

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

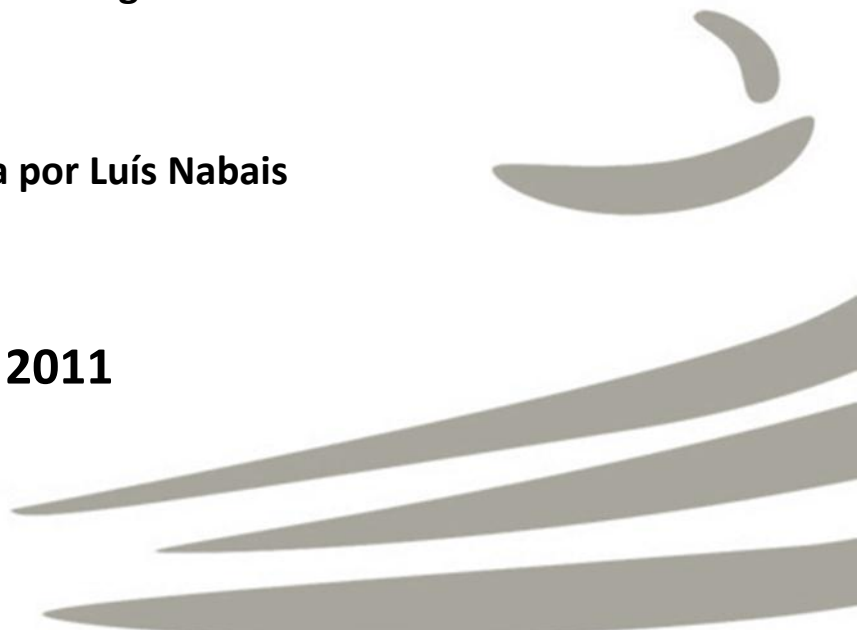
**Saúde Mental e Psiquiatria**

### **Intervenções de Enfermagem em Pessoas com Perturbação da Personalidade**

**Liliana Lago**

**Orientada por Luís Nabais**

**2011**



## **Agradecimentos**

A Deus pela sua bondade e generosidade.

Ao meu marido Ângelo Marinho e ao meu filho Diogo Marinho pelo apoio e segurança que me transmitiram mas, principalmente, pelo seu amor.

Aos colegas de curso que me gratificaram com a sua amizade.

À Dr. Andreia Carvalho, pela disponibilidade, indicações teóricas mas, sobretudo, pela amizade que cultivámos.

Ao Professor Luís Nabais, por todo o tempo que despendeu comigo na minha tutoria e orientação ao longo do estágio, por me ter indicado os melhores caminhos a serem percorridos.

Às senhoras enfermeiras que me orientaram, Enfermeira Especialista Albina Clemente e Enfermeira Chefe Palmira Carvalho, por todo o apoio, disponibilidade e compreensão.

A todos os colegas e demais profissionais com que trabalhei, pela forma atenciosa e profissional como me receberam.

A todos os utentes e famílias que tive o privilégio de cuidar.

## **Resumo**

O presente relatório corresponde à exposição do estágio efectuado no Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE: Serviço de Internamento de Saúde Mental e Psiquiatria, Piso 3 e Hospital de Dia de Saúde Mental e Psiquiatria.

A área temática a todo o relatório prendeu-se no domínio de pessoas com perturbação da personalidade, sobrevalorizando as portadoras de perturbação de personalidade *borderline*.

A finalidade deste estágio visou o desenvolvimento de competências psicoterapêuticas e socioterapêuticas para restaurar a saúde mental e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam a este tipo de utentes. Assim, os objectivos específicos prenderam-se com o desenvolvimento de: capacidades de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal; técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas em grupo.

As intervenções de enfermagem são o objecto de estudo, uma vez que a finalidade foi desenvolver competências que permitissem realizar e implementar, de modo mais eficaz e adequado, intervenções socioterapêuticas e psicoterapêuticas. Estas intervenções basearam-se em técnicas de relaxamento, entrevistas tendo por base a relação de ajuda e actividades expressivas.

Os resultados obtidos na relação terapêutica com estes utentes prenderam-se com o desenvolvimento de: uma maior capacidade para gerir a minha frustração; uma maior habilidade na identificação da transferência por parte destes utentes, assim como na gestão da contratransferência; uma maior capacidade na colocação de limites, utilizando para isto uma comunicação clara, assertiva e não agressiva; uma maior facilidade na identificação de mecanismos de idealização por parte do utente e na gestão dos mesmos; uma maior facilidade e habilidade na utilização de mediadores expressivos como facilitadores da expressão e como agentes terapêuticos na relação com estes utentes; assim como aquisições na orientação de grupos, gestão das dinâmicas, capacidade de observação, reflexão e análise das produções individuais e de grupo.

**Palavras-chave:** Perturbação da Personalidade *Borderline*; Enfermagem de Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica; Intervenções de Enfermagem; Relação de Ajuda.

## **Abstract**

This report corresponds to the exposure of the traineeship in the Hospital of Santa Maria, Lisbon Hospital Centre North, EPE: Inpatient Psychiatric Services, Level 3 and Day Hospital Mental Health and Psychiatry.

The thematic area to the entire report held in the domain of people with personality disorder, suffering from overstating borderline personality disorder.

The purpose of this stage aimed at developing psychotherapeutic and social therapeutic skills to restore mental health and prevent disability, involving processes that are best suited to this type of users. Thus, the specific objectives relate to the development of: capacity for self-knowledge and personal development; psychotherapeutic and social therapeutic techniques group.

Nursing interventions are the subject of study since the aim was to develop skills to effectuate and implement the most effective and appropriate social and psychotherapeutic interventions. These interventions were based on relaxation techniques, interviews based on the helping relationship and expressive activities.

The results obtained in the therapeutic relationship with these clients involved the development of: a greater ability to manage my frustration, a greater ability to identify the transference by such users, as well as the management of counter transference; a greater capacity in the placement of limits, using for this a clear, assertive and non aggressive communication; a greater ease in identifying mechanisms of idealization by the user and in their management; a greater ease and ability to use the expressive mediators as facilitators of expression and as therapeutic agents in the relation with these users; acquisitions as well as the orientation of groups, management of dynamics, capacity for observation, reflection and analysis of individual and group productions.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder; Mental Health Nursing; Psychiatry Nursing; Nursing Intervention; Helping Relationship.

## **Glossário**

EPE – Empresa Privada do Estado

HD – Hospital de Dia

HSM – Hospital Santa Maria

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

CRSSM – Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

APA – *American Psychiatric Association*

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	8
1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	10
1.1. O Hospital de Santa Maria .....	10
1.2. Serviço de Internamento de Saúde Mental e Psiquiatria .....	10
1.3. O Hospital de Dia de Saúde Mental e Psiquiatria.....	11
1.3.1. A Equipa Multidisciplinar .....	12
1.3.2. Modelo de Intervenção .....	13
1.3.3. O Papel do Enfermeiro nos Dispositivos Terapêuticos .....	14
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
2.1. Perturbação da Personalidade .....	17
2.2. Aspectos teóricos e conceptuais da Perturbação da Personalidade	
<i>Borderline</i> .....	18
2.2.1. Padrões de relacionamento interpessoal da pessoa com perturbação da	
personalidade <i>borderline</i> .....	20
2.2.2. Adesão ao programa terapêutico da pessoa com perturbação da personalidade	
<i>borderline</i> .....	22
2.3. Intervenção terapêutica em pessoas com perturbação da personalidade .	23
2.4. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau.....	24
2.5. Relação de Ajuda .....	26
2.5.1. O conceito <i>transferência</i> na relação terapêutica .....	28
2.5.2. O conceito <i>contratransferência</i> na relação terapêutica .....	30
2.6. Terapia pela arte .....	32
2.6.1. Mediadores expressivos: pintura, escrita, recorte e colagem.....	34
2.7. Terapia de relaxamento .....	35
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES .....	37
3.1. Actividades realizadas no Serviço de Internamento de Psiquiatria .....	37
3.1.1. Técnicas de Relaxamento .....	37

## Intervenções de Enfermagem em Pessoas com Perturbação da Personalidade

3.1.2. Entrevistas baseadas na Relação de Ajuda.....	40
3.2. Actividades realizadas no Hospital de Dia .....	43
4. REFLEXÃO SOBRE O CONTRIBUTO DO ESTÁGIO .....	50
5. CONCLUSÃO .....	52
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS.....	60

Anexo I – 1ª Sessão de Relaxamento

Anexo II – 2ª Sessão de Relaxamento

Anexo III – 3ª Sessão de Relaxamento

Anexo IV – 4ª Sessão de Relaxamento

Anexo V – 5ª Sessão de Relaxamento

Anexo VI – 6ª Sessão de Relaxamento

Anexo VII – Reflexões do estágio em Internamento de Saúde Mental e Psiquiatria

Anexo VIII – Entrevistas tendo por base a Relação de Ajuda

Anexo IX – Planos de sessões das actividades realizadas no estágio em HD

Anexo X – Fotografia da actividade “Os sentimentos”

Anexo XI – Diário de aprendizagem nº1 correspondente ao estágio em HD

Anexo XII – Diário de aprendizagem nº2 correspondente ao estágio em HD

Anexo XIII – Diário de aprendizagem nº3 correspondente ao estágio em HD

Anexo XIV – Fotografia da actividade “A casa imaginada”

Anexo XV – Diploma da participação nas 8<sup>as</sup> Jornadas sobre Comportamentos Suicidários

Anexo XVI – Certificado da participação no XI Congresso Português de Arte-Terapia

Anexo XVII – Certificado da participação no XVIII Encontro da Adolescência

## INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende dar a conhecer a experiência e o trabalho desenvolvido no Serviço de Internamento de Saúde Mental e Psiquiatria e no Hospital de Dia de Saúde Mental e Psiquiatria, ambos localizados no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – HSM, no período de 27 de Setembro de 2010 a 11 de Fevereiro de 2011.

A temática existente ao longo de todo o estágio prende-se no domínio da intervenção de enfermagem com pessoas portadoras de perturbação da personalidade. A escolha deste tema deveu-se, em grande parte, pela controvérsia existente à volta da mesma, tanto no que diz respeito ao seu diagnóstico, mas essencialmente pela dificuldade existente em compreender, aceitar e intervir com estes utentes. Osborne e McComish (*cit. in Barbero et al., 2010, p.2*) referem que o trabalho com utentes com perturbação da personalidade *borderline* é muitas vezes difícil para os enfermeiros, talvez devido a uma falta de compreensão da dinâmica subjacente à doença.

É um grupo de utentes que, pelas suas características, provoca nos técnicos cuidadores, neste caso enfermeiros, sentimentos de grande mal-estar que, por vezes, são muito difíceis de gerir. Deans e Meocevic (*cit. in Barbero et al., 2010, p. 2*) sugerem que o diagnóstico de perturbação da personalidade *borderline* influencia o nível e a qualidade da interacção pessoal dos enfermeiros com os utentes, o que sugere que cuidar destas pessoas é, actualmente, um dos maiores desafios enfrentados pela enfermagem.

Os enfermeiros têm dificuldades na forma de aproximação a estes utentes, uma vez que é incerta a maneira como estes tendem a interpretar essa interacção ou como respondem à mesma. As respostas comportamentais são bastante imprevisíveis (Neeb, 2000).

Neste contexto, e de acordo com Ma e Shih (*cit. in Barbero et al., 2010, p. 14*), a enfermagem encontra-se, em muitas ocasiões, numa posição difícil para abordar estes doentes: os enfermeiros de saúde mental queixam-se, frequentemente, da falta de resultados positivos nos actuais regimes de tratamento. De facto, num estudo qualitativo realizado com enfermeiros de saúde mental que cuidam destes doentes, obtiveram-se resultados altamente insatisfatórios.

Neste sentido, a finalidade deste estágio visou o desenvolvimento de processos e competências psicoterapêuticas e socioterapêuticas para restaurar a saúde mental e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam a este tipo de utentes. Assim, os objectivos específicos prenderam-se com o desenvolvimento de: capacidades de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal; técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas em

grupo que permitam ao utente recuperar a saúde mental e prevenir a recaída, utilizando para isto técnicas psicoterapêuticas que aumentem o *insight* do utente sobre a sua doença e dificuldades, possibilitando elaborar novas soluções para os problemas.

Para tal, foram realizadas, ao longo deste estágio, intervenções de enfermagem como técnicas de relaxamento, entrevistas tendo por base a relação de ajuda, actividades expressivas, como a pintura, desenho, escrita, recorte e colagem, relacionadas com a expressão de sentimentos, assim como todo um trabalho de auto-conhecimento alicerçado num pensamento reflexivo (ciclo de Gibbs), representado nos diários de aprendizagem.

A população de utentes presente nestas intervenções, engloba pessoas com o diagnóstico de perturbação da personalidade, com um enfoque maior para a perturbação de personalidade *borderline*.

O relatório divide-se em seis capítulos: o primeiro diz respeito à caracterização dos serviços onde se realiza o estágio. Descreve o espaço, o modelo de intervenção da instituição e os dispositivos terapêuticos existentes.

O segundo capítulo prende-se com o enquadramento teórico, onde se inclui a definição do termo *perturbação da personalidade* e seus referenciais teóricos. Descrevem-se, também, algumas técnicas de intervenção em pessoas com perturbação da personalidade.

O terceiro consiste na descrição e revisão crítica das actividades desenvolvidas ao longo do estágio, estando presentes a avaliação do projecto de estágio assim como a discussão crítica dos pontos positivos e negativos do mesmo.

No quarto capítulo é realizada uma reflexão sobre os contributos do estágio no desenvolvimento de competências.

A conclusão insere-se no quinto capítulo. Aqui, salientam-se os aspectos essenciais do trabalho, assim como as competências mobilizadas para o exercício das actividades e os resultados das mesmas.

Por fim, no sexto capítulo, apresentam-se as referências bibliográficas que serviram de base à execução do relatório. E, seguidamente, pela relevância que adquire na ilustração do percurso realizado, os anexos.

## **1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

### **1.1. O Hospital de Santa Maria**

O HSM foi inaugurado em 1953 e constitui-se, actualmente, como a maior instituição prestadora de cuidados diferenciados do país. O seu funcionamento teve início no dia 8 de Dezembro de 1954 e contou com serviços de prestação de cuidados, ensino e investigação. O objectivo deste novo hospital prendia-se, então, com a renovação das instituições hospitalares.

Hoje em dia, o HSM tem como propósito prestar cuidados hospitalares, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver a investigação na área da saúde, assumindo-se como um Hospital Central Universitário de referência nas vertentes assistencial, de ensino e de investigação. É por meio da articulação entre os diferentes serviços que a possibilidade de alcançar tais metas é promovida, apostando-se na diferenciação.

### **1.2. Serviço de Internamento de Saúde Mental e Psiquiatria**

Localizado no piso 3 do Serviço de Psiquiatria, este serviço consiste numa unidade funcional de internamento, a tempo completo, funcionando diariamente, com lotação prevista para 14 utentes.

O espaço do internamento é composto por sete gabinetes, sala de trabalho de Enfermagem, gabinete da Enfermeira Chefe e quatro gabinetes médicos; um gabinete da assistente social; três enfermarias com capacidade para quatro utentes cada; um quarto com capacidade para dois utentes; uma sala polivalente onde se realizam as diversas actividades terapêuticas com os utentes e também serve como refeitório; uma sala para fumadores; quatro casas de banho e uma copa onde são preparadas as refeições para os utentes. Numa parte exterior ao internamento, mas pertencente ao mesmo, existe um gabinete administrativo e o gabinete do Director do Serviço.

Apesar de ser uma Unidade de agudos, pauta-se pela presença de utentes que recorrem, repetidamente e por diversas necessidades, a este serviço, não obstante os utentes internados pela primeira vez. Assim, poderá afirmar-se que muito do trabalho desenvolvido é realizado com utentes já conhecidos e com historial de diversos internamentos.

