

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

Relatório de estágio

Intervenções de Âmbito Psicoterapêutico no Cuidar da
Pessoa em Sofrimento Emocional

Maria Catarina Caetano Santos

Lisboa
Fevereiro, 2017



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

Relatório de estágio

Intervenções de Âmbito Psicoterapêutico no Cuidar da
Pessoa em Sofrimento Emocional

Maria Catarina Caetano Santos

Orientadora: Luísa Maria Correia de Azevedo D'Espiney

Lisboa
Fevereiro, 2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Ao Francisco, minha luz, minha vida... por todos os momentos em que não estivemos juntos, mas estávamos... Estou-te grata pelo exemplo de tolerância que todos os dias me deste. Por teres sido a minha principal fonte de inspiração e de incentivo nesta caminhada. Que também eu possa ser capaz de te transmitir a minha força e coragem para os teus próprios projetos...

À Carolina, por todos os dias em que me ajudaste a lembrar que não estava sozinha... Foi difícil a nossa jornada mas contigo recordei-me que as maravilhas da vida, são as conquistadas nos tempos mais turbulentos.

Ao David, pela entrega, compreensão e superação de dificuldades. O meu companheiro de sempre... por todo o apoio, carinho e disponibilidade nos momentos em que mais precisei de amparo e estímulo para prosseguir.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Luísa D’Espiney pelo carinho e dedicação. Pela sua sapiência... pela inspiração de cada partilha que me impeliu à descoberta de mim mesma e por todo o apoio nas circunstâncias particularmente conturbadas.

Ao Professor Doutor Joaquim Lopes pela sua amabilidade, disponibilidade e partilha de conhecimentos.

Ao enfermeiro Estrela por me ter dado a conhecer o conceito de *intervisão*. Pelas intensas partilhas reflexivas que me permitiram desbravar alguns caminhos.

Ao enfermeiro Laureano e à enfermeira Natacha pela sua paixão pela saúde mental! Por me ajudarem a compreender que todos os dias são oportunidades para fazer mais e melhor por quem precisa de nós. Pelo exemplo, entrega, disponibilidade, partilha e compreensão em todos os momentos.

Ao Fernando e à Teresa pelo bom trabalho que fizeram ao me dedicarem tanto amor...

À Anabela que, desde a sua chegada, me transformou numa pessoa muito mais feliz.

À Gracinda pelas semanas de espera por uma visita.

À minha Mi do coração... sabes o que sinto e sabes que sem ti não teria conseguido... Levo-te comigo...

À Cláudia e à Ana pelos risos e sorrisos... Pelo companheirismo, paciência e amizade ao longo deste percurso. Sem dúvida que convosco foi mais colorido!

A todos os utentes que colaboraram neste meu processo de aprendizagem. Só por vós este caminho faz sentido!

A todos, bem-hajam!

Na vida não se trata de uma atribuição de sentido, senão de um achado de sentido; o que se faz não é dar um sentido, mas encontra-lo: encontrar, dizemos, e não inventar, já que o sentido da vida não pode ser inventado, antes tem que ser descoberto.

Viktor Frankl

RESUMO

A depressão está, incontestavelmente, entre os problemas de saúde mental e psiquiatria mais relevantes e com um grande impacto a nível mundial, a que corresponde um nível elevado de carga global de doença (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2001), logo é urgente intervir.

Neste trabalho de natureza qualitativa do tipo etnográfico, procuro dar a conhecer a implementação de uma metodologia de trabalho inspirada na metodologia das narrativas/histórias de vida e a sua aplicação nesta área, a par das restantes intervenções desenvolvidas ao longo deste percurso.

O presente relatório tem como objetivo narrar o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, contribuindo para a compreensão da importância da relação terapêutica no desenvolvimento das intervenções de cariz psicoterapêutico “Mediação Corporal I e II”, “Estátuas” e paralelamente, ao aprofundar a intervenção de cariz psicoterapêutico *narrativas de vida*. Além disso, procura despertar atenções e olhares para novas investigações, pelo potencial que esta intervenção representa no alívio do sofrimento emocional dos utentes com sintomatologia depressiva.

Como principal resultado, verificou-se que a capacidade de narrar é o ponto de partida para a tomada de consciência de si e da sua importância enquanto ser humano. Cada pessoa é a especialista da sua vida e consequentemente, das histórias que a compõem. Ao narrar as suas histórias dentro da sua história de vida, acerca dos acontecimentos e pessoas significativas, abrem-se portas à reflexão sobre si e sobre o seu papel ao longo das mesmas. A passividade da resignação e a avolia marcada dão lugar à ação de contar a história, à exploração da capacidade de pensar, que dá lugar à reflexão sobre a essência do sentir. A ambivalência do querer mas não querer, transforma-se em desejo de mudança e em estratégias para a alcançar. Esse processo de transformação é tão difícil quanto sublime, e essa ressignificação descobre projetos de vida esquecidos, que na pessoa em sofrimento emocional é uma penosa tarefa. Além disso, o autoconhecimento, através da reflexão sobre as práticas, com tudo o que lhe é inerente, constitui-se como pedra basilar nos cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, no desenvolvimento, quer da relação terapêutica, quer da intervenção supracitada.

Palavras – chave: depressão, sofrimento emocional, narrativas de vida, ressignificação.

ABSTRACT:

Bearing in mind that depression is undoubtedly among the most relevant mental health and psychiatric problems with a major global impact, what corresponds to a high level of global disease burden (World Health Organization, 2001), so it is urgent to intervene.

In this qualitative work of ethnographic type, it is tried to make known the implementation of a methodology of work inspired by the methodology of narratives / of life stories and their application in this field, as well as other developed interventions.

The purpose of this report is to describe the work developed during the internship, contributing to the understanding of the importance of the therapeutic relationship in the development of the psychotherapeutic interventions "Body Mediation I and II", "Statues" and, in parallel, by deepening the psychotherapeutic intervention of life narratives. In addition it seeks to arouse attentions and looks for new research, for the potential that this intervention represents in the relief of the emotional suffering of patients with depressive symptomatology.

As the main result, it was verified that the ability to narrate is the starting point for the awareness of itself and its importance as a human being. Each person is the expert of his life and, consequently, of the stories that compose it. When narrating their stories within their life history, about significant events and people, they open doors to reflection on themselves and their role throughout them. The passivity of resignation and the marked inability to want give place to the action of telling the story, the exploration of the capacity to think, which gives rise to the reflection on the essence of feeling. The ambivalence of wanting but not wanting turns into a desire for change and into strategies to achieve it. This process of transformation is as difficult as it is sublime, and this resignification discovers forgotten life plans, which in the person in emotional distress is a painful task. In addition, self-knowledge, through reflection on practices, with all that is inherent to it, is a cornerstone of nursing care in mental health and psychiatry, in the development of both the therapeutic relationship and the aforementioned intervention.

Keywords: depression, emotional distress, life narratives, resignification.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychiatric Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CE – Consulta Externa

CIPE ® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DALY – *Disability adjusted life years*

DGS - Direção-Geral da Saúde

DL - Decreto – Lei

DSM - V- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

HD – Hospital de Dia de Psiquiatria

IHME - *Institute for Health Metrics and Evaluation*

ICN – *International Council of Nurses*

IMV – Intoxicação Medicamentosa Voluntária

IPA – Internamento de Psiquiatria Agudos

MMSE - Mini Mental State Examination

mg – Miligramas

OC – Orientador Clínico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

NIC – Nursing Interventions Classification

NOC - Nursing Outcomes Classification

pp. - Página

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

sic – Segundo informação colhida

sr^a – Senhora

TO – Terapeuta Ocupacional

SU – Serviço de Urgência

UC – Unidade Curricular

WHO – World Health Organization

YLD – *Years lived with disability*

YLL – *Years of live lost*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. SER ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.....	14
1.1. A Relação Terapêutica	17
1.2. Depressão	19
1.3. Narrativas de Vida.....	22
2. DO DESENHO À IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	26
2.1. Estágio em contexto comunitário – HD Psiquiatria.....	26
2.1.1. Intervenções de Enfermagem desenvolvidas e Competências em ESMP.....	27
2.2. Estágio em contexto de crise - IPA.....	39
2.2.1. Intervenções de Enfermagem desenvolvidas e Competências em ESMP.....	40
3. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	52
3.1. Competências de Mestre.....	56
4. CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

APÊNDICES

Apêndice I – Plano da sessão: Mediação Corporal I

Apêndice II – Resultados da sessão: Mediação Corporal I

Apêndice III – Plano da sessão: Mediação Corporal II

Apêndice IV – Resultados da sessão: Mediação Corporal II

Apêndice V – Plano da sessão: “Estátuas”

Apêndice VI – Programa de âmbito Psicoterapêutico: “Emocional(mente)”

INTRODUÇÃO

Desde algumas décadas a esta parte, existe um interesse crescentemente peculiar das ciências sociais e humanas, pelas *narrativas de vida* e o que em si encerram. Na essência do ser humano está o ato de contar histórias e é dessa forma, que os significados de vivências particulares são transmitidos de geração em geração, construindo a identidade dos povos (Brockmeier, Harré, 2003). Assim, pode dizer-se que a nossa vida é construída de narrativas cuja identificação do seu início e fim é o resultado de uma análise pessoal e subjetiva que se traduz em dois resultados. Sem ordem específica, pode dizer-se que por vezes, são a origem de desenvolvimento ou então, de dificuldades que em casos desajustados levam ao adoecer mental. Frequentemente, nós enquanto enfermeiros deparamo-nos com utentes, cujo sentido das suas histórias se perdeu e também enfermeiros, a quem a análise das suas histórias parece não fazer sentido. É na procura/encontro de sentido que se foca o trabalho desenvolvido não só com os utentes, mas também comigo mesma. Assim, vou descrever, contar, narrar a história da minha transformação em EESMP (Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria), a par e passo da metamorfose que ocorreu em cada um dos utentes, que iniciaram a ressignificação de si mesmos durante este processo.

Sendo enfermeira há dez anos num serviço de Neurologia, comecei a questionar a sua ligação com a área da saúde mental e psiquiatria pela presença de vária sintomatologia, nomeadamente a depressiva, que se manifestava ou agravava ao longo do internamento. A depressão como entidade nosológica desenvolve-se nos utentes neurológicos insidiosamente e de várias formas. Esta surge como antecedente pessoal; como consequência de patologia neurológica como o AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou ainda; resultante de estratégias de *coping* ineficazes perante a perda de uma capacidade previamente adquirida. Simultaneamente considerava que podia fazer mais e melhor pelos meus utentes... Questionava-me. Como se cuida do utente com depressão? Como lido com o seu sofrimento? Como reconheço as suas dificuldades? Como o ajudo a mobilizar os seus recursos? Até onde consigo ir na ajuda que posso promover? Quais são os meus limites e como os estabeleço? Como ajudarei efetivamente sem sofrer? As questões amontoavam-se, mas as respostas tardavam. O sofrimento inquietante de cada utente, que a cada olhar pedia ajuda, deixavam-me desconcertada. Não me sentia preparada para lidar com o seu sofrimento e deixava de intervir. Num conflito interno diário de procura de sentido para as minhas intervenções, sentia que, muitas vezes, não conseguia chegar aos utentes, dando-me a sensação de estar incompleta e ser incapaz de ajudar efe-

tivamente. O vazio dilacerante aumentou e colocou-se a seguinte questão: Que intervenções de cariz psicoterapêutico contribuem para a diminuição do sofrimento emocional, na pessoa com sintomatologia depressiva? Reconheço que foram as realidades acima descritas que despertaram em mim o interesse e a motivação que nortearam as atividades desenvolvidas. Estas pretendiam cuidar do doente depressivo em sofrimento emocional, em situação de pesar, mas também dar resposta à necessidade de crescer enquanto pessoa e profissional nos processos comunicacionais e de relação entre enfermeiro-utente. Foi um percurso árduo que me levou a algumas respostas e a outras questões.

Tendo em conta que a aquisição de competências em enfermagem é o “conjunto integrado de habilidades cognitivas, de habilidades motoras e de comportamentos sócio-afetivos que permitem exercer ao nível do desempenho exigido (...) um papel, uma função, uma tarefa ou uma actividade” (Phaneuf, 2005, pp.2), é imperativa a integração como um todo do saber *saber*, do saber *fazer* com o saber *ser* de forma eficiente, para sermos competentes em determinada situação. Se tiver em conta o início deste percurso formativo, e encontrando-me de acordo com Benner (2001) no estadio de iniciada, toda a narrativa que pretendo explicar visa narrar o meu crescimento e o alcance do estadio de perita na área supracitada.

Para essa mudança de estadio, foram realizadas intervenções cuja reflexão se centrou na filosofia de cuidados de Betty Neuman (1995) conhecido como o Modelo de Sistemas. Este modelo possui uma visão holística da pessoa, sendo esta um todo multidimensional, que está em interação dinâmica e contínua com o ambiente (interno e externo) procurando o equilíbrio do seu sistema. Quando os *stressores* afetam as linhas de resistência causando desequilíbrio, a enfermagem surge no sentido de ajudar a pessoa a identificar os seus recursos para lutar contra o *stressor*, promovendo o equilíbrio do sistema (Neuman, 1995).

Tendo em conta o projeto de estágio, procurei compreender através da pesquisa bibliográfica em várias bases de dados e no RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal), a depressão e o sofrimento emocional consequente da perda/luto. A pesquisa iniciou-se com os termos: *depression*; *emotional suffering*; *nursing interventions* de forma isolada e, posteriormente, combinadas entre si. Ao encontrar resultados que remetiam para a melhoria da sintomatologia depressiva através das *narrativas de vida*, associaram-se novos termos de pesquisa: *life review*, *life story*, *life stories* e *life narratives*. Esta pesquisa foi acompanhada pela reflexão individual e em conjunto com a docente orientadora, com colegas do HD (Hospital de Dia de Psiquiatria) e do IPA (Internamento de Psiquiatria Agudos).

Respondendo à necessidade de desenvolvimento de competências como EESMP, bem como ao potencial terapêutico da intervenção de âmbito psicoterapêutico *narrativas de vida* e ancorados no referencial teórico de Betty Neuman (1995), foi desenhado um plano que abarcava em si a realização de um estágio de vinte semanas, dividido entre HD e IPA, com os seguintes objetivos:

Objetivo geral: adquirir e desenvolver competências de EESMP no cuidado à pessoa com sintomatologia depressiva, com ênfase no alívio do sofrimento emocional, principalmente através da intervenção de âmbito psicoterapêutico *narrativas de vida*.

