o tema “*Stress e Estratégias de Coping*”. Nesta sequência, criei um Programa Psicoeducativo constituído por quatro sessões e uma sessão lúdica e pedagógica, intitulada “A Caça à Surpresa”.

4.1.1 Programa Psicoeducativo “*Stress e Estratégias de Coping*”

O Programa Psicoeducativo “*Stress e Estratégias de Coping*” - Apêndice 2, concretizou-se no espaço temporal de um mês.

A primeira sessão intitulada “*Stress*” visou esclarecer esta problemática e incidiu essencialmente sobre a identificação dos sinais e sintomas de *stress* no organismo. Assim, para avaliar a aquisição da informação transmitida nesta primeira sessão foram distribuídos cartões, para serem preenchidos individualmente por cada pessoa com doença mental integrada no grupo terapêutico, mediante reflexão sobre a temática em estudo realizando uma analogia com as suas características pessoais. Nos cartões estava escrita a seguinte questão: “Como me sinto quando estou em *stress*?”, após resposta escrita, foi promovido um espaço de partilha entre todos os elementos do grupo, tendo sido cada cartão afixado num quadro temático.

A segunda sessão foi alusiva ao sub-tema “A Importância de Prevenir o *Stress*”. De acordo com o Modelo de Liberman, instituído na EC, realizei uma análepse, com o objetivo de repetir e refletir sobre a sessão anterior, esclarecendo dúvidas e promovendo o diálogo, só posteriormente prossegui com a sessão número dois. Este modelo criado por,

Robert Paul Liberman y su equipo de la UCLA durante la década de 1980 diseñaron los módulos Social Independent Living Skills (SILS) con los objetivos de incrementar las habilidades de los pacientes para hacer frente al estrés, conseguir una mayor autonomía personal e incentivar la participación activa de los pacientes en los tratamientos psiquiátricos¹. (Amell e Llandrich, 2008, p.123)

Nesta sessão o objetivo foi refletir sobre a importância de prevenir o *stress*, desta forma foi possível averiguar quais são as estratégias de *coping* utilizadas por cada elemento do grupo terapêutico. A avaliação final da aprendizagem obtida nesta sessão foi realizada através da elaboração de cartazes. Cada cartaz intitulava-se com um subtema da sessão número dois, ou seja, “Combater o *stress*”, “Benefícios do *stress*”, “Malefícios do *stress*” e “Prevenção do *stress*”, juntamente com os cartazes existiam vários cartões com palavras escritas. O desafio colocado ao grupo foi retirar do interior de uma caixa um cartão e afixá-lo no cartaz que considerasse ser o correto. Foi muito interessante toda a dinâmica, discussão e companheirismo que surgiu com a concretização desta atividade.

A terceira sessão intitulada “Relaxamento Respiratório e Relaxamento Autogénico de *Schultz*”, teve como principal objetivo priorizar estas duas estratégias de *coping* e dotar o grupo-alvo de aptidões para as desenvolverem. No final da apresentação teórica avancei para a parte prática com o preenchimento do “Termómetro do Relaxamento²” – apêndice 3. Solicitei que no canto superior esquerdo deste documento fosse colocado um código, o qual foi repetido no segundo “Termómetro do Relaxamento” preenchido, com o objetivo de se realizar uma correlação e avaliação dos efeitos terapêuticos, da sessão, na pessoa com doença mental.

A sala onde se realizou o relaxamento estava aquecida, tinha colchões dispostos de forma anárquica pela sala cada um com uma almofada, cada elemento do grupo terapêutico, escolheu o colchão e concomitantemente o local da sala onde estaria mais confortável para realizar o relaxamento.

No final, pela comunicação verbal que era coincidente com a não verbal o grupo terapêutico demonstrou apreço pela sessão de relaxamento realizada “Temos que relaxar mais vezes!”, “Podíamos fazer isto mais vezes!”, “Quando estiver stressada vou respirar como ensinou!” (sic).

A avaliação realizada pelo “Termómetro do Relaxamento” é lida através de uma escala entre 0 e 4 sendo 0 “Sinto-me bem, estou calmo e relaxado” e 4 “Não me sinto relaxado”.

¹ “Robert Paul Liberman e a sua equipa da UCLA durante a década de 1980 projetaram os módulos Social Independent Living Skills (SILS) com o objetivo de aumentar a capacidade dos pacientes de lidar com o *stress*, alcançar maior autonomia pessoal e incentivar a participação ativa de doentes em tratamentos psiquiátricos.”

² O Termómetro do Relaxamento foi adaptado da Escala de Faces de *Wong-Baker* e do Termómetro Emocional.

De referir que os resultados obtidos, antes de se realizar a sessão de relaxamento evidenciam o facto de todos os elementos do grupo se posicionarem no nível 4. Após o relaxamento o grupo terapêutico posicionou-se no nível 0 ou 1 “Sinto-me bem, estou calmo e muito relaxado.” e “Sinto-me relaxado”, respetivamente.

A quarta e última sessão do programa foi reservada à construção de um panfleto relacionado com a temática em estudo, este panfleto estava pré-construído e o objetivo foi refletir sobre tudo o que foi abordado ao longo do programa “*Stress* e estratégias de *Coping*”.

No final da quarta sessão e coincidentemente do programa realizado, foi entregue um certificado de participação, onde constava para além da identificação da pessoa com doença mental, a descrição detalhada do programa psicoeducativo.

De referir, que as atividades sugeridas foram aceites por todas as pessoas com doença mental integradas no grupo terapêutico.

Dos questionários de avaliação aplicados após cada sessão obtive a todas as questões fechadas a resposta “sim”. Nas questões abertas nem todas as pessoas com doença mental responderam, no entanto, obtive os seguintes resultados: “Muito bem. Devíamos repetir”; “Aprendi algo novo.”; “Esclarecedora e clara.”; “Curiosidade.”; “Então, senti-me enquadrado no grupo.”; “Satisfeito.”; “Senti-me bem.”; “Estou muito calmo, e confiante.”; “A enfermeira Cátia é muito simpática e explica tudo muito bem. Adorei-a.”; “Não me irei esquecer.”; “Tomei conhecimento.”; “O conjunto foi agradável e claro. Obrigado.”; “Tem muito interesse.”; “Gostei muito da forma como a enfermeira se manifestou a dar o relaxamento.”; “Foi ótimo.”; “É bom aprender coisas interessantes.” (Sic)

A valorização do ser humano na sua individualidade e autenticidade, e das características inerentes à própria condição de doença, permitiram-me ter sensibilidade na adequação de cada contacto, em cada discurso proferido, em cada intervenção realizada, o que inevitavelmente definiu o sucesso desta etapa do estágio.

4.1.2 Intervenção Lúdica e Pedagógica “A Caça à Surpresa”

O jogo a “A Caça à Surpresa”, foi a última intervenção que criei e realizei na EC, a sua planificação consta em apêndice 4. Este jogo teve início na sede da EC com a entrega de um envelope fechado a um elemento do grupo terapêutico, este, abriu-o e leu-o em tom altissonante.

A resposta à questão inscrita no cartão, remetia para o local onde o grupo tinha que se deslocar. Chegados a este novo ponto foi entregue ao grupo terapêutico um brinde e um postal com uma nova pista, a qual os encaminhava para um novo sítio do hospital, e assim sucessivamente até à surpresa final.

Este percurso delineado dentro dos limites hospitalares, envolveu vários profissionais do hospital, os quais aceitaram prontamente participar na atividade, desta forma estava implícito o objetivo de diminuir o estigma associado à pessoa com doença mental, bem como promover a relação e a reinserção desta população na sociedade “(...) a manutenção das relações do doente com os outros fá-lo ter um sentimento de pertença à comunidade e vincula-o à manutenção de projetos de vida.” (Correia, 2011, p. 163).

Com o que foram recolhendo em cada local, foram sorrindo e divagando sobre qual seria a surpresa final. Nesta recolha obtiveram confétis, copos, talheres, pratos, guardanapos, rebuçados, bebidas e um envelope grande fechado. A última paragem do jogo, foi num dos jardins do hospital, onde se encontrava um bolo e um presente.

Após a partilha de sentimentos, emoções e agradecimentos entre todos os elementos do grupo terapêutico, o elemento feminino mais velho, seleção esta feita pelo grupo, abriu o presente. Um puzzle, foi o presente, ficaram muito animados e proferiram palavras como: “Obrigada!”, “É lindo!”, “Fantástico. É para nós?”, “Vai ser difícil, mas vamos conseguir!” (sic). Os sorrisos, emanados, eram contagiantes, e foi desta forma de rara e invejável beleza que terminou a primeira fase do meu estágio.

4.2 Intervenções Terapêuticas realizadas no Serviço de Psiquiatria de Agudos

As intervenções terapêuticas realizadas no SPA, tiveram em vista a consecução dos objetivos definidos no projeto de estágio. Seguidamente, descrevo cada uma das intervenções criadas e efetivadas remetendo para apêndice a sua planificação, todavia os resultados obtidos e a avaliação de cada sessão, serão mencionados no decorrer de cada capítulo.

4.2.1 Entrevista Clínica

A Entrevista Clínica assumiu neste estágio o motor impulsionador para a definição e organização das intervenções a serem concretizadas. Urge referir que o guião desta entrevista é uma versão adaptada da entrevista de avaliação neuropsicológica de Luria. Esta escolha decorreu do facto desta entrevista permitir ter flexibilidade e complementaridade com o processo clínico e equipa multidisciplinar, em prol da obtenção de uma maior recolha de informação relativa a cada pessoa com doença mental internada no SPA. Foram realizadas vinte entrevistas no período de 12 a 29 de novembro, oito à população do género feminino e as restantes à população do género masculino.

Como é expectável num serviço de internamento de pessoas com doença mental em fase aguda, apesar da estadia poder delongar-se no tempo, é previsto que os internamentos sejam breves. Assim, foram surgindo altas clínicas de pessoas com doença mental já entrevistadas, bem como a efetivação da admissão de pessoas com doença mental com sintomatologia psicótica ativa.

O grupo terapêutico foi constituído pelo número de entrevistados que se mantinham internados. Assim, das doze entrevistas realizadas a pessoas com doença mental do género masculino apenas sete se encontravam internados. No grupo feminino, das oito entrevistas concretizadas, apenas cinco se mantiveram e foram alvo de intervenção terapêutica.

De referir, que no decorrer do estágio foram admitidas pessoas com doença mental, todavia após realizar a entrevista clínica, apenas foi possível integrar no grupo terapêutico um novo elemento, sendo este do género feminino.

As intervenções terapêuticas foram realizadas com dois grupos, formados de acordo com o género, sendo que, o último programa executado “*Stress e Estratégias de Coping*” ocorreu com ambos os grupos terapêuticos em simultâneo.

Segundo Maia (2009), “A sessão deve ser iniciada com a apresentação entre o terapeuta e o paciente, a partir da qual se deve começar a estabelecer uma aliança terapêutica (...)” (p. 115), por este facto, todas as entrevistas tiveram o seu início com a minha apresentação e com a exposição dos objetivos de estágio deixando bem clara a disponibilidade e receptividade para novos desafios, e para a ambição de concretizar um trabalho bidirecional entre terapeuta e pessoa com doença mental.

Há a acrescentar um facto de grande relevo no projeto de estágio e que jamais foi descurado no decorrer do mesmo, como o próprio título indica “Gestão do *Stress* em Pessoas com Historial de Comportamentos Agressivos: Intervenção do EEESM”, toda a população alvo de intervenção terapêutica tinha historial de comportamentos agressivos. Tal facto averiguado aquando da realização das entrevistas, no entanto, há a referir que, quando questionados sobre o historial de comportamentos agressivos todos, sem exceção, são perentórios em afirmar “Não, eu nunca fui agressivo.” (sic).

Não satisfeita com as respostas obtidas, pela falta de veracidade sentida no discurso e na comunicação não verbal, sendo que, nesta “(...) estão incluídos o contacto de olhos, a modulação da voz, a face, os gestos e a postura do indivíduo.” (Serra, 2002, p. 688), tal como pelo descrito “Não se conhece povo, cultura ou época histórica em que a agressividade e a violência não sejam um dado corrente do dia-a-dia, entre grupos e no seio da própria família.” (Cordeiro, 2016, p. 302). Assim, voltei a repetir a questão num outro momento da entrevista e de outra forma. Obtive respostas dispares, todavia, nunca semelhantes à realidade e gravidade dos factos relatados em processo clínico, e divulgados pela equipa multidisciplinar.

Portanto, todas as pessoas com doença mental, internadas no SPA, foram agressivas em algum momento das suas vidas, verificando-se histórias de automutilações, tentativas de suicídio, homicídios, infanticídio, defenestrações, incluindo-se igualmente atitudes emocionais de ira e raiva dirigidas ao ambiente. Verifica-se no decorrer das entrevistas uma baixa capacidade de reagir à frustração e igualmente a existência de poucas estratégias de *coping*, bem como a incapacidade de as utilizar de forma oportuna e adequada. De acordo com Saraiva et al (2014) “Além de constituírem ambientes potencialmente stressantes, as prisões albergam indivíduos com pouca tolerância à frustração e fracos mecanismos de resolução de problemas.” (p. 418).

4.2.2 Intervenção Lúdica e Pedagógica “Reconstruir Memórias”

A expressão artística, de acordo com Oliveira (2004), presente no jogo reflete, a forma como cada pessoa com doença mental, ordena, organiza, desorganiza, destrói e reconstrói o mundo à sua maneira. Através do jogo é possível expressar fantasias, medos, desejos, vários tipos de sentimentos e emoções bem como demonstrar a aquisição de novos saberes.

Oliveira (2004, p.115) enumera funções que podem ser desenvolvidas através do uso de atividades lúdicas, no espaço educativo. Assim, a coordenação motora, visual e verbal, a estimulação cognitiva, a criatividade, a vivência de diferentes papéis, o cumprimento de regras e valores, a estimulação da linguagem, a criação de relações de respeito, cumplicidade e companheirismo, contribuem para o desenvolvimento e enriquecimento do papel social da pessoa com doença mental.

Bertoldo (2000), refere que a criação de vínculos afetivos, permitem controlar a impulsividade, pela percepção e interiorização de regras para a concretização dos objetivos traçados, o desenvolvimento do ser humano é apontado como uma característica inabalável e transversal a todas as atividades lúdicas.

A falta de esperança sentida em cada entrevistado acompanhada de um vazio existencial, levou-me a considerar a importância de trazer a esta população um pouco de luz da qual referiam tão expressamente sentir falta. Assim, a atividade com o tema “Reconstruir Memórias” – apêndice 6, visou a construção de um puzzle em que o sol, o rio, os jardins, os animais, as flores assumiam lugar de destaque, estas características foram de encontro à informação recolhida nas entrevistas efetuadas.

Esta intervenção iniciou-se com a execução de um quebra gelo com o título “Para mim a construção de um puzzle é...”, e as respostas obtidas a este desafio foram as seguintes: “Um jogo.”; “Uma atividade.”; “Um quebra-cabeças.”; “Não gosto de puzzles!”; “Também não gosto muito de puzzles.” (sic). Posteriormente, realizei a apresentação do trabalho e no final entreguei um puzzle ao grupo terapêutico.

Antes da entrega dos questionários de avaliação final da sessão, repeti o quebra gelo inicial, mas com um novo título, “Para mim construir este puzzle vai permitir-me...”, segundo Greenberg (2014), “Quando as pessoas sabem o que estão a sentir, entram em contacto com as suas necessidades e sentem motivação para as satisfazer. A tomada de consciência emocional é terapêutica de várias formas.” (p. 103). Foi muito interessante constatar pelas respostas proferidas, o impacto desta sessão.