Desta forma, na globalidade, apresentam-se pessoas com vários diagnósticos, sendo os mais frequentes a depressão, descompensações psicóticas, perturbação da personalidade e patologia alcoólica.

### **1.3. O Hospital de Dia de Saúde Mental e Psiquiatria**

Localizado no piso 3 do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, o HD consiste numa unidade funcional de internamento, a tempo parcial, funcionando de segunda e sexta-feira, das 9 às 16 horas, com lotação prevista para 20 utentes.

Actualmente, esta unidade pretende o desenvolvimento psíquico dos pacientes de modo a alcançar não só a melhoria sintomática, mas também a reintegração socioprofissional, permitindo que estes retornem à vida activa com um projecto de autonomia credível que possa garantir as melhorias a médio e longo prazo, evitando a cronicidade e as recaídas.

O HD proporciona cuidados personalizados, clínicos e institucionais num contexto organizado e securizante, adaptado às características psicopatológicas e do contexto sócio-familiar dos pacientes, de modo a permitir uma melhoria sintomática, relacional e escolar/profissional.

O espaço do HD é composto por: dois gabinetes onde se realizam Psicoterapias Individuais, Reuniões de Equipa e outras e Entrevistas de Admissão; uma sala de trabalho de Enfermagem; uma sala polivalente, uma sala onde se realizam as Psicoterapias de Grupo e os Grupos Multifamiliares; uma sala de convívio onde decorrem a maioria das actividades terapêuticas e duas casas de banho, sendo um para funcionários e outro para utentes.

A população utente do HD é constituída por uma população adulta, cuja faixa etária varia, habitualmente, entre os 20 e os 60 anos, aproximadamente. Estes utentes pertencem, frequentemente, a um estatuto socioeconómico médio e/ou médio baixo.

São, regra geral, jovens adultos, na sua maioria dependentes dos pais e desempregados, padecendo de condições psiquiátricas graves ou profundamente incapacitantes. Constituem, do ponto de vista nosológico, um grupo muito heterogéneo que inclui desde psicoses esquizofrénicas e perturbações da personalidade a quadros neuróticos e depressivos graves, alguns com ideação suicida marcada.

Numa perspectiva psicodinâmica, trata-se de indivíduos com estruturas de personalidade marcadas por relações de objecto<sup>1</sup> precocemente perturbadas, *selves* pouco coesos e imaturos, com profundas falhas narcísicas, superegos desorganizados e/ou persecutórios e destrutivos, egos devastados por angústias de separação, de morte ou de fragmentação e que recorrem, sistematicamente, a mecanismos de defesa primitivos (Neto e Centeno, 2001).

As principais indicações psicopatológicas para o tratamento em HD dizem respeito a organizações *borderline*, situações de foro neurótico grave, do foro psicótico e perturbações da personalidade, situações cujo prognóstico em tratamento ambulatorio apresentaria sérias reservas.

Observam-se, sobretudo, sujeitos com vidas de relação empobrecidas. Na maior parte dos casos, a esfera relacional encontra-se reduzida a uma família nuclear também ela paralisada numa teia de relações conflituosas, pouco ou nada elaboradas e dificilmente mentalizadas onde a consciencialização e a verbalização da vida psíquica há muito foram substituídas pela linguagem dos sintomas e pelo agir primário, patológico e enlouquecedor (Badaracco, 2000).

Presentemente, estão internados no HD 19 utentes com idades compreendidas entre os 24 e os 59 anos, havendo, no entanto, predominância de jovens adultos do género feminino. As perturbações mais diagnosticadas estão inseridas no *Cluster C* das Perturbações de Personalidade (DSM-IV-TR), evidenciando-se os quadros *Borderline* como os mais predominantes.

### **1.3.1. A Equipa Multidisciplinar**

A equipa da Unidade é composta por elementos fixos: uma médica psiquiatra (Chefe de Equipa e Chefe do HD), duas psicólogas, duas enfermeiras e uma terapeuta ocupacional.

Para além deste núcleo fixo, o HD conta, ininterruptamente, com a colaboração de um número variável de técnicos provenientes de diferentes áreas da saúde mental que vão, também, integrando a equipa ao abrigo de estágios académicos, de internato e profissionais em regime de voluntariado.

A equipa do HD funciona segundo o modelo de intervenção multidisciplinar. Tem como funções a permanente organização/reorganização e a gestão do espaço institucional de forma a

---

<sup>1</sup> Expressão usada com muita frequência na psicanálise contemporânea para designar o modo de relação do indivíduo com o seu mundo, relação que é o resultado complexo e total de uma determinada organização da personalidade, de uma apreensão mais ou menos fantasmática dos objectos e de certos tipos privilegiados de defesa (Laplanche e Pontalis, 1990).

assegurar a sua qualidade terapêutica. O modelo teórico utilizado pelos profissionais de referência é de inspiração analítica, e transmitida aos restantes membros mediante o permanente trabalho em equipa, a formação e a supervisão.

A função da equipa multidisciplinar consiste não só na criação, desenvolvimento e implementação de dispositivos terapêuticos próprios do HD – Psicoterapia de Grupo e Individual, Grupo Multifamiliar, actividades terapêuticas, mas também em imbuir todos estes dispositivos, assim como a relação entre equipa e utentes, com qualidades específicas: atitude empática perante a comunicação dos utentes, promoção do *insight*, contenção da angústia e da agressividade, desenvolvimento da tolerância face à regressão e à frustração e estimulação da autonomização/individuação. Neste processo, assume-se como fulcral para a boa prática da equipa uma constante atenção à postura terapêutica. Não menos importante é a permanente preocupação em manter uma actuação coesa, detectando precocemente a clivagem e a comunicação paradoxal no seio da equipa e da sua relação terapêutica com os utentes.

Os objectivos passam, então, pelo tratamento que visa o curto e médio prazo, evitando recaídas, pela estimulação da elaboração mental e pelo fomentar de experiências emocionais transformadoras, preservação da inserção sócio-familiar de cada indivíduo, aumento e treino das capacidades e competências, controlo do desconforto emocional, retoma da actividade social, relação intra e interpessoal e, finalmente, pelo alcance da autonomização possível a cada pessoa.

### **1.3.2. Modelo de Intervenção**

Este HD utiliza como base um modelo de psicoterapia institucional, quer em contexto individual, quer em contexto grupal, baseado em conceitos psicanalíticos e grupanalíticos, cujo objectivo é promover a cura ou a melhoria sintomática, na reposição do equilíbrio possível da personalidade, ou na introdução de alterações mais profundas nas estruturas psíquicas, que permitem uma modificação qualitativa a ser continuada em ambulatório (Neto e Centeno, 2001).

O modelo utilizado baseia-se na psiquiatria dinâmica que se caracteriza pela integração das abordagens biológica e psico-sociológica (esta última num ponto de vista psicodinâmico), tendo sempre em conta o indivíduo, a família e o meio social. Desta forma, o espaço está organizado numa perspectiva de psicoterapia em meio institucional. São realizadas actividades como: monitorização da prescrição psicofarmacológica, intervenção na crise, sessões de Psicoterapia Individual, Psicoterapia de Grupo, Grupo Multifamiliar e actividades terapêuticas (painel, oficina de arte, treino de competências sociais, entre outros).

A abordagem psicoterapêutica, juntamente com o tratamento psicofarmacológico, permite o desenvolvimento psicológico e a construção de um conjunto de estratégias emocionais, cognitivas e comportamentais que se traduzem na construção de competências sociais e pessoais mais adequadas e mais adaptativas. A sua coordenação no seio de uma equipa multidisciplinar permite um ajuste preciso, de acordo com a especificidade de cada cliente. O encontro de informação e a partilha de pontos de vista na equipa assume, aqui, um papel essencial. Esta vivência em HD torna-se matriz de suporte para situações de desajustamento psicopatológico, tanto para o cliente como para a família, facilitando o reconhecimento de sinais de sofrimento e desajustamento futuros de modo a evitar recaídas.

### **1.3.3. O Papel do Enfermeiro nos Dispositivos Terapêuticos**

Na relação de ajuda, procura-se empatizar com o utente tentando compreender o seu funcionamento interno a partir do relato das suas experiências de vida, da sua queixa actual, da sua participação no internamento. Esta dinâmica é vivida na relação, o que torna fundamental a construção e o sucessivo fortalecimento da aliança terapêutica para que se possa dar continuidade a um tratamento e a um projecto terapêutico consistente, com vista a um bom prognóstico.

Lazure (1994. p.13) salienta que para “se poder ajudar de forma adequada, a enfermeira deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver.” Acrescenta, ainda, que escutar é distinto do que, simplesmente, ouvir: é um processo voluntário que passa por nos deixarmos “impregnar pelos conjuntos das percepções externas e internas, é ouvir com os nossos ouvidos, mas em primeiro lugar e sobretudo, escutar com todo o nosso ser.”

Esta interação é, na maior parte das vezes, desenvolvida com sujeitos que, à mercê de variadíssimas circunstâncias se encontram impossibilitados de usar os recursos internos e externos que lhes são familiares (Leal, 2004). Neste contexto, o enfermeiro juntamente com toda a equipa faz uma avaliação inicial do comportamento e do estado mental que deve ser, em si mesma, terapêutica, através da criação de um clima de confiança e facilitação da expressão emocional. A fase seguinte contempla o enfoque nas problemáticas mais relevantes a partir das quais o enfermeiro em conjunto com toda a equipa multidisciplinar procura ajudar o indivíduo a construir estratégias de resolução de problemas, a desenvolver capacidade de pensar reflexivamente sobre si próprio e sobre o mundo que o rodeia.

Neste sentido o enfermeiro também promove, juntamente com os utentes, o desenvolvimento de competências sociais e relacionais, o aprofundar da reflexão relativa aos trabalhos e dinâmicas que são realizados, a gestão de conflitos e a compreensão do seu significado.

Desta forma, as intervenções de enfermagem devem visar a assistência ao doente, no que respeita à aprendizagem de novos comportamentos que permitam o progresso nas relações sociais (Neeb, 2000).

O enfermeiro, orienta actividades, recorrendo frequentemente a modalidades expressivas como sejam: a pintura, desenho, escrita criativa, recorte e colagem, que constituem importantes canais de comunicação de elementos conscientes e inconscientes, passíveis de mentalização e elaboração quando os trabalhos são apreciados pelos membros da equipa ou pelo próprio com a ajuda do orientador do grupo. São realizadas várias actividades expressivas, como a elaboração de um painel semanal cujo tema é combinado previamente com a equipa. Os jogos também oferecem a possibilidade de experimentação do ganhar e do perder e de treinar a sociabilização e o trabalho em equipa e estimular a relação também como uma fonte de prazer. Executam-se, igualmente, actividades que permitem uma abordagem mais específica, de acordo com as dificuldades e as capacidades de cada pessoa. São actividades que globalmente promovem a responsabilização, a autonomização e o sentimento de se ser útil.

Todas estas actividades constituem espaços nos quais são colocados em acção determinados traços de personalidade que se manifestam por movimentos de conflituosidade, dinâmicas de inveja, intolerância à frustração, comportamentos apelativos de monopolização da atenção, entre outros, que não são tão observáveis noutros dispositivos terapêuticos, mas que estão presentes na vida dos utentes fora da instituição e revelam bastante acerca da sua forma de estar na relação, de gerir as suas emoções e acções, e do modo como lidam com determinadas situações. Estas actividades são, portanto, decisivas para a elaboração dos aspectos referidos, os quais, não sendo trabalhados, poderão dar origem a recaídas.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Organização Mundial de Saúde define saúde mental como o “estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, poder fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere.”

Concomitantemente, a doença mental pode resultar de um conjunto de perturbações e desequilíbrios mentais, de disfuncionamentos associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

Estudos epidemiológicos, realizados nas últimas décadas, têm demonstrado que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornam-se a principal causa de incapacidade, e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais. Assim, são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade, chegando a índices próximos dos 40% na Europa. Efectivamente, das dez principais causas de incapacidade, cinco são perturbações psiquiátricas (Resolução Conselho Ministros nº 49/2008, de 6 de Março).

Estima-se que na Europa quase 50 milhões de cidadãos (cerca de 11% da população) tenham alguma forma de doença mental, sendo a depressão, já em muitos Estados-Membros, o problema de saúde com maior prevalência. Simultaneamente, o suicídio afigura-se como uma causa de morte muito significativa, sendo responsável, anualmente, por cerca de 58.000 mortes (Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar, 2008).

Não obstante o presente quadro epidemiológico, as últimas décadas foram, igualmente, marcadas por enormes avanços científicos nesta área, dos quais resultaram um conjunto de intervenções bastante efectivas no tratamento e reabilitação da maioria das perturbações psiquiátricas. Os novos tratamentos psicofarmacológicos e psicoterapêuticos permitiram uma substancial melhoria nos resultados obtidos nos tratamentos das perturbações ansiosas e depressivas, enquanto os distúrbios psicóticos passaram a ser possíveis de ser geridos em contexto comunitário, não condenando o indivíduo a longos períodos de institucionalização hospitalar, como sucedia no passado (Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

Infelizmente, ao nível das intervenções para a prevenção das doenças mentais e para a promoção da saúde mental, os avanços têm sido mais escassos. Contudo, foi desenvolvido um conjunto de acções, com elevada efectividade, na área da prevenção do suicídio e do alcoolismo (CRSSM).

## 2.1. Perturbação da Personalidade

Etiologicamente, personalidade deriva do latim *personāle*, «pessoal» + *dade*, que significa carácter, temperamento, notabilidade ou celebridade; na psicologia refere-se à unidade integrativa de um homem, com todo o conjunto das suas características essenciais (inteligência, carácter, temperamento, constituição) e as suas modalidades próprias de comportamento. Perturbação deriva do latim *perturbatiōne*, que significa desarranjo, acto de perturbar, desordem, revolução, confusão ou agitação (Dicionário da Língua Portuguesa, 2009).

Segundo a CIPE (2006, p. 79), personalidade é o conjunto de traços comportamentais e atitudes, pelo qual cada um é reconhecido como uma pessoa individual e distinta, uno em substância, natureza e qualidade ao longo do tempo.

A maioria dos teóricos considera que as perturbações da personalidade têm origem na infância precoce. Este é um daqueles grupos de doenças mentais que os profissionais pensam ser resultado de uma utilização excessiva de mecanismos de defesa que se apreendem muito cedo.

Devo referir que a prevalência de perturbações da personalidade na população, em geral, situa-se entre os 31,4% e os 45,5%; já em ambientes clínicos é de, pelo menos, 50% (Hales *et al.*, 2008).

A perturbação da personalidade é um comportamento desadaptado, que resulta de um desenvolvimento ineficaz da personalidade. Os defeitos na personalidade afectam a forma como os seres humanos interpretam e respondem ao mundo em que vivem. As pessoas inseridas nestas categorias situam-se algures entre os chamados “mentalmente saudáveis” e “doentes mentais.” Infelizmente as pessoas com perturbações da personalidade raramente recorrem a tratamento adequado, pois ou não têm consciência da necessidade desse tratamento, ou não são levados a sério pela comunidade médica (Neeb, 2000).

Interessante reparar que sendo as perturbações da personalidade quase metade da população em ambiente clínico, raramente recorrem a tratamento adequado.