Objetivos específicos:

- Desenvolver a capacidade de autoconhecimento e consciência de mim própria, enquanto pessoa e enfermeira;
- Desenvolver competências ao nível da capacidade de estabelecer relações terapêuticas;
- Identificar sinais e sintomas de sofrimento emocional;
- Desenvolver competências em torno da estratégia de intervenção *narrativas de vida*, pois

é por meio da narrativa que construímos o nosso *self*, isto é, que damos forma à experiência de si mesmo, pois quem somos depende do tipo de enredo que construímos a nosso respeito (...). O percurso de vida pode colocar o indivíduo face a várias adversidades. Para lidar com elas, ele precisará produzir uma narrativa que lhe permita oferecer explicação plausível para o que lhe causa dor e sofrimento. Ao atribuir sentido àquilo que o afeta, o indivíduo pode restaurar o sentido da vida, momentaneamente abalado, ou até mesmo perdido (Campos-Brustelo, Bravo e Santos, 2010, pp.5-6).

É de salientar que a preferência pelos serviços escolhidos teve em conta o facto de se constituírem como referências nos cuidados na área de saúde mental e psiquiatria e também por oferecerem um vasto leque de oportunidades de aprendizagem. Para a concretização em pleno do estágio e alcance dos seus objetivos, procurei ter sempre em mente que na “especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade” (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2010, pp.1). Assim, realizei um estágio de seis semanas no HD onde acompanhei um utente com sintomatologia depressiva, nomeadamente em sofrimento emocional por pesar crónico. Além disso, procurando integrar-me na equipa multidisciplinar, elaborei com apoio do orientador clínico (OC) sessões de âmbito psicoterapêutico com todos os utentes, promovendo a criação da relação terapêutica com os mesmos. Realizei também dez entrevistas

tas de ajuda a um utente. No estágio de doze semanas no IPA, acompanhei duas utentes internadas por sintomatologia depressiva grave, em sofrimento emocional na fase de pesar distorcido/exagerado. Aqui realizei oito entrevistas de ajuda a uma utente e quatro a outra, de acordo com as suas necessidades e o tempo de internamento. Procurando estreitar a relação terapêutica com cada utente, elaborei um programa de intervenção submetido à apreciação dos OC, que permitiu desenvolver e adquirir competências de EESMP ancoradas na estratégia de intervenção *narrativas de vida*, com maior segurança ao longo do estágio.

Em ambos os contextos foi dada primazia à reflexão, na busca incessante de uma melhor práxis conducente a cuidados de excelência. Assim, desenvolvendo o meu autoconhecimento e autoconsciência enquanto pessoa e enfermeira, realizei ao longo de todo o estágio, uma intensa descrição e reflexão das atividades desenvolvidas, bem como reflexões críticas de situações particulares, cujo impacto em mim foi significativo.

Em suma, pretendo compreender a forma como cada utente lida diariamente com a sintomatologia depressiva; quais os obstáculos e dificuldades enfrentadas no seu dia-a-dia e as repercussões da incompreensão dos que estão ao seu redor. Por outro lado, enquanto futura EESMP é notória a necessidade de valorização da relação terapêutica no efetivo cuidado a estes utentes. Está na hora de compreender a sua importância, de a saber pôr em prática e não a descurar. Para isso impõe-se o questionamento, a reflexão, a exploração de conhecimentos, sentimentos e emoções para que seja possível a construção de novas e eficazes abordagens, nos cuidados ao utente em sofrimento emocional.

Relativamente à estrutura do relatório, este encontra-se dividido em quatro partes. A primeira abarca o referencial teórico que alicerça as intervenções desenvolvidas, com principal destaque para a especificidade do cuidar em enfermagem de saúde mental e psiquiatria; de sofrimento emocional associado à patologia depressiva relacionando-os com a relação terapêutica e a metodologia de trabalho *narrativas de vida*. Por outro lado, integra também a sua articulação com a filosofia de cuidados de Betty Neuman (1995) e o seu modelo de Sistemas. Na segunda parte, descrevo com detalhe as intervenções realizadas em cada um dos contextos de estágio, refletindo sobre elas em articulação com o desenvolvimento e aquisição das competências específicas do EESMP. Na terceira apresento os resultados obtidos, sem esquecer as considerações éticas tidas em conta. Por fim temos a conclusão, que procura de forma sucinta concretizar a reflexão acerca do percurso efetuado, mencionando também as limitações que surgiram ao longo do mesmo.

1. SER ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Todas as pessoas que passaram por uma fase de doença compreendem os sentimentos que advém dessas situações como a angústia, a ansiedade, o sentir-se imensamente vulnerável e o sofrimento emocional presente, na sua perspetiva. Agora, o desafio está em colocar-me no lugar do outro, compreender a perspetiva do outro na sua essência e dar uma resposta verdadeiramente terapêutica no alívio do seu sofrimento.

Segundo Tomey & Alligood (2004) alicerçadas em Virgínia Henderson (1991), a principal função da Enfermagem é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização das atividades que contribuem para a sua saúde, a sua recuperação ou para uma morte digna e que, a pessoa executaria sem ajuda, caso tivesse a vontade, a força ou o conhecimento necessários. Ao desenvolver estas atividades, o enfermeiro está a ajudar a pessoa a alcançar a independência, tão rápido quanto possível, o que nos remete para o cuidar como caminho norteador na enfermagem. Desde o seu início, que a multidimensionalidade que a caracteriza nos permite caracterizá-la como ciência e arte (Watson, 2002). Enquanto ciência procura integrar-se num quadro teórico abrangente e profundo e, enquanto arte está dependente das capacidades e atitudes de cada enfermeiro (Barros, Barreto, Braga, & Veloso, 1997).

Segundo Watson (2002, pp.55), “cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências”. Assim, o cuidar inerente à enfermagem é, tal como nos diz Collière (1999, pp.227) “ajudar a viver” e dessa forma, torna-se num “acto de reciprocidade” (Collière, 1999, pp.235), quando cuidamos de quem mais precisa de nós, de modo temporário ou definitivo, para suprir as suas necessidades vitais (Collière, 1999).

É este cuidar, proveniente dos conhecimentos científicos, do desenvolvimento de estratégias relacionais e atitudes, bem como das habilidades comunicacionais verbais e não-verbais, que faz com que o cuidado exercido pelo EESMP seja diferente e tão peculiar (Chalifour, 2008). Podemos dizer que são os cuidados prestados, baseados na relação de confiança que o EESMP desenvolve com o seu utente de forma profunda, que torna a sua prática distinta de outros contextos. Só através dela, o utente nos revelará o seu invisível, isto é, os seus pensamentos, percepções e emoções, que constituem a par do seu corpo, a sua singularidade. O enfermeiro assume um papel decisivo uma vez que ele próprio se constitui como instrumento

terapêutico da relação de cuidar, devendo desempenhá-lo com competência, suportando a sua ação em conhecimentos éticos, científicos e técnicos, e numa prática reflexiva fundamental ao desenvolvimento da qualidade desta relação (Chalifour, 2008). Neste contexto, cuidar é respeitar quem sofre e estabelecer um contato terapêutico que permita a otimização das capacidades do indivíduo, sendo que o alívio desse sofrimento exige, por parte do enfermeiro, disponibilidade, sensibilidade e ligação à pessoa que sofre (Wright, 2005).

O que pretendo explicar não é novo, contudo, parece-me, de acordo com a pesquisa realizada, que só recentemente se tem relevado a sua importância. Peplau em 1962 incentiva-nos a desenvolver estratégias e habilidades especiais nos cuidados que prestamos, ou seja, desafia-nos a ser EESMP. Nessa data, a autora identifica vários papéis dentro do papel de enfermeiro e reconhece que na área da saúde mental o papel com maior relevância é o de conselheiro (Peplau, 1962; Filizola, 1997; Townsend, 2011). Assim, ancorados em Peplau, alguns autores propõem que para se ser um enfermeiro competente na área da saúde mental e psiquiátrica e ter êxito nas suas práticas, este necessita de uma preparação especial que o capacite para cuidar dos seus utentes, também eles especiais. Além disso, o enfermeiro necessita de um desenvolvimento mais completo de si mesmo, uma assimilação especial e um maior interesse na relação enfermeiro-utente, uma vez que são pressupostos essenciais para prestar melhores cuidados de enfermagem nesta área em particular. Podemos ainda referir, que esses cuidados dependem do entendimento que o enfermeiro possui, relativamente ao comportamento humano, isso é, quanto melhor for a sua preparação no que diz respeito à compreensão do comportamento humano e dos modos de agir dos utentes, mais confiante e capacitado se sentirá para dar resposta às suas necessidades emocionais (Chalifour, 2008; Townsend, 2011).

Em suma, ser EESMP implica a perceção da globalidade e para isso, são necessários conhecimentos de ordem científica, técnica, relacional e um conjunto de atitudes e valores para que se estabeleça uma relação de cuidar. É esta relação que está na base do cuidar em ESMP, sendo o ponto de partida para o reconhecimento do outro, compreendendo-o como um todo, com as suas características biológicas, intelectuais, emocionais, sociais e espirituais. Se tivermos em consideração a forma como estas características se relacionam com o ambiente físico, humano e cultural, conseguiremos efetivamente abarcar a singularidade dos nossos utentes prestando-lhes cuidados personalizados e individualizados (Chalifour, 2008).

Cuidar é um ato especial e de acordo com Neuman (1995) existem quatro pressupostos fundamentais a ter em conta para cuidar: saúde, pessoa, ambiente e enfermagem. No entanto,

é o conceito de **totalidade** que permite olhar para o outro como um todo, como um ser multi-dimensional inserido num sistema e que no decurso do seu processo de saúde-doença, as suas partes estão em constante interação com o meio. Esta interação é recíproca e é afetada por diversos *stressores*, causando o desequilíbrio do sistema. Estes, de acordo com Tomey e Alligood (2004), são os estímulos que produzem tensão dentro das fronteiras do sistema da pessoa. Podem ser de ordem intrapessoal, ocorrendo no indivíduo, como as respostas condicionadas; de ordem interpessoal, ocorrendo entre um ou mais indivíduos como as expectativas de determinada função; e de ordem extrapessoal, que ocorrem fora do indivíduo como por exemplo as questões financeiras.

Segundo Neuman (1995), a pessoa enquanto sistema possui linhas de defesa. A **linha de defesa normal** que representa a sua estabilidade e o padrão na identificação de algum desvio que afete o seu bem-estar. A **linha de defesa flexível**, é aquela a que podemos chamar barreira protetora e tenta impedir que o *stressor* atravesse a linha de defesa normal e afete o seu bem-estar. Esta linha de defesa é grandemente influenciada pela relação das variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento, que entre si podem influenciar a capacidade de usar a linha de defesa flexível e de reagir a determinado *stressor*. Por último, temos as **linhas de resistência**, que representam os recursos que ajudam a pessoa a lutar contra o *stressor* (Tomey e Alligood, 2004).

Para Neuman (1995), a prevenção é vista como intervenção e pode ser de nível primário, secundário ou terciário, sendo que as **intervenções** são ações realizadas com a intenção de ajudar a pessoa a manter e/ou atingir o equilíbrio do sistema. Considero que as intervenções por mim elaboradas se situam no nível secundário e terciário, uma vez que foram desenvolvidas com o objetivo de auxiliar a pessoa a fortalecer a resistência aos *stressores*, evitando o reaparecimento da reação ou a regressão, reconduzindo o processo no sentido da prevenção primária permitindo que a homeostasia do seu sistema se prolongue, através do potenciamento dos seus recursos (Tomey e Alligood, 2004).

Foram também estes contributos ancorados em Betty Neuman (quadro de referência subjacente à minha prática de cuidados e em que fundamentei as minhas intervenções), que me permitiram construir um novo olhar sobre a pessoa com doença mental.

1.1. A Relação Terapêutica

Vários têm sido os autores a debruçarem-se sobre as particularidades da relação terapêutica/relação de ajuda. Com diversas nomenclaturas, que vão desde “o processo interpessoal de cunho terapêutico”, passando por “relação de pessoa-a-pessoa” ou “relação interpessoal terapêutica”, todos a consideram fundamental na prática de cuidados (Villela e Scatena, 2004, pp.739). Nesta perspectiva, para cuidar é impreterível desencadear uma relação que permita compreender a forma como o indivíduo e a sua família vivenciam os problemas, exprimem as suas necessidades, dão a conhecer os seus receios e as suas angústias. Ao ter em consideração todos estes aspetos, o enfermeiro desenvolve uma relação de ajuda (Castro, 2002).

Assim, assumimos que a pedra basilar dos cuidados de enfermagem é a relação terapêutica. Nesta relação, os dois intervenientes (enfermeiro/utente) reconhecem-se mutuamente como seres humanos singulares e igualmente importantes, em que a aprendizagem mútua, idealmente, será uma constante. A relação terapêutica caracteriza-se pelo trabalho de parceria entre o enfermeiro e o utente, cujo objetivo é a criação de um ambiente securizante, terapêutico, promotor de crescimento e preventivo de doença. Assim, o enfermeiro não deve procurar resolver os problemas do utente, mas pelo contrário, deve trabalhar em parceria com este, com o intuito de o ajudar a encontrar em si mesmo os recursos e as estratégias mais adequadas ao apaziguamento das suas inquietações (Stuart e Laraia, 2001; Villela e Scatena, 2004; Townsend, 2011; Oliveira e Furegato, 2012). Enfatizando a importância desta relação, Adam (1994) refere que a relação terapêutica vai muito mais além de uma característica da nossa profissão, isto é, constitui-se como condição imprescindível para a eficácia dos cuidados, sem a qual qualquer plano de cuidados corre sérios riscos de se tornar inútil.