Assim, obtive as seguintes respostas: “Trabalhar em grupo”; “Sorrir, porque é muito colorido, é lindo”; “Recordar os belos jardins e patos da Gulbenkian”; “Vou colaborar na construção deste puzzle”; “Se Deus quiser, vamos conseguir montar o puzzle”. (sic)

A avaliação da sessão através do preenchimento dos questionários foi homogénea, todos os elementos assinalaram a resposta “sim” para todas as questões fechadas, nas questões abertas, surgiram três comentários: “Vou adorar recriar este jardim.”; “Obrigada, gostei muito.”; “Espero conseguir ajudar.”. (sic)

A construção do puzzle decorreu entre o período de dia 2 de novembro a dia 14 de dezembro de 2017, com o grupo terapêutico do género feminino, tendo cumprido os preceitos propostos, pois quando finalizada escutei “Foi muito bom, podia trazer outro.” (sic)

4.2.3 Terapia Expressiva através do Barro - Barroterapia

Segundo Bucho (2013), o mediador artístico “Barro”, remete para sensações reconfortantes de equilíbrio e de proteção promovendo a segurança necessária para se assumirem riscos e se tomarem decisões. Tornando a pessoa com doença mental menos conformista e mais flexível, comunicativa e pró-ativa. O barro pode ser utilizado como veículo facilitador do potencial criativo e expressivo,

a utilização de metodologias e técnicas expressivas e neste caso em específico, graças à utilização do barro, propicia que os sujeitos que o manuseiam, possam ter acesso de forma livre e sem receios, a determinados aspectos seus e dos outros, do seu próprio mundo interno, fantasias, angústias, sentimentos e emoções, que por vezes através da simples verbalização se torna mais difícil de alcançar. (Bucho, 2013, p. 35 e 36)

A utilidade de trabalhar o barro assume múltiplas vertentes nomeadamente, a cultural, a artística, a educativa, a pedagógica, a recreativa, a ocupacional, a terapêutica e a psicoterapêutica, podendo abranger o campo da educação, da saúde e das organizações, “De uma forma geral, podemos afirmar que a utilização do barro, enquanto mediador expressivo, promove a expressão e comunicação dos afectos apelando ao imaginário e à fantasia, ampliando o jogo criativo.” (Bucho, 2013, p. 229)

As suas potencialidades são variadas e vão desde a plasticidade, flexibilidade, maleabilidade, adaptando-se às necessidades mais variadas facilitando o acesso ao mundo dos afetos e das emoções, “... a tridimensionalidade do barro, que nos remete para uma resposta aos sentidos, uma resposta emotiva na relação das mãos com esse material telúrico.” (Bucho, 2013, p. 14)

O manuseamento deste mediador expressivo proporciona a alternância entre prazer e o desprazer, entre o real e o imaginário, bem como entre o intrínseco e o extrínseco à pessoa com doença mental. Pela criatividade, é possibilitada a entrega bem como a imersão num momento de total liberdade e concentração, de relaxamento e introspeção promovendo um espaço de revitalização e energia, facilitando a descompressão de tensões internas, vivenciadas por uma sensação de alívio, bem-estar físico, e psíquico,

o prazer e a alegria vêm depois e com eles surge a expressão criativa, a exploração e experimentação da matéria, o dar forma, construir, desconstruir e reconstruir, renovar, transformar e metamorfosear. Basta ousar e dar azo à livre actividade imaginativa e criativa. (Bucho, 2013, p. 230)

Pelos factos descritos, criei um programa “Terapia Expressiva através do Barro - Barroterapia”, a sua planificação encontra-se no apêndice 7, este foi constituído por três sessões intituladas, respetivamente por “Criar’te”, “Pintar’te” e “Analisar’te”. Na primeira sessão foi criada arte, na segunda sessão foi pintada a arte criada e na última sessão foi analisada a arte. Os medidores artísticos utilizados nesta atividade foi o barro/ pasta de modelar, a modelagem, a escultura, a pintura e a música,

as diferentes linguagens expressivas, funcionam como uma verdadeira chave que permite aceder ao outro, ao seu mundo interno e fantasmático de forma livre e protegida, quando estabelecidas numa relação de confiança e com características específicas, a que se designa de relação terapêutica. (Bucho, 2013, p. 35)

A partir dos exercícios criativos, realizados com as mãos, pelo toque, pelo amassar, pelo modelar foi permitido a todos os intervenientes travar um diálogo interno, à medida que ia surgindo arte pelas suas mãos identificando-a como uma extensão do seu próprio corpo,

o barro proporcionou a percepção dos aspectos de construção, desconstrução e re-construção de imagens, de fazer e desfazer, o que facilitou a abertura de novos caminhos, novas soluções, ampliando e fomentando o desenvolvimento de novos conhecimentos e saberes, estimulando a concentração, através da ativação de uma dimensão lúdica e pedagógica. (Bucho, 2013, p. 227)

A musicoterapia acompanhou todas as sessões, o cd foi escolhido por uma pessoa com doença mental integrada no grupo terapêutico, num total de 20 cd, pretendi com este gesto enaltecer a importância do processo de tomada de decisão.

Este programa iniciou-se com uma apresentação na qual expus ao grupo terapêutico os objetivos e abordei premissas inerentes à terapia expressiva através do barro.

No início da realização da primeira e da segunda sessão, foi entregue a cada elemento do grupo terapêutico um mapa das emoções, um cartão e uma esferográfica. Todos os cartões estavam identificados com o nome e com a referência a “Pré-atividade” e “Após-atividade”.

Após a distribuição deste material pedi que se concentrassem na música e que identificassem a sua emoção dominante, com o auxílio, ou não, do mapa das emoções. Terminada esta primeira etapa, desafiei ao diálogo alusivo à emoção identificada, no entanto, ninguém aceitou partilhar e divagar sobre as suas emoções.

No final da sessão Criar'te, pedi novamente ao grupo terapêutico para identificar a sua emoção dominante, com o objetivo de avaliar o impacto da sessão ao nível emocional. Verifiquei a colaboração e empenho de todo o grupo terapêutico, mas, mais uma vez ninguém aceitou explicar sobre as suas emoções.

As emoções identificadas pré e após atividade foram respetivamente as seguintes, “Triste”; “Aborrecida”; “Preocupada”; “Desanimada”; “Ansiosa” (sic) e “Calma”; “Entusiasmada”; “Aliviada”; “Tranquila”; “Resolvida”, (sic). Pela análise das emoções obtidas, constata-se que a sessão teve repercussões na pessoa com doença mental.

Entre as atividades anteriormente descritas, de identificação da emoção dominante realizou-se a atividade “Criar'te”, ou seja, sempre ao som da música previamente escolhida, foi entregue uma porção de barro/pasta de modelar, e foram disponibilizados utensílios adequados à sessão. No decorrer desta, em tom de voz calmo e sereno, fui incentivando à vivência emocional e à exteriorização das mesmas naquele fragmento de barro.

Na avaliação final da sessão, todos os elementos assinalaram a resposta “sim” a todas as questões fechadas, e obtive quatro respostas nas questões abertas: “Gostei muito.”; “Foi interessante modelar o barro, recordei a infância.”; “Fiz coisas muito bonitas, fiz uma borboleta que é como me vejo. Eu quero voltar a ser livre.”; “Consegui relaxar, estou mais calma.” (sic).

A segunda sessão “Pintar'te” teve por base a pintura da obra criada, sendo que toda a sessão obedeceu aos moldes da sessão “Criar'te”, ou seja, a musicoterapia esteve presente, bem como a identificação emocional com o auxílio do mapa das emoções. No entanto, com algumas nuances, os cartões fornecidos tinham cores diferentes, assim, após estarem escritas as emoções dominantes, solicitei que cada elemento do grupo escolhesse um cartão com a cor diferente da do seu, sugerindo que comentasse a emoção escrita nesse cartão. A reação foi surpreendente pois, todos os elementos do grupo aceitaram o desafio, e inevitavelmente na análise realizada fizeram o paralelismo entre as emoções escritas e as suas, expondo por exemplo, “Eu identifico-me com esta emoção, porque também estou triste.” (sic), “Eu não me identifico com esta emoção, porque eu não estou entusiasmada.” (sic).

Esta atividade foi realizada, no início e no final da sessão, assim, as respostas obtidas pré e após a sessão foram respectivamente as seguintes: “Triste”; “Ansiosa”; “Preocupada”; “Orgulhosa”; “Expectante”, e “Nostálgica”; “Entusiasmada”; “Aliviada”; “Tranquila”; “Grata”. (sic)

Na avaliação final da sessão, a resposta às questões fechadas foi “sim” e nas questões abertas referiram: “É mais fácil falar das emoções dos outros do que das nossas, foi giro.”; “É mais fácil dizer o que se pensa pela arte do que falando.”; “Gostei do que fiz.”; “É difícil falar das nossas emoções”. (sic)

O enfoque da sessão “Pintar’te”, foi além da identificação emocional, pintar a arte criada, pelo que foi fornecido material como: paleta, pincéis, tintas, copos com água e um mapa elucidativo da combinação de cores primárias para criar novas cores.

Na última sessão “Analisar’te”, deste programa “Terapia Expressiva através do Barro - Barroterapia”, individualmente cada elemento do grupo terapêutico analisou a sua obra de arte. De referir, que apenas um elemento do grupo permaneceu neutro face às suas emoções pelo que, a obra de arte criada não espelhou de forma evidente a sua carga emocional, mas acentuou a evidência do seu diagnóstico clínico. A título de curiosidade revelo algumas citações proferidas aquando da sessão “Analisar’te” e registadas através de notas de campo.

A pessoa com doença mental F.P. revela: “É um vulcão”; “Sou eu no momento em que fiz o que fiz...” (pausa/ silêncio); “Acumulei tudo e explodi, por isso vejo-me como um vulcão.”; “As três bolas são os meus filhos.”; “O preto é a minha vida...”; “Nunca consegui nada na minha vida.” (sic)

Para a C.R. a sua obra reflete o seguinte “Aqui sou eu.”; “Aqui mais pequeno é o meu filho.” (sorri); “Aqui a natureza, eu gosto de árvores, gosto de animais, e tenho saudades dos meus.”; “Tenho saudades de um jardim com flores e árvores.”; “Esta estrela, é uma estrela do céu.”. (sic)

A I.A. refere-se à sua obra como “Esta obra não é nada pessoal.”; “Não está relacionada comigo enquanto pessoa.”; “Não encontra aqui nada que me defina.”; “Está aqui retratado o mundo.”; “É visível o fenómeno da multiculturalidade.”; “Cinco etnias, cinco continentes.”; “Estão todos unidos, pois deve existir união entre todas as nações.”; “A árvore significa vida, e decidi modelar uma árvore por ser mais fácil.”; “E agora fale-me de si...” (sic)

Para a J.M. a obra de arte que criou espelha “As borboletas é como me vejo.”; “Eu gosto da liberdade e as borboletas também.”; “Eu quero voltar a ser livre e feliz.”; “Aqui é a minha impressão digital.”; “Isto são presentes de Natal.”; “Natal para mim é família, amor, carinho e amizade.”; “Aqui, o preto, são as saudades que tenho da minha família, da minha mãe...” (sic)

E para finalizar, a I.G. refere que a sua obra de arte é “Aqui sou eu agora... um monstro... Sou eu depois de ter feito o que fiz... sabe, não sabe, o que fiz?”; “Aqui sou eu... um monstro...”; “Aqui sou eu... enquanto mãe, sempre fui uma boa mãe, muito cuidadosa... boa... para os meus filhos.”; “O meu coração.”; “O coração do meu filho.”; “Aqui, é o meu filho, uma estrelinha que está... e brilha no céu.”; “Aqui é o meu filho.” (sic)

De acordo com o modelo polimórfico criado por Ruy de Carvalho (2009) este subdivide-se em quatro subgrupos sendo que nesta atividade utilizei a Arte-Terapia Vivencial, esta, centrada na criação e com eventual aquisição de competências artísticas, através da criação assistida. Neste modelo existem vários modos de intervenção, no entanto escolhi o vivencial,

neste tipo de abordagem privilegia-se a expressão criativa pela Arte, livre ou através de propostas técnicas (intervenção não diretiva, experiencial), facilitando-se a descoberta interior através do imaginário. A intervenção do terapeuta é mínima, centrando-se na disponibilidade empática, no *handling* e *holding*, podendo fazer propostas facilitadoras e intervenções contentoras. (Carvalho, 2011, p. 15)

Ainda de acordo com Ruy de Carvalho (2011) é possível através do modo vivencial recorrer à integração, esta “(...) visa a potenciação da resposta afectiva (empowerment), e a catarse, facilitando assim, entre outros, a evocação de eventos traumáticos, numa relação empática, contentora e transformadora.” (2011, p. 15)

Na avaliação final, todos os elementos do grupo terapêutico, referiram “sim”, como resposta às questões fechadas, e nas questões abertas obtive as seguintes respostas, “Parabéns, adorei todas as sessões.”; “Foi muito bom.”; “Serena, confusa, nostálgica.”; “A enfermeira deverá dar continuidade a este tipo de sessões, pois, além de uma boa profissional é muito acessível.”; “Interesse, vontade de voltar a casa, vontade de voltar a ser livre.”; “Motivada, agradecida, e esperançosa.”; “Boa sorte.”; “Gostei muito, podíamos fazer mais.” (sic)

Esta intervenção terapêutica foi realizada com o grupo terapêutico do género feminino que tinha sido alvo de entrevista, no entanto das oito mulheres entrevistadas apenas cinco se mantinham internadas, aquando da realização do programa “Terapia Expressiva através do Barro – Barroterapia”

4.2.4 Diário de Gestão do *Stress*

A realização desta intervenção terapêutica, lúdica e pedagógica “Diário de Gestão do *Stress*”, cuja planificação consta em apêndice 8, teve como objetivo principal promover o mediador artístico escrita,

a capacidade de construir narrativas, de compreender e integrar as nossas histórias de vida mais importantes é um aspeto central do desenvolvimento saudável da identidade e do estabelecimento de uma visão diferenciada e coerente do *self*. (Greenberg, 2014, p. 88)

A reflexão sobre tudo o que é escrito aumenta o *insight* e promove uma mudança comportamental adaptativa,

a emoção identifica aquilo que é importante para o bem-estar das pessoas e prepara-as para adotarem comportamentos adaptativos. A emoção também coordena a experiência, dá-lhe direção e informa-nos sobre o que é importante para nós; saber o que é importante para nós diz-nos aquilo que precisamos de fazer e quem somos. (Greenberg, 2014, p. 89)

Esta mudança é, não raras vezes o cerne de toda a problemática, as pessoas com doença mental que refletem sobre tudo o que foi escrito, progridem no processo de autoconhecimento, pois identificam padrões repetitivos, nefastos e ineficazes utilizados diariamente na resolução de crises/conflitos.

O diário é um local onde se registam vivências, sentimentos e emoções de um “eu” face ao mundo que me rodeia, tem um carácter intimista e confidente, é o testemunho do quotidiano de alguém que fixa, através da escrita, factos, desejos e emoções.

Pela criação e manutenção de um diário é possível reduzir e prevenir o *stress*, “O significado é uma estratégia de *coping* para lidar com as questões da morte, da perda, da liberdade e do isolamento.” (Greenberg, 2014, p. 89)

De referir, que o grupo terapêutico alvo de intervenção, foi novamente o grupo terapêutico do género feminino, por variáveis organizacionais e institucionais. Todavia, pelo facto de ter sido admitida uma pessoa com doença mental do género feminino no SPA, procedi à realização da entrevista, integrando-a no grupo terapêutico.

Tendo em conta o preceito de um diário assumir características de distinta individualidade e autenticidade o quebra gelo realizado antes da sessão terapêutica, apelou à individualidade de cada elemento constituinte do grupo terapêutico.

O quebra gelo intitulado “Eu chamo-me... e a minha maior qualidade é...”, teve como objetivo o preenchimento da referida frase. Assim, ao som da música de Marisa “Melhor de mim”, todo o grupo terapêutico circulou livremente pela sala, refletindo, e posteriormente, em círculo cada elemento citou a frase completando-a.

As respostas obtidas foram as seguintes: “Invencível”; “Cuidadosa”; “Sensível”; “Criativa”; “Amiga”; “Humilde”. Na sequência deste quebra gelo, realizei uma apresentação sobre a temática, desvendando e desbravando o tema da sessão, expondo os objetivos da mesma e esclarecendo todas as dúvidas trazidas a debate.

O exercício prático, que se seguiu teve como enfoque a construção de um Diário de Gestão do *Stress*, através da utilização de vários mediadores artísticos e sempre reforçando a importância da utilização dos mesmos como estratégia de *coping*. Esta intervenção decorreu ao longo de quatro sessões, no decorrer desta o interesse, empenho e brio, refletiram-se nos resultados práticos obtidos.