No DSM-IV, as Perturbações da Personalidade estão organizadas em três *clusters* (constelações / agrupamentos de características comuns): *Cluster A* – “pessoas com características bizarras ou excêntricas” – que agrupa a Perturbação Paranóide da Personalidade (padrão de desconfiança e suspeição onde as motivações alheias são interpretadas como malévolas), a Perturbação Esquizóide da Personalidade (padrão de alheamento da vida social e restrição da expressividade emocional) e a Perturbação Esquizotípica da Personalidade (padrão de desconforto agudo no relacionamento próximo, distorções cognitivas ou perceptivas e

comportamento excêntrico); *Cluster B* – “pessoas com características dramáticas, emocionais ou inconstantes” – que reúne a Perturbação Anti-Social da Personalidade (padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros), a Perturbação Estado-Limite da Personalidade (padrão de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem, afectos e impulsividade marcada), a Perturbação Histriónica da Personalidade (padrão de excessiva emocionalidade e apelatividade) e a Perturbação Narcísica da Personalidade (padrão de grandeza, necessidade de adoração e ausência de empatia). E por último, o *Cluster C* – “pessoas com características ansiosas e medrosas” – que engloba a Perturbação Evitante da Personalidade (padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa), a Perturbação Dependente da Personalidade (padrão de comportamento submisso, associado a uma excessiva necessidade de cuidados dos outros) e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade (padrão de preocupação com a ordem, perfeccionismo e controlo).

As perturbações de personalidade surgem quando as características da personalidade são inflexíveis e inadaptadas, causando comprometimento funcional significativo e por vezes também sofrimento subjectivo. Estas são geralmente identificáveis na adolescência e persistem durante a maior parte da vida, embora possam atenuar-se na meia-idade e na velhice (Rodrigues, e Gonçalves, 1998).

Em síntese a perturbação da personalidade surge quando determinados traços são muito inflexíveis e desajustados, ou seja, prejudicam a adaptação do indivíduo às situações que enfrenta, causando nele próprio, ou mais comumente aos que lhe estão próximos, sofrimento e incómodo. São indivíduos que não têm consciência, ou têm consciência parcial, de que o seu comportamento ou os seus padrões de pensamento são desadequados; inclusive, muitas vezes pensam que os seus padrões são normais e correctos.

## **2.2. Aspectos teóricos e conceptuais da Perturbação da Personalidade *Borderline***

A perturbação da personalidade *borderline* é bastante comum e surge sobretudo nas mulheres. As pessoas com esta perturbação apresentam um comportamento excêntrico. Os enfermeiros têm dificuldades na forma de aproximação a estes utentes, uma vez que é incerta a maneira como estes tendem a interpretar essa interacção ou como respondem à mesma. As respostas comportamentais são bastante imprevisíveis (Neeb, 2000).

Também conhecidos como estado-limite ou *borderline* (Bergeret, 1998), este quadro clínico situa-se “nas franjas da psicose e a caminho da organização depressiva ou da neurose” (Matos, 1998). De acordo com Bergeret (1998), o estado-limite poderá ser imaginado, por analogia, como um espaço perfeitamente delimitado pela neurose e pela psicose e que apresenta características de ambas as classes: não é uma neurose nem uma psicose, mas simultaneamente consiste numa combinação das duas (Painchaud e Montgrain, *cit. in* Bergeret, 1998).

Nos casos de perturbação estado-limite da personalidade, o humor tende a ser extremamente irritável e irregular. Os indivíduos podem apresentar insegurança em relação ao auto-conceito e à orientação sexual. Podem igualmente ter problemas de abuso de substâncias e tentar várias vezes o suicídio. Muitas vezes sofrem de anedonia, o que pode interferir com a capacidade para lidar com sucesso com uma emoção forte. As pessoas que apresentam esta perturbação referem muitas vezes sentir-se aborrecidas e vazias. Uma das crenças sobre a etiologia desta perturbação é a de que está intimamente relacionada com deficientes cuidados de protecção e amor por parte dos pais. A criança cresce, desta forma, com conflitos entre amor/ódio, domínio/abandono, dependência/afastamento – todo um conjunto de emoções totalmente opostas (Neeb, 2000).

Segundo estudos norte americanos, a perturbação de personalidade *borderline* tem uma prevalência de 0.2% a 1.8% na população em geral (Bateman e Fonagy, 2004) e, ainda segundo os mesmos autores, 14% a 20% nos internamentos a tempo completo.

Curioso destacar aqui que, sendo o diagnóstico de perturbação *borderline* da personalidade relativamente frequente, representa tão pequena percentagem relativamente ao conjunto das perturbações da personalidade (até 45% da população em geral).

A perturbação de personalidade *borderline* é uma perturbação psiquiátrica grave e incapacitante que afecta, aproximadamente, 2% da população geral: 10% de pacientes psiquiátricos em ambulatório e 20% de pacientes psiquiátricos hospitalizados (DSM-IV 2002, p. 668). Indivíduos com perturbação de personalidade *borderline* utilizam, de maneira significativa, os serviços de saúde (Ball e Links, 2009).

Os estados-limite apresentam um contacto precário com a realidade em que, através de falsas adaptações e mimetismos, a realidade chega mesmo a ser atacada a fim de evitar o sofrimento psíquico (Matos, 2000). São indivíduos que manifestam uma forte dependência da realidade externa e uma ansiedade generalizada, especialmente evidente em situações que exigem uma tomada de decisão autónoma (Matos, 2000).

A característica essencial da perturbação de personalidade *borderline* é um padrão persistente de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem e afectos, e uma impulsividade marcada com começo no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos. É difícil descrever o carácter destes clientes devido à inconsistência de sintomas na apresentação de queixas e à grande variedade em áreas adaptativas. O utente *borderline* descreve, frequentemente, sentimentos de vazio, solidão, desesperança e desespero. Estas descrições são acompanhadas, posteriormente, por sentimentos de vergonha e humilhação. Apresentam os limites do ego enfraquecidos, possuindo baixa capacidade para uma ligação empática com os outros. As suas relações são ténues e superficiais, descrevendo períodos de isolamento e embotamento emocional. Estes indivíduos têm pouca ou nenhuma capacidade adaptativa, recorrendo frequentemente a drogas e ao álcool. O distúrbio nas relações toma, frequentemente, a forma de dependência, manipulação e vitimização (Bateman e Fonagy, 2004).

As pessoas com perturbação da personalidade *borderline* parecem estar sempre em estado de crise. O seu afecto é de extrema intensidade e o seu comportamento reflecte mutabilidade frequente. Estas mudanças podem acontecer dentro de dias, horas ou até minutos. Estas pessoas apresentam, frequentemente, uma tonalidade afectiva única e dominante, como a depressão, o que pode dar periodicamente lugar a uma agitação ansiosa ou explosões inadequadas de raiva. A depressão é muito comum nestes utentes, assim como uma incapacidade para estar sozinho (Townsend, 2009).

Em síntese, trata-se de uma perturbação da personalidade grave. Caracteriza-se por uma instabilidade mantida do humor, dos relacionamentos com os outros, da imagem que têm de si mesmos e dos seus comportamentos. Essa instabilidade muitas vezes desorganiza a vida familiar e profissional, o planeamento a longo prazo e o sentido de identidade pessoal do indivíduo.

É frequente que este tipo de utentes se considerem injustamente incompreendidos ou maltratados, aborrecidos ou vazios. Esses sintomas são mais agudos quando os indivíduos portadores de perturbação da personalidade *borderline* se sentem isolados e carentes de apoio social, fazendo esforços para evitar ficar sozinhos.

### **2.2.1. Padrões de relacionamento interpessoal da pessoa com perturbação da personalidade *borderline***

Um estudo utilizando o Método Projectivo de Rorschach, numa amostra de 17 pacientes com perturbação de personalidade *borderline*, demonstrou que nas relações interpessoais

predominam relações malevolentes, com ausência de reciprocidade e ameaças constantes à integridade do objecto, o que faz com que essas pessoas estabeleçam relações caóticas, além das relações serem percebidas como ameaçadoras, abusivas, agressivas e destrutivas. A análise da expressão da agressividade identificou aspectos agressivos primitivos e intensos, os quais, nesses pacientes, estão voltados para o próprio self, indicando que se percebem como vítimas e objectos da agressão (Diaz *et al.*, 2009).

Desta maneira, observa-se que essas pessoas acabam por não conseguir uma noção clara de si e do outro, dadas as características adversas encontradas nos seus processos de desenvolvimento. Essas pessoas acabam por constituir um sistema de valores e crenças peculiares, nos quais há dificuldade de empatia, da percepção e respeito pelo outro. Disto, pode resultar uma falha na concepção dos valores sociais, podendo-se manifestar por meio de comportamentos anti-sociais, no sentido de não se adaptarem, respeitarem regras e normas sociais, comportamentos de oposição e até comportamentos de violência e crueldade.

O utente com perturbação da personalidade *borderline* manifesta comumente um padrão de interacção com outros que é caracterizado pelos comportamentos de apego excessivo e distanciamento. Alternando períodos em que estão agarrados a outra pessoa, podendo apresentar comportamentos de desamparo, dependência ou mesmo infantis, com períodos caracterizados pela hostilidade, raiva e desvalorização dos outros (Townsend, 2009). Assim, o seu padrão de relacionamento é, frequentemente, muito instável, apresentando, normalmente, ligações intensas e, ao mesmo tempo, tempestuosas. A sua atitude para com os familiares, amigos e entes queridos pode passar subitamente da idealização (grande admiração e amor) à desvalorização (intensa raiva e desaprovação).

Neste sentido, estes utentes podem formar uma ligação imediata e idealizar a outra pessoa mas, ao ocorrer uma pequena separação ou conflito, passam, inesperadamente, para o outro extremo e acusam furiosamente a outra pessoa de não ter absolutamente nenhum afecto por elas.

A clivagem é um mecanismo primitivo de defesa do ego que é muito comum em pessoas com perturbação da personalidade *borderline*. Surge devido ao fracasso destas pessoas em obter constância de objecto e é manifestada através da incapacidade em integrar e aceitar tanto os sentimentos positivos quanto os negativos. Na sua visão, as pessoas, incluindo a si mesmos, e as situações de vida são todas boas ou todas más (Townsend, 2009).

Estas pessoas são muito sensíveis à rejeição, reagindo com raiva e angústia a pequenas separações como um período de férias, uma viagem de negócios ou uma súbita mudança nos planos. Este medo do abandono parece estar relacionado com as dificuldades em se sentirem

emocionalmente ligados a pessoas importantes quando estas se encontram fisicamente ausentes. Podem ocorrer ameaças e tentativas de suicídio, juntamente com a raiva, nos casos de abandonos e desapontamentos percebidos pelos indivíduos.

Nas suas tentativas para evitar a separação que tão desesperadamente temem, os clientes com esta perturbação tornam-se mestres da manipulação. Colocar uma pessoa contra a outra é um jogo comum para aliviar os medos de abandono (Townsend, 2009).

Os comportamentos repetitivos auto-mutiladores são as manifestações clássicas da perturbação da personalidade *borderline*, assim como o fraco controlo dos impulsos (Townsend, 2009).

Em suma, o padrão de relacionamento interpessoal destes utentes é caracterizado por uma grande instabilidade, recorrendo, frequentemente, a mecanismos de defesa muito primitivos, como a negação ou a clivagem, na tentativa de afastar assim, a angústia de separação.

### **2.2.2. Adesão ao programa terapêutico da pessoa com perturbação da personalidade *borderline***

Geralmente as pessoas com perturbação da personalidade *borderline* são indivíduos pouco motivados para o tratamento, uma vez que, apesar do seu sofrimento, perturbam, essencialmente, as relações com outras pessoas, fazendo com que amigos e familiares aconselhem o tratamento.

Na perturbação *borderline* o processo de admissão é apenas um primeiro ponto de contacto, já que a integração dos princípios de funcionamento do programa terapêutico e a construção da aliança terapêutica podem demorar semanas ou mesmo meses (Bateman e Fonagy, 2004).

A adesão ao tratamento é um processo complexo que inclui não só as características do utente, mas também do clínico e das estratégias de tratamento utilizadas.

Esta questão torna-se muito complexa neste tipo de perturbação. Para Blackwell (*cit. in* Tanesi *et al.*, 2007, p. 71-72), em geral, a não adesão a um tratamento envolve muitos comportamentos: relutância em procurar ajuda, rejeições a consultas e sessões irregulares, interrupções prematuras no acompanhamento, não cumprimento das orientações, uso de dose inadequada e de medicações não recomendadas.

Segundo Gunderson (*cit. in* Tanesi *et al.*, 2007, p. 72), as razões conscientes mais comuns, referidas pelos utentes para não aderirem ao tratamento, e frequentemente às sessões de

psicoterapia, são a frustração com o tratamento, falta de suporte social e dificuldades logísticas em comparecer às consultas.

Em síntese, o processo de adesão deste tipo de utente é extremamente complexo. Por tal, o enfermeiro deve possuir competência e habilidade desde o momento da admissão, a fim de estabelecer com o utente uma forte aliança terapêutica, que vise suportar toda a frustração que estes utentes sentem com o tratamento. O enfermeiro deve também, estar tecnicamente preparado para lidar com as modalidades relacionais estabelecidas por estes utentes, em que o ataque ao vínculo terapêutico é recorrente e perturbador.

### **2.3. Intervenção Terapêutica em Pessoas com Perturbação da Personalidade**

A intervenção terapêutica de enfermagem passa por: aceitar incondicionalmente o utente; desenvolver uma relação baseada na confiança; estabelecer limites de comportamento; estabelecer comunicação terapêutica; criar modelos positivos e proporcionar ambiente seguro (Neeb, 2000).

Em 2001 a *American Psychiatric Association* publica “*Clinical Guidelines for the Treatment of Patients with Borderline Personality*”. As recomendações dão prioridade aos cuidados específicos no momento da admissão, dando especial prioridade aos factores de segurança, desenvolvimento de uma rede de tratamento psicoterapêutico explícita, tratamento psiquiátrico com utilização da psicofarmacologia, num papel adjuvante, e aplicação de um tratamento clínico múltiplo por oposição ao tratamento com um único técnico.

Tal como a APA, também o *National Institute for Mental Health in England* dá indicações específicas, recomendando o desenvolvimento de equipas multidisciplinares especializadas na perturbação de personalidade *borderline*, assim como a formação de especialistas em serviço de hospital de dia (Bateman e Fonagy, 2004).

Em 2005, Peter Fonagy e Mary Target, no seu livro “Uma Psicopatologia Evolutiva”, desenvolvem conceitos psicanalíticos indispensáveis à compreensão da psicologia do desenvolvimento, focando a influência determinante que os processos de vinculação primários têm sobre as competências cognitivas, emocionais e relacionais no adulto. Os autores estabelecem correlações empíricas entre as diferentes formas de vínculo descritas por Bowlby e Mary Ainsworth com o desenvolvimento da mentalização, destacando o modo como as falhas na mentalização podem explicar em parte o funcionamento da pessoa com estrutura de funcionamento *borderline*. Para os autores, estas pessoas desenvolvem, maioritariamente,

padrões de vinculação “desorganizados” e apresentam redução da capacidade reflexiva com compromisso da função da mentalização. Estes conceitos, aplicados pelos autores ao seu programa de tratamento com base na mentalização da pessoa com perturbação de personalidade *borderline*, vêm alargar o conhecimento nesta área.

Porque para intervir junto dos utentes é necessário um modelo teórico que suporte todo o trabalho desenvolvido, saliento a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Considerada mãe da enfermagem psiquiátrica e pioneira da enfermagem psicodinâmica, muito contribui na minha perspectiva para a intervenção com este tipo de utentes.

## **2.4. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau**

Uma das teorias considerada como marco teórico de referência para a prática da enfermagem e, sobretudo, para a enfermagem psiquiátrica, é a Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard E. Peplau, em 1952. A teórica visualizou o fenómeno de enfermagem como um processo interpessoal, cujo foco principal está centralizado na enfermeira e no utente. Na sua teoria, pretende identificar conceitos e princípios que dêem suporte às relações interpessoais que se processam na prática da enfermagem, de modo que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal (Peplau, 1990).

O trabalho com pessoas com perturbação da personalidade é muito centrado na relação terapêutica. Neste sentido, esta teórica vem trazer importantes contributos, uma vez que vê a enfermagem como um processo interpessoal que possa ser transformador.