Para que esta relação especial se estabeleça, existem determinadas exigências inerentes à nossa profissão e que não podem ser subestimadas, tais como: “1) dar do seu tempo, 2) dar da sua competência, 3) dar do seu saber, 4) dar do seu interesse, 5) dar da sua capacidade de escuta e compreensão” (Lazure, 1994, pp.97). Concretamente, o enfermeiro tem que estar de corpo e alma na relação, isto é, tem que investir uma parte de si, pois só assim se constrói uma relação terapêutica frutuosa. Esta relação é de parceria e é nela que ao escutar a história narrada, o EESMP dá oportunidade ao utente de identificar, sentir, escolher e decidir se quer ou não mudar. Desta forma, proporciona ao utente o momento para que este compreenda que pode reconhecer-se como alguém capaz de estabelecer relações com outras pessoas e sentir-se apreciado (Lazure, 1994). Se algum ponto acima descrito for ignorado, a relação não avança,

não se cria a necessária confiança e a ajuda é impossível. Aqui reside um dos desafios da relação terapêutica, uma vez que, através da conjugação da capacidade de amar, à capacidade técnico-científica e à consciência crítica, as atividades de enfermagem superam a ciência e a técnica (Villela e Scatena, 2004). No contato com o utente é necessário que o EESMP se use a si mesmo (*self*) como instrumento terapêutico, para que a relação se estabeleça e desenvolva. Assim, é imprescindível que o enfermeiro se conheça e reconheça a si próprio, de modo a que as suas emoções, medos, inseguranças, limitações e preconceitos não contaminem a relação terapêutica. Pelo autoconhecimento aumenta a capacidade de gerir os processos de contra-transferência da forma mais ajustada, constituindo-se como outro desafio da relação terapêutica. Pela reflexão e análise de si mesmo, das suas ações e reações obtém-se respostas, que por sua vez, vão promover a transposição de alguns obstáculos na relação, possibilitando uma ajuda efetiva. Através dessa análise ele irá compreender-se a si mesmo, abrindo portas à aceitação. Assim, importa referir que a compreensão e aceitação de si mesmo é um dos alicerces da relação, para que o enfermeiro consiga distinguir em cada um dos seus utentes, as suas diferenças e particularidades (Villela e Scatena, 2004; Stuart e Laraia, 2001; Chalifour, 2008; Townsend, 2011). Torna-se assim fundamental que o EESMP compreenda que a capacidade de ajudar é altamente influenciada pelo seu sistema de valores e que o equilíbrio entre a razão e a emoção é essencial. Através da plena aceitação de si, o EESMP conseguirá estabelecer com os seus utentes uma relação terapêutica, abarcando em si as singularidades e diferenças do outro sem que isso o abale. O enfermeiro olha para o utente como um ser humano único e diferente de todos os outros. Não uma doença, uma condição no estado de saúde ou um conjunto de sintomas, mas sim, uma pessoa que procura ajuda, porque se deparou com dificuldades, cujo desequilíbrio interno foi tão grave, que levou ao adoecer mental (Villela e Scatena, 2004; Stuart e Laraia, 2001; Chalifour, 2008; Townsend, 2011; Oliveira e Furegato, 2012).

Desta forma, o ciclo da relação terapêutica inicia-se no exercício do EESMP em responder ao pedido de ajuda do seu utente. Concretamente, através das narrativas, uma vez que é na relação terapêutica que esse trabalho se desenvolve e permite a construção de novos significados ((re)significação). Segundo Hatcher e Barends (2006) ao desenvolvermos um trabalho com os utentes, a técnica usada perde o seu valor quando é desvinculada da relação terapêutica que a contextualiza, logo, compreende-se que a intervenção, *narrativas de vida* só faz sentido, quando desenvolvida na relação terapêutica. É um trabalho de cocriação intenso em que o enfermeiro e o utente se transformam por meio da narrativa que partilham um com o outro. Através dessa criação conjunta surge uma nova narrativa repleta de novos significados,

que no utente com sintomatologia depressiva, pode representar alívio do seu sofrimento emocional. Sem dúvida, a parceria de cuidados terá que ser constante a par da autenticidade, para que durante a construção da narrativa conjunta, o EESMP consiga oferecer ao utente um espaço seguro de partilha e de (re)construção.

1.2. Depressão

De acordo com a WHO (World Health Organisation, 2014), a Saúde Mental é parte integrante da vida do ser humano, uma vez que sem esta não há saúde. Pode definir-se saúde mental, como o estado de bem-estar no qual a pessoa realiza as suas capacidades, para fazer face ao *stress* normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui para a comunidade em que se insere. Assim, quando surge um desequilíbrio que afeta alguma das valências referidas e abarca sofrimento e/ou incapacidade, estamos na presença de doença mental e é impreterível proporcionar à pessoa todos os meios para se reequilibrar (WHO, 2014).

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde, 2001) a depressão está entre os problemas de saúde mental e psiquiatria mais relevantes, cujo impacto a nível mundial corresponde a um nível elevado de carga global de doença. Estima-se que em todo o mundo 350 milhões de pessoas sejam afetadas por esta patologia. Os seus sintomas podem afetar qualquer pessoa e geralmente têm o seu início em idade jovem (OMS, 2001). É importante referir que num estudo recente que envolveu 17 países, constatou-se que em média 1 em cada 20 pessoas, tinha tido um episódio depressivo no ano anterior à realização do estudo (WHO, 2012).

No relatório *The Global Burden of Disease Generating Evidence, Guiding Policy* do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2013a), a depressão ocupa a nível mundial a 11^a posição nas patologias que causam mais anos de vida com incapacidade ajustada (DALYs – disability adjusted life years), apresentando 8 a 10 *DALYs*. Este indicador representa os anos perdidos de vida saudável devido a uma patologia, que por sua vez é constituído pela soma de outros dois indicadores distintos: o YLL (years of live lost) que mede a mortalidade prematura e o YLD (years lived with disability) que revela os anos vividos com incapacidade. Um DALY equivale a um ano perdido de vida saudável por incapacidade ou morte prematura e são surpreendentes os dados da nossa realidade. Na população portuguesa, as perturbações depressivas apresentam um YLD de 8,72%, representando em 2010, cerca de 125776 anos vividos com incapacidade (Direção Geral da Saúde - DGS, 2014). Estes dados revelam que em Portugal, o transtorno depressivo major constitui-se como a 5^a causa de

DALY (IHME, 2013b). Esta realidade pode dever-se, entre outros fatores, ao difícil diagnóstico devido à variada sintomatologia e poder ser reconhecida, inicialmente, como uma patologia física ou associada a uma condição médica prévia (American Psychiatric Association - APA, 2013) culminando, muitas vezes, num diagnóstico tardio com necessidade de internamento.

É relevante o impacto que esta patologia apresenta em Portugal e também mundialmente, tornando-se fundamental compreender as suas particularidades, que carregam em si um imensurável sofrimento emocional. Podemos dizer que a depressão é uma doença mental caracterizada por tristeza profunda e prolongada, perda de interesse em atividades que previamente eram prazerosas e diminuição ou perda da energia. Outros sintomas importantes são a ansiedade, a perda da autoestima e da confiança, o sentimento de culpa, diminuição da concentração e dificuldade na tomada de decisões. Além destes, podem estar presentes sintomas somáticos como variações do apetite e digestões difíceis, diarreia ou obstipação; perturbações do sono; diminuição da libido; tonturas e cefaleias; problemas respiratórios como a dispneia e cardiovasculares como as palpitações e a hipertensão arterial (WHO, 2012; APA, 2013).

A depressão, segundo a OMS (2001), pode ser episódica, recorrente ou crónica conduzindo a relevantes repercussões sociais e individuais pelo facto de afetar não só o convívio social, impedindo uma rotina de vida satisfatória, mas também pelo risco inerente de morbilidade e cronicidade. Pode ter a duração de meses a alguns anos, no entanto em cerca de 20% dos casos torna-se uma doença crónica sem remissão, devido, à falta de tratamento adequado.

Esta patologia ocorre em qualquer etapa do ciclo vital e, se não for tratada, constitui-se como o fator de risco mais frequente para o suicídio. A investigação mostra-nos que 4% dos doentes com qualquer tipo de depressão e cerca de 15% a 20% com depressão grave morrem por suicídio (OMS, 2001; Oestergaard & Møldrup, 2011; DGS, 2013; Riihimäki, Vuorilehto, & Isometsa, 2014). Prevê-se que em 2030 as doenças depressivas passem a ser a 1ª causa de carga global de doença, com agravamento consequente das taxas de suicídio e para-suicídio (Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães & Caldas-de-Almeida, 2013).

Um estudo da OMS realizado em 2000 deu a conhecer que os episódios de depressão unipolar são mais comuns nas mulheres que nos homens: com prevalências de 3,2% nas mulheres e de 1,9% nos homens (OMS, 2001). A depressão tem uma sintomatologia variada e segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 2013, DSM-V, 2013), nas perturbações depressivas incluem-se a depressão major e a perturbação distímica.

As alterações que provocam na pessoa diferem de acordo com a gravidade e o tempo de manifestação da sua sintomatologia (Townsend, 2011).

Qualquer pessoa, em alguma fase da sua vida, pode apresentar sintomas depressivos como a tristeza e o desânimo, sendo considerados comuns entre pessoas saudáveis e como resposta a vivências negativas e decepções quotidianas (OMS, 2001; Townsend, 2011). No entanto, quando perduram por mais que duas semanas são um sinal de alerta para a procura de ajuda especializada (Townsend, 2011). Apesar das variações do humor serem parte integrante do quotidiano do ser humano, nas suas respostas aos estímulos, podem surgir circunstâncias que promovam o surgimento de humor desadaptado ou patológico. Se tivermos em conta o *continuum* de respostas emocionais, verificamos que num extremo adaptado, o ser humano responde a determinado estímulo ativamente. A tomada de consciência dessas emoções permite a vivência de experiências enriquecedoras. Ao extremo desadaptado, corresponde a supressão prolongada das emoções perante um estímulo e esse prolongamento indefinido pode levar a respostas emocionais/alterações do humor graves (Stuart & Laraia, 2001). Nestas circunstâncias, importa distinguir tristeza de depressão. A tristeza segundo Taylor (1992) é a resposta normal à perda de alguém ou de algum objeto de grande valor e que geralmente desaparece depois de alguns meses ou anos sem a ajuda de um profissional. Por outro lado, a “depressão é a elaboração patológica da tristeza (...) não é autolimitada, em geral não melhora sem o auxílio profissional e é perigosa para o indivíduo por causa do seu potencial para o suicídio” (Taylor, 1992, pp.206).

Assim surge o conceito de perda/luto como promotor da resposta emocional patológica em estudo. Este pode ser definido como “experiência de separação de algo com importância pessoal” (Townsend (2011, pp.830) e pode incluir situações de morte de entes queridos, divórcio, separação de bens considerados importantes, condições de saúde debilitantes que resultam na dependência física e acontecimentos que alterem a dinâmica familiar. Todos estes eventos podem ser encarados como perdas e associados a comportamentos ligados ao processo de pesar, que pode ser definido, como uma “profunda angústia física e mental que é uma resposta à experiência subjetiva de perda de algo significativo” (Townsend, 2011, pp.831).

Este sofrimento profundo está intrinsecamente ligado a qualquer processo de doença, visto que é um fenómeno transversal às dimensões do ser humano, com características biopsicossociais e espirituais (Peixoto & Borges, 2011). O sofrimento emocional pode ser intensificado “quando a doença é grave pondo em risco a vida da pessoa, quando traz incapacidade ou

limitações alterando o seu *modus vivendi* (...) o sofrimento é grande, tornando-se por vezes insuportável” (Martins, 2010, pp.3). Pode dizer-se que o sofrimento emocional causa a incapacidade de realização do projeto de vida pessoal prévio, origina dependência, limitações e angústia e leva a pessoa a pensar que o sofrimento só cessa se puser termo à própria vida (Martins, 2010).

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou no portal da saúde que as intervenções de cariz psicoterapêutico poderiam ser particularmente úteis na depressão com sintomatologia leve. É também sugerida a sua aplicação em conjunto com psicofarmacologia nas sintomatologias moderadas a graves. Tendo em conta os números apresentados que confirmam a elevada prevalência de doenças mentais no nosso país, torna-se indispensável a intervenção do EESMP para modificar o sentido desta linha ascendente, contribuindo para a melhoria contínua da prestação de cuidados nesta área.

De acordo com a DGS (2012a, pp.5), uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) é o “lançamento de experiências piloto, devidamente avaliadas, em áreas estratégicas que possam contribuir com a melhoria e modernização dos nossos cuidados de saúde mental (...) e para o tratamento da depressão”.

A partir desta necessidade de cuidados investiguei, e da pesquisa realizada, surgiu uma intervenção de âmbito psicoterapêutico potenciadora do alívio do sofrimento, através da qual os utentes (re)contam a sua história. Optei então pela intervenção de âmbito psicoterapêutico *narrativas de vida*, enquadrada na terapia das reminiscências, uma vez que pode ajudar a pessoa a (re)significar-se, a traçar novos objetivos de vida e a alcançar algum bem-estar, aliviando, dessa forma, o seu sofrimento emocional.

1.3. Narrativas de Vida

Desde os primórdios da humanidade que se contam histórias. Com maior ou menor significado, associado à comunicação está o ato de contar histórias. Estas, ao serem narradas possibilitam a transformação do caos em ordem e através dessa transformação, as pessoas além de recordarem memórias significativas, podem (re)escrever as suas vidas através da atribuição de significados (Benedetto, Garcia, Blasco, 2010).

Muitas vezes é usada terminologia variada para referir estratégias de intervenção baseadas nos relatos orais, sendo importante distinguir alguns conceitos. De acordo com Sousa (2006) citando Pineau (1999) a **biografia** consiste em escrever sobre a vida do outro; na **au-**

tobiografia é o autor que escreve sobre si; **narrativa de formação** constitui-se como um processo formativo e auto formativo através das experiências de quem está em formação, sustentado na reflexão sobre o seu próprio percurso de vida. O conceito mais recente, **narrativa de vida/história de vida** designa uma estratégia de formação e/ou investigação, cuja pertinência se prende com a compreensão do que somos, das aprendizagens que vamos construindo, bem como dos significados que conferimos aos diversos fenómenos que mobilizam as nossas vidas: a individual e a coletiva.

Esta intervenção tem sido praticada em diferentes contextos, no entanto, os seus ali- cerces são os mesmos e centram-se na escuta empática das narrativas dos utentes, usando-as como ferramenta terapêutica. Ainda assim, não é um processo linear. As narrativas que os utentes trazem até nós, são muito mais do que simples histórias, cujos eventos se sucedem. Ao narrar, os sentimentos e emoções são mais importantes que os próprios factos narrados e para os compreender é fundamental refletir e interpretar (Benedetto, Garcia e Blasco, 2010).

Podemos afirmar que as *narrativas de vida* “são condensações e abstrações que con- têm apenas alguns eventos e circunstâncias” (Sequeira, 2012, pp.20). Isto acontece, porque de todos os acontecimentos que vivenciamos diariamente, só alguns deles são transformados em histórias preferenciais, pelo significado que lhe é atribuído, sendo contados e (re)contados sempre que há oportunidade (Sequeira, 2012). Mas porque ocorre tal facto? Pelo significado de cada vivência? Ou pela procura do mesmo? Aqui, reside outro desafio. De acordo com Josso (2002) é a tomada de consciência das vivências formadoras e das vivências fundadoras e a importância que ambas assumem na construção do nosso ser. As primeiras referem-se ao modo como cada pessoa aprende e (re)significa essa mesma aprendizagem em relação a si mesmo, ao outro e ao mundo, bem como à capacidade de transformar as vivências particula- res em experiências a partir da tomada de consciência de si mesmo e nas interações com as outras pessoas, no mundo que os rodeia. Por outro lado, diz respeito também às vivências que marcam a vida de cada ser humano e o transforma naquilo que é, enquanto pessoa e profissio- nal. As vivências fundadoras são aquelas que pela intensidade da reflexão e atribuição de sig- nificado, são responsáveis por profundas transformações internas (Josso, 2002; Josso 2007).