Na avaliação final da sessão, todo o grupo terapêutico sinaliza a resposta “sim” nas questões fechadas. Relativamente às questões abertas referem “Senti-me muito bem, com a música ao fazer o diário.”; “Estou muito contente a enfermeira é excepcional tem muito jeito para este tipo de coisas.”; “Senti-me bem.”; “Senti-me muito bem, pois construir algo para nós é excelente.”; “Descontraída.”; “Esta atividade foi das que mais gostei de realizar.”; “Felicidade.”; “Sempre muito interessante.”; “Adorei, a repetir.”. (sic)

De realçar a relação entre esta sessão lúdica e pedagógica e o modelo DECIDE defendido por Thompson et al (2004), ou seja, com esta correlação quero evidenciar a ambição de promover a adesão à escrita e à reflexão, e conseqüentemente à promoção do processo de tomada de decisão.

4.2.5 Cinematerapia

O cinema é arte e é utilizado por muitos como estratégia de *coping*, no entanto a sua utilização nesta fase do estágio teve também o objetivo de introduzir a temática dos animais em contexto terapêutico, o planeamento desta sessão consta em apêndice 9. A temática relacionada com os animais de estimação e o seu impacto na vida de cada pessoa com doença mental foi averiguada e aprofundada nas entrevistas realizadas.

O filme da Disney escolhido foi o “Papuça e Dentuça”, por todos os valores, premissas e história, por toda a envolvimento cinematográfica que se considerou poder proporcionar à população alvo de intervenção.

Por uma questão organizacional e institucional não foi possível reunir o grupo terapêutico do género masculino e feminino, no entanto, esta atividade foi realizada com ambos pelo facto de existir uma sequência lógica de atividades, que culminou com a Terapia Assistida com Animais – TAA à qual ambos os grupos terapêuticos foram submetidos.

Nos dois grupos foi promovida a reflexão sobre as ideias principais concebidas no decorrer do visionamento do filme e nessa sequência construímos um cartaz por cada grupo terapêutico, através da utilização dos mediadores artísticos escrita, pintura e desenho.

Os cartazes realizados tinham como enfoque a reflexão e recordação do animal de estimação de cada pessoa com doença mental. O filme e a construção dos cartazes abriram caminho para a sessão de TAA, organizada de forma sigilosa para surpreender o grupo terapêutico.

Neste primeiro cartaz criado, solicitei que escrevessem o nome dos seus animais de estimação/cães, e posteriormente escrevessem as emoções que os mesmos despertam em si. As respostas obtidas foram: “Portos, Dominó, Maravilha, Margarida, Matilde, Maria, Bethonven, Luky, Lucas, Suker, Bolinhas, Cóxis, Lassie, Messi, Alex, Biju, Lancelote, Ueua e Branca” (sic). Relativamente aos valores, emoções e sentimentos foi escrito nos cartazes “consolação, amor, calor, carinho, disponibilidade, afinidade, estabilidade, alegria, calma, segurança, confiança, dedicação, feliz, sorridente, alma gémea, amor puro, amizade, carinho, disponibilidade, afinidade, estabilidade, alegria, segurança, guarda-costas” (sic).

Ambos os grupos terapêuticos, respondem “sim” a todas as questões fechadas do questionário de avaliação da sessão. Nas questões abertas surgiram respostas como: “Tenho tantas saudades do meu cão.”; “Gostei de fazer este trabalho.”; “Foi bom recordar o meu cão.”; “Podíamos construir outro cartaz.”; “Ficou muito bonito.”; “Gostei muito.”; “A repetir.” (sic)

4.2.6 Terapia Assistida com Animais – TAA

As Intervenções Assistidas com Animais – IAA subdividem-se em TAA e Atividades Assistidas com Animais – AAA.

Segundo Abreu (2008), Vivaldi (2011), Capote (2009), Bibbo et al (2018), Vieira et al (2016) a TAA implica uma intervenção com metas bem definidas, planeadas e estruturadas, aplicadas por profissionais das áreas da saúde e/ou educação. Todo o processo deve ser documentado e avaliado periodicamente.

As TAA têm como objetivo melhorar funções físicas, cognitivas, comportamentais e/ou sócio emocionais, de acordo com Townsend (2011) o animal é parte integrante do processo terapêutico, ou seja, é um mediador. Verifica-se a definição de objetivos, decorrentes de uma avaliação inicial, tendo sempre em vista a necessidade da pessoa com doença mental, e a finalidade de promover melhorias no funcionamento físico, social, emocional e cognitivo.

Foram realizadas duas sessões por semana com intervalo de uma semana – apêndice 10. A avaliação da primeira sessão foi efetivada através da criação de um cartaz, por cada grupo terapêutico, o qual serviu de pano de fundo para a sessão seguinte.

Neste cartaz “A Magia da Pipa em Terapia com Estímulos *No Stress*” assim intitulado pelo grupo terapêutico do gênero feminino, cada pessoa com doença mental escreveu o que sentiu face à participação na sessão. As frases escritas neste cartaz foram: “A Pipa é fantástica para quebrar o *stress*!”; “Foi muito boa a experiência, muito a aprender!”; “Um amor incondicional, sem pedir nada em troca!”; “Gostei imenso!”; “Toda a gente devia tratar bem os animais!”; “Gostava imenso que a Pipa voltasse, gostei imenso da presença da Pipa e da sua treinadora!”; “Consegue-se ver nos olhos da P.M. o prazer e o amor pelo trabalho que desenvolve e o brilho presente nos olhos!” (sic).

O grupo terapêutico masculino criou o seguinte título “Nós, em Terapia com as Qualidades da Pipa.” E as citações expressas foram: “Gostei muito da senhora P.M. é muito simpática e da Pipa!”; “Gostei muito de ver um animal bem tratado e treinado.”; “A Pipa desperta o melhor que há em nós.”; “Gostei de brincar e dar biscoitos à Pipa.”; “Os cães têm um amor incondicional pelos donos desde que sejam bem cuidados.”; “Os cães são como os seres humanos, têm alma por isso deviam ser respeitados.”; “Cão, o melhor amigo do homem, a sua companhia é terapêutico.” (sic).

O trabalho em equipa e o companheirismo foi sobrevalorizado em todas as sessões de TAA e nas atividades que as antecederam. No questionário de avaliação final, todos os elementos do grupo responderam “sim” a todas as questões fechadas.

Nas questões abertas, referiram: “Adorei.”; “A Pipa devia voltar.”; “Gostei mais da Pipa do que da Kira, mas podiam voltar as duas.”; “Gostei muito, tinha tantas saudades do meu cão.”; “Adorei que a P.M. tivesse trazido a Kira, ela sabia que era a minha raça preferida.”; “Gostava que tivesse sido mais tempo.”; “A repetir.”; “Quero aprender a treinar o meu cão.”; (sic)

4.2.7 Programa Psicoeducativo “*Stress* e Estratégias de *Coping*”

O programa Psicoeducativo “*Stress* e Estratégias de *Coping*”, cuja planificação se encontra em apêndice 11, visou apresentar novos conceitos, mas essencialmente realizar uma anátese de tudo o que foi transmitido ao longo do estágio, tendo como premissa realçar a informação transmitida anteriormente sobre o *stress* e a importância da utilização e aquisição de estratégias de *coping*, eficazes. De referir, que apenas na concretização deste programa, me foi permitido intervir com o grupo terapêutico do gênero feminino e masculino simultaneamente.

A primeira sessão visou refletir sobre o conceito de “*Stress*”, e a forma como este se manifesta no corpo humano, entre outros pontos considerados imprescindíveis para um melhor entendimento deste fenómeno.

O exercício prático desta primeira sessão teve como ponto de partida cinco cartazes e “balões de fala”, criados para a atividade. Cada elemento do grupo terapêutico foi incentivado a identificar a forma como o *stress* se manifesta no seu corpo, na sua mente, nas suas relações interpessoais, nas suas emoções e no seu comportamento, escrevendo em cada balão com cor respetivamente coincidente com a cor do cartaz onde iria ser afixado.

Na avaliação final da sessão, todos os elementos do grupo terapêutico assinalaram “sim” nas questões fechadas, relativamente às questões abertas surgiram as seguintes respostas “Gostei muito.”; “Adorei.”; “Senti-me muito confortável.”; “Muito interessante, a repetir.”; “Muito feliz, foi uma ideia incrível.”; “Gostava muito de voltar a repetir a sessão e que houvesse mais.” (Sic)

A segunda sessão “Prevenir o *Stress*: Relaxamento Respiratório e Relaxamento Autogénico de *Schultz*”, segundo Mousley (2015) afirma que os exercícios de relaxamento, são intervenções não farmacológicas de baixo custo com impacto na redução do *stress*. Serra (2002) assevera que a prática do relaxamento evidencia vantagens nos problemas de saúde relacionados com o *stress*.

Após transmitir a informação teórica, e esclarecer dúvidas, seguiu-se a prática do relaxamento respiratório e do relaxamento autogénico de *Schultz*. Cada pessoa com doença mental adotou uma posição confortável, assim, uns sentaram-se em cadeirões, outros em cadeiras, um elemento do grupo terapêutico colocou a cabeça sobre os braços em cima da mesa, uns permaneceram com os olhos abertos e outros fecharam-nos. A postura dos braços sobre as pernas, a postura da cabeça e dos ombros, e o fâcies foram progressivamente ficando leves e descontraídos, o ambiente era sereno, transmitia confiança e vontade ou necessidade de se relaxar. Apesar de existirem colchões na sala ninguém optou por realizar o relaxamento na posição deitada. Após a realização do exercício prático promoveu-se o diálogo, no qual surgiram vários testemunhas que fizeram alusão à importância da utilização e benefícios do relaxamento.

Todavia, pela relação terapêutica criada convidei um elemento do género masculino do grupo terapêutico para partilhar de forma mais ávida a sua experiência na realização do relaxamento respiratório. Foi interessantíssimo constatar a atenção que o grupo dedicou ao recital do colega.

Esta pessoa com doença mental e privada da liberdade há muitos anos, ficou muito grata por tudo o que acabo de relatar, o seu sorriso era contagiante e avassalador.

No final da sessão de relaxamento foi entregue tal como no início o “Termómetro do Relaxamento” com o objetivo de avaliar os efeitos do mesmo na pessoa com doença mental. Na avaliação realizada pré relaxamento o grupo terapêutico localizou-se entre os pontos três e quatro que indicam “Sinto-me pouco relaxado” e “Não me sinto relaxado”, respetivamente. No final do relaxamento todos os elementos modificaram o seu estado para o nível zero ou um “Sinto-me bem, estou calmo e muito relaxado” e “sinto-me relaxado”, respetivamente. O que me remete para o facto de o relaxamento ter sido impactante, produzindo os objetivos delineados.

Os elementos que se localizaram no “nível um” após a sessão de relaxamento, identificaram-se e referiram o motivo pelo qual não conseguiram atingir o “nível zero” na escala do “Termómetro do Relaxamento”, os motivos assomados foram os seguintes “Só consigo relaxar ao som da música *Enya May it be*”; “Não consigo fechar os olhos durante o relaxamento por isso, tudo se torna mais difícil.”; “A sala devia estar um pouco mais escura.”.

Na avaliação final da sessão todos os elementos assinalaram a resposta “sim” e nas questões abertas surgiu “Fantástico.”; “A repetir.”; “Admirada e alegre adorei.”; “Muito interessante.”; “Vou respirar mais vezes.”; “Sinto-me calma.”; “Senti-me acompanhada.”; “Muito bonito.”; “Obrigado, por tudo.” (sic)

Na última sessão deste programa psicoeducativo, procedeu-se à elaboração de um panfleto “Vamos Relaxar”, assim, construí um panfleto pré-preenchido com as principais ideias a reter deste percurso educativo, tendo por base a temática abordada. Portanto, nesta sessão, foi entregue um panfleto a cada elemento do grupo terapêutico e em conjunto procedemos ao seu preenchimento. Para avaliar a sessão, elaboração de um panfleto “Vamos Relaxar”, a qual coincidiu com o final do programa “*Stress e Estratégias de Coping*”, foi fornecido um questionário de avaliação ao grupo terapêutico, o qual mais uma vez se encontra em sintonia e responde “sim” a todas as questões fechadas. Nas questões abertas obtive as seguintes respostas, “Foi um programa muito interessante.”; “Parabéns, foi fantástico.”; “Foi um projeto muito bonito.”; “Muito bom, gostei muito de ter o tempo ocupado com coisas tão interessantes.”; “Aprendi muito.”, “Adorei.”, “Devíamos repetir tudo.” (sic)

No final do estágio levei dois bolos para confraternizar com o grupo terapêutico. Sendo um gesto simbólico teve como objetivo agradecer toda a colaboração e reconhecer a sua importância em todo o processo de aprendizagem e de autoconhecimento.

5. COMPETÊNCIAS DO EEESM – ANÁLISE REFLEXIVA

O EEESM consegue distanciar-se das situações clínicas e realizar uma interpretação fidedigna baseada em factos científicos permitindo-lhe assim, planear uma intervenção incluindo a pessoa com doença mental na elaboração do seu plano terapêutico.

Na prática clínica o EEESM mobiliza e desenvolve um conjunto de conhecimentos científicos, técnicos e humanos que lhe permitem criar relações terapêuticas autênticas assentes na perspectiva de que a pessoa com doença mental a ser cuidada é única e detentora de vulnerabilidades. Assim, a promoção e a prevenção da saúde mental mediante a realização de um diagnóstico de situação permitem ao EEESM adequar e estruturar intervenções terapêuticas que considera imprescindíveis, nunca descurando a necessidade e a pertinência da reabilitação e da reinserção psicossocial.

Os conhecimentos técnicos e humanos assumem uma particularidade ímpar em todo o processo de cuidar pois permitem demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão que se vai refletir nas vivências intrapessoais e interpessoais criadas com a pessoa com doença mental ao longo de todo o processo terapêutico.

Seguidamente, faço referência a cada uma das Competências Específicas do EEESM, de acordo com o Regulamento das Competências da OE (2010) enquadrando-as no meu processo de aprendizagem.

a) “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.”

A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal é essencial para a prática de enfermagem com repercussões diretas nas intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas a serem desenvolvidas refletindo-se nos resultados obtidos.

Segundo Goleman (2010), a inteligência emocional, implica que cada pessoa tenha a capacidade de reconhecer em si e nos outros sentimentos e emoções, bem como utilizar a motivação e a gestão emocional na sua intimidade e na relação com os outros. Cartwright e Solloway corroboram afirmando,

a inteligência emocional é a aptidão para compreender, aceitar e reconhecer as nossas próprias emoções e sentimentos, incluindo o seu impacto em nós mesmos e nos outros, e, para usar este conhecimento para melhorar os nossos comportamentos bem como para gerir e melhorar as nossas relações com os outros. (2015, p.1)

Os quatro pilares utilizados por Goleman (2010), para estruturar e definir a inteligência emocional são a Auto-Consciência, a Consciência Social, a Auto-Gestão e a Gestão de Relacionamentos. No decorrer do estágio foi possível constatar que me mobilizei enquanto instrumento terapêutico, pelo facto de evoluir diariamente no processo de autoconhecimento, tendo em consideração entre outros valores os pilares defendidos por Goleman

numa relação de ajuda, antes de tentar ajudar um indivíduo a progredir para a sua congruência, a enfermeira deve, em primeiro lugar, desenvolver em si própria esta característica. Rogers e Jourard concordam em dizer que um cliente não poderá progredir verdadeiramente na relação, se a pessoa que o quer ajudar for incongruente. (Lazure, 1994, p. 63)

O avanço constante dos conhecimentos científicos implica que o EEESM integre constantemente novas práticas de cuidados. A prática deve ser baseada na evidência, e norteada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Foram variados os obstáculos que surgiram na prossecução do estágio, exigindo reflexão, reorganização e uma readaptação constante. Face a esta problemática e sempre em benefício da relação terapêutica que pretendi criar e manter com o grupo de pessoas com doença mental internadas e com a equipa multidisciplinar tive que adotar várias estratégias adaptativas ao longo do estágio.

Durante todas as intervenções, permaneci consciente da envolvimento e da responsabilidade que acarreta trabalhar com a pessoa com doença mental, não permitindo que fenómenos de transferência e contratransferência interferissem em todo o processo, mantendo-me parca relativamente a assuntos desprezíveis à relação terapêutica.