A enfermagem, na percepção da teórica, é uma relação humana entre uma pessoa que está doente ou necessitada de serviços de saúde e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda (Peplau, 1990).

Na sua teoria, Peplau opta por descrever o processo de relação interpessoal da enfermagem em quatro fases: *orientação, identificação, exploração e resolução*. Essas etapas estão sobrepostas e devem ser consideradas de forma relacionada.

Na fase de orientação, o utente apresenta uma necessidade e solicita ajuda profissional. O enfermeiro, inicialmente, identifica as necessidades do utente, o qual, durante a interação, fornece diversificadas pistas a respeito de como visualiza a dificuldade que está a experimentar, e oferece à enfermeira a oportunidade de reconhecer as suas carências de informação e compreensão acerca do problema. Diante das necessidades identificadas, a enfermeira, em

colaboração com outros elementos da equipa de saúde, orienta o utente na abordagem do problema e das suas implicações. A tensão e a ansiedade apresentadas por esse utente em decorrência das suas necessidades devem ser levadas em consideração na fase de orientação, pois, caso contrário, não haverá êxito em tentar relacionar a sua experiência actual com as anteriores (Peplau, 1990).

Como descrito anteriormente, a fase de admissão de utentes com perturbação da personalidade é extremamente importante para o estabelecimento de um vínculo terapêutico seguro. Assim, tal como refere a autora, o enfermeiro tem de estar atento a imensos aspectos que podem condicionar este mesmo vínculo.

Na etapa de identificação, os esforços do enfermeiro devem direccionar-se para o auxílio do utente na consecução de uma aprendizagem construtiva, a qual ocorre quando ele pode centrar-se nos elementos essenciais da situação, mediante os seus próprios esforços, e quando pode desenvolver respostas independentemente da enfermeira (Peplau, 1990).

A terceira fase do processo refere-se à exploração, ao máximo, da relação para a obtenção dos melhores benefícios possíveis. O utente faz pleno uso dos serviços que lhe são oferecidos, entretanto, quando se inicia a recuperação, pode experimentar conflitos entre o seu estado de dependência e independência, ao mesmo tempo. A actuação do enfermeiro é continuar a promover a satisfação do utente em relação às suas interrogações, à medida que elas surgem e, conforme avança a convalescença, deverão ser estabelecidas novas metas – como voltar para casa e ao trabalho – no intuito de diminuir a identificação do utente com a pessoa que lhe prestou ajuda (Peplau, 1990).

A última fase, denominada de “resolução”, é caracterizada mais como um fenómeno psicológico em que o utente abandona os laços adquiridos e se prepara para regressar a casa (Peplau, 1990). Esta é uma fase que, pelas suas características, conduz, algumas vezes, a uma regressão dos utentes com perturbação da personalidade, uma vez que têm de lidar, novamente, com a separação, o que lhes provoca angústia e medo. Assim, tendem a interpretá-la como abandono ou falta de afecto, acabando por reagir, frequentemente, com raiva e zanga.

O ideal seria que esta fase coincidissem com a resolução do seu problema clínico, o que, em muitos casos, não acontece, pois o utente, mesmo recuperado, não apresenta o desejo real de concluir a doença (Peplau, 1990).

Durante todas as fases do processo interpessoal, a enfermeira pode assumir diferentes papéis: de estranha; de pessoa recurso; de professora; de líder; de substituta e de conselheira.

Peplau considera os papéis de enfermagem essenciais, portanto, a enfermeira necessita de saber como aplicá-los ao paciente, indo de encontro às suas necessidades.

Devido a toda a instabilidade que estes indivíduos apresentam, os papéis assumidos pelo enfermeiro são variáveis, consoante as necessidades que estes evidenciam.

Segundo a autora, a utilização dos diferentes papéis de enfermagem de forma efectiva conduz à motivação dos utentes para o seu próprio cuidado, para ajudar a formular os planos de cuidados e resolver os problemas detectados (Peplau, 1990).

Por fim, na prática clínica com estes indivíduos, sobressai a necessidade de dinamizar as quatro fases descritas, uma vez que a instabilidade dos utentes conduz a avanços e retrocessos. Assim, destacaria a primeira e a quarta fase. A primeira porque é fundamental a criação de um vínculo terapêutico seguro, o que, devido às características destes utentes, nem sempre é fácil, mas que só através deste será possível todo o processo terapêutico. Já na quarta fase, a individualização e autonomização destas pessoas é sempre vivenciada como um momento de muitas dúvidas e receios, o que leva, frequentemente, a retrocessos no processo terapêutico.

## **2.5. Relação de Ajuda**

Cuidar é, numa perspectiva de saúde, ir ao encontro de outra pessoa, acompanhando-a no seu processo de promoção da saúde. Cuidar é, portanto, mais do que prestar cuidados, e tal como refere Hesbeen (2000, p.10), “uma atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a saúde.”

E, ainda, segundo o mesmo autor, ”a atenção enquadra-se na perspectiva de prestar ajuda a uma pessoa, logo, de lhe aparecer como um profissional de ajuda, na sua situação singular e utilizando as competências profissionais que caracterizam os actores desta ou daquela profissão” (p.11).

A relação de ajuda em enfermagem constitui um domínio fundamental para os enfermeiros e, em particular, na área da saúde mental. A prática efectiva da relação de ajuda reveste-se de particularidades distintas, consoante a teoria que a suporta, exige sempre habilidades fundamentais de comunicação, nomeadamente, escuta, empatia e congruência. Todas estas características são, sobremaneira, fundamentais no estabelecimento de uma relação terapêutica com pessoas com perturbação da personalidade.

Hélène Lazure deu grandes contributos para a reflexão da relação de ajuda, chamando a atenção para quando o enfermeiro está em relação necessita de ter profunda consciência do contacto com o outro que se pretende ajudar.

As exigências que o profissional tem de dar resposta e que são inerentes ao acto de ajudar são as seguintes: dar do seu tempo, dar da sua competência, dar do seu saber, dar do seu interesse, dar da sua capacidade de escuta e compreensão (Lazure, 1994).

Mostrar disponibilidade numa atitude de escuta e compreensão, é uma habilidade essencial para intervir com utentes com perturbação da personalidade. Porém, nem sempre é fácil devido às suas reacções muitas vezes desadequadas. Daí, a necessidade de perceber a importância e treinar estas competências, pois sem elas seria muito difícil, ou mesmo impossível, intervir junto destes utentes.

Ainda acerca da relação de ajuda, Phaneuf (2005, p.324), descreve-a como: “uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. (...) esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma. Esta relação ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante da adversidade, e mesmo diante da morte.”

A criação de um clima de compreensão acaba por ser a base para intervir com este tipo de utentes. É através dele que se consegue estabelecer um vínculo seguro capaz de suportar todos os conflitos e, assim, permitir alguma transformação.

Na relação de ajuda entre a enfermeira e o utente é necessário que a enfermeira tenha uma visão holística do utente, sendo que, como refere Phaneuf (2005, p.322), “quando se trata de contacto com a pessoa, as manifestações de aceitação e de respeito da enfermeira são a chave da abertura para uma relação significativa e calorosa, numa convivência terapêutica essencial a um trabalho profissional.”

Segundo a mesma autora, “na realidade, o doente, em qualquer que seja o seu estado, é um parceiro no processo dos cuidados: nós prestamo-los, ele recebe-os e colabora neles, segundo as suas possibilidades. Sem a sua colaboração, por vezes obtida com grande luta, não podemos nada, a nossa missão de ajuda perde o seu sentido” (Phaneuf, 2005, p.322).

### **2.5.1. O conceito *transferência* na relação terapêutica**

Não raras vezes, os utentes com perturbação da personalidade reagem com os enfermeiros de forma agressiva e hostil, provocando no enfermeiro sentimentos negativos muito difíceis de gerir. Se não se tentar compreender o porquê destas reacções e analisar convenientemente, compromete-se, em muito, todo o processo terapêutico. Neste sentido, torna-se necessário perceber o conceito de transferência.

A transferência é uma resposta inconsciente em que o utente experimenta sentimentos e atitudes pelo enfermeiro que estavam originalmente associadas a figuras significativas na vida do utente. As reacções de transferência são perigosas para o processo terapêutico quando permanecem ignoradas e não examinadas pelo enfermeiro. Os dois principais tipos são as reacções hostis e as reacções dependentes (Espinosa, 2000).

A partir dos seus *Estudos sobre a Histeria*, Freud atribui um lugar preponderante à noção de transferência na cura. Tendo-a considerado, inicialmente, como resistência, passou a concebê-la, mais tarde, como um aliado terapêutico. Freud alargou, então, a noção de transferência, ligando-a aos imagos<sup>2</sup> parentais e definindo a neurose de transferência. Desde então, a transferência, simultaneamente resistência à rememoração e manifestação visível e actual do inconsciente, tornou-se um dos principais instrumentos terapêuticos (Gilliéron, 2001).

A transferência consiste na vivência da actualização de sentimentos, tendências, atitudes, fantasias e defesas, relativamente a uma pessoa actual, mas que não são somente relativos a ela mas, sobretudo, à repetição de padrões precoces. Isto significa que o paciente vivencia o terapeuta como uma figura significativa do seu passado, atribuindo-lhe as qualidades dessa figura e experienciando os sentimentos que lhe estão associados (Gabbard, 1998). Freud explicou a transferência como tendo origem no facto de, ao longo do desenvolvimento, uma parte da libido ser detida pela censura da personalidade do indivíduo e da realidade, ficando presa no inconsciente. Assim, os indivíduos cujas necessidades psicobiológicas precoces não tenham sido satisfeitas orientarão representações libidinais para qualquer pessoa com a qual estabeleçam uma relação, sendo portanto compreensível que tal facto se verifique, também, com o seu terapeuta. No entanto, “o analisando nada recorda do esquecido ou reprimido, senão que o vive de novo. Não o reproduz como recordação, senão como acto; repete sem saber,

---

<sup>2</sup> Protótipo inconsciente de personagens que orienta de preferência a forma como o indivíduo apreende o outro; é elaborado a partir das primeiras relações intersubjectivas reais e fantasmáticas com o meio familiar (Laplanche e Pontalis, 1990).

naturalmente, que o repete” (Freud, *cit. in* Cordioli, 1998). Neste sentido, a transferência caracteriza-se, geralmente, pela sua inadequação à realidade, pela intensidade da reacção emocional que provoca, pela sua ambivalência, a sua inconstância e a sua tenacidade, sendo, por vezes, resistente à interpretação (Cordioli, 1998).

A transferência constitui, também, uma resistência à recordação. A resistência é aquela parte da função psíquica que se opõe activamente ao trabalho terapêutico de trazer à consciência material inconsciente. Quanto mais intensa for a resistência, mais o paciente recorrerá à acção e à repetição, em vez de recordar. Através da transferência, o sujeito reencena, inconscientemente, um relacionamento passado na sua relação com o terapeuta, em vez de recordá-lo (Gabbard, 1998). Deste modo, no seio do processo terapêutico, a transferência pode manifestar-se de uma forma ténue ou pouco sistemática, não impedindo o desenrolar do trabalho terapêutico, ou invadindo o espaço da relação, quer pela sua persistência quer pelo conteúdo associado, constituindo uma verdadeira resistência ao trabalho terapêutico (Leal, 2004). Existem determinados tipos de transferência que são, frequentemente, observados na clínica: Todavia, qualquer que seja o tipo de transferência, esta constitui uma fonte de informação muito rica acerca das relações passadas do utente e um elemento extremamente importante para a compreensão do indivíduo na medida em que, ao reviver estes acontecimentos, está a mostrar ao terapeuta aquilo contra o qual resiste (Gabbard, 1998).

Klein (*cit. in* Cordioli, 1998) realça a importância da ligação entre as figuras representadas pelo terapeuta na mente do indivíduo e das situações específicas que devem ser analisadas para a compreensão dos sentimentos, desejos e fantasias transferidos. Embora o conceito de transferência surja, em regra, associado à psicanálise ou, quando muito à psicoterapia, o facto é que possui um sentido muito mais geral, constituindo um fenómeno inerente às relações interpessoais que acontece em todos os contextos, sendo porém, mais facilitado nuns do que noutros. Brenner (*cit. in* Gabbard, 1998) ressalva que as novas relações objectais são adicionadas às originais, que se mantiveram e são provenientes da infância. Desta forma, a transferência é universal, surgindo sempre que uma pessoa importante entre na vida do indivíduo. A verdade é que cada relacionamento é uma mistura de um vínculo real e de um fenómeno transferencial (Gabbard, 1998).

### **2.5.2. O conceito *contratransferência* na relação terapêutica**

A contratransferência é um impasse terapêutico criado pelo enfermeiro, não pelo utente. Refere-se a uma resposta emocional específica dada pelo enfermeiro ao utente, a qual é imprópria para o conteúdo e o contexto do relacionamento terapêutico ou impróprio quanto à sua intensidade emocional. A contratransferência é a transferência aplicada ao enfermeiro. São, em geral, de três tipos: reacções de amor ou preocupações intensas, reacções de hostilidade ou aversão, e reacções de ansiedade intensa, frequentemente como resposta a uma resistência do utente (Espinosa, 2000).

Um princípio a reter, independentemente do quadro teórico de referência, é o de que existem mais semelhanças do que diferenças entre um terapeuta e o seu utente. Os mecanismos psicológicos na psicopatologia constituem meras ampliações dos princípios envolvidos no funcionamento normal de um indivíduo. Terapeuta e utente são ambos seres humanos e, como em qualquer interacção humana, a relação utente-terapeuta propicia uma gama completa de pensamentos, fantasias e sentimentos (Gabbard, 1998). Um dos aspectos mais relevantes da relação terapêutica e do modo como esta funciona diz, portanto, respeito aos sentimentos e emoções que o terapeuta experimenta. Mencionado por Freud pela primeira vez em 1910, o termo contratransferência surge em analogia ao conceito de transferência e refere-se ao conjunto de respostas emocionais específicas despertadas no terapeuta pelas qualidades específicas do utente (Leal, 2004).

A atitude atenta e disponível do terapeuta é, muitas vezes, comprometida por transferências do cliente que suscitam irritação, zanga, desencorajamento, auto-questionamento ou, inversamente, exacerbam a auto-estima e o amor-próprio. Para além disso, é frequente os terapeutas desenvolverem sentimentos de protecção excessiva em relação aos seus utentes, experimentarem uma enorme tolerância emocional ou enfatizarem certos acontecimentos de vida ou sentimentos dos seus clientes de forma pouco defensável (Leal, 2004).

Tendo em conta que cada relação actual constitui um novo acréscimo aos relacionamentos antigos, segue-se, logicamente, que a contratransferência no terapeuta e a transferência no utente sejam processos essencialmente idênticos, isto é, estejam relacionadas com vivências inconscientes de cada um com figuras significativas do passado. A diferença reside na forma como o terapeuta lida com esses sentimentos. Enquanto a transferência do utente é discutida e analisada no contexto terapêutico, a contratransferência é objecto de vigilância interna por parte do terapeuta, que se apercebe da emergência de sentimentos positivos e

negativos em relação aos seus utentes, reflectindo silenciosamente e cuidadosamente sobre a possível origem de tais sentimentos no contexto das suas relações passadas (Gabbard, 1998).

Apesar do treino e da experiência constituírem uma ajuda no sentido de atenuar o impacto das reactividades perante os utentes, a contratransferência está presente no decorrer de qualquer relação terapêutica. Esta constitui, com efeito, um instrumento de trabalho muito útil na medida em que o exame da contratransferência pelo terapeuta pode levar a um maior *insight* dos processos que ocorrem no utente, pelo que é considerada uma importante fonte de informação acerca da constelação emocional profunda do indivíduo que faz o pedido. É, ainda, por intermédio dos sentimentos contratransferenciais, que o terapeuta sente e compreende o que o utente sente. Na maior parte das vezes, a sua resposta emocional está mais próxima da realidade psíquica do cliente do que o juízo consciente que faz sobre o mesmo facto (Heimann, *cit. in* Cordioli, 1998).