É aqui que reside o potencial terapêutico desta estratégia de intervenção. O EESMP ao estabelecer uma relação terapêutica com o utente, vai permitir que este abra a sua alma e o seu coração, deixando transbordar todas as emoções e sentimentos ao mesmo tempo que verbaliza o motivo do seu pedido de ajuda. Através da construção da narrativa sequencial, a pessoa vai

incluir eventos passados na elaboração e atribuição de significados ao presente e prepara o *self* para os eventos do futuro (Ribeiro & Gonçalves, 2011). Através deste processo iterativo, a pessoa define a sua identidade e constrói o *self*, obtendo *narrativas de vida* que retratam momentos significativos, sendo estes selecionados de acordo com a sua importância. Assim, trata-se de um processo seletivo no qual são incluídas vivências, sensações, emoções, pensamentos e ações congruentes com o padrão da pessoa, sendo elaborada uma narrativa estabilizadora que retrata as suas interações. Ao narrar as suas histórias de vida, a pessoa estrutura a narrativa e atribui às experiências vivenciadas novos significados, transformando narrativas problemáticas em narrativas adaptativas e significativas (Gonçalves & Stiles, 2011).

A pessoa ao descrever a sua história de vida é-lhe dada a oportunidade de a (re)construir, (re)construindo o seu ser e (re)significando a sua vida. A pessoa narra-se e ao fazê-lo, (re)significa experiências, vivências e aprendizagens, dando-lhes novos significados (Silva, Barros, Nogueira & Barros, 2007; Frison e Simão, 2011). Chiang, *et al* (2009) corroborando um estudo de Josso (2007), observaram que após a aplicação da intervenção *narrativas de vida* a 92 pessoas idosas institucionalizadas, a sintomatologia depressiva e o sentimento de solidão diminuíram claramente, aumentando o bem-estar psicológico. Este foi acompanhado pelo sentimento de paz, verbalizado pelos participantes, ao partilharem acontecimentos significativos. Estes resultados foram revalidados pelo estudo de Junges & Bagatini (2010). Mais uma vez, saliento a importância da intervenção, pela possibilidade de reflexão acerca de si mesmo e das suas representações, com consequente possibilidade de reestruturar o seu pensamento, que se refletirá nas mudanças necessárias à sua autonomia, promovendo bem-estar.

Gonçalves & Martín (2007), dizem-nos ainda que ao recordar situações que vivemos e ao evocar experiências significativas do nosso passado, quer sejam positivas ou negativas, o passado é analisado e são compreendidas as mudanças, as adaptações e as transições. A partir desta análise além de comunicar, adquirimos conhecimentos.

A decisão de narrar ou não, determinada vivência, prende-se com o confronto com o que nos magoa. Nem sempre é fácil enfrentar o que é doloroso e se não esperarmos pelo momento certo para o fazer, o resultado pode ser ainda mais destruturante. Esse momento é escolhido pelo próprio, mesmo que inconscientemente, de forma a sentir-se seguro e acolhido pelo outro, para se reencontrar com o passado e iniciar a preparação do seu futuro. Desta forma, a narrativa encaminha a pessoa no sentido das possibilidades que se associam à vivência narrada e orienta-a para novos projetos ou direções (Sequeira, 2012). Através da narrativa o

passado é resgatado e antevê um futuro livre, seu, com ou sem a sua doença. Neste caso em concreto, a pessoa não se restringe a ser um portador de doença mental, mas sim é uma pessoa que procura o seu lugar no mundo, onde se pode livrar de diagnósticos e rótulos. Onde pode afastar o sofrimento e a exclusão e pode até perder-se...para depois se (re)encontrar (Moraes e Meneghel, 2009). É assim compreensível que a possibilidade de expressar crenças, valores, situações difíceis, emoções e sentimentos através da palavra, tenha um efeito terapêutico. E este acontece quando quem narra a sua história tem diante de si alguém compreensivo e genuíno. Quando é ouvido com atenção, compaixão e empatia, o utente é capaz de refletir e organizar o caos em que a sua mente se encontra, consequente da situação difícil que vivencia. Quando se reorganiza poderá encontrar em si recursos, estratégias e soluções que não descobriria se fosse mantido sozinho no seu mundo negativo (Benedetto, Garcia e Blasco, 2010).

As *narrativas de vida* como estratégia de intervenção têm resultados favoráveis na adaptação a transições de vida; auxilia no processo de luto; aumenta o bem-estar; estimula o funcionamento cognitivo e diminui a sintomatologia depressiva quando aplicada de forma estruturada (Webster, Bohlmeijer & Westerhof, 2010). Além disso, não só as *narrativas de vida* mas também a sua revisão, auxiliam a pessoa a concentrar-se nas estratégias de *coping* bem-sucedidas no passado e nos valores que as guiaram ao longo da vida, permitindo desta forma, a adaptação com sucesso às mudanças e aos eventos da vida no presente (Webster, Bohlmeijer & Westerhof, 2010). Recentemente, Westerhof & Bohlmeijer (2014) reforçam a importância da sua aplicação, referindo que o regresso ao passado pode ser encarado como uma estratégia de *coping*, porque a reflexão sobre memórias positivas passadas, pode auxiliar na regulação das emoções no presente.

Pelo explanado, facilmente se compreende a importância da aplicação desta intervenção, como meio para a pessoa restabelecer o seu equilíbrio, diminuindo o seu sofrimento e perspetivando a vida com outro significado.

Em suma, o que almejo com a aplicação desta intervenção é ajudar a pessoa em sofrimento emocional a concentrar-se nos mecanismos de *coping* já usados e bem-sucedidos, no passado e, no sistema de valores que a acompanha ao longo da vida, permitindo a adaptação com sucesso às mudanças e eventos de vida geradores de conflito. Pretendo que a pessoa construa um novo significado para as suas vivências e se (re)construa integrando a perda de modo construtivo, regressando ao equilíbrio do seu sistema.

2. DO DESENHO À IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Respondendo à necessidade de desenvolvimento de competências como EESMP e ao tema central do estudo, foi desenhado um plano que abarcava em si a realização de um estágio no HD e outro no IPA.

2.1. Estágio em contexto comunitário – HD Psiquiatria

O HD está inserido na Consulta Externa (CE) do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) de um Hospital Geral e é vocacionado para assistir adultos com patologia psiquiátrica. A sua equipa multidisciplinar fixa é composta por 3 enfermeiros, dos quais 1 mestre e EESMP, 1 EESMP e 1 enfermeiro generalista. Estes trabalham em parceria com um médico psiquiatra, um interno de psiquiatria, um psicólogo e uma assistente operacional. Colaboram ainda parcialmente outros profissionais nomeadamente, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social e 1 secretária de unidade.

O HD é uma unidade de tratamento integrado e flexível, que disponibiliza modalidades terapêuticas diárias e funciona em regime de internamento parcial. A sua missão é prestar cuidados de saúde humanizados, de elevada qualidade em parceria com utentes, famílias e comunidade. A sua operacionalização visa: otimizar a terapêutica farmacológica dos utentes; desenvolver uma abordagem psicoterapêutica e promover a mudança psicológica; facilitar a aprendizagem do utente acerca da doença mental e o desenvolvimento de estratégias adaptativas para lidar com a mesma (grupos psicoeducativos); fomentar estilos de vida saudáveis e vigilância de saúde e intervir nas famílias, de forma informativa e terapêutica.

Em suma, o HD oferece um programa de tratamento numa vertente bio-psico-social a utentes com potencial de recuperação, que ainda não reúnem condições de estabilidade para deixar o internamento parcial, mas que já não possuem critérios para internamento de agudos. O HD contribui para um retorno mais rápido e completo dos utentes a uma vida ativa e plena.

As atividades são organizadas semanalmente e além das programadas são realizadas entrevistas individuais com os utentes/famíliares/cuidadores, sempre que se justifica. São maioritariamente realizadas em grupo, em regime de exclusividade, diariamente, nos dias úteis das 9h às 17h. Tem uma lotação máxima de 20 utentes e por ser um internamento em regime parcial, permite a articulação entre o internamento e a comunidade. A referenciação para o HD é realizada pelo IPA e pela CE. Os utentes propostos para o HD são, antes de iniciar qualquer atividade, avaliados em consulta de psiquiatria, psicologia e enfermagem, sendo

estabelecidos os objetivos terapêuticos. São entregues as normas de funcionamento e o contrato terapêutico, que será assinado se o utente concordar com o plano terapêutico delineado.

RECURSOS FÍSICOS

A estrutura física do HD é exígua e deficitária para as necessidades e especificidades dos utentes que lá são cuidados. As salas são pequenas e os tetos são muito baixos. Por ser um serviço cuja estrutura é inserida num espaço interior do edifício, não tem ventilação para a rua, sendo muito quente durante os meses de verão. É constituído por várias salas que foram reorganizadas de acordo com o objetivo a que se destinam, contudo apresentam dimensões sempre inferiores ao que seria desejável.

POPULAÇÃO ALVO

No HD são integrados utentes com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, e o tempo de permanência na unidade é de zero a dezoito meses, sendo o tempo ideal, doze meses. Tem critérios de inclusão: utentes com patologia grave de saúde mental, psicótica ou outra, e que se considera com potencial de recuperação. Como critérios de exclusão: demências, *delirium*, oligofrenias, consumo ativo de substâncias, risco eminente de comportamento auto ou heteroagressivo, dificuldades no acesso às instalações e ausência de suporte social.

2.1.1. Intervenções de Enfermagem desenvolvidas e Competências em ESMP

De acordo com a metodologia do trabalho de projeto, procurei utilizar estratégias de intervenção que promovessem a compreensão do fenómeno depressivo na vida de cada utente e a passagem do comportamento desajustado para uma atitude mais positiva e (re)construída. Subjacente a esta compreensão, almejei durante todo o estágio, a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, de forma a tornar real a minha transformação em EESMP, no acompanhamento de utentes com sintomatologia depressiva, nomeadamente em sofrimento emocional por pesar crónico. Para essa transformação concretizei tarefas que foram ao encontro do planeado no projeto, interligando-as com as competências específicas do EESMP.

Tarefa: Integrar-me no HD.

Durante a permanência no HD procurei integrar-me na equipa, respeitando sempre a sua metodologia de trabalho e participando nas diversas intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros e por outros profissionais de saúde. Participei nas intervenções desenvolvidas semanalmente pelos OC (“reflexão – fim de semana”; “biblioterapia”; “caminhada à beira

rio”; “culinária”; “grupo psico-educativo”, “enigma da semana”, “grupo iniciativa”) e também, como observadora participante, na intervenção moderada pela TO “mediação corporal”. Além destas intervenções realizadas em grupo, foi-me permitido acompanhar os OC em entrevistas de admissão ao HD, reuniões familiares e entrevistas de ajuda individuais.

Pautei este meu estágio pelo questionamento, na busca incessante de respostas para ajudar os utentes em sofrimento emocional. Neste sentido, questionei os OC e os outros profissionais, sempre que tinha dúvidas e de forma muito correta e disponível, sempre me senti acompanhada por eles. Esta foi a base para conhecer as particularidades metodológicas do trabalho desenvolvido com cada utente. Conjuntamente com a consulta das normas e protocolos presentes no serviço fui-me embrenhando cada vez mais nele. Detetou-se assim a necessidade de elaborar um protocolo acerca da intervenção de âmbito psicoterapêutico biblioterapia, que é realizada semanalmente à 3ª feira à tarde no HD e que era, até à data, por mim desconhecida. Junto dos OC compreendeu-se que muitos dos alunos da área também não a conheciam e por ser uma intervenção cuja aceitação por parte dos utentes é boa e cujos resultados (trabalhados pelos OC no HD) têm sido positivos, decidi agir. Assim, visando a regulamentação da intervenção (com a aprovação da Direção dos Serviços de Enfermagem - DSE), e um conhecimento mais pormenorizado sobre o tema, elaborei o procedimento “Biblioterapia” com o apoio dos OC, que posteriormente foi aprovado pela DSE.

De facto, a integração na equipa multidisciplinar constituiu-se como um trampolim na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas. Ao adaptar-me, enquanto pessoa e profissional e ao adaptar o meu projeto às necessidades reais do HD, fui-me integrando gradualmente, sem interferir nas dinâmicas e rotinas já instituídas, de modo a não ser considerada como elemento perturbador, mas sim como mais um elemento para ajudar.

Tarefa: Usar a reflexão como estratégia de desenvolvimento pessoal e profissional, de forma a tomar consciência de mim na relação com o outro, bem como suporte para o aprofundar de conhecimentos acerca das repercussões que a depressão tem no dia-a-dia dos utentes.

O desenvolvimento desta tarefa esteve, inequivocamente, ligado aos objetivos do meu projeto e visou o autoconhecimento e a tomada de consciência de mim, enquanto pessoa e enfermeira e nem sempre é fácil reconhecermo-nos a nós próprios em todas as dimensões. Apesar de parecer um processo pacífico, internamente a minha integração foi um turbilhão avassalador de sentimentos e emoções. Com a razão preenchida de ideias pré-concebidas, acompanhadas de medos e dúvidas, o meu primeiro dia no HD foi algo perturbador. Foi de tal

modo ansiogénico e consequentemente inquietante, que motivou a realização de uma reflexão crítica sobre os sentimentos e emoções vivenciados. Foi a primeira auscultação interna formal que realizei em contexto de estágio e constituiu-se como um “despertar” para o questionamento sobre mim e sobre o que senti naquela circunstância em particular. Chalifour (2008) alerta-nos para o facto de, muitas vezes, a ansiedade ser a primeira emoção a manifestar-se como resposta a um *stressor*. Além disso ao recusarmos reconhecê-la e vivenciá-la, somos impedidos de aceder a outras emoções e a outros recursos internos que nos permitiriam lidar de forma mais ajustada à situação (Chalifour, 2008). Sem dúvida que tive essa experiência e frequentemente senti-me perdida em mim, sem compreender muitas vezes o que sentia. Contudo, após refletir sobre o sucedido é notório que os meus pré-conceitos impediram a minha abertura aos utentes de forma autêntica. Quando me apresentei já ia a medo, reservada, com uma barreira que parece invisível mas que se sente, e foi o que transmiti. Estava mais centrada em mim e no que pensavam sobre mim, do que aberta ao grupo e à descoberta ímpar de cada utente. Se pensarmos que uma característica da comunicação é a reciprocidade, compreendo agora que recebi o que enviei: reserva e desconfiança. Vou procurar relembrar-me desta vivência, de modo a não permitir que o medo e a insegurança me impeçam de me aproximar e dar ao outro. Assim, julgo que apesar de parecer negativo, foram vivências positivas, uma vez que motivaram o questionamento e a procura de estratégias internas para lidar com a situação, não permitindo que o estabelecimento da relação terapêutica, fosse comprometido na prossecução do estágio.