Portanto, o trabalho pessoal foi realizado no sentido de dar resposta às barreiras colocadas pelo meio (institucionais e organizacionais), modificando a minha forma de ser e estar ajustando-me a cada novo desafio. A reflexão crítica diária após cada turno, permitiu-me aligeirar as minhas premissas tão enraizadas do que considero imprescindível à prática dos cuidados de enfermagem, o que me permitiu atenuar o perfeccionismo e focalizar-me nos resultados almejados.

b) “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.”

As planificações efetivadas tiveram em vista a promoção e a proteção da saúde, bem como a prevenção da recaída do estado de saúde geral da pessoa com doença mental.

O contacto com a pessoa com doença mental implica ter em consideração a sua cultura, etnia e valores, no sentido de compreender e ajustar a intervenção, o discurso e a relação terapêutica a ser criada. Portanto, foi necessário adequar as intervenções face às problemáticas que cada pessoa nos trazia no regaço, para que enquanto equipa multidisciplinar pudessemos intervir, “Na fragilidade dos assuntos humanos, na esfera do estar com os outros e no meio deles, a pessoa manifesta-se.” (Nunes, 2009, p.66)

O multiculturalismo também está presente na população reclusa assim, o EEESM tem que ser permeável e perspicaz a estas diferenças, e atuar sempre segundo os princípios éticos, bem como ter sensibilidade e capacidade para avaliar determinada situação clínica, com foco nos pormenores que a pessoa com doença mental deixa escapar.

A família, e ou o cuidador principal, são um forte e indispensável aliado à continuidade da relação terapêutica e na prossecução do plano terapêutico, o vínculo criado entre profissionais, pessoa com doença mental e família revela-se indispensável ao cuidar. Este é transversal a toda a rede de profissionais que envolve a pessoa com doença mental.

No decorrer do estágio a minha população alvo integrou a faixa etária de pessoas adultas portadoras de doença mental. Pelas características inerentes a cada contexto de estágio, bem como pelo pouco tempo que permaneci nos mesmos, não foi possível aceder e intervir com as famílias. No entanto, devo fazer alusão ao facto de ter constatado, a existência de uma frágil rede de apoio familiar, ou mesmo a sua inexistência, e não raras vezes, a este facto ainda se associa a escassa rede de recursos sociais.

Em cada consulta de enfermagem realizada e relação terapêutica criada, verificou-se que os assuntos trazidos a debate, pelo facto de serem identificados como sendo um foco de *stress* para a pessoa com doença mental, foram aumentando ao longo do estágio, o EEESM “(...) está atento ao conteúdo desta comunicação e ao serviço oferecido, mas também, ao modo de o oferecer e à forma como o cliente o recebe e reage perante ele.” (Chalifour, 2008, p. 28, vol. I).

A pessoa é um ser em permanente relação “Para tal, é essencial desenvolver as capacidades de atenção e sintonia relativamente a um processo presente em si-mesmo que compreende cinco etapas intimamente ligadas, que se tentam reproduzir continuamente e que consistem em reconhecer, acolher, escolher, agir e assumir.” (Chalifour, 2009, p. 12, vol. II)

As primeiras consultas de enfermagem suscitavam-me sentimentos de impotência e incapacidade pelo facto de desconhecer o historial de cada pessoa com doença mental. Esta inquietação e impotência diluiu-se no decorrer do tempo, pois fui associando rostos, conversas, histórias, preocupações e medos o que me permitiu interagir e relacionar-me com a pessoa com doença mental, demonstrando empatia e progredindo na relação terapêutica.

Para se criar uma relação terapêutica é necessário tempo, tempo de entrega e de contacto, considero que apesar da brevidade do estágio consegui criar relações terapêuticas, permitindo-me cuidar. Este acompanhado de uma atitude resiliente, de compaixão e emersa em esperança permite ao EEESM, não desistir face às adversidades da sua população alvo de intervenção.

c) “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.”

A realização de um diagnóstico de enfermagem implica a integração e interpretação de um conjunto de factos inerentes à pessoa e ao seu processo de doença. O pensamento crítico é imprescindível para o sucesso de todo o processo terapêutico, só assim se poderá organizar, avaliar, negociar, coordenar e integrar outras valências em benefício da pessoa com doença mental. O EEESM escortina toda a informação transmitida, sistematiza-a, a favor da determinação de um diagnóstico e dos resultados esperados.

O vínculo afetivo existente nas relações terapêuticas demonstra que a emoção é

ser capaz de ter vinculação a coisas e pessoas fora de nós; ser capaz de amar aqueles que nos amam e gostam muito de nós; ser capaz de afligir-se e enlutar-se na sua ausência; ser capaz de experimentar desejo, gratidão, e raiva justificada; não ter o seu desenvolvimento emocional interdito por medo ou inquietude. (Nunes, 2009, p. 139)

A planificação, negociação e elaboração de um plano terapêutico com a pessoa com doença mental visa que esta assuma protagonismo e uma atitude de responsabilidade no curso da sua doença. Diariamente no desempenho das minhas funções procedi à identificação de problemas reais e potenciais que implicassem risco para a população alvo da minha intervenção bem como as suas implicações no meio ambiente e em terceiros (família, amigos, grupo de pares e sociedade).

A intervenção precoce, é imprescindível na prevenção do aparecimento e exacerbação da sintomatologia psicótica, evitando desta forma, situações desagradáveis com a pessoa com doença mental no seu meio social.

A apresentação física, bem como o autocuidado assume aos olhos do EEESM a mesma importância que a avaliação psíquica, pois permite que se proceda a uma consciencialização das necessidades totais reais da pessoa com doença mental. Esta é observada de forma holística e perante este facto, associado com a relação terapêutica previamente criada, é possível aprofundar temáticas e problemáticas identificadas promovendo a saúde e prevenindo a doença mental, atuando aos três níveis de prevenção defendidos por Betty Neuman, corroborado com Saraiva(2014).

Promovi o empowerment permitindo à pessoa com doença mental consciencializar-se e progredir no seu processo de autoconhecimento, melhorando a relação com os pares, reconhecendo e gerindo os seus fatores de *stress* pela utilização de diferentes estratégias de *coping*. Segundo Stanhope e Lancaster (2011),

os enfermeiros devem ajudar todos os grupos vulneráveis a atingirem um maior sentido de empoderamento pessoal através de uma educação para a saúde eficaz e da disponibilização dos recursos necessários, porque uma das dimensões fundamentais da vulnerabilidade é a percepção da impotência, que pode levar ao desespero. (p. 763)

Sobrevalorizei a importância do trabalho em grupo, e das relações interpessoais pela dinamização constante de atividades. Incentivei a momentos de convívio e ao diálogo valorizando todas as características individuais e a autenticidade de cada pessoa com doença mental, promovi a esperança e a saúde mental. Dei visibilidade às suas atividades profissionais, pelo diálogo, demonstrando sempre interesse sobre a temática, colocando dúvidas, enaltecendo sempre o saber ser, o saber estar e o saber fazer. Nesta sequência promovi a concretização de atividades profissionais nomeadamente a manicure e a elaboração de penteados.

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

O EEESM, detém como principais características a capacidade de compreender e particularizar cada uma das estratégias interventivas, em prol da reabilitação, da reinserção social, e da recuperação da saúde mental.

A minha intervenção enquanto aluna e futura EEESM, baseou-se na realização de sessões psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

Com a implementação destas intervenções e baseando a minha ação numa forte base de otimismo e emotividade, bem como pelo facto de me encontrar em terreno sequioso de informação resolvi após diagnóstico das principais problemáticas, permitir que as minhas emoções se assemelhassem a areias movediças. De referir, que este diagnóstico foi realizado através da concretização de entrevistas clínicas semi estruturadas a todas as pessoas com doença mental, permitindo desta forma, e tendo por base os critérios de inclusão e exclusão definir o grupo alvo de intervenção terapêutica.

A psicoeducação foi realizada em vários momentos no decorrer do estágio todas as intervenções levadas a cabo visaram não a modificação da personalidade, mas a modificação comportamental, através de uma maior consciencialização dos factos e do *insight*. Corroborando com o que foi referido verifica-se na sequência do trabalho realizado uma reabilitação da pessoa com doença mental e uma maior facilidade na inserção social.

As estratégias de intervenção referidas permitem adequar respostas da pessoa com doença mental a problemas específicos relacionados com a doença mental, como exemplo, a adesão ao plano terapêutico, ensinamentos sobre o autocuidado, estratégias para lidar com as adversidades do quotidiano, em benefício do que se considera contribuir para uma readaptação e reinserção social, prevenção da recaída e promoção da qualidade de vida.

A conceção e concretização das sessões de intervenção foram aceites e aludidas pela pessoa com doença mental como tendo sido um ganho em saúde, permitindo escolhas e mudanças positivas no estilo de vida, através de uma atitude crítica e reflexiva.

Desenvolvi programas baseados em evidência científica, que implicou a mobilização de conhecimentos, vivências e o desenvolvimento de capacidades de âmbito terapêutico que me permitiram durante a prática clínica progredir no processo de autoconhecimento obtendo competências pessoais para a realização de intervenções relacionadas com as competências preconizadas no Regulamento das Competências Específicas do EEESM.

O envolvimento de outros profissionais quer da equipa multidisciplinar, quer do meio extra-hospitalar revelou-se imprescindível para a diminuição do estigma social face à população psiquiátrica e reclusa, o respeito por estes foi constatado na opinião elaborada após se realizarem os programas e concomitantemente após o contacto com esta população.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adequação das intervenções a contextos problemáticos é, não raras vezes influenciada por variáveis que não conseguimos prever logo, impossíveis de controlar. Assim, por exemplo, a entrevista clínica que no projeto estava preconizada ser desenvolvida em contexto comunitário, não foi possível realizar pelo que, esse objetivo transitou para a segunda parte do estágio. A forma abnegada, com que enfrentei todas as adversidades, permitiu-me atingir, em toda a plenitude, os objetivos delineados no projeto de estágio.

A consciencialização dos princípios éticos Beneficência, não Maleficência, Justiça, Respeito e Autonomia bem como a humanização dos cuidados e a dignificação da qualidade de vida promoveu a relação empática e desta forma permitiu-me a possibilidade de realizar uma correta apreciação na obtenção de dados clínicos imprescindíveis ao plano terapêutico.

O crescimento pessoal associado ao processo de autoconhecimento, não pode ser alheio a uma perspetiva de intervenção no âmbito da enfermagem pois, o enfermeiro é um agente de mudança e de transformação que afigura um conjunto amplo e diversificado de funções.

Aprofundar conhecimentos na área comunicacional revelou-se fulcral para progredir na relação terapêutica. A assertividade, o respeito e a dedicação à pessoa com doença mental devem estar bem patentes em todos os atos do cuidar. Valorizar queixas, ouvir atentamente, demonstrar preocupação e resiliência devem ser valores presentes em toda a equipa multidisciplinar.

No âmbito do estágio realizado foram desenvolvidas muitas intervenções que não constam neste relatório pelo facto de estarem enquadradas nas competências do enfermeiro generalista não assumindo desta forma lugar de destaque, visto o meu foco ser a aquisição de competências específicas do EEESM. No entanto, urge referir que não prescindi de realizar estas intervenções, pelo que foram valorizadas ao longo de todo o estágio com o objetivo de criar e fortalecer relações terapêuticas e vínculos afetivos que me permitissem melhores resultados e uma maior adesão ao programa que iria colocar em prática.

No decorrer do estágio surgiram pontos negativos que foram um obstáculo ao fluir das intervenções terapêuticas planificadas. As greves dos Guardas Prisionais, não me permitiram o acesso ao grupo terapêutico. As datas festivas como o dia de São Martinho, o Natal, a entrada no novo ano e o dia de Reis, implicaram igualmente uma paragem na concretização das minhas intervenções.

O querer fazer, acompanhado do anseio de estar com pessoas com doença mental, remeteu-me invariavelmente para a necessidade de não poder ser demasiado perfeccionista, as condições proporcionadas não me permitiam organizar de forma a colocar em prática de forma taxativa tudo o que planeava.

Assim, diariamente fui confrontada com o facto de existirem reuniões, de não haver profissionais em número suficiente para levar o grupo terapêutico até à sala que eu considerava ser a mais adequada para a intervenção, entre muitos outros factos. Perante esta realidade procurei ser sempre resiliente e persistente tendo em mente os ideais e a firmeza na busca da concretização dos objetivos previamente delineados.

Apesar de todos os contratemplos e porque o tempo persistia em passar, numa atitude proativa dei início, de forma mais evidente, às intervenções terapêuticas relacionadas com a aquisição de competências específicas do EEESM.

Ao longo deste trabalho não me referi à pertinência da existência de um coterapeuta, talvez por considerar óbvia e imprescindível a sua presença. Devo enfatizar a sua importância e referir que fui presenteada pela assistência constante da minha orientadora de estágio/coterapeuta que contribuiu para o sucesso das intervenções realizadas, desde a sua génese em forma de planificação à sua concretização.

Numa análise mais minuciosa há a relevar, a aquisição de competências de intervenção com a pessoa com doença mental com historial de comportamentos agressivos, na gestão do *stress*; competências na realização da entrevista clínica; progressos no processo de autoconhecimento melhorando a minha intervenção; aquisição de competências na realização da técnica de relaxamento respiratório e autogénico de *Schultz*; a utilização pioneira da Arte-Terapia no meu percurso profissional, e o desejo ávido de continuar a investigar conhecimentos nesta área.

O receio de estar perante um grupo de pessoas com doença mental, e a necessidade de realizar intervenções terapêuticas, assumindo e gerindo o grupo de forma adequada e assertiva, foi um dos grandes desafios com que me confrontei. Atualmente orgulho-me de todo o percurso realizado pelo que ambiciono aumentar o número de pessoas com doença mental constituintes do grupo alvo de intervenção.

As intervenções de Enfermagem devem ser determinadas e orientadas para os fatores de *stress*, sejam estes reais ou potenciais, mas que podem vir a afetar ou afetam, a harmonia e o funcionamento da pessoa com doença mental, a qual está inserida num ambiente e é influenciada por este.

De acordo com Neuman torna-se imprescindível atuar aos três níveis de prevenção, primária, secundária e terciária. Sendo este facto ambicioso, mas concretizável a médio, longo prazo, através de medidas organizadas e estruturadas de intervenção, tendo por base o aumento da Literacia em Saúde Mental.

Face a tudo o que foi referido sinto ter adquirido e desenvolvido todas as competências definidas para o EEESM, sendo que todas as intervenções descritas tiveram em consideração as boas práticas preconizadas para esta área científica do saber.

Em abono do sucesso alcançado no período de estágio não resisto à tentação de referir que me foi proposto, pela orientadora do segundo estágio, a realização de uma apresentação, sobre o percurso de aprendizagem enquanto aluna da Pós-Licenciatura de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, à equipa multidisciplinar e à Direção do Hospital.

Agradada com a apresentação e com os resultados apresentados a Senhora Diretora do Hospital considerou relevante o trabalho realizado e a inovação trazida aos cuidados prestados no estabelecimento.

Assim, e de forma perentória, deu indicação para que se agilisassem contactos no sentido de se realizar um protocolo com uma escola, com o objetivo de dar resposta aos défices de estimulação psíquica e cognitiva constatados. Foi comunicada à equipa multidisciplinar a criação de um atelier de artes, para permitir a expressão emocional tão contida nesta população. Estas atividades têm início programado para setembro de 2018. Foi promovida a integração laboral de cinco pessoas com doença mental, estáveis do ponto de vista clínico, alvo da minha intervenção, em atividades profissionais remuneradas no serviço de lavandaria e cozinha do hospital. Foi-me solicitado a elaboração de um projeto de intervenção, no âmbito da TAA, o qual intitulei, “O Fenómeno da Terapia Assistida com Animais, na Pessoa com Doença Mental em reclusão.”, que depois de apresentado foi remetido para despacho superior aguardando, neste momento, financiamento por parte do Ministério da Justiça.