É necessário, porém, distinguir entre contratransferência normal e contratransferência perturbadora ou patológica. A primeira revela-se de grande utilidade para o trabalho terapêutico e propicia uma experiência de aprendizagem muito rica, tanto para o terapeuta quanto para o utente. Já a segunda parece ter origem nos conflitos neuróticos não superados do terapeuta e, enquanto permanecer inconsciente, conduzirá o processo terapêutico a uma situação perturbadora (Heimann, *cit. in* Cordioli, 1998).

Para superar os impasses terapêuticos, os enfermeiros devem estar preparados para ficar expostos a sentimentos e emoções intensas dentro do contexto da relação enfermeiro – utente. De início, devem saber quais os impasses e reconhecer os comportamentos que indicam a sua resistência. Depois, poderão esclarecer e reflectir sobre o sentimento e esforçarem-se por focar de maneira mais objectiva o que está a acontecer (Espinosa, 2000).

Os motivos que há por trás do comportamento deverão ser discutidos e o utente (para as reacções de resistência e transferência) ou o enfermeiro (para as reacções de contratransferência) assume a responsabilidade pelo impasse e pelo impacto negativo deste sobre o processo terapêutico. Por fim, os objectivos da relação e as áreas de necessidade e de problemas do utente são revistos, ajudando o enfermeiro a restabelecer um pacto terapêutico compatível com o processo da relação enfermeiro – utente (Espinosa, 2000).

## **2.6. Terapia pela Arte**

A fim de eliminar qualquer tipo de confusão que possa surgir, penso ser necessário diferenciar arte terapia de terapia através da arte.

A arte terapia distingue-se como método de tratamento psicológico, integrando no contexto psicoterapêutico mediadores artísticos (Ruy de Carvalho, 2006). Assim sendo, utilizar a arte com fins terapêuticos em enfermagem é possível, desejável mas diferente de realizar arte terapia. Numa primeira perspectiva, como promotora da comunicação. E, mesmo que se recorra a técnicas semelhantes, o intuito é utilizá-las como mediadores e facilitadores da relação e da expressão de emoções. Por fim, é sabido que, geralmente, através destas emergem conteúdos possíveis de trabalhar e analisar com o utente numa perspectiva de enfermagem. Estas actividades não pretendem atingir qualquer padrão de qualidade ou cumprir prazos de produtividade, pois o produto não se apresenta tão importante quanto o processo que o utente atravessa (McNamee, *cit. in* Patrício *et al.*, 2008). Apesar da referência às artes, a expressão artística não é aqui considerada no seu aspecto técnico, nem vista como um fim em si, é antes utilizada como um recurso potenciador da comunicação em contexto terapêutico.

Uma vez que a arte terapia permite as manifestações do processo mental do utente, constitui-se como um recurso de tratamento de sucesso dos indivíduos com perturbação de personalidade. Devido à capacidade única da arte terapia possibilitar a evocação de símbolos e imagens relacionadas com experiências precoces, torna-se importante no tratamento de patologias severas relacionadas com estados mentais primitivos. Alguns utentes nunca atingem a capacidade de pensar verbalmente, apresentando um pensamento em imagem. Se estes utentes conseguirem desenvolver símbolos concretos, poderão usá-los para pensarem de maneira diferente, ordenando-os de acordo com a sua importância (Silverman, 1991).

Assim, a arte em contexto clínico é utilizada, sobretudo em utentes que possuem alguma dificuldade em expressar-se verbalmente e que não conseguem falar do seu sofrimento. Estas englobam modalidades como as actividades de expressão plástica, a música, o drama e a dança com fins terapêuticos, constituindo um meio para o profissional ter acesso ao inconsciente do utente, pois é um meio para a expressão simbólica do utente (Gabbard, 2007). Através da expressão simbólica espontânea, que é natural na infância, pretende-se aceder a processos inconscientes e difíceis de exprimir pela expressão verbal, necessariamente limitada pela lógica linguística.

A representação gráfica deste estado de desordenação interna ajuda os utentes a lidarem com o caos, em vez de lidarem com a experiência numa base impulsiva. Assim, o desenvolvimento da coesão é conseguido através de uma diminuição na fragmentação. Devido ao modo concreto da estruturação mental, o utente é capaz de experienciar algum nível de entendimento e contenção. Ao entrar na esfera primitiva das imagens-sensações da infância através da arte, torna-se possível retirar informação importante para o tratamento de psicopatologias severas que tiveram origem no início da vida. Os estados internos de vários utentes com esta perturbação são difíceis, se não impossíveis, de explicar oralmente, porque constituem-se como experiências sensoriais oriundas de um estágio anterior ao desenvolvimento da linguagem (Silverman, 1991).

A prática destas actividades traz diversos benefícios para o utente com doença mental, dos quais se poderão enunciar os seguintes: permitem a exteriorização dos sentimentos, conflitos internos, receios e medos, pois transferem para as mesmas as suas dificuldades e preocupações (Stickley, *cit. in* Patrício *et al.*, 2008). Sousa (*cit. in* Patrício *et al.*, 2008), acrescenta que estas auxiliam o utente a lidar com estados emocionais por vezes difíceis de controlar, como angústia ou agressividade, bem como afastar a sensação de “doença,” oferecendo não só vias aceitáveis para expressar estas emoções, mas também promovendo sentimentos positivos, de bem-estar e a possibilidade de se concentrar noutros assuntos; permitem, também, um conhecimento mais profundo de si mesmo, através de auto-reflexão e introspecção, bem como uma consciencialização das suas potencialidades, limitações e necessidades (Stickley, *cit. in* Patrício *et al.*, 2008), acreditando mais em si próprio e estando mais confiante (Bloch, *cit. in* Patrício *et al.*, 2008); por fim, melhora a interacção social com os outros (Bloch, *cit. in* Patrício *et al.*, 2008) e a consequente aquisição de comportamentos sociais adequados.

O trabalho que é produzido nestas sessões é fruto de uma situação expressiva, ou seja, é algo íntimo e pessoal, traduzindo o que há de mais profundo no utente, não devendo ser utilizado com fins expositivos (Sousa, *cit. in* Patrício *et al.*, 2008).

Segundo Tavares (1997), os objectivos desta terapia são: libertar mecanismos de defesa inconscientes; proporcionar actividade catártica; possibilitar a auto-análise; melhorar o processo de comunicação do utente e facilitar a observação do comportamento global do utente.

Em síntese, o discurso narrativo, linear, subordinado ao tempo, próprio da expressão verbal, passa a ser substituído ou combinado com a expressão não verbal do discurso criativo, o que permite “dizer” por desenhos, escrita, pintura, recorte e colagem o que seria impossível afirmar de outra forma, por ser, muitas vezes, contraditório e paradoxal, ou seja, sobretudo

quando é difícil a identificação e nomeação de sentimentos ou quando o que se precisa de exprimir é demasiado doloroso para ser posto em palavras.

### **2.6.1. Mediadores Expressivos: desenho, pintura, escrita, recorte e colagem**

Por mediador expressivo entende-se ser toda a acção, actividade, instrumento, técnica ou consigna proposta a um utente para o levar a expressar livremente. Através dos mediadores, oferece-se um meio pelo qual o utente pode comunicar com o outro, assim como consigo próprio, facilitando a expressão, organização e elaboração do seu interior. O mediador é algo que nunca se esgota em si mesmo, é munido de grande mobilidade e plasticidade, e encontra-se em constante transformação (Ferraz, 2009).

As actividades expressivas tais como a pintura, o desenho, o recorte e a colagem, e a escrita, não só proporcionam esclarecimentos para processos patológicos através da análise dos seus conteúdos, como constituem um verdadeiro agente terapêutico.

Estas actividades podem expor aquilo que não podemos pôr em palavras, tanto o que sabemos e queremos exprimir como o que não sabemos ainda e, exprimindo-o, descobrimos dentro de nós.

No desenho há um maior imediatismo do que na pintura, estando o desenho mais próximo da conceptualização da forma e da descrição dos objectos; o seu resultado depende, muito mais das aquisições da lógica. Permite controlo sobre a imagem de si que é desenhada, no entanto, quando o desenho é feito com canetas de feltro, proporciona, também, pela dimensão da cor, o contacto com a labilidade afectiva (Ferraz, 2009).

Os desenhos e pinturas podem actuar como ponte entre o utente e terapeuta quando o assunto é demasiado embaraçoso ou tem conotações negativas para este. Nestas actividades, o utente enfrenta limites, supera dificuldades e aprende a adaptar-se ao material que usa, aceitando as suas falhas e tendendo a desenvolver a sua autoconfiança (Sousa, *cit. in* Patrício *et al.*, 2008).

Pensamos com palavras e, de modo geral, comunicamos com elas. A linguagem escrita forma parte do quotidiano como ferramenta de comunicação e expressão dos sentimentos, pensamentos, lembranças e desejos.

Segundo Reisin (2005), a escrita não acontece apenas pelo simples gesto de pegar num lápis e papel, mas sim de cada experiência, pensamento, emoção, por mais longínquo que possa parecer, que se ligou a este acto: “escrever é abrir o espaço para construir pontes com palavras,

entre distantes questões internas [...] é dar forma a estes conteúdos que empurram por vir à tona” (Reisin, 2005, p.156).

O texto escrito como exercício criativo é útil, não só para a manifestação de pensamentos e sentimentos, mas também como meio de corporificar essa instância original num outro objecto exterior, capaz de se apresentar como um espelho, reflectindo a própria experiência e permitindo tomar consciência da mesma. Segundo Reisin (2005), no acto de escrever, a palavra e o sentir encontram-se impelidas a uma conexão. Ao procurar colocar sentimentos em palavras acontece uma transformação subjectiva, uma vez que ao conseguir transpor para o papel factos, lembranças ou desejos, permite atribuir novo significado aos mesmos.

Rasgar e cortar permite gerir de forma controlada as frustrações, a agressividade, a zanga e outros sentimentos difíceis. Ao mesmo tempo, a escolha de imagens a partir de revistas pode ser estruturante, por ser um material concreto, exigindo menos esforço ao nível da imaginação. Ou seja, empresta-se um imaginário pré-existente para facilitar as capacidades criativas, simbólicas ou espontâneas quando estas estão bloqueadas ou quando não existe motivação pela presença de um contexto depressivo. Utilizar apenas algumas imagens, das várias que existem nas revistas, coloca em acção os mecanismos de poder de escolha e decisão. Colar permite reorganizar o material e o mundo interno de forma diferente. Experimentar novas opções desenvolve a aprendizagem na gestão da frustração, permitindo efectuar a reparação do que foi rasgado ou cortado. É um movimento que contém a agressividade e as angústias que foram exploradas no recorte (Silverman, 1991).

O recorte permite escolher aquilo que se quer partilhar. No entanto, a escolha das imagens recortadas constitui-se como elemento projectivo. Além disso, desafia a tolerância perante a frustração e a capacidade adaptativa perante a realidade, pois as revistas não têm exactamente as imagens pretendidas. A colagem permite a reorganização e integração das várias partes escolhidas em separado.

Em síntese, a integração de todas estas actividades expressivas facilita a expressão emocional do utente, contribuindo para um conhecimento mais profundo deste e, conseqüentemente, uma melhor relação terapêutica.

## **2.7. Terapia de Relaxamento**

A ansiedade é uma reacção emocional universal, que se manifesta através de reacções motoras, como tremuras, estremeçimentos, contracções nervosas, tensão, fraqueza, incapacidade

de descontração, reacções fisiológicas, como a sudação, a boca seca, as dificuldades respiratórias, a preocupação, ruminação e diminuição da concentração (Weiner, 1995). A ansiedade pode ser experimentada como excessiva, onde o indivíduo sofre de forma relativamente contínua, com várias manifestações motoras, fisiológicas e cognitivas da ansiedade e/ou pode ocorrer em episódios com ataques agudos dos sintomas referidos (Weiner, 1995).

Apesar das origens relativamente novas dos procedimentos de relaxamento, existem importantes conexões históricas entre as técnicas de relaxamento e as primeiras tentativas de tratamento da doença mental. Do mesmo modo, os avanços no conhecimento da anatomia e da electrofisiologia dos sistemas neuromuscular e neurovegetativo foram decisivos para o posterior desenvolvimento das técnicas psicológicas do relaxamento (Payne, 2003).

A técnica utilizada neste contexto foi a de relaxamento muscular progressivo de Jacobson. O relaxamento progressivo é um método de relaxamento muscular profundo, foi desenvolvido em 1929 pelo médico de Chicago, Edmond Jacobson. A sua técnica baseia-se na premissa de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam ansiedade através da tensão muscular. Foram observados excelentes resultados com este método no tratamento da tensão muscular, ansiedade, insónia, depressão, fadiga, pressão arterial elevada, fobias ligeiras e gaguez (Davis *et al.*, *cit. in* Payne, 2003).

Concomitantemente, e porque as combinações de diferentes técnicas de relaxamento e redução de stresse parecem ser mais eficazes do que as técnicas isoladas (Davis *et al.*, *cit. in* Payne, 2003) e, porque, ao mesmo tempo produzem efeitos mais poderosos, optei, também, pela técnica de imagética.

A técnica de imagética consiste em “pensar imagens”. A imagem está especialmente associada à função criativa do pensamento. O recurso a imagens mentais pode ser utilizado como valor terapêutico, de forma a proporcionar auto-desenvolvimento e mudança psicológica, relaxamento, distração e cura. Achterberg (*cit. in* Payne, 2003), define a imagem mental como o processo de pensamento que invoca e utiliza os sentidos. Modalidades da visão, som, cheiro, sabor e tacto podem estar todas envolvidas nesta actividade, mesmo na ausência de qualquer estímulo externo. Poder-se-ia dizer que a ideação consiste “pensar em imagens,” o que se opõe a “pensar com palavras.”

### **3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES**

O estágio académico decorreu entre 27 de Setembro de 2010 a 11 de Fevereiro de 2011. Teve a duração de seis meses, seguindo uma carga horária de 350 horas no Serviço de Internamento de Psiquiatria e 150 horas no HD. Completou-se, assim, um total de 500 horas de estágio.

Ao longo do estágio, desenvolvi e integrei diferentes actividades, todas elas aprovadas e coordenadas pelas enfermeiras orientadoras: supervisando-me, sempre que houve necessidade esclareceram dúvidas e orientaram-me através de reuniões pontuais e acompanhamento individual.

Durante o período de estágio participei em todas as actividades desenvolvidas por ambas as equipas, tanto no Internamento como no HD. Estas contemplaram as de acção directa e indirecta nas actividades terapêuticas com o utente, nomeadamente: Reunião Clínica da Equipa; Reunião Pós-grupo; Grupo Terapêutico; Grupo Multifamiliar; Actividades lúdicas e criativas, Treino de Competências Sociais, Painel, Oficina de Arte, Grupos de Arte terapia; Técnicas de Relaxamento, Dinâmicas de Grupo, Cineterapia.

Participei também em três congressos: um da Sociedade Portuguesa de Suicidiologia, outro da Sociedade Portuguesa de Arte terapia e um último do Núcleo de Estudos do Suicídio. Todos eles muito ajudaram e contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional (Anexos XV, XVI e XVII).