Esta estratégia de desenvolvimento está ancorada na primeira competência do EESMP e é fundamental para que este compreenda como esse conhecimento condiciona a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica. Para a sua consolidação, foram realizadas duas reflexões críticas, de dois acontecimentos significativos que me inquietaram. Este auto-conhecimento capacitou-me para chegar aos utentes, permitindo a construção de relações terapêuticas, constituindo-se esta tarefa uma pré-condição para alcançar as subsequentes.

É importante referir ainda que se tornou fundamental após a integração inicial, o conhecimento global dos utentes com sintomatologia depressiva. Para tal foram realizadas conversas informais com os OC e posteriormente, foram consultados os processos clínicos dos utentes. Foram também realizadas conversas informais com os utentes, acompanhadas da observação do seu comportamento, visando o conhecimento da depressão e a compreensão do impacto dos sintomas no seu quotidiano. Pela integração de todos estes dados, somados à pesquisa bibliográfica e à reflexão, foi possível compreender o desafio diário com que se de-

param os utentes com esta patologia. A realização desta tarefa possibilitou assim a elaboração do diagnóstico de situação mais correto, que por sua vez facilitou a elaboração de estratégias de intervenção adaptadas, inspiradas nas *narrativas de vida*.

Tarefa: Construir relações terapêuticas com os utentes e família.

Um pilar fundamental do exercício de funções como EESMP é a capacidade de estabelecer relações terapêuticas. É através destas relações que se estabelecem entre enfermeiro-utente, que este se revela na sua singularidade ao enfermeiro e lhe permite a elaboração de um plano de cuidados verdadeiramente especializado e singular. Assim, ao longo de todo o estágio desenvolvi estratégias comunicacionais e relacionais que me possibilitaram o estabelecimento de relações de empatia e confiança com os utentes. Gradualmente senti-me mais aceite, enquanto enfermeira, e senti que confiavam em mim e nos meus cuidados e dessa forma tornaram-se parceiros responsáveis pelos mesmos, aumentando a adesão ao plano terapêutico. Para a realização desta tarefa observei entrevistas aos utentes e mais tarde, também eu, com a supervisão dos OC as realizei. Posteriormente, era realizado um momento de *intervisão* com os OC, no sentido de refletir e analisar a entrevista do ponto de vista da aquisição de técnicas de comunicação verbal e não-verbal e da demonstração de estratégias relacionais. Esta observação participante permitiu uma aproximação gradual a cada utente, e sempre que possível a cada família. Paulatinamente foi sendo solicitada a minha ajuda na resolução de problemas e as entrevistas de ajuda permitiram que as relações se reforçassem. Aliado a esse facto, ao estar presente nas intervenções desenvolvidas pelos EESMP no HD, adquirir e desenvolvi estratégias que promoveram a relação terapêutica. Pelo exposto, considero ter sido bem-sucedida na prestação de cuidados, que se almejavam especializados.

Contudo, apesar do esforço em estreitar a relação com a família, pela importância de a ter como parceira no cuidado ao seu familiar, no caso concreto do Dinis (utente acompanhado no HD), não foi possível. Foram vários os contatos telefónicos, marcadas várias datas de acordo com a sua disponibilidade, contudo infrutíferos. Durante todo o período de estágio, não foi possível reunirmo-nos com o pai do Dinis.

Tarefa: Prestar cuidados de enfermagem especializados, de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa com sintomatologia depressiva, no alívio do sofrimento emocional, tendo em conta as realidades identificadas no HD.

A minha presença e participação em todas as atividades do HD começou a dar os seus frutos, não só a nível da aquisição de competências mas também no fortalecimento da relação

terapêutica com os utentes. Senti-me gradualmente integrada na equipa e os utentes solicitavam a minha ajuda. Visando a aquisição da terceira e quarta competências do EESMP, a par do desenvolvimento da primeira e segunda foram planeadas e implementadas por mim três intervenções de âmbito psicoterapêutico: “Mediação Corporal I” (Plano de sessão-Apêndice I; Resultados da sessão-Apêndice II); “Mediação Corporal II” (Plano de sessão-Apêndice III; Resultados da sessão-Apêndice IV) e “Estátuas” (Plano de Sessão - Apêndice V).

Ao dinamizar as duas sessões de mediação corporal em grupo visei, de modo genérico, promover a sensação de bem-estar psíquico e de relaxamento físico nos utentes. Desta forma procurou-se proporcionar o alívio do sofrimento através do alcance de bem-estar. O grupo alvo desta intervenção foram os utentes que no dia da implementação das sessões, se encontravam no HD. Foi um grupo heterogêneo em relação ao género e ao diagnóstico, contudo com necessidades comuns, cujo levantamento foi feito *à priori*. A avaliação inicial foi feita através da identificação das tensões corporais existentes, sinalizadas numa imagem do corpo humano masculino ou feminino, de acordo com o género, com caneta vermelha. Posteriormente foi proposto a cada utente que descrevesse como se sentia numa única palavra. Durante a sessão, o comportamento dos utentes foi observado e registado por mim e pelos OC, de forma a compreender a congruência entre a linguagem verbal e não-verbal. Foram procurados sinais de relaxamento físico nos utentes, tais como: posição relaxada dos pés; afastamento das arcadas dentárias com suspensão do maxilar inferior; rosto liso sem rugas de expressão e inspirações gradualmente mais lentas. No final da sessão, foi solicitado que se concentrassem em si novamente e, na imagem do corpo humano usada inicialmente, sinalizassem a verde as tensões prévias que naquele momento estavam relaxadas e, por fim, que descrevessem como se sentiam numa palavra.

Foi a primeira sessão implementada como moderadora principal, situação geradora de alguma tensão. Imediatamente após a sessão, ao refletir sobre o trabalho desenvolvido reconheci situações passíveis de mudança. A longa explicação dada no início da sessão pode, por um lado ter sido motivadora para alguns utentes, mas por outro, ter sido ansiogénica para outros, promovendo inclusive a vontade de sair dos utentes 6 e 7. O que faz sentido é estar em sintonia com o grupo e se o sentirmos, compreendemos a informação pertinente a fornecer. No final, na fase da partilha, foquei-me demasiado em mim e no que sentia, e deveria ter preparado uma síntese mais elaborada para o grupo, dando o feedback do que se passou e da importância que pode ter individualmente, tendo em conta a partilha realizada pelo mesmo.

Outro ponto importante prende-se com a gestão do tempo de cada fase da sessão. Deixei-me contar, várias vezes, de olhar para o relógio, por saber o que faltava cumprir do plano tendo em conta o pouco tempo que tinha. Nesse sentido e apesar de existir alguma flexibilidade na gestão do tempo, sei que a certa altura os utentes ficam cansados e é mais difícil captar a sua atenção. Assim, repensarei os exercícios de acordo com o que sentir do grupo.

Por último, mas não menos importante, a forma de avaliação será também repensada. Nesta primeira sessão usei a mesma folha na avaliação inicial e na final, acabando por ficar com avaliações incompletas em relação ao reconhecimento de tensões pelo facto de ser a mesma folha. Assim será um ponto a alterar na próxima sessão.

Tendo em conta a dimensão do que se pretendia compreender, os dados que consegui obter foram insuficientes. Apesar de considerar que foram atingidos os objetivos iniciais, nalguns casos particulares os utentes não conseguiram tomar consciência de si nem do seu corpo. O facto de ter sido eu a terapeuta principal pode ter funcionado como fator desestabilizador, interferindo na concentração dos utentes. Por outro lado, a sua capacidade de introspeção e análise, parece-me ainda bastante debilitada. Ao analisar casos concretos, julgo que a identificação das tensões foi feita de forma superficial. No caso da utente 2, durante a partilha, referiu que se sentia muito tensa, nomeando várias partes do corpo e o que escreveu não foi congruente. No caso do utente 5, são identificadas tensões iniciais e no final, refere sentir-se relaxado, mas não identifica nenhuma parte do corpo correspondente.

Na segunda sessão, após ter sido alterada a forma de avaliação e repensada a informação a fornecer, obtiveram-se resultados que mostraram que os objetivos propostos inicialmente foram alcançados. Dos 11 utentes, apenas 3 não conseguiram caracterizar numa palavra como se sentiam. Por outro lado, foi positivo observar a tomada de consciência do corpo e das suas tensões por parte dos utentes. É possível compreender que existiram tensões que se mantiveram do início ao fim da sessão e noutros casos foram aliviadas. Alguns utentes, além das tensões identificadas no início e no fim, conseguiram concentrar-se e identificar novas tensões ou zonas mais relaxadas que não tinham sido identificadas previamente.

Ao longo da sessão, os utentes foram cada vez mais participativos. No início, um pouco inibidos, mas ao som da música e com o desenrolar dos jogos terapêuticos todos os utentes participaram e envolveram-se. Foi especialmente satisfatório observar a evolução positiva de uma utente que está em processo de transição do IPA para o HD. Na primeira sessão quase não participou e nesta sessão, no jogo terapêutico “seguir o líder” a utente numa fase inicial

recusou participar sendo o líder. Numa segunda solicitação, além de aceitar, executou movimentos complexos, elaborados, rítmicos, em sintonia com a música e sorriu.

Foi também observada a capacidade de interação entre cada membro do grupo, e a forma como cada um lidou com a exposição. Alguns utentes voluntariaram-se para o jogo “seguir o líder” enquanto para a maioria foi “difícil”. Vários utentes verbalizaram “não gosto de me expor” e “gosto de passar despercebida”. No entanto, todos foram “o líder” e aquando da partilha, houve quem verbalizasse que “depois de lá estar até foi bom”. Foi também abordada a questão do corpo nas relações. Como vejo e sinto o meu corpo, como o reconheço como meio para estabelecer e manter relações? Que posturas são adotadas, nas variadas situações do dia-a-dia? Como me dou conta da linguagem do meu corpo? Foi gratificante ouvir os utentes verbalizarem as dificuldades na exposição, no medo de não serem aceites e de não se darem conta das tensões acumuladas. Relembrando que estamos a trabalhar com utentes com patologias como a esquizofrenia, perturbações da personalidade *borderline* e esquizoafetiva, depressão major e doença bipolar, em que a dificuldade na expressão das emoções e sentimentos está presente, considerou-se positiva a partilha por parte dos utentes.

Perto do término do estágio no HD, surgiu a necessidade de planejar uma intervenção, cuja origem proveio dos sentimentos e emoções verbalizados pelos utentes numa intervenção de biblioterapia, em que se refletia sobre o percurso de cada utente no HD. Palavras como “cruel”, “doloroso” e “difícil” foram o mote para, de forma apoiada, os utentes explorarem esses sentimentos e emoções em grupo. Após pesquisa e estudo sobre o tema implementou-se a intervenção de âmbito psicoterapêutico “estátuas” dinamizada por mim com o apoio e supervisão do OC. Foi uma sessão intensa. Por um lado, porque colocou à prova os meus conhecimentos e capacidades em dinamizar um grupo, com as situações inesperadas que podem acontecer. Por outro, os utentes foram muito participativos e ao “esculpirem” os seus sentimentos e confrontarem-se com a visão do outro, permitiram que se abrisse a porta à reflexão e ao respeito pelos sentimentos dos outros utentes. Conseguiram compreender que a solidão, por exemplo, pode ter várias representações, ainda assim, todas elas provocam sofrimento em quem as vivencia. Desta forma, ao “esculpirem” um sentimento com personagens ou objetos, existe a possibilidade de se distanciarem de si mesmos, permitindo um olhar mais analítico do acontecimento. Esse olhar pode oferecer algum conforto e alívio do sofrimento emocional, na medida em que, através da partilha em grupo se podem encontrar alternativas e outros modos de olhar para o problema. Muitas vezes os utentes sentem-se sós e atormentados, pedindo uma

resolução para o problema. Ao procurar responder ao seu pedido de ajuda em grupo, cada utente dá o seu contributo que poderá ser equacionado por outros utentes de forma positiva.

A sessão teve a participação de 13 utentes. Foi implementada por mim enquanto terapeuta e o OC como coterapeuta. Foi solicitado aos utentes que numa frase encontrassem o motivo pelo qual frequentavam o HD. Foram várias as expressões dadas pelos utentes, no entanto a que mais se destacou (nove utentes identificaram-se) foi “eu sou o único que venho ao HD para não ficar sozinho em casa”, fazendo sobressair o sentimento de solidão. Com esta expressão foi encontrado o protagonista que explicou a solidão sentida quando não vem ao HD. Foi-lhe solicitado que esculpisse uma estátua que representasse o que sentia e que a explicasse. De seguida, para manter o interesse e a concentração do grupo, foi solicitada a sua participação, acrescentando algo da vivência da solidão de cada um, à estátua inicial. Paulatinamente, os nove utentes que inicialmente se tinham identificado com a solidão, deram a sua perspetiva desse sentimento e do que a provoca recebendo contributos dos outros utentes. Foi observada motivação, concentração e interação durante a execução das estátuas em doze utentes, existindo um utente que apresentou comportamento inquieto, taquipsiquismo e logorreia, não se concentrando na temática e por vezes com um discurso provocador para outros utentes. No entanto, com a estreita colaboração do OC, conseguimos trazer o utente ao “aqui e agora”, sem prejuízo do trabalho que estava a ser desenvolvido pelo grupo.

Enquanto as estátuas eram esculpidas, foi solicitado aos seus escultores e ao restante grupo, que pensasse em estratégias para ultrapassar a solidão, passíveis de ser consideradas por quem se sentia só. Assim, de forma a concretizar as estratégias sobre as quais tinham refletido, foi solicitado ao grupo que estátuas esculpiriam. Foi esculpida uma última estátua, designada pelo grupo de “contrário de solidão” e foram lembradas estratégias para a mudança de comportamento, de forma a minimizar o sofrimento da solidão. As estratégias verbalizadas pelos utentes acabaram por ser associadas a vivências mais positivas do HD. Contrastando com as expressões iniciais negativas, as verbalizadas no final, foram positivas e na sua maioria referem-se a interações realizadas no HD. As expressões foram as seguintes: “sair de casa”; “não me isolar”; “conversar com as outras pessoas”; “fazer ginástica”; “ir ao cinema”; “interagir”; “telefonar às pessoas de quem gostamos”; “convívio”; “rotinas”; “fazer coisas que se gosta”; “ocupação”; “ganhamos conhecimentos para usar lá fora” e “fazer caminhadas”.