A minha continuidade no hospital foi um desejo manifestado pela Direção bem como a continuação dos projetos apresentados, e a elaboração de futuros, tendo sido já certo o mês de julho como data da minha transferência para o SPA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA. (2015). *Guia de Referência Rápida para os Critérios de Diagnóstico, DSM - 5*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Abreu, C. et al. (2008). *Atividade assistida por animais no Lar Augusto Silva*. Lavras/MG: UFLA.
Disponível em: <http://www.proec.ufla.br/conex/ivconex/arquivos/trabalhos/a114.pdf>. Acedido em 05 março de 2018.
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de enfermagem em saúde mental mediante a CIPE*. Lisboa: Lusociência.
- Amell, R., Llandrich, J. (2008). *Validez de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos*.
Disponível em: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10673/validez_de_un_programa.pdf. Acedido em 31 de março de 2018.
- Appley, M. H., Trumbull, R. (1967). *On the concept of psychological stress- in Psychological Stress*. Nova Iorque: Appleton Century Crofts.
- Bibbo, J. et al. (2018). *Walking with dogs has multiple benefits*. Pet Partners, Spring, 7
- Cartwright, A. e Solloway, A. (2015), *Inteligência Emocional, Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Profissional*. Lousã: Monitor.
- Casanova, M. P. (2008). *Relatório: Algumas Normas Metodológicas*. Ramada: Escola Secundária da Ramada.
- Callegari, A. (2000). *Como vencer o stress, a ansiedade e a depressão*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Carvalho, C. (2003). *Corpos Minados: um estudo exploratório no espaço interno da cultura prisional*. Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Carvalho, R. (2009). *Construindo pontes com a imaginação: Arte-Psicoterapia Analítica Grupal*. *Arte Viva, Revista Portuguesa de Arte-Terapia*, 1, 9-26
- Carvalho, R. (2011). *Introdução à Arte-Terapia*. *Arte Viva, Revista Portuguesa de Arte-Terapia*, 2, 8-16
- Carvalho, R. (2013). *Um Amor do Coração: Arte-Terapia em Portugal – Uma Perspectiva plurifacetada*. *Arte Viva, Revista Portuguesa de Arte-Terapia*, 3, 9-14
- Capote, P. (2009). *Terapia Assistida por Animais e Deficiência Mental: análise do desenvolvimento psicomotor*. São Paulo.

- Chalifour, J. (2008) *A intervenção terapêutica, os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*, Vol. I. 1ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009) *A intervenção terapêutica, Estratégias de intervenção*, Vol. II. 1ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Charron, C. et al. (2013). *Dicionário de Psicologia da A a Z*. Lisboa: Escolar Editora.
- Cordeiro, J. (2016). *Manual de Psiquiatria Clínica*. 5ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Correia, D. (2011). *Psiquiatria de Ligação na Prática Clínica*. Lisboa: Lidel.
- Cox, T.; McKay, C. J. (1981). *A transactional approach to occupational stress*, in J. Corlett e J. Richardson (eds.) – *Stress. Productivity and Work Design*. Chichester. Wiley.
- Cunha, M. P., et al (2016). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. 6ª Edição. Lisboa: Editora RH.
- Cyssau, C. (2005). *A entrevista em Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Decreto-Lei n.º 8/2010, Diário da República n.º 19/2010, Série I de 2010-01-28
Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/616776>, Acedido em 10 de janeiro de 2018
- Direção-Geral da Saúde (DGS). *Medidas Preventivas de Comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física*. Circular Normativa nº8/ DSPSM/DPCS de 25 de Maio de 2007.
Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer-CE-226-2009.pdf>. Acedido em 10 de fevereiro de 2018
- Dollard, J., Doob, L. W., Miller, N. E., Mowrer, O. H. e Sears, R. R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven. Yale University Freer.
- Doron, R., Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Enelow, A. et al. (1999). *Entrevista Clínica e cuidados ao paciente*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Enfermeiros, O. d. (20 de outubro de 2010). *Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Proposta Apresentada pelo Conselho Diretivo, após Aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria em 25/09/2010, pp. 4-7.
- Espada, C. (2013). *Gerir o stresse em tempo de crise*. Lisboa: Pergaminho.
- Favrod, J., Maire, A. (2014). *Recuperar da Esquizofrenia*. Loures: Lusociência.
- Ferreira, M., et al. (2005). *Ética e Profissão, Relacionamento interpessoal em enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

- Ferraz, M., Dalmann, E. (2012). *Metodologias Expressivas na Comunidade*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial Lda.
- Ferraz, M., Dalmann, E. (2013). *Saúde em Expressão*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial Lda.
- Ferraz, M. (2011). *Educação expressiva*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial Lda.
- Ferraz, M. (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial Lda.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Goleman, D., (2010), *Inteligência Emocional*. Maia: Temas e Debates.
- Gonçalves, O. F. (2014). *Terapias Cognitivas, Teorias e Práticas*. 6ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.
- Graziani, P., Swendsen, J. (2007). *O stress- emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Greenberg, L. (2014). *Terapia Focada nas Emoções*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Guerrinha, M.P. (2013). *Arte-Terapia em Meio Prisional Feminino*. *Arte Viva, Revista Portuguesa de Arte-Terapia*, 3, 63-68
- Lazarus, R. S. e Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing. Nova Iorque.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Leff, J. (2000). *Cuidados na comunidade, ilusão ou realidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Maia, L. et al. (2009). *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica*. Lisboa: Lidel.
- Manes, S. (2014). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos*. Lisboa: Paulus.
- Mascarenhas, N. (2011). *Modelar as Emoções Submersas. Modelagem com Barro em Arte-Terapia/Psicoterapia*. *Arte Viva, Revista Portuguesa de Arte-Terapia*. Nº2. P. 21-23
- Mason, T., Chandley, M. (1999). *Managing violence and aggression – a manual for nurses and health care workers*. Edinburgh: Churchill Livingstone – Harcourt Brace and Company Limited.
- Neuman, B. (1982). *The Neuman systems model: Application to nursing education and practice*. Norwalk. CT: Appleton-Century-Crofts.

- Neuman, B. e Fawcett, J. (Eds). 2011. *The Neuman Systems Model*. 5ª edição. Boston: Pearson.
- Nunes, L. (2009). *Ética: Raízes e Florescências em todos os caminhos*. Loures: Lusociência.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Palmer, S. e Cooper, C. (2011). *Como lidar com o stress*. Carnaxide: Criando sucesso.
- Parreira, A. (2006). *Gestão do stress e da qualidade de vida, um guia para a acção*. Lisboa: Monitor.
- Payne, A. (2003) *Técnicas de relaxamento*. Loures: Lusociência.
- Phanuef, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, A. e Silva, A. (2005). *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019, p. 4.
Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019-Ofi%CC%81cial-Anexo-III.pdf>. Acedido em 14 de fevereiro de 2018
- Prado-Lima, P. A. S. (2009). *Tratamento farmacológico da impulsividade e do comportamento agressivo*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (Supl. II) (58-65). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a04.pdf>. Acedido em 7 de março de 2018.
- *Programa Nacional para a Saúde Mental*, DGS, 2017. Acedido em 24 de março de 2018.
- Ramírez, F. (2001). *Condutas agressivas na idade escolar*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Ramos, M. (2016). *Confronto do stress, fatores psicossociais e saúde no trabalho*. Olivais: Editora RH.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio, prevenção do stress no trabalho*. Olivais: Editora RH.
- Ribeiro, J. P. (2007) *Avaliação em psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Roux, G. (2009). *Criatividade, inspiração e criação*. *Arte Viva, Revista Portuguesa de Arte-Terapia*, 1, 27-36
- Saraiva, C. B. et al. (2014) *Suicídio e Comportamentos Autolesivos*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, J. *Desenvolvimento pessoal*. 2012. 6ª edição. Lisboa: Monitor.
- Seley, H. (1956). *The stress of life*. New York. McGraw-Hill.
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Stanhope, M. et Lancaster, J. (2011) *Enfermagem de Saúde Pública*. Loures: Lusodidacta.

- Stroebe, W., Stroebe, MS (1995). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget
- Thompson, I. E., et al (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Tomey, A. M., e Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: Lusociência.
- Townsend, M. (2011) *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiática, Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª Edição. Lisboa: Lusociência.
- Vieira, F. et al (2016). *Terapia Assistida por animais e sua influência nos níveis de pressão arterial de idosos institucionalizados*. São Paulo. Revista, 3. julho-setembro, 122-127
- Vivaldini, V. (2011). *Terapia Assistida por Animais: Uma Abordagem Lúdica Em Reabilitação Clínica De Pessoas Com Deficiência Intelectual*. São Bernardo do Campo. Universidade Metodista de São Paulo, Faculdade da Saúde. Disponível em: <http://tede.metodista.br/jspui/bitstream/tede/1462/1/Viviane%20Heredia%20Vivaldini.pdf>. Acedido em 20 de dezembro de 2017
- WHO. (2001) *Livro de recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*

Apêndices

Apêndice 1 – Questionário de Avaliação Final

Questionário de Avaliação Final

Sessão: _____

A sua opinião é muito importante, agradeço desde já a sua valiosa colaboração através do preenchimento do seguinte questionário.

Utilize a escala de avaliação entre o valor 1 e 2, sendo:

1 – Sim
2 – Não

Assinale a resposta com uma cruz (x) no quadrado pretendido. Para informações complementares preencha o espaço “Observações”.

- | | 1 | 2 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - O conteúdo da sessão foi interessante? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - A forma de exposição permitiu uma melhor compreensão? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sentiu-se motivado durante a sessão? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - A linguagem utilizada foi acessível? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - O método utilizado motivou a participação do grupo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sentiu-se bem na interação com o formador? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sentiu-se bem na interação com o grupo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - O material utilizado foi o adequado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gostou da estratégia de coping apresentada para diminuir o stress? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gostou da estratégia de coping apresentada para a prevenção do stress? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Numa expressão defina como se sentiu no decorrer da sessão.

● Observações

Obrigada pela Colaboração!! 😊

Apêndice 2 – Programa Psicoeducativo “*Stress e Estratégias de Coping*”

Programa Psicoeducativo “*Stress* e Estratégias de *Coping*”

A palavra *stress* vem do latim *stringere*, que significa “opressão”. O *stress* faz parte do nosso quotidiano, se bem gerido, pode ter efeitos positivos, no entanto quando adquire grandes proporções reflete-se de forma negativa nas mais variadas situações de vida da pessoa, particularmente da pessoa com doença mental.

A vulgarização do conceito *stress* entrou definitivamente no nosso vocabulário, traduzindo o desconforto existencial sentido pela pessoa no seu dia-a-dia. O *stress* a que a pessoa com doença mental está sujeita no quotidiano tem repercussões a nível físico, psíquico, comportamental, emocional e relacional.

Selye (1956), contribuiu de forma significativa para a compreensão do *stress* nos anos 70, defendendo entre outros ideais que a gestão do *stress* é a forma pela qual se gerem as exigências e pressões a que somos submetidos no dia-a-dia. O momento a partir do qual a pressão passa de benéfica a nefasta varia de pessoa para pessoa e também apresenta variações no decorrer da vida do ser humano, estas oscilações representam um desafio na gestão do *stress*.

Quando a pessoa com doença mental tem a perceção de deter capacidades intrínsecas que lhe permitem “lidar com” as adversidades do meio ambiente, pode afirmar-se que existe um estado de equilíbrio. O facto de existir este equilíbrio remete-nos para a eficácia da resolução da situação de *stress* aquando da exposição ao agente stressor. Verificando-se redução dos níveis de ansiedade e aumento das capacidades de *coping*,

o *stress* verifica-se quando há um desequilíbrio entre as exigências ambientais e as capacidades de resposta do organismo (capacidades de *coping*). Enquanto conceito relacional, o *stress* traduz esse desequilíbrio, que varia com o estado psicológico da pessoa, com as condições ambientais físicas, com a interpretação/avaliação individual que a pessoa faz das situações concretas e com as percepções que os indivíduos delas possuem e desenvolvem. (Fonseca, 2011, p. 62)

O programa criado “*Stress* e Estratégias de *Coping*” irá decorrer de forma faseada, em 4 sessões, como retrata a planificação seguinte.

Planificação do Programa Psicoeducativo
“Stress e Estratégias de Coping”

Aluna: C.E.

Enfermeiras Orientadoras: I.A. e I.C.

Professor Orientador: C.D.

População alvo: Grupo terapêutico em acompanhamento na EC

Número de sessões: 4

Duração de cada sessão: 1h30min

Dias da realização das sessões: 4, 12, 18 e 25 de outubro de 2017

Local: Sala de Reuniões do Hospital

Número e Nome da Sessão:

1ª Sessão
“O Stress”

Objetivo Geral:

- Promover a Literacia em Saúde Mental.

Objetivos Específicos:

- Perceber o conceito *stress*;
- Identificar situações promotoras de *stress*;
- Elucidar sobre a pertinência da identificação precoce do agente stressor;
- Identificar sinais e sintomas de *stress*;
- Enaltecer a importância da adoção de estratégias de coping eficazes;
- Sensibilizar para a adoção de estratégias de *coping*, eficazes, na gestão do *stress*;
- Promover a interação, a coesão e a dinâmica grupal;
- Facilitar a reinserção social.

Atividades:

- Apresentação de todos os elementos constituintes do grupo terapêutico;
- Partilha de expectativas face ao programa que se inicia;
- Desconstrução do conceito *stress*;
- Reflexão sobre experiências vivenciais, indutoras de *stress*;
- Apresentação teórica da sessão (*Power Point*);

- Concretização de uma atividade designada “Como me sinto quando estou em *stress*?”;
- Síntese sobre a temática abordada;
- Esclarecimento de dúvidas.

Metodologia:

- Expositiva;
- Argumentativa;
- Interativa;
- Prática.

Material:

- Computador;
- Projetor multimédia;
- Cartões;
- Canetas;
- Pioneses;
- Quadro temático;
- Folha de presenças.

Avaliação:

- Preenchimento de um cartão, onde está escrito “Como me sinto quando estou em *stress*?”;
 - Questionário de Avaliação Final da Sessão.
-

Número e Nome da Sessão:

2ª Sessão

“A Importância de Prevenir o *Stress*”

Objetivo Geral:

- Prevenir a Doença Mental.

Objetivos Específicos:

- Promover as relações interpessoais;
- Facilitar a partilha de vivências relacionadas com a temática *stress*;
- Incentivar à prevenção do *stress*;
- Elucidar sobre a pertinência da prevenção do *stress*;

- Esclarecer sobre os benefícios e malefícios do *stress*;
- Promover hábitos saudáveis para a prevenção e diminuição do *stress*;
- Facilitar a identificação, individual, das estratégias de *coping* inerentes a cada pessoa com doença mental;
- Enaltecer a pertinência da utilização de estratégias de *coping*;
- Promover a adoção de novas estratégias de *coping*;
- Esclarecer dúvidas.

Atividades

- Apresentação teórica da sessão em *Power Point*;
- Realizada referência à sessão anterior, recordando conceitos;
- Promovido espaço de partilha de experiências e opiniões relacionadas com o tema da sessão;
- Realizada construção de cartazes com imagens e citações, previamente impressas, alusivas ao título da sessão.

Metodologia

- Expositiva;
- Argumentativa;
- Interativa;
- Prática.

Material

- Computador;
- Projetor multimédia;
- Canetas;
- Molas;
- Cartolinas;
- Cartões com citações impressas;
- Fio colorido;
- Imagens apelativas;
- Bostik;
- Papel para plastificar;
- Folha de presenças.

Avaliação

- Construção de cartazes, alusivos à temática da sessão e aos subtemas que a constituem;
 - Questionário de Avaliação Final da Sessão.
-

Número e Nome da Sessão:

3ª Sessão

“Relaxamento Respiratório e Relaxamento Autogénico de Schultz”

Objetivo Geral:

- Promover a Saúde Mental.

Objetivos Específicos:

- Promover o autocontrolo perante situações de *stress*;
- Promover a adesão ao esquema terapêutico medicamentoso;
- Refletir sobre a importância da utilização das estratégias de *coping*;
- Adquirir competências na realização da técnica do Relaxamento Respiratório e do Relaxamento Autogénico de *Schultz*;
- Realizar o Relaxamento Respiratório e o Relaxamento Autogénico de *Schultz*;
- Contribuir para o bem-estar pessoal de cada elemento do grupo;
- Promover a partilha de sentimentos e emoções decorrentes da prática do relaxamento;
- Promover a esperança;
- Facilitar a reinserção social.