#### **3.1. Actividades realizadas no Serviço de Internamento de Psiquiatria**

##### **3.1.1. Técnicas de Relaxamento**

No decorrer do estágio realizei seis sessões de relaxamento com um grupo de utentes variável que se ia modificando à medida que os utentes iam tendo alta e outros eram internados. As sessões foram realizadas com uma frequência semanal à excepção de duas semanas, no final de Novembro, em que, por questões inerentes ao serviço (exposição de Natal), não foi possível a realização das mesmas. Foi utilizada a técnica de relaxamento de Jacobson juntamente com ideação simbólica por cinco vezes (Anexos I, II, IV, V e VI) e uma vez a técnica de relaxamento muscular passivo (Anexo III). Os indicadores de resultado, também presentes nos anexos anteriormente referidos, foram: a tensão arterial e o pulso, avaliados antes e depois da

sessão; e o *feedback* dos utentes. Como objectivos principais, para além do desenvolvimento desta competência, eram, também, a redução de sinais e/ou sintomas indesejáveis de ansiedade e o desenvolvimento de competências no utente para que ele próprio, de forma autónoma, conseguisse gerir a sua ansiedade. Paralelamente, foi realizado um trabalho de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal através de um pensamento reflexivo constante representado nos diários de aprendizagem (Anexo VII).

Desta forma, passo a descrever uma das sessões de relaxamento que julgo mais relevante:

### **Descrição da actividade**

Esta actividade realizou-se no dia 10/11/2010, pelas 10 horas da manhã. O relaxamento teve uma duração de cerca de vinte e cinco minutos e a partilha final perto de vinte minutos. Foi utilizada a técnica de relaxamento de Jacobson adaptada e ideação simbólica (Anexo V). Estavam presentes na sala sete utentes: C.M.; M.J.; R.L.; M.R.; J.P.; H.F.; S.M., cinco deles com o diagnóstico médico de perturbação da personalidade (C.M.; M.J.; R.L.; M.R.; S.M.), um de perturbação bipolar em fase depressiva (J.P.) e outro de depressão major (H.F.).

Iniciei a sessão descrevendo as razões para o relaxamento e seus benefícios e, de seguida, descrevi, detalhadamente, a intervenção. Foi feito o esclarecimento e a demonstração de alguns exercícios que iriam ser utilizados durante a sessão.

Após ter criado um ambiente silencioso, livre de interrupções e com iluminação moderada, comecei pela técnica de relaxamento de Jacobson adaptada seguida da ideação simbólica.

Finda esta parte os utentes foram trazidos gradualmente a seu termo, permitindo ao participante um retorno vagaroso ao estado de vigília.

Avaliou-se, em grupo, aspectos positivos, dificuldades e sentimentos demonstrados, assim como o relato individual e de grupo do relaxamento alcançado. Houve espaço, ainda, para a monitorização da frequência cardíaca e tensão arterial.

### **Avaliação/análise da intervenção**

Durante esta sessão ninguém adormeceu. Todos conseguiram acompanhar os exercícios. A C. referiu ter medo de adormecer, dizendo, durante a sessão “eu não quero adormecer” (sic),

“isto vai demorar muito” (sic), “estou muito ansiosa, não consigo fazer isto” (sic). Por várias vezes, foi necessário tranquilizar a utente, explicando-lhe que o objectivo não era adormecer, mas que se tal acontecesse não haveria nenhum problema. Pedi várias vezes à utente que fizesse um esforço para se concentrar na música e nas indicações que eu dava. Por fim, como último recurso e porque me fui apercebendo que os outros utentes estavam a ficar incomodados com a inquietação da C., disse-lhe que se por qualquer motivo se sentisse desconfortável, poderia abandonar a actividade. Penso que a C., ao perceber que não era obrigatório participar e que não havia problema se por algum motivo adormecesse. Sentiu-se mais tranquila, conseguindo participar até ao fim do relaxamento. No fim, acabou por verbalizar, “afinal foi muito bom, sinto-me mais calma” (sic). O ambiente foi de grande tranquilidade. A R, referiu não ter conseguido relaxar mais referindo “existem coisas que me incomodam, lá de fora” (sic) Perguntei à utente se não conseguiu concentrar-se na actividade, ao que me respondeu “por momentos sim, mas há pensamentos que não me saem da cabeça” (sic). Questionei a utente se queria partilhar esses pensamentos, referiu que “não, prefiro não falar” (sic). Respeitando a sua vontade, mostrei-lhe disponibilidade para podermos falar, mais tarde, noutra contexto.

A partilha final foi muito rica, os utentes conseguiram falar sobre eles, coisa que até então não se tinha conseguido. O J. quando questionado como se tinha sentido, respondeu “estes momentos são muito agradáveis” (sic) e falou sobre como era importante para ele este tipo de actividade, pois, para além de proporcionar um momento de grande tranquilidade e relaxamento, era uma forma de se sentir acompanhado. Partilhou com o grupo como a sua vida era solitária, longe dos seus filhos, sobre como é difícil passar tantas horas no internamento sozinho e que este tipo de actividades diminuía muito a dor da solidão. Os utentes, de uma forma geral, concordaram com o J. e também falaram sobre como era importante alguém fazer actividades com eles, como uma forma de passarem o tempo, e que esta, em particular, era muito importante porque lhes dava ferramentas para utilizarem no seu dia a dia. Finalmente, questionaram sobre a possibilidade de se poder realizar esta actividade mais frequentemente.

Os utentes, de uma forma geral, referiram sentir-se mais calmos e tranquilos. Houve também diminuição dos valores dos parâmetros vitais.

De uma forma geral, todas as sessões de relaxamento cumpriram os objectivos. Inicialmente houve algumas dificuldades pessoais, uma vez que sendo uma técnica que não dominava, comferia-me níveis de ansiedade e insegurança bastantes elevados. No entanto, considero que à medida que as executava, a minha auto-confiança foi-se fortalecendo, o que culminou no desenvolvimento desta competência.

### 3.1.2. Entrevistas baseadas na Relação de Ajuda

A relação de ajuda foi um processo que envolveu e suportou um conjunto de instrumentos e técnicas (entrevistas, actividades expressivas e relaxamento) ao longo deste estágio. Como tal, esta foi utilizada de uma forma contínua com o objectivo de estabelecer uma aliança terapêutica com os utentes para poder trabalhar dificuldades e necessidades sentidas por eles. Contudo, descreverei um momento específico. Neste caso, a preparação para a alta de uma utente que acompanhei ao longo do seu internamento, a R., sexo feminino, raça caucasiana, 27 anos, solteira, sem filhos, natural e residente em Lisboa, entra no serviço com o diagnóstico de perturbação da personalidade *borderline*. Este internamento foi motivado por uma tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa. Como objectivos para esta intervenção delinee os seguintes: diminuir níveis de ansiedade relacionados com o medo da alta; suporte emocional; delinear estratégias para a utente lidar com a impulsividade e frustração. Foi utilizada uma entrevista não estruturada, com questões abertas e fechadas.

As restantes entrevistas realizadas ao longo do estágio encontram-se em anexo (Anexo VIII).

#### Descrição da entrevista

Dirigi-me à utente, cumprimentei-a e perguntei: “*Então R., como se sente?*” (sic).

A utente respondeu de forma imediata: “*Estou cheia de medo*” (sic), “*Querem-me dar alta amanhã mas eu não estou nada bem*” (sic).

Devolvi à R. se gostaria de falar sobre esse medo que estava a sentir. Respondeu: “*Tenho medo de não conseguir controlar os impulsos*” (sic). Então questionei: “*A R. consegue fazer alguma associação com algum acontecimento ou sentimento, em que para si seja mais difícil controlar esses impulsos?*” (sic). A R. ficou em silêncio durante uns segundos e respondeu: “*Quando me sinto injustiçada e com raiva*” (sic). Voltei a questionar: “*Neste momento sente-se injustiçada ou com raiva?*” (sic). A utente referiu que sim, pois sentia que não a compreendiam e que nem sabia para onde ir se tivesse alta amanhã: “*Não sei se o meu namorado me aceita lá em casa e não quero voltar para a casa da minha mãe, já não moro com ela há anos e a nossa relação não é muito boa*” (sic). Perguntei à utente se ainda não tinha falado com o seu namorado sobre a alta. Respondeu: “*Sim, já falei, mas ele diz-me que não me quer deixar sozinha lá em casa*” (sic), “*Está muito zangado comigo por eu ter feito aquilo no fim-de-semana, e não confia em mim*”

(sic). Devolvi à utente: *“Parece que estamos perante um problema sem saída...?”* (sic). Ficou durante algum tempo em silêncio com um olhar desconfiado. Continuei indagando, com base na situação (não queria ir para casa da sua mãe, por outro lado corria o risco de o seu namorado não a aceitar em casa e também não tem casa própria), qual seria a solução. A utente respondeu: *“Não sei”* (sic). Questionei: *“Acha que ficar no internamento durante mais tempo ajudaria?”* (sic), respondeu novamente *“Não sei!”* (sic). Neste momento decidi confrontar a utente dizendo: *“O que pensa sobre esta sua atitude, de ter conhecimento que vai ter alta amanhã, e ainda não ter falado disso com o seu namorado ou com a sua mãe?”* (sic). A utente não respondeu, ficando em silêncio. Questionei novamente: *“Como é que acha que se vai sentir amanhã se o seu namorado não aceitar que fique em casa dele?”* (sic). Responde-me, prontamente: *“com raiva”* (sic). Pergunto, então, à utente: *“O que acontece quando se sente com raiva?”* (sic). A utente começa a chorar e mantém-se em silêncio. Depois de algum tempo de silêncio, referi: *“Sente-se triste? A nossa conversa está a ser demasiado violenta para si?”* (sic). Diz-me: *“Não, não! Estou a gostar muito”* (sic). Tentei perceber qual a opinião da utente sobre tudo o que tínhamos falado. A utente referiu: *“Nunca tinha pensado nessa perspectiva. Mas parece-me lógica”* (sic). Perguntei à utente qual o significado de ficar mais tempo internada, e se achava que iria ter mais tempo para resolver os seus problemas ou só iria adiar a resolução de uma coisa muito difícil para ela. A utente ficou novamente em silêncio, e eu acrescentei *“Estamos perante uma situação em que a R. ou se mantém aprisionada a esse medo e fica paralisada por ele ou tenta perceber que isto é uma dificuldade sua e que, independentemente do tempo que estiver internada, esses sentimentos de medo vão voltar sempre que estiver perante uma situação deste tipo”* (sic). A R. refere: *“Pois, de facto tem razão”* (sic). Continuei, dizendo *“Então, e porque temos pouco tempo para preparar a sua alta, visto esta ser amanhã, quais são as alternativas possíveis e as possíveis consequências e sentimentos associados?”* (sic). Respondeu: *“Não sei se aguento muito tempo na casa da minha mãe e o meu namorado só me deixa estar em casa dele se ele lá estiver”* (sic). Tentei perceber se o namorado da utente trabalha durante o dia, esclarecendo-me a R. que sim.

Prossigui, tentando perceber o que a R. pensaria de ficar durante o dia com a sua mãe e à noite com o seu namorado. A R. afirmou: *“Pois, provavelmente é o que vai acontecer”* (sic). Referi que me parecia, e que percebia, que não era a solução ideal para a R. no entanto, perante esta situação, talvez fosse uma das possibilidades. A utente referiu: *“Mesmo assim, não sei se o meu namorado vai aceitar”* (sic). Falei com a R. sobre a possibilidade de fazer essa proposta ao seu namorado, porém a R. disse: *“Ele está mesmo muito zangado comigo, mas amanhã eu pergunto-*

*lhe quando ele chegar*” (sic). Sugerir que, provavelmente, amanhã seria um pouco tarde, pois existia a possibilidade de o namorado recusar. A R. responde: *“Mas ele hoje já não vem cá”* (sic). Sugerir então que poderia telefonar-lhe. A utente permaneceu em silêncio e eu continuei: *“Digo-lhe isto porque mesmo que o seu namorado recuse e a R. fique muito zangada, sempre está num ambiente protegido onde os técnicos a podem apoiar”* (sic). A R. afirmou: *“Pois se calhar tem razão. Mais logo ligo-lhe”* (sic). Continuei dizendo: *“Parece-me estar com medo de falar com o seu namorado...”* (sic). *“Pois, e estou!”* (sic), respondeu-me. E eu continuei: *“Medo de quê?”* (sic). *“Ele está mesmo muito zangado comigo e tenho medo da sua resposta”* (sic), referiu-me a utente. Volto a questionar: *“Mas porque é que ele está tão zangado consigo?”* (sic). Aqui, a R. explicou que no fim-de-semana que foi passar a casa dele, tudo tinha corrido muito bem. Mas que durante esse fim-de-semana foi pensando que se os médicos a autorizaram a sair era porque achavam que ela estava melhor e provavelmente a alta estaria para breve. Referiu que começou a ficar ansiosa com essa perspectiva e decidiu trazer comprimidos escondidos para o hospital. Quando chegou ao hospital ingeriu todos os comprimidos e foi dizer ao enfermeiro. Refere que não queria morrer, apenas que as pessoas percebessem que não estava bem, a fim de não lhe darem alta.

Nesta altura tentei clarificar o que a R. acabara de dizer e referi: *“Sente-se incompreendida e por isso tomou comprimidos para mostrar aos outros que está muito doente. Que pensa disso?”* (sic). Respondeu-me: *“Sou uma estúpida, porque depois as pessoas, em vez de compreenderem, zangam-se comigo...”* (sic). Disse-lhe que devia ser um sofrimento muito grande sentir essa incompreensão por parte das pessoas e recorrer a coisas tão agressivas e auto-destrutivas com a fantasia de ver o seu sofrimento reconhecido. No entanto, acabava por sentir um sofrimento maior devido ao afastamento/zanga das pessoas. Neste momento a R. fica em silêncio e começa a chorar. Tentei ser empática com a utente, valorizando a sua tristeza. A R. acaba por referir *“A minha vida não foi fácil, só queria alguma compreensão e carinho”* (sic). Acabei por dizer à R. que teríamos de procurar estratégias mais efectivas, de procurar essa compreensão e carinho nas pessoas, visto que as que tinha utilizado até aqui provocavam, precisamente, o inverso. A R. ficou em silêncio novamente. O tempo de entrevista esgotava-se, no entanto questionei a utente se gostaria de falar sobre mais alguma coisa, apesar de estarmos quase a terminar. A R. respondeu: *“Não Senhora Enfermeira, agora vou para o meu quarto pensar na nossa conversa”* (sic). E terminei a entrevista com um breve *“até já”* (sic).

### **Avaliação/análise da intervenção**

Por me aperceber da ansiedade/medo que a R. evidenciava, assim como a limitação de tempo, e observando a sua dificuldade em pensar alternativas ou possíveis soluções, fiquei bastante preocupada e algo ansiosa, acabando por fazer muitas sugestões. Penso que também fui demasiado confrontativa e que teria sido importante clarificar, ouvir e apoiar mais a utente. Apesar de eu imaginar, ficou por esclarecer que impulsos são estes, que a R. refere como tão difíceis de controlar. Quanto às possíveis alternativas, deveria ter esperado ou estimulado a R. a nomeá-las. Senti que disse o que a utente já sabia mas que não queria para a sua vida. Houve alguma precipitação da minha parte, talvez fruto da ansiedade/medo que sentia com a alta desta utente. Esta alta foi uma completa surpresa para mim, eu própria não estava à espera que a R. tivesse alta tão rapidamente e sentia que ela não estava capaz de se controlar lá fora, sentia-a ainda muito frágil. No entanto, pareceu-me que a R. se sentiu bastante investida e cuidada, o que diminuiu o seu sentimento de abandono e medo da alta. Posteriormente, conversei com a equipa e fiquei mais tranquila quando soube que, possivelmente, esta utente iria ter um acompanhamento psicoterapêutico semanal e iria ficar internada a tempo parcial num centro de dia. Era algo que a utente ainda não sabia, mas que estava a ser ponderado.

Como aspectos positivos, devo salientar, o facto de ter conseguido manter o foco de início ao fim da entrevista, centrando-me em aspectos fundamentais, como os seus sentimentos associados à sua forma de funcionamento, assim como as alternativas possíveis para os poder controlar de uma forma eficaz.