Tendo em conta os resultados apresentados, os objetivos propostos inicialmente foram alcançados. As expressões iniciais verbalizadas pelos utentes, foram congruentes com o seu

comportamento e no decorrer da sessão, houve alteração do mesmo, mas sempre ajustado à ação que se estava a desenvolver. À exceção de 1 utente, os restantes 12 tomaram consciência da sobrevalorização de ideias negativas e a visão do sentimento de solidão, que inicialmente estava presente como motivo para frequentar o HD, transformou-se. Através da visualização do sentimento, da comunicação verbal e não-verbal, da espontaneidade da dramatização, da comunhão do grupo na procura de estratégias para minimizar a solidão, surgiram ideias positivas, mudando a visão da frequência do HD. De facto, o que pensamos influencia a forma como nos sentimos e foi visível ao longo da intervenção, essa influência. No final da sessão, a “atmosfera” mais positiva conseguiu sentir-se, opondo-se à inicial tensa e negativa.

Os papéis foram-se definindo e o meu “lugar” enquanto parte integrante da equipa multidisciplinar foi sendo conquistado. Paralelamente às intervenções atrás mencionadas tive a oportunidade de acompanhar o Dinis, um utente do HD com quem pude desenvolver a intervenção de âmbito psicoterapêutico central deste trabalho, *narrativas de vida*. O Dinis estava em grande sofrimento emocional e enquadrava-se nos critérios de inclusão do projeto. Foram realizadas onze entrevistas, a primeira das quais com o intuito de realizar uma colheita de dados objetiva, com uma avaliação global, que permitiu uma descrição clara da sua história de saúde, enfatizando a história de saúde mental. Foi proposto ao utente a sua participação no trabalho, explicando o mesmo de forma detalhada. Perante a demonstração de disponibilidade do utente, foi elaborado um estudo de caso, com um plano de cuidados personalizado às suas necessidades, cujas intervenções se iriam desenvolver em parceria com o utente, e sempre discutidas com os OC e foram, semanalmente, marcadas as sessões.

A tristeza do Dinis

O Dinis, um homem de 41 anos a quem foi diagnosticada depressão, demonstrou ao longo das sessões, diversa sintomatologia, das quais destaco a tristeza (manifestada pelo choro frequente), a contenção emocional, o sentimento de solidão, a passividade e a autoestima baixa. Ao analisarmos os registos das sessões, constatamos que foi muito paulatina a evolução do Dinis. O seu choro inicial foi a forma menos contida, através da qual o Dinis exteriorizava o seu imenso sofrimento. Identificava-o como conseqüente da perda da mãe, mas a sua vida era unicamente sentida, como um emaranhado difícil de desenrolar. Por um lado sentia-se incapaz de desenvolver relações sociais satisfatórias, por outro, a relação com a família é conflituosa por falta de comunicação. Além disso, o facto de não ter meio de subsistência obrigava-o a aceitar a ajuda monetária do pai. Assim, sentia-se na condição de aceder ao que é sugerido

pelo pai e contrariado refere “o meu pai empurrou-me para aqui e caiu de paraquedas lá em casa e está a viver comigo”. Esta dualidade de sentimentos acaba por gerar ainda mais conflito interno no Dinis, o que acompanhado pela falta de comunicação entre ambos, dificulta a relação. Vai verbalizando ao longo das sessões o seu desagrado, no entanto, não consegue (inicialmente) concretizar quais são os seus problemas efetivos, nem consegue ser assertivo e expressar-se e por isso acumula em si toda a angústia, revolta e sensação de incapacidade na resolução de problemas. A única solução que vê é a de fuga “eu preciso é de estar sozinho, preciso de me afastar” (...) “não há nada para mim”. O sofrimento é também agravado pela sua visão negativista, que o impede de ver o outro lado. Esse trabalho foi sendo realizado na medida das necessidades do Dinis, até que este volta a pedir ajuda e dá o próximo passo “antes de andar para a frente tenho muita coisa negativa na minha vida que quero resolver e ainda não consegui”. A partir desta fase foi notória a sua abertura à díade positivo/negativo, à consideração de várias perspetivas na análise dos problemas e se a sua vida fosse um livro o seu título seria, segundo o Dinis “TRÁGICO-COMÉDIA EM VÁRIOS ACTOS”. A cada sessão foi feita uma descoberta interna pelo Dinis e os avanços com os necessários recuos, obrigavam a uma, cada vez mais intensa, reflexão. Foram feitos vários exercícios até o Dinis demonstrar algum dinamismo e deixar a passividade. Conseguiu distinguir os sentimentos mais presentes e os menos presentes na sua vida, concretizando o que teria que realizar para invertê-los e ser “mais feliz”. Começou a demonstrar alguns sinais de elevação da autoestima, que foi mostrada pelo cada vez maior cuidado na aparência, cortando o cabelo e aparando a barba, bem como através de expressões de confiança nas suas capacidades “comunicar com o meu pai e irmão” (...) “vou procurar emprego”. A evolução possível do Dinis, neste tão curto espaço de tempo (estágio) culminou na última sessão em que revela que “agora vejo que o título que achava certo no princípio não se adapta a quem eu sou agora, porque era uma coisa que começava e acabava”. (...) “agora vejo que não é assim... podemos sempre mudar e a mudança pode acontecer quando nós quisermos, só que às vezes precisamos de ajuda” (...) “eu estou assim, pronto para continuar a mudar e por isso mudei o título para VIDA INACABADA”. Não posso contabilizar as mudanças que ocorreram no Dinis, contudo posso garantir que existiram e foram importantes. Tal como o Dinis descobriu, todos nós somos seres inacabados e em constante transformação. Podemos afirmar que o que somos resulta do que já fomos e é nesta constante mutação que nos vamos reconstruindo e re(significando). O Dinis iniciou o processo de re(significação) de si mesmo e reencontrou sentimentos e emoções que estavam adormecidos em si. Ao regressarem deram-lhe um novo alento, uma nova

força para continuar: “A vida está sempre a mudar e só acaba quando nós morremos e eu estou vivo”. As suas palavras demonstram a sua nova força: um amor maior à vida.

De acordo com Phaneuf (2005) a entrevista é uma troca entre enfermeiro e a pessoa de quem ela cuida, para a qual são elaborados objetivos individuais relativos às informações colhidas, à transmissão de conselhos e/ou explicações, bem como ao suporte psicológico e à resolução de determinados problemas. O seu objetivo primordial é, de acordo com Chalifour (2008) o de satisfazer um pedido de ajuda, de forma a auxiliar a pessoa a enfrentar um momento difícil da sua vida, da forma mais ajustada possível. Importa referir que embora o EESMP tenha um papel relevante, “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” (Lazure, 1994, pp.13). Durante cada entrevista, procurei manter um ambiente terapêutico seguro, para que o Dinis se sentisse protegido e confiante, tendo sempre em mente os limites da relação terapêutica.

O acompanhamento do Dinis permitiu a aquisição e desenvolvimento das quatro competências específicas do EESMP. Respondendo ao desafio que me tinha proposto no projeto que originou este relatório, foi planeada cada uma das sessões em detalhe, foi implementada e posteriormente era realizado sempre um momento de intervisão com o OC. De seguida recolhia-me e registava todos os acontecimentos de forma sequencial. Desde a entrevista, ao comportamento do utente, passando pela análise do meu próprio comportamento enquanto interveniente, até à reflexão sobre o alcance, ou não, dos objetivos propostos e as causas. No caso concreto do Dinis, a sua juventude problemática com um relacionamento dependente da mãe, cuja morte desencadeou uma neurose depressiva com tentativa de suicídio, foi o derradeiro pedido de ajuda. As entrevistas foram planeadas não só, de acordo com as necessidades do Dinis, mas também da perspetiva de o ajudar a reencontrar os seus recursos internos para resolver o que considerava como problemas. Foram detetados problemas como o défice no autocuidado de higiene, comunicação deficitária com a família e consigo próprio, no reconhecimento da passividade que o impedia de agir para se ajudar. Além disso não se abria aos outros, esperando demasiado das relações, o que dificultava a sua manutenção, agravava o isolamento e promovia a acumulação de objetos em casa. Por sua vez, o Dinis identificava como problemas a solidão, o isolamento, a presença “imposta” pelo seu pai ao ir morar consigo depois da morte da mãe, a dependência financeira do pai e o facto de não ter amigos. Cruzando todos estes problemas, estimulou-se a expressão de sentimentos e emoções por parte do Dinis

no ambiente protegido de cada sessão, através da narrativa. Cada sessão iniciava-se com a narrativa dos acontecimentos principais da semana identificados pelo Dinis (as sessões eram à 6ª feira). Este narrava o que tinha vivido e sentido, e era orientado no sentido de descobrir o que poderia fazer para se sentir melhor. Narraram-se e exploraram-se vivências positivas da vida do Dinis (dando-lhe ênfase) e vivências negativas com o intuito de reencontrar e dar-lhes um novo significado, apaziguador do sofrimento. Foi um percurso difícil, em que a espiral negativa de sentimentos e emoções acompanhados pelo choro do Dinis me arrastavam e foi com dificuldade que aprendi a contornar a situação (sem a desvalorizar). Ao exercitar a empatia, bem como outras estratégias relacionais, acredito que consegui direcionar as entrevistas no sentido de ajudar o Dinis, que gradualmente foi dando indícios de mudança. A sua postura fechada, com os braços cruzados deu lugar a posturas mais descontraídas e abertas ao diálogo. Começou a cuidar da sua aparência, a concretizar e nomear o que podia fazer para mudar a sua situação e sobretudo, começou a agir. Iniciou o processo de comunicação com o pai, começou a arrumar coisas em casa e sobretudo, julgo que compreendeu o valor da sua vida. Na última sessão, o Dinis mostrou através da narrativa desenhada, que descobrira novos objetivos, pelos quais valia a pena lutar. No seu conjunto, o Dinis revelou evolução positiva ao longo do percurso realizado. Importa referir que as entrevistas decorreram fora do plano de atividades do HD o que exigiu disponibilidade de tempo adicional. Analisando o facto de o Dinis ter sido sempre participativo e nunca ter faltado às sessões, julgo que se sentiu ouvido e ajudado.

Através da realização das intervenções mencionadas, foi-me permitido percorrer um caminho de desenvolvimento e crescimento em todas as suas vertentes. Tendo sempre em mente as quatro competências do EESMP, desenvolvi a capacidade de “pensar” e “construir” uma sessão. Desde a conceção até à implementação da intervenção, procurei continuamente aumentar o *insight* de cada utente, para que cada um redescobrisse um novo “olhar” sobre os problemas. Esse novo olhar, paulatinamente permitiu dar respostas mais ajustadas aos contextos, o que foi promotor da sua recuperação, evitando o agravamento dos sintomas.

É verdade que não foi um caminho fácil, mas não tinha que o ser. As limitações e dificuldades transformaram-se em trampolins que me impeliram a ultrapassar-me a mim mesma. Como diz Fernando Pessoa “pedras no caminho, guardo todas. Um dia vou construir um castelo”, eu também as guardei e comecei, com a ajuda do OC, a construção do meu castelo de conhecimento em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

2.2. Estágio em contexto de crise - IPA

O IPA, juntamente com outras unidades pertence ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) de um hospital de Lisboa e o DPSM em que se insere, presta cuidados de psiquiatria e saúde mental à população do concelho de Oeiras e de algumas freguesias do concelho de Lisboa. Tem como missão contribuir para a prestação de cuidados de saúde mental, à população da área assistencial, em cooperação com os centros de saúde e as diversas estruturas da comunidade. Os seus objetivos visam a prestação de cuidados integrados às pessoas com doença mental grave e assegurar apoio psiquiátrico aos doentes de outros serviços do centro hospitalar onde está inserido. Para cumprir a sua missão, dispõe de várias equipas e unidades: IPA; HD; equipas comunitárias de Lisboa, Dafundo/Carnaxide e Oeiras; unidade de psiquiatria de ligação; unidade de dia Oeiras; unidade de psiquiatria forense e urgência de psiquiatria. Atualmente, a equipa comunitária de Cascais segue apenas os utentes cujo início de consulta, se fez neste departamento de psiquiatria.

A admissão ao IPA pode ser feita de três formas: através do serviço de urgência ou pela referenciação das equipas comunitárias, ou ainda pelo HD.

A atuação dos enfermeiros na assistência aos utentes envolve vários programas. A equipa de enfermagem presta cuidados individualizados, cuja metodologia de trabalho ainda não está bem definida. No desenvolvimento das suas intervenções, prevalecem as interações individuais, no entanto, sempre que é benéfico para os utentes, também se realizam intervenções de grupo. Da lista de atividades programadas semanalmente, constam as “reuniões comunitárias” às terças-feiras, que visam a expressão, por parte dos utentes, da sua visão dos cuidados, aceitando-se sugestões; a “reunião multidisciplinar” que se realiza às quintas-feiras, cujo objetivo é discutir os casos clínicos e ajustar estratégias de intervenção de acordo com os projetos terapêuticos de cada utente; a “reunião do departamento de psiquiatria e saúde mental” às sextas-feiras; a “intervenção familiar” com participação ativa nas entrevistas familiares em conjunto com a restante equipa multidisciplinar; a “educação para a saúde” e ainda “sessões de relaxamento”. Estas últimas são realizadas sempre que necessário, ao final do dia, no período que medeia o jantar da ceia.

RECURSOS HUMANOS

Para poder dar um leque diversificado de respostas, direcionadas às necessidades dos utentes, o serviço dispõe de uma equipa técnica com formação específica e diversificada com

uma ampla experiência no contacto com utentes e familiares. Assim, a sua equipa multidisciplinar é constituída por 2 psiquiatras residentes, vários internos de psiquiatria, 19 enfermeiros dos quais 9 são EESMP, 10 assistentes operacionais, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional (TO) e 1 administrativa. Recentemente conta também com o apoio de 1 psicomotricista, que substituirá a terapeuta ocupacional.

RECURSOS FÍSICOS

A estrutura física do IPA é similar a qualquer outro serviço de internamento do hospital onde se encontra, contudo foi alvo de remodelação aquando da sua abertura em 2013, procurando fazer face às necessidades específicas destes utentes. É um serviço constituído por 10 enfermarias e com uma capacidade total para cuidar de 25 utentes. Tem 1 quarto de isolamento, 6 enfermarias de 3 camas e 3 enfermarias de 2 camas. Por cada 2 enfermarias contíguas é partilhada uma casa de banho. Estas são equipadas com sanitários e duche. Antes da porta de entrada do serviço possui: uma sala de terapia ocupacional onde se realizam a maioria das dinâmicas de grupo realizadas pelos enfermeiros; uma sala equipada com cacifos e casa de banho para os profissionais de saúde se fardarem e gabinete da secretária de unidade.