Atividades

- Apresentação teórica da sessão em *Power Point*;
- Síntese da informação transmitida nas sessões anteriores;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Partilha de vivências de *stress* que surgiram no decorrer da semana relacionando o facto com os subtemas do programa “*Stress e Estratégias de Coping*”;
- Realizar a transição dessas experiências vivenciais e estratégias de *coping* adotadas para a temática da 3ª sessão;
- Preenchimento de um documento com um “Termómetro do Relaxamento” pré e após a sessão;
- Realizar o Relaxamento Respiratório e o Relaxamento Autogénico de *Schultz*;

- No final da dinâmica é servido um chá (Camomila e Limão) a todos os participantes e promovido um espaço de partilha de sentimentos e emoções.

Metodologia

- Expositiva;
- Argumentativa;
- Interativa;
- Prática.

Material

- Canetas;
- Computador;
- Projetor multimédia;
- Colunas de som;
- Música;
- Colchões;
- Almofadas;
- Chá;
- Copos;
- Folha de presenças.

Avaliação

- Avaliação pré e após relaxamento através do preenchimento de um documento com um “Termómetro do Relaxamento”;
 - Questionário de Avaliação Final da Sessão.
-

Número e Nome da Sessão:

4ª Sessão

Elaboração de um Panfleto “Vamos Relaxar”

Objetivo Geral:

- Promover a reflexão crítica sobre a temática.

Objetivos Específicos:

- Ampliar a plasticidade mental criando novas respostas e novas visões sobre a problemática em estudo;

- Reforçar a importância da adesão a medidas não farmacológicas na gestão do *stress*;
- Enaltecer a importância da prevenção do *stress*;
- Incentivar para o uso adequado e assertivo das estratégias de *coping*;
- Valorizar a rede de apoio, coesa e organizada de todas as pessoas com doença mental integradas na EC;
- Promover a coesão grupal;
- Facilitar a Reinserção Social.

Atividades

- Síntese sobre os pontos fulcrais do programa psicoeducativo;
- Apresentação da sessão em *Power Point*;
- Elaboração de um panfleto com os pontos-chave do programa psicoeducativo “*Stress e Estratégias de Coping*”;
- Projeção do panfleto para auxiliar à escrita/ preenchimento do mesmo;
- No final da sessão todos os participantes são convidados a conversar sobre o programa;
- Entrega dos certificados de participação no programa psicoeducativo, “*Stress, e estratégias de Coping.*”

Metodologia

- Expositiva;
- Argumentativa;
- Interativa;
- Prática.

Material

- Computador;
- Projetor multimédia;
- Panfletos;
- Canetas;
- Certificados;
- Folha de presenças.

Avaliação

- Questionário de Avaliação Final da Sessão.

Apêndice 3 – Termómetro do Relaxamento

Código: _____

Avaliação da Intervenção Terapêutica:

Relaxamento Respiratório e Relaxamento Autogénico de *Schultz*.

Termómetro do Relaxamento³

1. Coloque uma cruz (x) no quadrado que corresponde à face que melhor representa o seu estado neste momento (**antes da sessão** de relaxamento).

The image shows a vertical thermometer-like scale with four levels. Each level has an emoji on the left, a description in the middle, and a checkbox on the right. The levels are: 4 (worried face), 3 (neutral face), 1 (happy face), and 0 (thumbs up face). The thermometer itself is a vertical bar with a blue bulb at the bottom and a red top, with colors transitioning from blue to red through green and yellow.


	4- Não me sinto relaxado	<input type="checkbox"/>
	3- Sinto-me pouco relaxado	<input type="checkbox"/>
	1- Sinto-me relaxado	<input type="checkbox"/>
	0- Sinto-me bem, estou calmo e muito relaxado	<input type="checkbox"/>

Termómetro do relaxamento

³Termómetro do Relaxamento, versão adaptada da Escala de Faces de *Wong-Baker* e Termómetro Emocional.

Código: _____

2. Coloque uma cruz (x) no quadrado que corresponde à face que representa o seu estado neste momento (**após** a sessão de relaxamento).

		4- Não me sinto relaxado	<input type="checkbox"/>
		3- Sinto-me pouco relaxado	<input type="checkbox"/>
		1- Sinto-me relaxado	<input type="checkbox"/>
		0- Sinto-me bem, estou calmo e muito relaxado	<input type="checkbox"/>

Termómetro do relaxamento

Apêndice 4 – A Caça à Surpresa

Intervenção Lúdica e Pedagógica - “A Caça à Surpresa”

A intervenção intitulada “A Caça à Surpresa” foi planeada e posteriormente desenvolvida no último dia de estágio na EC. O título, surge do facto de esta ter sido planeada à imagem do jogo “A caça ao Tesouro”.

A estrutura inerente a cada jogo favorece a dinâmica dentro do grupo, de acordo com Manes (2014), estão associadas a cada jogo regras e prescrições que orientam a atitude comportamental da pessoa com doença mental. O relacionamento interpessoal é promovido no seio do espaço lúdico criado. O lúdico permite igualmente enaltecer temáticas, associadas a cada pessoa individualmente ou mesmo relativas à vida do grupo, sendo um simulacro da realidade. Todos os momentos lúdicos e pedagógicos devem ser preparados de forma adequada e de acordo com a população alvo, garantindo a segurança e o bem-estar de os todos envolvidos.

No processo de aprendizagem existe interação entre as componentes cognitiva e afetiva do funcionamento psicológico da pessoa com doença mental. Promover o bem-estar psíquico e emocional da pessoa com doença mental é difícil e desafiante, pelo que a adoção de estratégias diversificadas e prazerosas aumentam a probabilidade de se conseguirem atingir os objetivos propostos,

cuidar é antes de mais, acolher o outro, ir ao seu encontro, ousar a comunicação, numa abertura de espírito feita de tolerância, de calor humano, de autenticidade. É no respeito pela identidade de cada um que se pode construir uma relação de confiança que transmita segurança. (SFAP, 1999, p. 27)

O jogo permite brincar e adquirir capacidades na autoapreciação realística e facilita a criação de relações interpessoais corretas e gratificantes. Permite trabalhar e ativar contemporaneamente três dimensões da atividade psicológica, a dimensão emotivo-afetiva, a dimensão cognitiva e a dimensão experiencial. Segundo Manes (2014), “Os indivíduos e o grupo permanecem duas entidades diferentes, regidos por “leis” autónomas. A tarefa do animador será a de facilitar os processos individuais e os processos do grupo de modo a favorecer a sua harmonização.” (p. 10)

Planificação da Sessão Lúdica e Pedagógica “A Caça à Surpresa”

Aluna: C.E.

Enfermeiras Orientadoras: I.A. e I.C.

Professor Orientador: C.D.

População alvo: Grupo terapêutico em acompanhamento na EC

Número de sessões: 1

Duração da sessão: 1h30min

Dia da realização da sessão: 26 de outubro de 2017

Local: Zona envolvente do Hospital, recintos e jardins.

Nome da Sessão:

“A Caça à Surpresa”

Objetivo Geral:

- Promover o autoconceito e autoestima do grupo terapêutico;

Objetivos Específicos:

- Promover a interação entre os elementos do grupo terapêutico;
- Desenvolver a capacidade cognitiva;
- Estimular o raciocínio lógico;
- Realizar exercício físico;
- Consciencializar para os benefícios da caminhada ao ar livre;
- Desfrutar das áreas verdes envolventes do hospital;
- Promover a adoção de novas estratégias de coping (caminhada, o convívio e as atividades lúdicas como jogos ao ar livre);
- Contribuir para o bem-estar pessoal de cada elemento do grupo;
- Reforçar a importância da adesão a medidas não farmacológicas na gestão do *stress*;
- Enaltecer a importância da prevenção do *stress*;
- Valorizar a rede de apoio, coesa e organizada que a EC proporciona;
- Promover a partilha de sentimentos decorrentes da participação na intervenção Lúdica e Pedagógica “A caça à Surpresa”;
- Promover a interação entre profissionais do hospital e a pessoa com doença mental;

- Envolver profissionais do hospital diminuindo o estigma associado à pessoa com doença mental;
- Promover a reinserção social;
- Promover sorrisos.

Atividades:

- Apresentar os objetivos da atividade “A Caça à Surpresa”;
- Elaborados cartões com pistas, os quais foram colocados em envelopes fechados, e colocados criteriosamente em determinados locais do Hospital, traçando desta forma o percurso a ser concretização no decorrer da atividade.

As pistas escritas em cada cartão foram as seguintes:

1ª pista: “Vens cá para conviver, comer e beber ou apenas para uma simples bica beber.

O que sou?”

Resposta: Bar.

Dica: Um de nós vai perguntar à senhora funcionária que está na caixa registadora se alguém deixou alguma coisa para o grupo da Saúde Mental.

2ª pista: “Sempre que aqui vens por lá entras, sempre que daqui vais por lá sais... O que sou?”

Resposta: Portaria.

Dica: Um de nós vai perguntar ao senhor segurança se alguém deixou alguma coisa para o grupo da Saúde Mental.

3ª pista: “Tiram sangue com uma agulha. Sempre sem doer. Para saber o resultado é lá que tenho que ir ter.”

Resposta: Laboratório.

Dica: Um de nós vai perguntar ao senhor administrativo do laboratório se alguém deixou alguma coisa para o grupo da Saúde Mental.

4ª pista: “Tinóni... tinóni... tinóni... Olha a ambulância a que velocidade ela vai tem um doente grave, deixem passar. Em que serviço o doente vai entrar? E quem vai zelar pela paz preservar?”

Resposta: Serviço de Urgência, e o Senhor Segurança.

Dica: Um de nós vai perguntar ao senhor segurança se alguém deixou alguma coisa para o grupo da Saúde Mental.

5ª pista: “Avé Maria cheia de graça... rezas quando vens visitar-me. Visitas-me porque tens fé. O que sou?”

Resposta: Capela.

Dica: Duas pessoas procuram em volta da capela um envelope grande, mas não o abrem!

6º pista:

“Vamos à nossa volta olhar,

E tentar encontrar,

Alguém a acenar,

Para nos encaminhar,

Até ao nosso ponto,

Para abancar e festejar.”;

- Em todos os locais havia algo, previamente deixado aquando da organização da atividade, a ser entregue ao grupo, com o objetivo de se ir desvendando a surpresa final;
- Objetos recolhidos:

1ª paragem: confétis;

2ª paragem: sacos individualizados, para oferecer a cada elemento do grupo terapêutico, com guloseimas;

3ª paragem: sumos e água;

4ª paragem: pratos, garfos, guardanapos e copos;

5ª paragem: envelope grande fechado, com indicação escrita de “Não abrir!”;

6ª paragem: mesa decorada e dois bolos.

- O envelope grande foi aberto no final do convívio por um elemento do grupo terapêutico. Este continha um colorido cartaz desdobrável com a mensagem “Nós somos um grupo fantástico!”;
- Posteriormente e para finalizar ofereci um puzzle com 1500 peças ao grupo terapêutico.

Metodologia:

- Interativa;
- Prática.

Material:

- Bolo;
- Garfos;
- Facas;
- Bebidas;
- Rebuçados;
- Copos;

- Pratos;
- Guardanapos;
- Toalha de mesa;
- Cartolinas;
- Cola;
- Canetas;
- Envelopes;
- Confétis.
- Folha de presenças.

Avaliação:

- Foi realizada através da comunicação verbal e não verbal, pela partilha de sentimentos e emoções decorrentes desta vivência.

Apêndice 5 – Reconstruir Memórias

Sessão Lúdica e Pedagógica “Reconstruir Memórias”

A construção de um puzzle é considerada uma atividade complexa e ativa e não um simples passatempo, pelo facto de fomentar o desenvolvimento de diferentes habilidades mentais e sociais.

São variados os seus benefícios, entre os quais, podemos destacar a melhoria da capacidade de observação, análise, atenção e memória visual, o desenvolvimento da coordenação motora e desenvolvimento da motricidade fina. Verifica-se ainda, a estimulação do processo de aprendizagem e o desenvolvimento da inteligência pois exige lógica, pela necessidade de se adotar diferentes estratégias para alcançar o objetivo final, a construção do puzzle.

Em todo o procedimento de construção do puzzle, está implícita a relação, ou seja, o desenvolvimento de competências sociais e de cooperação, o que implica coordenação e trabalho em equipa, desenvolvendo-se a capacidade de tolerância e resiliência. Todas as características descritas anteriormente são imprescindíveis no fenómeno da reinserção social.

O *stress* a que estamos sujeitos no quotidiano tem repercussões a nível físico, psíquico, comportamental, emocional e relacional, a adoção de estratégias de *coping* para prevenir e/ou diminuir o *stress* é premente na população em geral e particularmente na minha população em particular.

Planificação da Sessão Lúdica e Pedagógica “Reconstruir memórias”

Aluna: C.E.

Enfermeiras Orientadoras: M.C.C.

Professor Orientador: C.D.

População alvo: Grupo Terapêutico do género Feminino internado no SPA

Número de sessões Pedagógicas: 1

Número de sessões Lúdicas e Pedagógicas: várias

Duração da sessão Pedagógica: 1h

Dia da realização da sessão Pedagógica: 8 de novembro de 2017

Local: Sala de estar da Ala Feminina

Nome da Sessão:

“Reconstruir Memórias”

Objetivo Geral:

- Promover a esperança;

Objetivos Específicos:

- Promover a interação entre os elementos do grupo terapêutico;
- Estimular o raciocínio lógico;
- Promover um ambiente humanizado e facilitador da reinserção social;
- Facilitar a identificação e a expressão de emoções;
- Promover a criação de relações interpessoais;
- Promover o trabalho em equipa;
- Alertar para a existência de diferentes formas de prevenção e diminuição do *stress*;
- Desenvolver a criatividade;
- Desenvolver a capacidade de escuta ativa;
- Proporcionar momentos de treino da cognição e da motricidade fina;
- Utilizar a arte como estratégias de *coping*;
- Responsabilizar todos os elementos do grupo terapêutico, pelo zelo de todo o material envolvido na atividade.

Atividades

- Apresentação, individual, de todos os elementos do grupo terapêutico;
- Realizada uma dinâmica de quebra gelo intitulada “Para mim a construção de um puzzle é...”;
- Realizada uma apresentação em *power point* sobre a temática “Reconstruir Memórias” e os objetivos da sessão;
- Após a apresentação, foi realizada uma segunda dinâmica de quebra gelo intitulada “Para mim construir este puzzle vai permitir-me...”;
- Foi promovido um espaço de partilha de experiências vivenciais, pessoais, ocorridas no passado, transpondo-as para a atividade sugerida;
- Início da construção do puzzle.

Metodologia

- Expositiva;
- Argumentativa;
- Interativa;
- Prática.

Material

- Computador;
- Projetor multimédia;
- Puzzle;
- Cola;
- Canetas;
- Folha de Presenças;
- Tabuleiro em esferovite;
- Quadro para encaixilhar o puzzle.

Avaliação

- Realização de notas de Campo;
- Questionário de Avaliação da Sessão.

Apêndice 6 – Terapia Expressiva através do Barro - Barroterapia

Programa Psicoterapêutico

“Terapia Expressiva através do barro - Barroterapia”

O barro, atualmente, é utilizado em sessões de psicoterapia com adultos, segundo Bucho (2009), com o objetivo de dar forma às suas emoções procurando compreender melhor, através da arte criada, no barro, a vida e as problemáticas de cada pessoa.

As mãos colocam as ideias em evidência, através dos objetos criados em cada atividade de barroterapia realizada, o que existe escondido no inconsciente de cada pessoa, acaba por ser evidenciado através da arte. A barroterapia é uma forma de fazer terapia com as mãos, pois, estas criam o que não se conseguem exprimir por palavras, permitindo uma maior compreensão do que se sente e pensa. O *stress* tem repercussões a nível físico, psíquico, comportamental, emocional e relacional, a barroterapia é, entre outras, mais uma estratégia de *coping*, a ser utilizada na prevenção e/ou diminuição do *stress*.

Segundo Ruy de Carvalho (2001), Ferraz (2009) e Bucho (2009) a Arte-Terapia é um recurso expressivo, um processo criativo que promove o desenvolvimento intelectual, repercutindo-se no estilo de vida adotado. Promove uma relação terapêutica única, baseada na interação entre a pessoa (criador), o objeto de arte criado (obra) e o terapeuta (recetor). Assim, permite a conexão entre o mundo interno e externo do indivíduo, permitindo-o expressar-se.