As entrevistas realizadas foram momentos de grande aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional. Porém, houve algumas dificuldades sentidas, devido aos constrangimentos dos espaços do serviço, que não permitiram que estas intervenções fossem realizadas de forma mais adequada.

### **3.2. Actividades realizadas no Hospital de Dia**

As actividades desenvolvidas no HD prenderam-se com o domínio da expressão de sentimentos. Foram realizadas sete sessões de actividades expressivas em grupo, sobre quatro sentimentos que os utentes identificaram como difíceis de gerir, sendo eles a raiva, o medo, a tristeza e a felicidade. A partir destas escolhas, todos estes sentimentos foram trabalhados com o objectivo de explorar profundamente o que cada um representa e provoca nos utentes; como

estes os gerem e qual a importância que esses sentimentos assumem para si; a partilha de estratégias para lidar com os mesmos e perceber quais as consequências das defesas fisiológicas e psicológicas face aos referidos. Todas estas actividades estão presentes em anexo (Anexo IX e X).

Paralelamente, também aqui foi realizado um trabalho de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal através de um pensamento reflexivo constante representado nos diários de aprendizagem (Anexos XI, XII e XIII).

Neste contexto, também foram efectuadas entrevistas que se prenderam no domínio da intervenção na crise e apoio emocional (Anexo XI).

Também foi realizada outra actividade, designada “*A casa imaginada*”. Uma actividade expressiva que permite a emergência de conteúdos do mundo interno do utente. A sua realização só teve sentido por estar inserida no seio de uma equipa multidisciplinar que me ajudou a descortinar tudo o que dela surgiu e que proporcionou, posteriormente, o aprofundamento psicoterapêutico adequado para trabalhar os elementos emergentes da actividade. Os objectivos desta actividade prenderam-se com a possibilidade de dar expressão e integrar os conteúdos referidos num contexto interpessoal, estimulando o trabalho de grupo. Tal permitiu perceber o funcionamento destes utentes em grupo, sabendo de antemão que iriam repetir padrões de funcionamento, que lhes são próprios ao nível dos contextos sociais e familiares - aspecto tão importante para que a equipa possa intervir de forma eficaz. Apesar de todas estas intervenções terem trazido contributos muito importantes, na minha perspectiva, tanto para os utentes como para mim, vou-me centrar apenas na análise e avaliação desta última, uma vez que foi, realmente, uma das mais relevantes pelo trabalho que exigiu de mim e pelos contributos proporcionados. Assim, irei fazer uma breve descrição da intervenção e, posteriormente, será feita uma análise e avaliação do primeiro e do segundo momento da intervenção. A descrição completa desta intervenção encontra-se em anexo (Anexo XII).

### **Descrição da intervenção**

A intervenção realizou-se no dia 17/01/2011, cerca das 14h30, na sala de actividades do HD. Foi preparada para 18 utentes, no entanto só estiveram presentes 8.

O tema foi “*A casa imaginada*”, em que, no primeiro momento, pretendia-se levar os participantes por um percurso imaginário que os conduziria a uma casa imaginária. Pediu-se que

permanecessem sentados, tendo-se preparado, previamente, um clima de tranquilidade com música suave e alguma obscuridade.

Os utentes foram informados que ao longo desse percurso deviam prestar atenção aos detalhes: o que se pode ver no caminho até à casa; reparar no seu meio envolvente (cenário onde a casa se situa); observar a casa do lado de fora, reparando nas suas dimensões, na cor, nas janelas, portas, ou outros pormenores; depois de entrar, sentir o que aquele espaço transmite e observar todos os detalhes que considerem importantes relativos à distribuição do espaço, luz, cor e textura do que lá se encontra.

Posteriormente, iluminei a sala e pedi a cada participante que descrevesse numa folha A4 tudo aquilo que tinham imaginado. Seguidamente, cada um leu ao grupo aquilo que escreveu e falou-se da experiência que cada um vivenciou.

O segundo momento consistia na construção, em grupo e tendo por base tudo o que foi feito e discutido, de uma casa única no painel, recorrendo às técnicas artísticas que entendessem (pintura, colagem, recorte, desenho, etc.). Esta casa foi o resultado das experiências individuais e ao mesmo tempo o resultado da experiência do grupo como um todo.

### Avaliação/análise do 1º momento

**J.F.:** Elabora um texto sem pontuação, talvez revele toda a ansiedade por estar perante um grupo de pessoas que não conhece. Uma caligrafia e uma descrição muito infantil. No entanto, conseguiu imaginar coisas boas. Não teve dificuldade em entrar nesta casa assim como não teve em sair, mesmo sendo uma casa muito bonita e aparentemente muito agradável. Parece haver aqui uma dificuldade em se ligar mais profundamente a algo ou a alguém, mesmo que esse algo/alguém tenha coisas muito boas. O J.F. é uma pessoa que vive completamente isolada do mundo exterior, apresentando uma relação fusional com a sua mãe.

**M.J.:** Nesta descrição aparece uma componente dramática, em que tudo é trevas, a dificuldade/medo de olhar para essa escuridão, mas também, a esperança de algo mudar. Parece-me ambivalente. Ao mesmo tempo que tudo era trevas, conseguiu imaginar uma família feliz, estando patente o desejo de se reestruturar como pessoa e conseguir ter, novamente, luz e uma família feliz.

**A.L.:** Aqui aparece uma descrição muito curta, um texto muito fragmentado. Apesar de não aparecer escrito, a utente referiu oralmente que a casa que imaginou era a casa da sua avó, mais concretamente a cozinha onde costumava brincar com esta. Arriscaria dizer que esta utente

regressou à sua infância, à cozinha da sua avó, onde se sentia protegida. A avó da utente já morreu há alguns anos. Parece-me haver aqui como que um desejo inconsciente de protecção e de cuidado de alguém que a abandonou há alguns anos, e que é descrita pela A.L. como a única pessoa que a amou verdadeiramente.

**M.M.:** A utente descreveu que “... *com muito custo, abri a porta de entrada.*” (sic), parece surgir a dificuldade e o medo que esta utente sente em olhar para o seu interior. Imaginou uma casa a preto e branco e talvez, daí, a dificuldade e o medo de entrar nesta casa. Provavelmente sente-se em luto e sem vida. Esta casa estava como se alguém tivesse saído há muito tempo (talvez desde a morte da sua mãe, altura em que a utente fica doente pela primeira vez).

**M.E.:** Nesta descrição está bem visível o medo/angústia da separação. A utente referiu não conseguir sair do HD e de cada vez que se “aproximava da porta de saída o medo apoderava-se” (sic) da utente. Tenderia a pensar que, também aqui, surge um desejo muito forte de conseguir estabelecer com os técnicos relações mais íntimas e privilegiadas em relação aos outros colegas de grupo.

**A.M.:** Descreve uma casa linda onde se sente em paz, demonstrando, ao mesmo tempo, grande dificuldade em sair desta casa. Poderá estar associado à necessidade que tem em se refugiar na sua casa para se sentir protegida pois, quando sai dela, sente o mundo muito ameaçador. Poderei pensar que, de uma forma indirecta, mostra aqui a forte relação de dependência que tem com a sua mãe, tentando sempre “fugir” para perto da mãe, e o mais rápido que conseguir. Esta utente tem mostrado este comportamento no HD, investindo muito pouco nas actividades propostas e tentando, constantemente, arranjar estratégias para poder ir para casa mais cedo.

**R.T.:** Esta utente imaginou uma casa muito fantasiada/idealizada acerca do que é o seu desejo para o futuro próximo: tranquilidade, desejo de conversar e partilhar a vida com o seu marido e de conviver com a sua família, que é tudo aquilo que não tem no presente. É importante também, destacar os elementos da natureza, a pureza, a ausência de carácter físico da relação com o seu marido. Transmite a idealização da família perfeita quando, na realidade, quase não se juntam.

**S.N.:** Nesta descrição aparece uma componente dramática muito forte, o ter que destruir para construir e ver novos caminhos ou alternativas na sua vida. O símbolo da casa a arder é como se se quisesse libertar do seu contexto actual e de se autonomizar em relação aos seus pais. A angústia e a culpa de sentir isto em relação ao seu próprio lar/família.

### Avaliação/análise do 2º momento

De uma forma geral, penso que o trabalho de grupo entre os doentes decorreu de forma tranquila e conseguiram interagir de forma a concluir o trabalho (Anexo XIV). No entanto, foi bastante interessante observar os vários movimentos que o grupo foi assumindo, dependendo dos papéis que cada um deles tomava.

Durante a fase inicial, foi nítido o papel de liderança que a R.T. assumiu, dando indicações e orientações ao grupo, tendo uma postura mais maternal em relação à A.M. e ao J.F., como se os estivesse a proteger e a tentar integrar. Já para a S.N., a M.E. e a M.M. não teve a mesma postura, assumindo para com estas uma postura mais crítica e até, de algum poder. Foi igualmente interessante ver a atitude dos participantes em relação à líder, neste caso a R.T.. O J.F. e a A.M. mantiveram-se sempre muito atentos a todas as indicações que esta proferia e adoptaram uma atitude de a agradar ou gratificar, fazendo tudo o que ela dizia de uma forma submissa, indo sempre ter com ela para se certificarem que esta gostava do que eles estavam a fazer. Por outro lado, a S.N., a M.E. e M.M. tentaram formar um subgrupo entre as três, tentando apoiarem-se umas às outras, numa atitude de partilha, não recorrendo à líder, mas, no entanto, faziam também, tudo o que ela dizia. Pareceu-me estarem numa atitude de quem não gosta das orientações da líder mas que não tinham coragem de lhe dizer nada contra, talvez com medo de alguma retaliação.

Pareceu-me então, que o grupo estava dividido em dois subgrupos, ou seja, aqueles que precisavam da protecção da líder para se integrarem e que para isso tentavam agradar-lhe e gratificá-la, sendo estes a A.M. e o J.F., ambos internados há muito pouco tempo no HD. O outro subgrupo, que me pareceu que não concordava muito com as ideias da líder, não teve capacidade para lhe dizer o que pensavam de uma forma assertiva e tentaram unir-se, como num movimento de conforto/protesto, mas submissas ao que a líder tinha indicado.

Meia hora antes do final da actividade, a R.T. teve que abandonar a actividade para ir para a sua psicoterapia individual, e aqui o grupo teve que fazer novos movimentos. Pareceu-me que o J.F. e a A.M. se sentiram um pouco perdidos, mantendo-se parados a observar, enquanto que a S.N., a M.E. e a M.M. saltaram, imediatamente, da cadeira para assumirem a liderança da actividade. Estavam tão empenhadas nesse papel que acabaram por esquecer do J.F. e da A.M. que continuaram durante longos minutos à espera que alguém os orientasse. Por esta altura, chegou à actividade a M.J e a A.L. que, de forma individual e sem pedir opinião a ninguém, fizeram o seu trabalho e sentaram-se. Penso que como estiveram muito tempo fora, quiseram

chegar e fazer rapidamente o trabalho. A S.N., a M.E. e a M.M. continuaram durante longos minutos a discutir qual das três teria a ideia mais brilhante, conseguiram entrar em consenso somente ao desenho da casa no painel, até que o tempo começou a escassear e cada uma fez à sua maneira. Depois de esta atitude por parte destas três utentes, a A.M. e o J.F. levantaram-se e fizeram algo semelhante ao que estas tinham feito, numa tentativa de não as contrariar.

Por tudo aquilo que emergiu e por tudo aquilo que tive oportunidade de observar ao longo desta intervenção, destaco a importância do trabalho de grupo, no tratamento destes utentes, como aspecto contentor, o que é fundamental, visto a dificuldade que estes utentes têm com tudo o que é limite ou regra, como forma de aprendizagem num espírito de partilha. Não menos importante, é uma forma de entender o funcionamento dos utentes que, num contexto grupal, tendem a reproduzir os seus padrões comportamentais como quando estão nas suas relações com os amigos e familiares, sendo, deste modo, mais fácil fazer diagnósticos e delinear intervenções adequadas. Tudo isto é difícil de conseguir numa relação dual. De facto, o trabalho de grupo é importantíssimo para o desenvolvimento de estratégias de intervenção eficazes e efectivas no tratamento destes utentes.

Importa salientar que todo este plano de acção não é fruto desta única intervenção, mas sim de todo um trabalho diário com estes utentes desde que foram admitidos no HD.

Creio que é fundamental partilhar os resultados com a equipa multidisciplinar no sentido de, em conjunto, tentarmos perceber a melhor forma de actuação. No entanto, penso que no caso da A.M., J.F. e M.J. devem ser delineadas estratégias ao nível da integração no grupo e da auto-confiança. Estes estão internados há pouco tempo no HD. No caso da R.T. penso que se deve trabalhar a idealização da família assim como o seu perfeccionismo, que a bloqueia em muitas situações da sua vida, bem como o impacto que esta causa nos outros ao assumir um papel de liderança muito rígido e pouco flexível.

No caso da S.N. penso que é necessário trabalhar a auto-confiança e o medo de ser rejeitada se não concordar com o líder, e também, a autonomia que esta utente evidencia necessitar, pois esta pode ser alcançada sem ter que destruir a sua relação com os seus pais. Creio que no caso da M.E é importante trabalhar a angústia de separação tal como as suas tentativas de ter relações privilegiadas com os técnicos e relações maternalizadas com os seus colegas de grupo.

Todas as actividades expressivas realizadas no HD trouxeram, na minha opinião, muitos contributos, tanto pela informação que emergiu como pelo desenvolvimento das minhas competências. A partir do que surgiu, foi bastante interessante e positivo discutir com a equipa a

intervenção e a análise da mesma e, em conjunto, delinear novas estratégias para intervir junto destes utentes. Igualmente importante, foi o desenvolvimento de competências no trabalho de grupo com recurso a mediadores artísticos.

#### **4. REFLEXÃO SOBRE O CONTRIBUTO DO ESTÁGIO**

Os objectivos para o estágio realizado foram colocados ao nível do desenvolvimento de capacidade de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal; no desenvolvimento de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas em grupo.

Ao longo do estágio surgiram muitos desafios, muitas vivências que constituíram novidade, muitas frustrações mas, acima de tudo, muitas aprendizagens.

De um modo geral, o resultado deste estágio afigura-se como muito positivo e recompensador. Contudo, como em todos os locais, teve alguns aspectos negativos. Neste sentido, reporto-me às limitações ou constrangimentos por ser aluna em estágio e ao mesmo tempo ser enfermeira desta equipa, ou seja, estagiar no próprio local de trabalho. Por vezes, foi difícil separar as duas vertentes, tanto para mim, como para a equipa e como para os utentes. No entanto, também houve aspectos positivos, sobretudo no que se refere ao planeamento adequado e efectivo de certas intervenções, pois já havia um conhecimento prévio das necessidades do serviço assim como das necessidades dos utentes internados, o que conduziu a que as intervenções fossem bem sucedidas.

Ao nível do entendimento da psicopatologia, a experiência foi muito positiva. Este facto, aliado ao contacto permanente com os diferentes utentes, permitiu-me reorganizar o esquema mental através do qual percepcionava a psicopatologia. Tive a oportunidade de observar e compreender as diferentes manifestações sintomáticas de um mesmo tipo de organização, por um lado, e as analogias entre manifestações que parecem semelhantes mas que têm bases díspares. Foi, também, possível entender como a mesma queixa, o mesmo sintoma e até a mesma estrutura, ainda que haja acontecimentos de vida similares, são sentidos e integrados, nas várias áreas de funcionamento do indivíduo, de forma muito própria, de pessoa para pessoa. Considero que a minha capacidade de compreensão dos fenómenos mentais e psicopatológicos se tornou mais complexa, coerente e dinâmica. Assim, e segundo Ma e Shih (*cit. in Barbero et al., 2010, p. 14*), os doentes obterão melhores resultados com enfermeiros com atitudes positivas, dirigidas à promoção da saúde destes utentes e contando com a presença oportuna e apoio constante dos membros da equipa de saúde.