Dentro do serviço propriamente dito, possui: uma sala de refeições onde os utentes podem receber as visitas; gabinetes médicos; uma casa de banho para os profissionais de saúde; gabinetes de enfermagem; uma sala de tratamento; uma sala multiuso, equipada com sofás, cadeiras, televisão e uma bicicleta e por fim, uma “sala de fumo” equipada com uma mesa de matraquilhos e uns cadeirões.

2.2.1. Intervenções de Enfermagem desenvolvidas e Competências em ESMP

Dando resposta ao perfil de competências do EESMP, não faria sentido não experienciar um estágio em vertente de internamento, pelo profícuo que se adivinhava. Mais uma vez, tendo sempre em mente os objetivos do projeto, procurei criar e desenvolver intervenções, que promovessem o alívio do sofrimento emocional. Neste contexto em concreto, no utente em fase de pesar distorcido ou exagerado, isto é, durante a crise instalada. Foi um estágio muito enriquecedor, não só pela intensidade dos sintomas dos utentes, mas também pelo desafio interno de os acolher sem me deixar abalar... o que nem sempre foi fácil. Foi uma caminhada de 12 semanas que, juntamente com o que havia sido percorrido deu origem a um ainda maior questionamento. Quem sou eu? Para onde vou? De que forma consigo distanciar-me

para não sofrer?... A cada conversa, a cada olhar, dei por mim, muitas vezes, embrenhada naquelas histórias de vida e não consegui distanciar-me. Foi um estágio imbuído de sofrimento mas também de crescimento. Assim, vou descrever de forma cronológica as tarefas que executei ao longo do estágio no IPA, que permitiram não só, a concretização do projeto planejado, mas também o alcance e desenvolvimento das competências específicas do EESMP.

Tarefa: Integrar-me no IPA.

Como já referi, para ser reconhecida como membro da equipa é imperiosa a minha integração na mesma. Assim, durante os primeiros dias no IPA participei de forma ativa nas intervenções desenvolvidas não só pelos OC, mas também por outros enfermeiros. Senti necessidade de consultar protocolos e de fazer questões aos enfermeiros, porque apesar de exercer funções num internamento, muitas das rotinas são diferentes. Aqui, mais do que em qualquer outro local é notória a intencionalidade do cuidar. Nada é descurado ou deixado ao acaso. Tudo é pensado para ajudar o utente na promoção da sua autonomia e regresso ao maior bem-estar possível, de forma personalizada, indo ao encontro das suas necessidades.

No IPA observei “reuniões comunitárias” e participei em sessões de relaxamento. Foi-me dada a oportunidade de ser observadora (no início do estágio) em entrevistas de acolhimento ao IPA e reuniões familiares e mais tarde, passei a observadora participante, realizando entrevistas de acolhimento e participando ativamente nalgumas reuniões familiares, tendo em conta a relação terapêutica já estabelecida com o utente e família.

O facto de ter realizado o estágio no HD ajudou-me a desenvolver estratégias comunicacionais e relacionais que facilitaram a minha integração no IPA. Desde o início senti que a equipa foi recetiva à minha presença e me acompanhou de forma securizante e sempre disponível, principalmente os OC, promovendo o sentimento de integração, a todos os níveis.

Tarefa: Usar a reflexão como estratégia de desenvolvimento pessoal e profissional, de forma a tomar consciência de mim na relação com o outro, bem como suporte para o aprofundar de conhecimentos acerca das repercussões que a depressão tem no dia-a-dia dos utentes.

Dando resposta aos objetivos a que me propus quando delinee os objetivos e tarefas para o estágio, era imprescindível um desenvolvimento profundo da primeira competência do EESMP. De acordo com a OE (2010, pp.3) impõe-se ao EESMP que detenha um “elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” decorrente de “vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”. Assim, respon-

dendo a essa exigência, foram realizadas três reflexões críticas durante o estágio no IPA, de situações importantes, sobre as quais senti necessidade de refletir. A primeira reflexão surgiu do decurso do primeiro dia de estágio no IPA, que à semelhança do que se passara no HD, se transformou num turbilhão avassalador de sentimentos e emoções. As semelhanças sentidas em contextos diferentes fizeram-me questionar: porque me sinto assim novamente? Tive então a necessidade de me recolher e refletir sobre o meu sentir, o que foi intenso. Desse momento de recolhimento surgiu a primeira reflexão crítica “Absorver e Sentir”, cuja análise, permitiu olhar para o meu íntimo e compreender que sou igual àqueles utentes. Que o meu percurso de vida que aparentemente se encontra em equilíbrio, pode deixar, a qualquer momento de estar. E nesses momentos, as nossas estratégias de *coping* podem falhar e surgir a doença mental. Afinal de contas somos tão diferentes, mas tão iguais... e isso assusta. Além disso o confronto com a nossa realidade é difícil, quando julgamos que nos livramos de preconceitos em relação ao outro, e afinal eles estão lá, mais presentes do que nunca. Fiquei perplexa ao refletir sobre isso. Deixou-me triste a constatação de que a minha mentalidade é como a da sociedade no geral, difícil de mudar. Continuadamente neguei que estigmatizasse os utentes do foro mental e em ambos os contextos de estágio, lugares onde estou a incrementar a minha formação para melhor cuidar destes utentes, o estigma e o preconceito vieram à superfície turvando-me a lucidez da compreensão. A compreensão e aceitação de que a doença mental é como qualquer outra especialidade médica, que necessita, tal como as outras, de cuidados especializados. Assim, impõem-se uma continuada atividade reflexiva, para transpor os preconceitos e o estigma associados à doença mental.

Tendo em conta que no IPA os utentes se encontram em fase de crise é fundamental compreender qual o acontecimento gerador de *stress* que levou ao adoecer mental e quais as implicações desse fenómeno no quotidiano da pessoa. Assim, foram realizadas conversas informais com os utentes, não só com o intuito de acolher o seu sofrimento, mas também visando o estabelecimento da relação terapêutica. Estive também presente em várias entrevistas realizadas pelos OC, sempre com consentimento prévio do utente. Em ambas as situações observei cuidadosamente o comportamento dos utentes, registei-o e posteriormente, refleti em momento de intervisão com o OC, sobre o que observara e que informação podia recolher. Partindo da observação participante inicial, consegui compreender melhor o sofrimento em que estavam imbuídos os utentes com sintomatologia depressiva. O seu sofrimento era demolidor e o desespero parecia não ter fim. Na procura incessante por poder ajudar na sua recuperação e tendo em conta os objetivos pré-definidos, foram escolhidas duas utentes internadas

que se incluíam nos critérios de inclusão do meu projeto. Partindo daqui, foram consultados exaustivamente os seus processos clínicos e sempre que se justificou, tive conversas informais com cada uma das utentes. A informação obtida aliada à reflexão permitiu-me elaborar um diagnóstico de situação mais detalhado, que facilitou a estruturação de intervenções personalizadas a cada uma das utentes, dando resposta à segunda e terceira competências do EESMP. Essas intervenções passaram inicialmente, por entrevistas em que, ao observar o seu sofrimento, questionava se podiam fazer alguma coisa para ajudar. Perante a disponibilidade, a reação mais comum foi o choro, muitas vezes acompanhados de frases intermináveis sobre o que estava a acontecer nas suas vidas. Assim, as relações terapêuticas foram-se estreitando e as utentes foram demonstrando abertura para serem cuidadas, permitindo dar resposta às tarefas seguintes, através de um programa terapêutico estruturado.

Tarefa: Construir relações terapêuticas com os utentes e família.

Como já referi anteriormente não se consegue cuidar na área da saúde mental e psiquiatria sem desenvolver a capacidade de estabelecer com cada utente uma relação terapêutica. Esta constitui-se como o pilar dos cuidados do EESMP e sem o seu estabelecimento não é possível ajudar os utentes a aliviar o seu sofrimento emocional, a reequilibrar-se e a alcançar o tão desejado bem-estar. Neste contexto, pelo explanado nas tarefas acima mencionadas, tive a oportunidade de prosseguir com o desenvolvimento de estratégias comunicacionais verbais/não-verbais e relacionais. Procurei também pautar as relações estabelecidas pela congruência, autenticidade, empatia e respeito, e considero que foi através do desenvolvimento destas atitudes, que as utentes me reconheceram como membro da equipa, confiaram em mim e aceitaram os meus cuidados.

O cuidado do EESMP é também, sempre que possível, direcionado para a família do utente. No caso do IPA é de ter em conta que, tal como cada utente internado, a sua família também atravessa um período de crise em que se sente perdida, sem saber como ajudar o seu familiar. Nesse sentido, é importante que se construam relações terapêuticas com as famílias. No caso concreto das duas utentes que acompanhei no IPA, não foi possível reunir-me com a família da Joana apesar das tentativas. No caso da Maria foi possível ter várias reuniões familiares com os filhos, com e sem a utente. Foi interessante poder escutar “o outro olhar” da história da Maria, na pessoa do filho e da filha. Foi inclusive importante ter conhecimento e compreender alguns dados, para ajudar a Maria a aperceber-se do amor e admiração que os filhos nutriam por si. Muitas vezes, a Maria narrou situações que para si eram depreciativas,

mas quando confrontada com a opinião dos seus filhos, ficava perplexa e algumas vezes alegre por constatar que teria interpretado a situação da maneira mais negativa. Por outro lado, procurando responder às preocupações da família, foi possível confortá-los de algum modo apaziguando a sua angústia por ter a mãe internada. De facto o trabalho com as famílias é fascinante e trabalhando em parceria com a mesma, os cuidados são melhor direcionados.

Tarefa: Prestar cuidados de enfermagem especializados, de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa com sintomatologia depressiva, nomeadamente no alívio do sofrimento emocional, tendo em conta as realidades identificadas no local de estágio.

Como referi anteriormente, após ter-se estabelecido a relação terapêutica com as utentes, era premente ajudá-las. Nesse sentido, a par do meu desenvolvimento de competências como EESMP elaborei um programa de âmbito psicoterapêutico que designei de “Emocional(mente)” (Apêndice VI). Este programa foi concebido, planeado e estruturado com base na estratégia de intervenção *narrativas de vida* e respeitando as necessidades previamente identificadas de cada utente. Depois da sua construção, foi cuidadosamente analisado pelos OC e em conjunto procedemos às alterações que se consideraram pertinentes, tendo em conta o tempo de internamento, que geralmente é curto.

É conhecido que em detrimento da identificação do sofrimento e das intervenções para o seu alívio, os investigadores e profissionais apostam nas intervenções que dão maior relevo aos sintomas físicos (Martins, 2010). Assim, importa recordar que o papel do EESMP é fundamental, porque através da relação terapêutica estabelecida, permite a (re)significação e a reconstrução de explicações para a causa do sofrimento. Ao identificar o problema, transpondo para o momento presente as vivências anteriores e os mecanismos de defesa desenvolvidos, o enfermeiro especialista ajuda a pessoa de quem cuida a compreender melhor a situação vivida e a descobrir novas formas de resolução de problemas previamente identificados, ou a resolver novos problemas que se manifestem. Logo, o EESMP, ao cuidar das pessoas, mobilizando os vários domínios do saber (*saber, fazer e ser*), promove a expressão de emoções e facilita a vivência de experiências gratificantes na relação com os outros e consigo mesmo (Nabais, 2008).

Neste contexto, o programa “Emocional(mente)” visou, através do uso das *narrativas de vida* de cada utente, (re)significar vivências e acontecimentos do passado, usando-os como mediadores para a resolução de problemas “no aqui e agora”. Almejando ajudar as utentes

em sofrimento emocional a concentrarem-se nas estratégias de *coping* usadas e bem-sucedidas no passado, pretendia que estas encontrassem um novo significado de vida, que lhes proporcionaria um novo equilíbrio com alívio do seu sofrimento emocional. Dando resposta a esta ambição, foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivos gerais:

- * Capacitar o utente de estratégias que lhe permitam (re)significar vivências negativas;
- * Proporcionar alívio do sofrimento emocional inerente à tristeza, à baixa autoestima, à angústia, à solidão e à desesperança;

Objetivos específicos:

- * Possibilitar a liberdade de expressão de sentimentos/emoções;
- * Expressar as suas vivências sem medos, experienciando aceitação e respeito;
- * Promover o autoconhecimento e um olhar diferente sobre si próprio;
- * Proporcionar espaço e tempo para cada utente se encontrar consigo próprio, num ambiente protegido e securizante;
- * Fomentar a identificação de sentimentos/emoções positivas na história de vida de cada utente;
- * Facilitar a (re)significação de vivências negativas, para que o utente lhe atribua um novo significado (positivo) e as reconstrua;
- * Reforçar a relação terapêutica entre a equipa de enfermagem e o utente.

Definiram-se como critérios de inclusão: utentes do IPA; com sintomatologia depressiva em fase de pesar distorcido ou exagerado; participação por livre vontade e adultos. Como critérios de exclusão: utentes com demência ou défice cognitivo grave; utentes em surto psicótico e utentes com agitação psicomotora.

Optou-se por realizar sessões individuais, uma vez que as utentes se encontravam em fases diferentes de recuperação. Além disso, da experiência do IPA, os OC alertaram para o facto de nestas situações os internamentos serem de curta duração (cerca de quatro semanas em média), o que dificultaria a constituição de um grupo terapêutico. Assim, estruturaram-se as sessões e tendo as utentes como parceiras no seu projeto terapêutico, definiu-se que duas por semana seria adequado. Foi feita a ressalva que, no caso de alguma utente necessitar de

mais sessões, estas seriam adaptadas em conformidade. Antes de cada sessão foi sempre solicitado o consentimento informado oral e a participação foi sempre de livre vontade, expressa por cada utente. É importante referir que inicialmente, o programa “Emocional(mente)” se constituía por quatro sessões. Contudo, a situação clínica de uma das utentes agravou-se e exigiu maior flexibilidade entre sessões, bem como, o aumento do número de sessões.

Por ser um trabalho de cariz etnográfico, cujo intuito foi conhecer e compreender profundamente o utente com patologia depressiva e determinar intervenções que aliviassem o seu sofrimento emocional, os resultados/evolução clínica, basearam-se nos relatos de cada um. As sessões tiveram um encadeamento sequencial, uma vez que as necessidades identificadas numa determinada sessão iam sendo objetivos a atingir na sessão seguinte e assim sucessivamente. Além disso, tiveram entre si um intervalo de dois/três dias (semanalmente no caso do utente seguido no HD) procurando sempre uma personalização dos cuidados. As citações são de frases expressadas por cada utente, cujo consentimento para as transcrever foi obtido e expresso por cada utente de forma livre e esclarecida.