A Arte-Terapia, facilita a tomada de consciência que pode ser essencial para promover a riqueza, a vitalidade e a qualidade de vida. Neste âmbito possibilita a mobilização de pulsões reprimidas, facilitando o processo de transformação e mudança, para Ruy de Carvalho (2013),

a Arte-Terapia na qual a ênfase é colocada no potencial criativo e expressivo das artes. Entre as funções terapêuticas genéricas da arte, destaco a criação e a expressão como potencialidades catalisadoras fundamentais do processo de estabilização, adaptação e transformação dos pacientes, mas não posso considerar a possibilidade de cura. (p. 10)

Em todos os momentos vivenciados com o grupo terapêutico, foi dada relevância à criação de uma aliança terapêutica. Este momento, com o grupo terapêutico, segundo Guerrinha (2013) é um “Espaço de reflexão, comunicação e partilha; Ambiente seguro e contentor; Espaço criativo e de descoberta; Liberdade emocional; Espaço alternativo à prisão para se estar consigo mesmo.” (p. 64)

Planificação do Programa Psicoterapêutico
“Terapia Expressiva através do barro - Barroterapia”

Aluna: C.E.

Enfermeiras Orientadoras: M.C.C.

Professor Orientador: C.D.

População alvo: Grupo Terapêutico do género Feminino internado no SPA

Número de sessões: 3

Duração de cada sessão: 1h

Dias das sessões: 29 de novembro, 11 e 12 de dezembro de 2017

Local: Sala de estar da Ala Feminina

Número e Nome da Sessão:

1ª Sessão
“Criar’te”

Objetivo Geral:

- Progredir no processo de autoconhecimento.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar para a adoção de estratégias de *coping* eficazes na gestão e prevenção do *stress*;
- Promover um ambiente humanizado e tranquilo, facilitador das vivências internas;
- Promover a identificação de emoções relacionadas com agentes de *stress*;
- Sensibilizar para a pertinência da exteriorização de emoções, através da arte;
- Promover a expressão e partilha das emoções identificadas;
- Promover a introspeção;
- Utilizar o mediador artístico Barro/ Pasta de Modelar;
- Representar o *self* através Arte;
- Proporcionar momentos de reflexão;
- Permitir o treino da motricidade fina;
- Incentivar a utilização da modelagem e da escultura como estratégias de *coping*;
- Responsabilizar cada pessoa com doença mental pelo processo de tomada de decisão;
- Melhorar o relacionamento interpessoal;

- Promover a melhoria da autoestima e do autoconceito;
- Responsabilizar todos os elementos pelo zelo de todo o material envolvido na atividade.

Atividades:

- Foi entregue uma caixa com 20 cd's, todos de música zen, a um elemento do grupo terapêutico para que este escolhesse um único cd;
- Realizada uma apresentação em *power point* sobre a temática e os objetivos do programa criado;
- Procedeu-se à organização do espaço e colocação de todo o material necessário à sessão numa mesa de apoio, evitando quebras no decorrer da sessão;
- A sessão iniciou-se com a realização de um quebra-gelo intitulado “Saborear’te”. Este consistiu na entrega de uma caixa de chocolates Guylian a uma pessoa com doença mental, esta ficou responsável por ir distribuindo os chocolates pelo grupo;
- Simultaneamente à degustação fomos conversando sobre as formas e a textura deste chocolate, bem como as recordações suscitadas pelos mesmos;
- Seguidamente distribuí um “Mapa das emoções” a cada elemento do grupo, bem como um cartão, previamente identificado, e uma caneta;
- Apelei à introspeção durante 5 minutos ao som de uma música tranquila, com o objetivo de cada elemento identificar e escrever no respetivo cartão a sua emoção dominante naquele momento;
- Promovido um espaço de partilha entre os elementos do grupo sobre as emoções identificadas;
- Realizados exercícios práticos para aquecimento das mãos;
- Redução das luzes existentes na sala, propiciando a introspeção e a vivência emocional;
- Solicita-se novo período de introspeção e exteriorização das emoções, desta vez, através da arte;
- Após a criação e transformação das emoções no barro e sempre ao som da música escolhida, solicitei que fosse escrito num novo cartão as emoções dominantes, após a realização da atividade;
- Promovido espaço de partilha das emoções identificadas;
- Promovido espírito de grupo, pela colocação da arte de forma organizada e numa única placa de esferovite, bem como na limpeza e organização do espaço utilizado.

Metodologia:

- Expositiva;
- Argumentativa;
- Interativa;
- Prática.

Material:

- Barro/ pasta de modelar;
- Acessórios para trabalhar o barro;
- Placa de esferovite;
- Canetas;
- Cartões;
- Mapa das emoções;
- Rádio com leitor de Cd;
- Cd de música zen;
- Folha de presenças.

Avaliação:

- Verificar se as emoções identificadas no início da atividade se modificam relativamente às identificadas após a realização da sessão;
 - Realizar notas de campo;
 - Questionário de Avaliação Final da Sessão.
-

Número e Nome da Sessão:

2ª Sessão
“Pintar’te”

Objetivo Geral:

- Progredir no processo de autoconhecimento.

Objetivos específicos:

- Promover um ambiente facilitador de vivências emocionais;
- Incentivar a utilização da pintura como estratégia de *coping*;
- Refletir sobre as vantagens da utilização da pintura e da arte enquanto estratégia de *coping*;

- Elucidar sobre a pertinência da prevenção atempada do *stress*.

Atividades:

- Apresentação teórica da sessão, em *Power Point*, e definidos os objetivos da mesma;
- Recordada a sessão anterior;
- O grupo terapêutico organiza o espaço, e coloca todo o material necessário à sessão numa mesa de apoio, evitando quebras no decorrer da sessão;
- Realização de um quebra-gelo intitulado “Vivenciar’te”; em círculo foi promovida a partilha das emoções que emergiram após a realização da sessão anterior;
- Fornecer todo o material necessário à concretização da atividade de pintura;
- Auxiliar na obtenção de cores secundárias, pela consulta de um cartão previamente impresso com esta informação;
- Zelar pela manutenção de um ambiente tranquilo;
- Promover a colaboração de todos os elementos na limpeza dos materiais utilizados e do espaço físico.

Metodologia:

- Expositiva;
- Argumentativa;
- Interativa;
- Prática.

Material:

- Canetas;
- Cartões;
- Mapa das emoções;
- Rádio com leitor de CD’s;
- Cd de música zen;
- Obra criada na sessão anterior;
- Tintas;
- Paleta para tintas;
- Pincéis;
- Copos com água;
- Folha de presenças.

Avaliação:

- Verificar se as emoções identificadas no início da atividade se modificam relativamente às identificadas após a realização da atividade;
 - Realizar notas de campo;
 - Questionário de Avaliação Final da Sessão.
-

Número e Nome da Sessão:

3ª Sessão
“Analisar’te”

Objetivo Geral:

- Progredir no processo de autoconhecimento.

Objetivos específicos:

- Proporcionar um ambiente acolhedor e sigiloso para a vivência emocional;
- Promover a partilha de emoções pela reflexão sobre a arte criada;
- Incentivar a utilização da Arte como estratégia de *coping* na prevenção e/ou diminuição do *stress*;
- Apelar à reflexão sobre os benefícios da pintura, da modelagem, da escultura e da música, como estratégias de *coping*.

Atividades:

- Colocar o cd que nos acompanhou nas sessões anteriores;
- Solicitar que cada elemento do grupo terapêutico, permaneça na sala ao som da música, com a obra de arte criada;
- Individualmente e de forma confidencial cada pessoa descreve a obra criada;
- Escutar atentamente;
- Respeitar os silêncios e intervir assertivamente respeitando cada momento;
- Demonstrar disponibilidade para repetir esta atividade sempre que considerem pertinente.

Metodologia:

- Interativa.

Material:

- Canetas;
- Rádio com leitor de CD's;
- Cd de música zen;

- Obra criada;
- Folha de presenças.

Avaliação:

- Realizar notas de campo;
- Questionário de Avaliação Final da Sessão.

Apêndice 7 – O Meu Diário de Gestão do *Stress*

Sessão Lúdica e Pedagógica

Terapia Expressiva através da Escrita - “O Meu Diário de Gestão do *Stress*”

A escrita livre é considerada um mediador artístico o qual pode ser utilizado em benefício da diminuição ou prevenção do *stress*. Com a realização desta atividade terapêutica pretendo criar um diário pessoal, intransmissível e inigualável, em prol de uma maior adesão à escrita livre criativa.

O *stress* a que estamos sujeitos no quotidiano tem repercussões a nível físico, psíquico, comportamental, emocional e relacional, a escrita é, entre outras, mais uma estratégia de *coping* que permite prevenir e/ou diminuir o *stress*.

Os desafios, obstáculos e dificuldades que surgem decorrentes do viver em sociedade são pedras bazilares do processo criativo e do fenómeno de aprendizagem pessoal. É o significado que atribuímos a cada acontecimento de vida que nos permite criar arte, expressando-nos, expondo sentimentos, emoções e vivências pessoais.

Manter um registo pormenorizado e detalhado das vivências quotidianas é uma estratégia que ajuda a manter a informação acessível, gravada e organizada de forma a que possa ser lida e sobre ela se possa refletir. Um Diário é uma espécie de bloco onde se encontram inscritas ideias e pensamentos sobre o viver, os seus intervenientes, a ação, as conversas, entre outros factos.

Um registo pormenorizado através da escrita permite manter a informação acessível e organizada. Quando se escreve algo é inevitável a realização de uma descrição, o que permite clarificar e esclarecer acontecimentos de vida.

Criar e manter um diário implica um compromisso diário com a escrita e com o *self*, no sentido de uma reflexão paulatina e de busca constante de respostas em prol de mudanças comportamentais. A exteriorização do que se sente e pensa pela escrita e a sua leitura posterior permite progredir-se no processo de autoconhecimento e mudança comportamental.

O processo de escrita e posteriormente a reflexão crítica do que foi descrito, auxilia no esclarecimento de pensamentos e sentimentos bem como na valorização de factos que poderiam ter sido classificados como desprezíveis descorando a sua pertinência. Todavia, também se pode perceber o facto de se valorizar ocorrências que apenas serão indutoras de *stress*, a percepção destes factos, permite uma melhor percepção da pessoa sobre si mesma e um continuum no processo de autoconhecimento.

Planificação da Sessão Lúdica e Pedagógica
Terapia Expressiva através da Escrita – “O Meu Diário de Gestão do *Stress*”

Aluna: C.E.

Enfermeiras Orientadoras: M.C.C.

Professor Orientador: C.D.

População alvo: Grupo terapêutico do género feminino internado no SPA

Número de sessões: 1

Duração da sessão: 2h

Dia da sessão: 4 de janeiro de 2018

Local: Sala de estar da Ala Feminina

Nome da Sessão:

“O Meu Diário de Gestão do *Stress*”

Objetivo Geral:

- Promover a escrita livre.

Objetivos Específicos:

- Desenvolver a capacidade cognitiva;
- Estimular o raciocínio lógico;
- Fortalecendo a autoconfiança e autoestima pela reflexão sobre factos vivenciados, gravados pela escrita de forma detalhada.
- Promover um ambiente humanizado, tranquilo e facilitador da reinserção social;
- Promover a criação de relações interpessoais, pelo trabalho em grupo;
- Facilitar a identificação e a expressão de emoções;
- Alertar para a existência de diferentes formas de prevenção e/ou diminuição do *stress*;
- Desenvolver a criatividade;
- Facilitar a livre associação de ideias e a livre organização das mesmas;
- Permitir a possibilidade de criar e recriar o mundo real de cada um, desdobrando-o e analisando-o;
- Treinar a motricidade fina;
- Utilizar a arte como estratégia de *coping*;
- Sensibilizar para a pertinência da exteriorização de acontecimentos de vida stressantes, através da escrita;

- Refletir sobre as vantagens da escrita enquanto estratégia preventiva e/ou de diminuição do *stress*;
- Responsabilizar todos os elementos pelo zelo de todo o material envolvido na atividade.

Atividades

- Foi Realizado um quebra gelo intitulado “O meu nome é... e a minha maior qualidade é...”;
- Ao som da música “Melhor de mim” de Mariza, todos os elementos do grupo terapêutico circularam desordeiramente pela sala, refletindo sobre a resposta ao quebra gelo;
- Em círculo, individualmente cada elemento disse o seu nome e a sua maior qualidade, sendo que esta deveria ter a mesma inicial que a inicial do seu nome;
- Posteriormente foi realizada uma apresentação em *power point* sobre a temática e objetivos da sessão;
- Foram utilizados vários mediadores artístico como por exemplo, música, desenho, corte, colagem sendo que toda a atividade esteve focada na promoção da escrita livre enquanto importante estratégia de *coping*;
- Procedeu-se à organização do espaço, colocação de todo o material necessário à sessão numa mesa de apoio, evitando quebras no decorrer da sessão;
- Promovido espaço de partilha entre os elementos do grupo terapêutico sobre a atividade e a temática em estudo;
- Colaboração na limpeza, e arrumação do espaço;
- A construção do diário iniciada nesta sessão, prolongou-se por mais quatro sessões.

Metodologia

- Expositiva;
- Argumentativa;
- Interativa;
- Prática.

Material

- Computador;
- Projetor multimédia;
- Folhas de Feltro;
- Elástico;

- Fita de Cetim;
- Canetas de acetato;
- Lápis de carvão;
- Cartolinas;
- Lápis de cor;
- Canetas de filtro;
- Folhas A5 brancas e com cores;
- Xizato;
- Tesouras;
- Autocolantes animados;
- Renda;
- Botões;
- Cola;
- Computador;
- Projetor multimédia;
- Rádio com leitor de CD's;
- Cd de música zen e cd da cantora Mariza;
- Folhas de presenças.

Avaliação

- Realização de notas de campo;
- Questionário de Avaliação Final da Sessão.

Apêndice 8 – Cinematerapia “Papuça e Dentuça”

Sessão Lúdica e Pedagógica

Cinematografia “Papuça e Dentuça”

O uso de filmes como estratégia terapêutica na prática clínica, ainda é pouco difundido, no entanto alguns estudos demonstram a sua pertinência como estratégia de complementaridade a outras condutas realizadas na prática clínica.

O visionamento de um filme proporciona um momento de puro lazer e descontração, sendo que, este facto foi apurado e comprovado nas entrevistas realizadas às pessoas com doença mental internadas.

A temática escolhida para ser observada e escutada no visionamento de um filme deve corroborar com a temática a ser abordada em sessões psicoeducativas, ou ser demonstrativa da realidade da problemática vivenciada, as semelhanças proporcionam a compreensão das variáveis e permitem criar e estabelecer um padrão comportamental.

A cinematografia compreende a utilização do cinema como intervenção terapêutica. Vários estudos demonstram que a sua utilização origina resultados positivos em diferentes valências como por exemplo, na melhoria da felicidade, da qualidade de vida, da depressão, entre outros.

Planificação da Sessão Lúdica e Pedagógica **Cinematerapia “Papuça e Dentuça”**

Aluna: C.E.

Enfermeiras Orientadoras: M.C.C.

Professor Orientador: C.D.

População alvo: Grupo terapêutico do género feminino e masculino.

Número de sessões Lúdicas e Pedagógicas: 2 sessões por cada grupo.

Duração de cada sessão: 2h

Dia da realização das sessões: Grupo 1: 7 e 9 de janeiro de 2018

Grupo 2:– 9 de janeiro de 2018 (uma sessão decorreu no período da manhã e a outra à tarde)

Local: Sala de Reuniões do Serviço de Psiquiatria

Nome da Sessão:

Cinematerapia: “Papuça e Dentuça”

Objetivo Geral:

- Aumentar a qualidade afetiva das relações interpessoais.