Além desta questão, surgiram, também, vários receios na medida em que ainda não me sentia completamente preparada para conduzir um grupo sozinha, questionando as minhas competências e preocupando-me com a enorme responsabilidade que seria fazê-lo. A verdade é que, das primeiras vezes, mesmo com alguma experiência prévia, dificilmente estaria

completamente preparada, não deixando, todavia, de ser importante começar de qualquer das formas. Foi, com efeito, um desafio gerir os meus próprios sentimentos, tendo em conta os do utente e, também, de modo a providenciar uma abordagem coesa e integradora. Benner *et al* (1996), afirmam que as competências de envolvimento com os doentes são centrais quando se ganha perícia profissional, porque a promoção do bem-estar de pessoas que estão vulneráveis requer tanto atenção sobre a situação ou problema como as capacidades existenciais de envolvimento pessoal.

A médio prazo, o trabalho com grupos tornou-se numa importante experiência que me mobilizou no sentido de desenvolver novas e antigas capacidades ao nível da técnica, da sensibilidade, da flexibilidade, da capacidade de me colocar no lugar do outro e da possibilidade de encontrar novas maneiras de reflectir sobre o outro e sobre o espaço intersubjectivo, ao invés de ficar focada na minha prestação individual. Outro grande desafio com o qual contactei no estágio prendeu-se com os diferentes níveis de comunicação no Grupo Terapêutico. Seguir atentamente o desenrolar das sessões, tendo em conta os significados latentes em causa e os aspectos relacionais que são colocados em acção no grupo. Para este entendimento, as reuniões pós-grupo foram de enorme relevância, visto que aprendi e treinei as minhas capacidades compreensivas.

Os Grupos Terapêuticos Multifamiliares são, também, nesta reflexão, alvo de destaque. Este contacto acabou por se revelar entusiasmante por serem grupos que contêm imensas possibilidades. Em primeiro lugar, rapidamente se observam os padrões e as dinâmicas familiares e relacionais de cada família, o que permite conhecer melhor o utente e compreender de que forma este e as suas disfuncionalidades se enquadram e surgem no seio de um contexto. Em segundo lugar, é possível trabalhar as relações familiares de um modo eficaz, na medida em que estas podem ser mediadas e serem, efectivamente, alvo de elaboração de um modo mais directo e, possivelmente, mais reparador do que somente através de um contexto individual do utente identificado.

Um importante aspecto, sobre o qual tive a oportunidade de me debruçar neste estágio, foi a análise da contratransferência – ferramenta indispensável na prática clínica e de grande importância, também, a nível pessoal e interpessoal. Trata-se, de facto, de uma componente que em muito me enriqueceu. Esta foi trabalhada em contexto de supervisão, a qual foi, ao longo de todos os meses, um indispensável acompanhamento que me forneceu suporte teórico e técnico. A supervisão incrementou bastante a minha aprendizagem e mostrou-me diferentes perspectivas sobre como olhar, pensar e intervir em cada caso.

## 5. CONCLUSÃO

Impõem-se, sobremaneira, referir que a essência da Enfermagem é o cuidado, e este deve ser realizado com ênfase na promoção e prevenção da saúde física e mental, envolvendo todos os aspectos do ser humano, na bem conhecida e propalada visão e *praxis* holística.

Neste contexto, cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objecto e intervir sobre ele. Para cuidar, há que os imaginar e construir projectos; e, também, sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação de cumplicidade entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que visa barrar o caminho à sua dissolução, a fim de garantir e fazer valer a sua presença no mundo (Ayres, 2002).

Transversalmente a todo o estágio, presidiu o empenho num maior crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, o que veio a repercutir-se na aquisição e desenvolvimento de novas competências de enfermeira especialista, em áreas que tinha pouco desenvolvidas.

Pelo aprofundar de conhecimentos técnicos, científicos e éticos e através da realização de todas as intervenções descritas anteriormente, do trabalho de pesquisa pessoal e, também, pela participação em alguns congressos, desenvolvi um conhecimento mais profundo sobre esta temática, o que me permitiu ter uma atitude mais compreensiva e empática no que se refere aos cuidados de enfermagem prestados a utentes com perturbação da personalidade, sendo muito mais fácil a gestão de sentimentos difíceis que muitas vezes estes nos provocam.

Durante todo este percurso houve um grande desenvolvimento de competências psicoterapêuticas e socioterapêuticas que me permitem, neste momento, ter um maior entendimento assim como uma maior aptidão para intervir junto deste tipo de utentes, principalmente no que se refere ao contexto grupal.

Neste sentido, no que se refere à relação terapêutica com utentes com perturbação da personalidade, desenvolvi: uma maior capacidade para gerir a minha frustração; uma maior habilidade na identificação da transferência por parte destes utentes, assim como na gestão da contratransferência; uma maior capacidade na colocação de limites, utilizando para isto uma comunicação clara, assertiva e não agressiva; uma maior facilidade na identificação de mecanismos de idealização por parte do utente e na gestão dos mesmos; uma maior facilidade e habilidade na utilização de mediadores expressivos como facilitadores da expressão e como agentes terapêuticos na relação com estes utentes; assim como aquisições na orientação de

grupos, gestão das dinâmicas, capacidade de observação, reflexão e análise das produções individuais e do grupo.

Em termos de continuidade de todo o trabalho desenvolvido há a vantagem de ter estagiado no meu serviço pois, desta forma, continuarei a dar seguimento a todo o trabalho que realizei durante o estágio. Assim, acredito que haverá vantagens tanto para os utentes, como para o serviço e, não menos importante, para mim.

Acredito que o trabalho desenvolvido possa ser um contributo para a prática de enfermagem neste contexto terapêutico. A bibliografia demonstra, e eu também o pude constatar, que existe alguma dificuldade por parte dos enfermeiros em prestar cuidados diferenciados e de qualidade a estes doentes. Creio que trazendo esta nova perspectiva de intervenção, assim como todo o conhecimento acerca do funcionamento destes utentes, se poderão abrir novos horizontes e novas perspectivas de trabalho. Neste sentido, Bland e Rossen (*cit. in Barbero et al., 2010, p. 14*) afirmam que a figura do enfermeiro especialista em Saúde Mental, pode ser especialmente relevante, uma vez que pode supervisionar outros enfermeiros e esclarecer o utente sobre a dinâmica do serviço, as respostas e as decisões da equipa terapêutica. Pode, igualmente, oferecer apoio emocional aos enfermeiros o que conduzirá a um aumento da satisfação de trabalho, considerando a dificuldade que existe em manter uma conduta terapêutica e profissional com utentes com este tipo de patologia.

Gostaria, também, de salientar que o trabalho em equipa multidisciplinar exigiu uma reflexão sistematizada das acções realizadas, uma vez que o papel do enfermeiro especialista exige a requalificação e expansão do seu papel em saúde mental. No entanto, a integralidade do cuidado, deve ser compreendida como atributo que permeia a prática de todos os profissionais de saúde. Deve ser fruto do esforço e confluência de vários saberes de uma equipa multidisciplinar, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde. Tudo isto permitiu o desenvolvimento de uma maior capacidade para integrar as diferentes perspectivas, provenientes dos vários técnicos, permitindo assim uma melhor conduta em conjunto. Igualmente importante, foi o desenvolvimento de uma maior capacidade para detectar e gerir os fenómenos de clivagem que estes utentes provocam entre os vários elementos de equipa, tendo, neste momento, maior facilidade em identificá-los, assim como, em gerir os mesmos. Devido ao funcionamento coeso e estruturado da equipa, principalmente no que diz respeito às reuniões pós-grupo, supervisão de equipa e reuniões clínicas, desenvolvi maior capacidade de resiliência o que me possibilitou uma melhor adaptação, maior adequação e conseqüente eficácia na intervenção com este tipo de utentes.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002) – **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV- TR**. Lisboa: Climepsi.

AYRES, J.R. C. M. (2002) – **Tão longe, tão perto: o cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde**. In: VII Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e VI Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. Anais. Ribeirão Preto/SP, p.13-26, 2002.

BADAROCCO, J. (2000) – **Psicoanálisis Multifamiliar**. Buenos Aires: Paidós.

BALL, C. L.; LINKS, P. S. (2009) – **Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship**. *Current Psychiatry Reports*. 11 (1), 63-68.

BARBERO, J. A. J. [et al] – El Transtorno Límite de Personalidad: La Filosofía Dialéctica como base de la interacción enfermero paciente. *Enfermería Global*. Murcia. ISSN 1695-6141. Nº 20 (Outubro 2010) p. 1-16.

BATEMAN, A.; FONAGY, P. (2004) – **Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment**. Oxford University Press.

BENNER, P. [et al] (1996) – **Expertise in Nursing practise, Caring, Clinical Judgement and Ethics**. New York: Springer Publishing Company.

BERGERET, J. (1998) – **Os Estados-limite e os seus arranjos**. In: Bergeret, J. (direcção), Bécache, Boulanger, Chartier, Dubor, Hopuser e Lustin, *Psychologiepathologique – théorique et clinique*. Paris, 1972-1998 (tradução portuguesa Climepsi: Lisboa. Pp. 219-236).

CARVALHO, R. (2006) – **Arte-Terapia**. In: *Reflexões*. São Paulo: Instituto Sedes Sapientiae, Ano VIII, nº 7, 59-70.

CASEY, P.; KELLY, B. (2007) – **Fish psicopatologia clínica**. 3ª Edição, Lisboa. Libri-Faber, Serviços Editoriais.

CADERNO TEMÁTICO (2009) – **MDP – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Siece.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2006) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0**. Lisboa.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (2005) – **Livro verde: Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia**. Disponível em [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2005/com2005\\_0484pt01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2005/com2005_0484pt01.pdf).

COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (2007) – **Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007-2016)**. Lisboa, Ministério da Saúde.

CORDIOLI, A. V. (1998) – **Psicoterapias: Abordagens actuais** (2ª edição ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

DIAZ, L. A. S. [et al] (2009) – **Os mecanismos da agressividade e representações interpessoais de pacientes borderline por meio do Método de Rorschach**. Trabalho apresentado sob a forma de mesa redonda no IV Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica – XIV Conferencia Internacional de avaliação Psicológica: Formas e Contextos.

PERFEITO, A. A. B. [et al] (2009) – **Dicionário da Língua Portuguesa**. Porto: Porto Editora.

DOCHTERMAN, J. *et al.* (2008) – **Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora.

ESPINOSA, A. F. (1998) – **Psiquiatria: Guias Práticos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.

ESTRELA, E.; SOARES, M. A.; LEITÃO, M. J. (2006) – **Saber Escrever: Uma tese e outros textos: Um guia completo para apresentar os seus trabalhos e outros documentos.** 4ª ed., Lisboa, Dom Quixote.

FERRAZ, M. (2009) – **Terapias Expressivas Integradas.** Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.

FONAGY, P.; TARGET, M. (2002) – **Brincando com a realidade III. A persistência da realidade psíquica dual em pacientes fronteirços** (M. M. Almeida, trad.). Livro Anual de Psicanálise: XVI. (p. 89-109). São Paulo: Escuta.

FONAGY, P.; TARGET, M. (2005) – **Uma Psicopatologia Evolutiva.** Edições Raffaello Cortina Editore.

GABBARD, G. O. (1998) – **Psiquiatria psicodinâmica** (2ª edição ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

GABBARD, G. O. (2007) – **Compêndio de Psicoterapia de Oxford.** Porto Alegre: Artmed.

GILLIÉRON, E. (2001) – **A primeira entrevista em psicoterapia.** Lisboa: Climepsi.

HALES R.E.; YUDOFKY, S.C.; GABBARD, G.O. (2008) – **Textbook of Psychiatry.** Fifth Edition, American Psychiatry Publishing.

HESBEEN, W. (2000) – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.** Lisboa: Lusociência.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. (1990) – **Vocabulário da Psicanálise** (7ª edição). Lisboa: Editorial Presença.

LAZURE, H. (1994) – **Viver a relação de ajuda, abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira.** Lisboa: Lusodidacta.

LEAL, I. (2004) – **Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio** (3ª edição revista ed.). Lisboa: Edições ISPA.

LEVITT, C.; ADELMAN, D.S. (2010) – **Role-playing in nursing theory: engaging online students**. Journal of Nursing Education, p. 229-32 Apr - 49 (4).

MATOS, A. C. (1998) – **Organização Borderline**. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

MATOS, A. C. (2000) – **No limite da adolescência – ou aquém e além da adolescência**. Comunicação no XIII Simposium da Sociedade Portuguesa de Psicanálise. Coimbra.

MILLER W.; ROLLNICK S. (2002) – **Motivational interviewing: preparing people to change**. New York: Guilford Press.

NEEB, K. (1995) – **Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental**. Loures: Lusociência.

NETO, I. (1999) – **Intervenciones psicoterapêuticas y psicossociales en la esquizofrenia**. Comunicação apresentada no V Curso Anual sobre a Esquizofrenia do Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

NETO, I.; CENTENO, M. J. (2001) – **Os grupos na instituição - Porquê? Para quem? Quando? Como?** Zahar: edições Zahar.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/62\\_PadroesQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/62_PadroesQualidade.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – **Proposta de Sistema de Individualização de Especialistas em Enfermagem**. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91\\_IndividuaEspecialidades\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91_IndividuaEspecialidades_site.pdf).

PACTO EUROPEU PARA A SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR (2008) – Conferência Europeia de Alto Nível “Juntos pela Saúde mental e Bem-Estar”.

Disponível em:

<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A6AA36F1-1002-4E80-9E7A-44C1AA016CD5/0/pactoeuropeusaudemental.pdf>.

PATRÍCIO, A.; CARDOSO, L.; RODRIGUES, M. (2008) – **As actividades expressivas como mediadoras da relação enfermeiro-utente com doença mental em fase aguda**. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Pólo Maria Fernanda Resende.

PAYNE, R. A. (2003) – **Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde**. Loures, Lusociência.

PEPLAU, H.E. (1990) – **Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica**. Barcelona: Masson-Salvat.

PHANEUF, M. (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Lisboa: Lusodidacta.

PIRES, C. (2003) – **Manual de Psicopatologia: uma abordagem biopsicossocial**. Leiria: Editorial Diferença.

POMBO, S. [et al] (2008) – **Denegação do alcoolismo nos subtipos I e II de Cloninger**. *Análise Psicológica* .1 (XXVI): 59-69.

REISIN, A. (2005) – **Arteterapia, semánticas y morfologías**. Buenos Aires: El Autor.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS Nº 49/2008, DE 6 DE MARÇO. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/03/04700/0139501409.PDF>

RODRIGUES, V.A.; GONÇALVES, L. (1998) – **Patologia da Personalidade: Teoria, Clínica e Terapêutica**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

SILVERMAN, D. (1991) – **Art Psychotherapy: An Approach to Borderline Adults**. In Landgarten H. B. & Lubbers D., *Adult Art Psychotherapy: Issues and Application* (p. 83-110). New York, Psychology Press.

TANESI, P.H.V. [et al] (2007) – **Adesão ao Tratamento Clínico no Transtorno de Personalidade Bordeline**. *Estudos de Psicologia*, p. 71-78, Jan-Abr, 12 (001).

TAVARES, C. M. (1997) – **Oficina da Arte: Atuação Terapêutica da Enfermeira Psiquiátrica**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 50, n. 4, p.569-576.

TOWNSEND, M. C.(2009) – **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência** (6ª edição). Loures: Lusociência.

WEINER, I. B. (1995) – **Normalidade e anormalidade na adolescência. In Perturbações Psicológicas na Adolescência** (F. Andersen, trad.) (pp. 1-26). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (obra original publicada em 1992).

**Anexos**