Objetivos Específicos:

- Promover um ambiente humanizado, tranquilo e facilitador da reinserção social;
- Permitir recordar, promovendo a esperança;
- Promover a interação entre os elementos do grupo;
- Facilitar a identificação e a expressão de emoções;
- Alertar para a existência de diferentes formas de prevenção e diminuição do *stress*;
- Desenvolver a imaginação e a criatividade;
- Desenvolver competências de escuta ativa entre os elementos do grupo;
- Proporcionar momento de treino da cognição e da motricidade fina;
- Utilizar a arte como veículo de transmissão de emoções;
- Sensibilizar para a pertinência da exteriorização de acontecimentos de vida stressantes, através da arte;

- Alertar para a existência de diferentes formas de prevenção e diminuição do stress/ estratégias de *coping*;
- Responsabilizar todos os elementos pelo zelo de todo o material envolvido na atividade.

Atividades:

- Organização do espaço e visionamento do filme;
- Realizado apelo para a necessidade de estarem atentos para posteriormente dialogarmos sobre o filme e as emoções nele constatadas;
- Promovido espaço de partilha entre os elementos do grupo sobre o filme, relacionando-o sempre com as vivências pessoais;
- Cada elemento do grupo é conduzido a pensar no seu animal de estimação, e nos sentimentos e emoções que o facto lhe suscita;
- Realização de cartazes alusivos ao filme, e à reflexão realizada;
- Colaboração na limpeza, e arrumação do espaço.

Metodologia:

- Interativa;
- Prática.

Material:

- Televisão;
- DVD;
- Folhas A4 para fazer os cones para colocar as pipocas e pipocas;
- Papel de cenário;
- Lápis de cera;
- Pastel de óleo;
- Marcadores de filtro;
- Fita cola;
- Bostik;
- Folhas de presenças.

Avaliação:

- Realização de notas de campo;
- Construção de dois cartazes;
- Questionário de Avaliação Final da Sessão.

Apêndice 8 – Terapia Assistida com Animais

Sessão Lúdica e Terapêutica

“Terapia Assistida com Animais”

A Intervenção Assistida com Animais - IAA é uma intervenção com objetivos definidos que inclui a presença/participação ativa de animais nas áreas da saúde e educação, com a finalidade de proporcionar benefícios terapêuticos. Todavia, esta subdivide-se em Atividades Assistidas com Animais – AAA as quais são interações informais/visitas muitas vezes realizadas pelo binómio humano-animal para fins motivacionais, educativos e recreativos. Estas interações não têm metas terapêuticas, são geralmente facilitadas por indivíduos que não têm formação na área da saúde, da educação ou de serviço social.

A TAA é uma prática com normas próprias na qual o animal é o mediador terapêutico, segundo Caetano (2010), objetivando promover a melhoria social, emocional, física e/ou cognitiva da pessoa com doença mental. A relação criada, bem como os sentimentos e emoções vivenciados são evidentes na TAA. Os animais são promotores de múltiplos benefícios.

O recurso à TAA pode ser direcionado a pessoas com diferentes características, repercutindo-se na componente física, cognitiva, emocional e relacional.

A relação criada com o animal, e neste caso concreto com o cão, permite promover a motivação e a esperança, implica relação com os pares, com o mediador animal e com o meio envolvente.

Pela pertinência da existência de um animal de estimação (canídeo), e pela nostalgia e saudade sentida nas palavras emanadas por cada pessoa com doença mental entrevistada, procedi à realização de pedidos à senhora diretora do hospital e realizei um apelo ao civismo e altruísmo da proprietária da escola “No *Stress*”, para colaborar a título de voluntariado, neste ambicioso projeto.

A parceria criada entre a P.M., e eu enquanto aluna da EEESM, com objetivos delineados permitiu, adequar as atividades a serem realizadas com um mediador animal sendo que o escolhido foi um Canídeo. A TAA criou um espaço lúdico com repercussões ao nível motivacional, educativo, recreativo, de reabilitação e com claros benefícios terapêuticos.

Planificação da Sessão Lúdica e Terapêutica
“Terapia Assistida com Animais”

Terapeuta: P.M.

Aluna: C.E.

Enfermeiras Orientadoras: M.C.C.

Professor Orientador: C.D.

População alvo: Grupo terapêutico do género feminino e masculino,

Número de sessões Lúdicas e Terapêuticas: 2 por cada grupo

Duração de cada sessão: 2h

Dia da realização das sessões: 10 e 17 de janeiro de 2018

Local: Sala de Reuniões do Serviço de Psiquiatria

Número e Nome da Sessão:

1ª Sessão

“Terapia Assistida com Animais, Pipa”

Objetivo Geral:

- Promover o bem-estar físico, social, emocional e o funcionamento cognitivo da pessoa com doença mental inserida num grupo terapêutico.

Objetivos Específicos:

- Promover um ambiente humanizado e facilitador da reinserção social;
- Permitir recordar;
- Promover a esperança;
- Promover a interação entre todos os elementos do grupo terapêutico;
- Promover a multiculturalidade e a interculturalidade;
- Estimular o raciocínio lógico;
- Promover o trabalho em equipa;
- Respeitar as regras dos jogos a serem realizados;
- Desenvolver a autoestima e a autoconfiança;
- Estabelecer vínculos afetivos com os pares e com o canídeo;
- Promover a mudança comportamental e motivacional;
- Brincar e exprimir emoções, sentimentos, desejos, pensamentos e necessidades;

- Alertar para a existência de diferentes formas de prevenção e diminuição do *stress*;
- Desenvolver a criatividade;
- Desenvolver competências de escuta ativa entre os elementos do grupo;
- Proporcionar momento de treino da cognição, sensorial e da motricidade fina;
- Utilizar a arte como veículo de transmissão de emoções;
- Facilitar a identificação e a expressão emocional;
- Intervir no contexto da vulnerabilidade;
- Sensibilizar para a pertinência da exteriorização de acontecimentos de vida stressantes, através da arte;
- Responsabilizar todos os elementos pelo zelo de todo o material envolvido na atividade.

Atividades

- Organização do espaço;
- Apresentação de todos os elementos do grupo terapêutico, a terapeuta iniciou a sua apresentação através da apresentação de um vídeo;
- Este vídeo abriu caminho para o início da TAA;
- Foram realizados exercícios de estimulação cognitiva e da motricidade fina;
- Realização de um cartaz, por cada grupo, onde escreveram um tema e posteriormente frases soltas sobre o que gostariam de dizer à terapeuta P.M. e à Pipa;
- Colaboração na limpeza, e arrumação do espaço.

Metodologia

- Interativa;
- Prática.

Material

- Mediador: cadela (Pipa);
- Computador;
- Projetor multimédia;
- Colunas de som;
- Crachás de identificação;
- Tapetão;
- Bola;
- Túnel;
- Arcos;

- Instrumentos musicais;
- Papel de cenário;
- Lápis de cera;
- Pastel de óleo;
- Marcadores de filtro;
- Fita cola;
- Bostik;
- Folhas de presenças.

Avaliação

- Realização de notas de campo;
 - Construção de um cartaz por cada grupo;
 - Questionário de Avaliação Final da Sessão.
-

Número e Nome da Sessão:

2ª Sessão

“Terapia Assistida com Animais, Kira”

Objetivo Geral:

- Promover o bem-estar físico, social, emocional e o funcionamento cognitivo da pessoa com doença mental inserida num grupo terapêutico.

Objetivos Específicos:

- Promover um ambiente humanizado e facilitador da reinserção social;
- Permitir recordar e promover a esperança;
- Promover a interação entre todos os elementos do grupo terapêutico;
- Promover a multiculturalidade e a interculturalidade;
- Estimular o raciocínio lógico;
- Promover o trabalho em equipa;
- Respeitar as regras dos jogos a serem realizados;
- Desenvolver a autoestima e a autoconfiança;
- Estabelecer vínculos afetivos com os pares e com o canídeo;
- Promover a mudança comportamental;
- Brincar e exprimir emoções, sentimentos, desejos, pensamentos e necessidades;

- Alertar para a existência de diferentes formas de prevenção e diminuição do *stress*;
- Desenvolver a criatividade;
- Desenvolver competências de escuta ativa entre os elementos do grupo;
- Proporcionar momento de treino da cognição, sensorial e da motricidade fina;
- Utilizar a arte como veículo de transmissão de emoções;
- Facilitar a identificação e a expressão emocional;
- Intervir no contexto da vulnerabilidade;
- Sensibilizar para a pertinência da exteriorização de acontecimentos de vida stressantes, através da arte;
- Responsabilizar todos os elementos pelo zelo de todo o material envolvido na atividade.

Atividades:

- Organização do espaço;
- Foram realizados exercícios de estimulação cognitiva e de motricidade fina;
- Foi realizado o treino de obediência com a Kira;
- Foi fomentada a necessidade de respeito e de cuidar;
- A entrega do grupo e a aliança terapêutica criada já era evidente o que deu abertura para se falar sobre emoções decorrentes da saudade que cada um tem do seu animal de estimação;
- Colaboração na limpeza, e arrumação do espaço.

Metodologia

- Interativa;
- Prática.

Material

- Mediador: cadela (Kira);
- Tapetão;
- Crachás de identificação;
- Jogo de *Bolling*;
- Bolas com *Smiles*;
- Folhas de presenças.

Avaliação

- Realização de notas de campo;
- Questionário de Avaliação Final da Sessão.

Apêndice 9 – Programa Psicoeducativo “*Stress e Estratégias de Coping*”

Programa Psicoeducativo “*Stress e Estratégias de Coping*”

A palavra *stress* vem do latim *stringere*, que significa “opressão”. O *stress* faz parte do nosso quotidiano, se bem gerido, pode ter efeitos positivos, no entanto quando adquire grandes proporções reflete-se de forma negativa nas mais variadas situações de vida da pessoa, particularmente da pessoa com doença mental.

A vulgarização do conceito *stress* entrou definitivamente no nosso vocabulário, traduzindo o desconforto existencial sentido pela pessoa no seu dia-a-dia. O *stress* a que a pessoa com doença mental está sujeita no quotidiano tem repercussões a nível físico, psíquico, comportamental, emocional e relacional.

Selye (1956), contribuiu de forma significativa para a compreensão do *stress* nos anos 70, defendendo entre outros ideais que a gestão do *stress* é a forma pela qual se gerem as exigências e pressões a que somos submetidos no dia-a-dia. O momento a partir do qual a pressão passa de benéfica a nefasta varia de pessoa para pessoa e também apresenta variações no decorrer da vida do ser humano, estas oscilações representam um desafio na gestão do *stress*.

Quando a pessoa com doença mental tem a perceção de deter capacidades intrínsecas que lhe permitem “lidar com” as adversidades do meio ambiente, pode afirmar-se que existe um estado de equilíbrio. O facto de existir este equilíbrio remete-nos para a eficácia da resolução da situação de *stress* aquando da exposição ao agente stressor. Verificando-se redução dos níveis de ansiedade e aumento das capacidades de *coping*,

o *stress* verifica-se quando há um desequilíbrio entre as exigências ambientais e as capacidades de resposta do organismo (capacidades de *coping*). Enquanto conceito relacional, o *stress* traduz esse desequilíbrio, que varia com o estado psicológico da pessoa, com as condições ambientais físicas, com a interpretação/avaliação individual que a pessoa faz das situações concretas e com as perceções que os indivíduos delas possuem e desenvolvem. (Fonseca, 2011; p. 62)

O programa criado “*Stress e Estratégias de Coping*” irá decorrer de forma faseada, em 4 sessões, como retrata a planificação seguinte.

Planificação do Programa Psicoeducativo “*Stress* e Estratégias de *Coping*”

Aluna: C.E.

Enfermeiras Orientadoras: M.C.C.

Professor Orientador: C.D.

População alvo: Grupo terapêutico do género feminino e masculino,

Número de sessões: 3

Duração de cada sessão: 1h

Dia da realização das sessões: 16, 18 e 19 de janeiro de 2018

Local: Sala de Reuniões do Serviço de Psiquiatria

Número e Nome da Sessão:

1ª Sessão

“O *Stress*”

Objetivo Geral:

- Promover a Literacia em Saúde Mental.

Objetivos Específicos:

- Perceber o conceito *stress*;
- Identificar situações promotoras de *stress*;
- Elucidar sobre a pertinência da identificação precoce do agente stressor;
- Identificar sinais e sintomas de *stress*;
- Enaltecer a importância da adoção de estratégias de *coping* eficazes;
- Sensibilizar para a adoção de estratégias de *coping*, eficazes, na gestão do *stress*;
- Promover a interação, a coesão e a dinâmica grupal;
- Facilitar a reinserção social.

Atividades:

- Apresentação de todos os elementos constituintes do grupo terapêutico;
- Partilha de expectativas face ao programa que se inicia;
- Desconstrução do conceito *stress*;
- Reflexão sobre experiências vivenciais, indutoras de *stress*;
- Apresentação teórica da sessão (*Power Point*);
- Concretização de uma atividade designada “Como me sinto quando estou em *stress*?”;
- Síntese sobre a temática abordados;

- Esclarecimento de dúvidas.

Metodologia:

- Expositiva;
- Argumentativa;
- Interativa;
- Prática.

Material:

- Computador;
- Projetor multimédia;
- Cartões/balões de fala;
- Esferográficas;
- Canetas de filtro;
- Papel para plastificar;
- Bostik;
- Cola;
- Pioneses;
- Cartazes;
- Fita de velcro;
- Folha de presenças.

Avaliação:

- Construção de cartazes, alusivos à temática da sessão e aos subtemas que a constituem;
 - Questionário de Avaliação Final da Sessão.
-

Número e Nome da Sessão:

2ª Sessão

“Relaxamento Respiratório e Relaxamento Autogénico de *Schultz*”

Objetivo Geral:

- Promover a Saúde Mental.

Objetivos Específicos:

- Promover o autocontrolo perante situações de *stress*;
- Promover a adesão ao esquema terapêutico medicamentoso;

- Refletir sobre a importância da utilização das estratégias de *coping*;
- Adquirir competências na realização da técnica do Relaxamento Respiratório e do Relaxamento Autogénico de *Schultz*;
- Realizar o Relaxamento Respiratório e o Relaxamento Autogénico de *Schultz*;
- Contribuir para o bem-estar pessoal de cada elemento do grupo;
- Promover a partilha de sentimentos e emoções decorrentes da prática do relaxamento;
- Promover a esperança;
- Facilitar a reinserção social.

Atividades

- Apresentação teórica da sessão em *Power Point*;
- Síntese da informação transmitida nas sessões anteriores;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Partilha de vivências de stress que surgiram no decorrer da semana relacionando o facto com os subtemas do programa “*Stress e Estratégias de Coping*”;
- Realizar a transição dessas experiências vivenciais e estratégias de *coping* adotadas para a temática da 2ª sessão;
- Preenchimento de um documento com um “Termómetro do Relaxamento”, antes e depois de realizar a sessão;
- Realizar o Relaxamento Respiratório e o Relaxamento Autogénico de *Schultz*;
- No final da dinâmica foi promovido um espaço de partilha de sentimentos e emoções.

Metodologia

- Expositiva;
- Argumentativa;
- Interativa;
- Prática.

Material

- Canetas;
- Computador;
- Projetor multimédia;
- Colunas de som;
- Música;
- Folha de presenças.

Avaliação

- Preenchimento de um documento com um “Termómetro do Relaxamento”;
 - Questionário de Avaliação Final da Sessão.
-

Número e Nome da Sessão:

3ª Sessão

Elaboração de um Panfleto “Vamos Relaxar”

Objetivo Geral:

- Promover a reflexão crítica sobre a temática;

Objetivos Específicos:

- Reforçar a importância da adesão a medidas não farmacológicas na gestão do *stress*;
- Enaltecer a importância da prevenção do *stress*;
- Incentivar ao uso adequado e assertivo das estratégias de *coping*;
- Ampliar a plasticidade mental criando novas respostas e novas visões sobre a problemática em estudo.
- Promover a relação interpessoal;
- Facilitar a Reinserção Social.

Atividades

- Síntese sobre os pontos fulcrais do programa psicoeducativo;
- Apresentação da sessão em *Power Point*;
- Elaboração de um panfleto com os pontos-chave do programa psicoeducativo “*Stress e Estratégias de Coping*”;
- Projeção do panfleto para auxiliar à escrita/ preenchimento do mesmo;
- No final da sessão todos os participantes são convidados a conversar sobre o programa.

Metodologia

- Expositiva;
- Argumentativa;
- Interativa;
- Prática.

Material

- Computador;

- Projetor multimédia;
- Panfletos;
- Canetas;
- Folha de presenças.

Avaliação

- Questionário de Avaliação Final da Sessão.