O método de avaliação baseou-se sempre nas narrativas de cada uma das utentes, isto é, no que me foi “narrado” e no final do programa foi aplicado um questionário. Foi pedida autorização para realizar registos durante as sessões, sempre que se justificasse e foi com base nesses registos, juntamente com o que registava após cada sessão, que a narrativa de vida de cada utente começou a ganhar forma. Da leitura de todos os registos, cuja compilação designei de notas de campo, conseguimos compreender o percurso realizado por cada uma das utentes, a par do meu desenvolvimento enquanto EESMP. Foi um desafio cada uma das sessões, pelo intenso confronto com o que me estarrecia. Como ajudar a jovem Joana, cuja incapacidade de se relacionar lhe provocava pânico, mas ao mesmo tempo uma imensa solidão e tristeza? Cujo sorriso constante pretendia esconder uma ansiedade latente? Como ajudar a Maria, cuja doença do marido, acompanhada pelo facto de ser analfabeta, a fez acreditar que não era gente? Que nada mais valia a pena e cuja postura era tão fechada sobre si, que muitas vezes só se ouvia um gemido? Sem dúvida que cada sessão foi um desafio a superar, para tentar ajudar cada uma destas utentes.

O isolamento da Joana

A Joana foi uma jovem, cujo internamento no IPA permitiu que a conhecesse, tendo o privilégio de a acompanhar. Ao longo das sessões a motivação da Joana foi crescente e as mudanças foram-se dando a conhecer. A postura reservada de braços cruzados ou com as

mãos entre os joelhos e as costas curvadas, deram lugar a costas mais direitas, mãos abertas em cima da mesa ou com alguns gestos que procuravam reforçar as suas palavras. O discurso superficial, contido, com frases curtas, deu lugar a frases mais espontâneas, demonstrando um grau crescente de capacidade de reflexão. O olhar evitante foi substituído por um olhar que se encontrava mais com o meu, manifestando paulatinamente maior confiança. O sorriso fácil, tantas vezes demonstrado inicialmente, que transparecia (aos meus olhos) a ansiedade de quem se está a revelar, deu lugar a um sorriso mais sério, que surgia genuinamente sem tentar disfarçar o embaraço de revelar o que sentia. Sempre sozinha, refugiada no seu quarto na companhia da sua música. Apertados pelo sofrimento, os seus 27 anos eram de uma fragilidade imensa que dava vontade de abraçar. Encontrar o título para o livro da sua vida foi um desafio. Primeiro porque obrigava a refletir sobre si, o que era “muito difícil”, uma vez que a Joana não o costumava fazer “não costumo pensar em mim, não estou habituada a fazer isso”. Segundo, porque a sua autoestima era tão baixa que ficou incrédula quando lhe solicitámos que fizesse essa descoberta interna “um título de um livro sobre a minha vida? Ninguém o queria ler, de certeza!”. Foram sessões difíceis, carregadas de negatividade e assombradas pelo estigma da Joana. Desde o facto de se sentir diferente das outras pessoas por ter um diagnóstico associado a patologia mental “porque eu não sou normal!” passando pelo estigma que a sociedade (todos nós) faz sentir a qualquer pessoa que tenha um diagnóstico nesta área “Oh enfermeira, mas para uma pessoa da minha idade isso não é normal!”, a cada sessão a Joana fazia descobertas internas. Todo este sofrimento era atribuível, segundo a Joana, ao facto de não sociabilizar e ter muita dificuldade em relacionar-se com as pessoas. Procuramos que a Joana refletisse sobre o que sentia e sobre o que gostava de sentir, bem como nas estratégias que poderiam ser usadas para a mudança. Inicialmente pensou que seríamos nós a dar-lhe soluções para os problemas e chega mesmo a dizer “oh enfermeira, se eu soubesse não tinha vindo aqui parar...”. Contudo, através do trabalho reflexivo realizado pela Joana, esta identificou estratégias passíveis de colocar em prática, das quais saliento “Despreocupação com o que os outros pensam de mim”; Confiança; Investir mais nos relacionamentos”; Disponibilidade” e “Ser menos dura/rígida comigo e com os outros”. De modo geral, a Joana compreendeu que se mostrasse mais abertura ao outro, se confiasse mais, sem se preocupar demasiado com o que pensam e sendo menos exigente nas relações, conseguiria mostrar o seu “verdadeiro eu” e ter mais sucesso nas interações. A Joana reconheceu que não se abria às pessoas com medo que estas acabassem por ir embora, daí ser tão introvertida e não se dar. Ao seu tempo e no seu ritmo, a Joana compreendeu que o sucesso nas relações sociais depen-

de somente dela e de se valorizar enquanto ser humano. Num exercício em que solicitamos que olhasse o espelho e repetisse “eu gosto de ti” a Joana referiu que se sentiu “ridícula no princípio” (...) “mas depois de dizer algumas vezes senti-me melhor e até vejo coisas boas em mim”. Mais uma vez a questão da valorização pessoal foi importante e estes pequenos (grandes) exercícios contribuíram para ajudar a Joana a aumentar a sua autoestima.

Por fim, no seu imenso mundo de vivências negativas em que não conseguia encontrar um título para o livro da sua vida, a Joana iniciou um processo de mudança e de (re)significação de si mesma. Ao elaborar a sua obra (desenho), escolhe a cartolina azul claro que simboliza “o céu e a liberdade para voar” e nela vai desenhando o que de mais importante a Joana reconhece na sua vida. Reconhece que teve uma vida com “muitas coisas boas” e que nas adversidades também salienta situações importantes em que “me obrigaram a parar para pensar e foi bom, senão rebentava” (internamentos). É valorizado o apoio das amigas e reafirmado o suporte inabalável da família “porque é um apoio constante e muito importante para mim”. Ao longo das sessões, a Joana recordou-se, reviveu-se e recriou-se e esse trabalho interno culminou com a sua obra-mestra. E digo mestra porque ao contemplá-la a Joana encontra o título para o livro da sua vida “Aprendendo a pensar positivo”. E esclarece ainda “ia ser um livro que falava da alegria e da liberdade que já senti e da terapia que tenho feito”. Sem dúvida que a Joana iniciou a sua transformação... muito mais há a fazer, é certo, no entanto, o mais difícil é dar o primeiro passo e a Joana já o começou a dar!

A incapacidade da Maria

A Maria foi uma senhora de 66 anos, que também tive oportunidade de conhecer no IPA. Fácies fechado, choro fácil e frequente e costas curvadas perante um sofrimento emocional atroz. Foram sessões intensas, carregadas de dor e tristeza, perante as quais tive muita dificuldade em reagir. A sua autoestima era tão baixa que inicialmente nem considerava ter algo para conversar “não sei de quê que vamos conversar, a minha cabeça não dá para nada...”. Aqui já se vislumbrava o sentimento de menos valia em relação a si mesma, mais tarde reforçado “não sirvo para nada, não tenho boa cabeça e não vou a lado nenhum”. O seu semblante acompanhava congruentemente as suas palavras e o que se observava era sofrimento emocional intenso. Considerava que pelo facto de ser analfabeta, não seria capaz de tomar as rédeas da vida familiar (o seu marido estava internado com um AVC, existindo a possibilidade de ficar dependente). A sua visão era de tal forma negativa que se culpabilizava da situação de doença do marido e quando questionada responde “se calhar sim, porque eu já não conse-

guia fazer comida para um homem”. Foram sendo trabalhadas estratégias com o intuito de ajudar a Maria a ficar mais tranquila na gestão do seu lar quando para ele regressasse. Contudo, o sentimento de negatividade minava-lhe o pensamento e se por segundos parecia considerá-las, logo depois existia um “mas”. Foram sessões difíceis, de aparente estagnação em que o negativo se sobrepunha “ninguém pode fazer nada por mim...” e “não consigo fazer nada porque a minha cabeça não vai a lado nenhum...”. A sua perda era vivida tão intensamente que não conseguia desviar o pensamento. A sua preocupação remetia sempre para os cuidados ao marido “era o meu marido que fazia as coisas lá em casa, que tomava conta dos papéis e agora eu não consigo cuidar do meu marido, nem lhe sei mudar a fralda se ele precisar”. Apesar do sentimento de incapacidade, foram mobilizadas situações do passado em que a Maria, acabou por reconhecer que apesar de não saber ler nem escrever, conseguiu construir uma família, criar e educar 2 filhos, trabalhar e levar a sua vida tranquilamente. Além disso compreendeu-se que a Maria vivia um grande conflito interno uma vez que, apesar da relação com o marido não ser satisfatória emocionalmente esta vê-se na possibilidade de ter que cuidar dele, o que é avassalador. Procuramos que concretize os seus problemas, contudo duvida sempre que mesmo com ajuda os consiga resolver e refere “sabe, não é por não querer é mesmo porque não consigo. O coração não me puxa...”. Com esta frase que procura expressar o mais profundo dos sofrimentos, a Maria pede ajuda nitidamente. Até tem vontade, mas o coração não lhe permite que avance...foi uma longa jornada de trabalho que a Maria teve em parceria connosco, que a seu tempo foi dando evidências de mudança. O tempo foi passando e gradualmente a Maria foi sentindo que algo mudava “sinto-me melhorzinha, com um bocadinho mais de força”, no entanto é relevante dizer que os pedidos de ajuda se sucediam. Num exercício em que solicitamos que pensasse nas estratégias encontradas em sessões anteriores, para procurar resolver alguns problemas a Maria refere “não consegui pensar... não sei como resolver isto tudo”, além disso chegou a verbalizar que “antes as coisas eram mais simples e agora é tudo muito difícil”. Foi notório o ruminar de problemas que assolava a Maria. Procurando inverter a espiral negativa procurou-se explorar, através da recordação de vivências do seu passado e da sua narração reflexiva, o reencontro de sentimentos e emoções mais positivas. Não foi fácil este trabalho, uma vez que se pautou por avanços e recuos, contudo, respeitando o tempo da Maria, esta foi readquirindo capacidades que julgava nunca mais recuperar. Foi sublime a redescoberta que a Maria fez de si mesma e os resultados que esse reencontro promoveu. Foi tendo a capacidade de olhar para as adversidades de outra forma e reacendeu-se a chama da esperança “pode ser que eu um dia fique melhorzinha”, além disso, numa fase

mais avançada, em que se veste de verde refere “é a cor da esperança”. Mais tarde, numa licença de fim de semana em que foi passar o Natal a casa, apesar de não valorizar, conseguiu cozinhar o jantar de Natal para a família. Gradualmente, a Maria ressignificou-se e a espiral negativa de sentimentos e emoções começou o seu percurso inverso “sabe, aquela força do coração que me faltava? Agora tenho mais?”. Além disso, quando confrontada com a realidade de ter mudado de casa de forma a adaptarem-se à atual situação de saúde do marido, a Maria verbaliza “tinha lá tudo o que era meu, mas não era a minha casa, percebe? (...) “antes de me vir embora já sabia mais ou menos onde é que estavam as coisas”. De facto é notória a mudança da Maria que encara a situação (outrora geradora de pânico), com maior tranquilidade, demonstrando maior capacidade de lidar com as suas emoções. Até pequenas coisas do dia-a-dia são lembradas e valorizadas “ia de manhã ao pão, gosto muito de pão quentinho com manteiga” (...) “melhor que o pão quente é juntar-lhe uma galão quentinho (...)”. Além disso, a sua autoestima também demonstra estar num processo, ainda que ténue, ascendente. Num exercício em que foi pedido à Maria que identificasse características positivas de si, numa fase inicial, não encontrou nenhuma, mas atenta ao que verbaliza posteriormente “se é sobre mim gostava que fosse com algum jeito e agora ainda não sei”, mais tarde revela-me “sou boa pessoa”. Foi muito importante esse reconhecimento uma vez que a autoestima da Maria era muito baixa e os sentimentos de menos-valia e incapacidade eram uma constante. Por fim, a senhora que inicialmente desenhava com lápis de cor, na cor azul-escuro escolhe uma cartolina cor-de-rosa, porque lhe faz lembrar as roseiras, que são as suas flores preferidas. Além disso, a obra-prima da sua vida é colorida, contrastando com a tonalidade cinzenta em que se encontrava quando iniciamos a nossa jornada de trabalho. Gradualmente foi demonstrando interesse e motivação para o nosso trabalho e apesar de sermos interrompidas inesperadamente, a Maria ainda me tranquiliza “sr^a enfermeira, deixe tudo como está que depois do jantar voltamos, pode ser?”. Regressou e desenhava com alma e coração. A sua obra-prima abarcava um amor imenso por pessoas e vivências, sendo que através delas a sua vida readquiriria um novo sentido e uma nova motivação: voltar a rever a família, a passear com os filhos, a realizar atividades prazerosas que lhe tragam emoções positivas. Falou de si (a flor maior) e da sua filha (flor mais pequena) ancoradas na “boa terra” que é o amor que as une. O filho (o sol) que ilumina a vida das flores “quais são as flores que não gostam do sol?” e as estrelas que a fazem voltar a vivências felizes da infância “saíamos descalços a correr pela terra fresca e deitávamo-nos no chão a contar as estrelas”. Por fim verbaliza “sim, é bom pensar em coisas boas. Fico mais animada!” e ao terminar reconhece que a mudança de casa que

anteriormente lhe causava um grau de ansiedade difícil de gerir, é agora vislumbrada com agrado “Sabe, na casa nova tenho um quintal com canteirinhos” (...) “Acho que vou lá plantar umas roseiras”. Sem dúvida que a Maria se recriou e ao recontar histórias de vida que compõem a sua história de vida única e incomparável ressignificou-se, ganhando um novo ânimo para continuar.

O tempo foi passando e na minha última semana de estágio, quando pensava que possuía um domínio mais efetivo sobre a minha comunicação verbal e não-verbal, na relação com o outro, acontece uma situação que me deixou perplexa. Semanas antes, uma das utentes que tinha acompanhado e a quem implementei o programa “Emocional(mente)” tinha tido alta. De repente, após receber as ocorrências vejo-a novamente no corredor, de pijama e com o semblante carregado. “Olá Joana. Já cá está novamente connosco!?” e em resposta a utente baixa o olhar e vira-me as costas, andando rapidamente para o seu quarto. Fiquei perplexa e parada. Foi como se uma bomba me explodisse no peito. Senti-me rejeitada, triste, perturbada, frustrada. Vê-la novamente internada depois do trabalho desenvolvido, foi encarado por mim como um fracasso pessoal, senti-me uma incompetente e várias vezes questioneei se teria, porventura, ajudado a Joana. Foi muito difícil lidar com o que senti. Julgo que inconscientemente senti que tinha perdido tempo com a Joana. Mas o que é perder? Assim, necessitei de mais um momento de recolhimento, e isolei-me. Aquela solidão tão necessária, de me encontrar comigo mesma foi fundamental para compreender o que ganhei com esta vivência difícil de gerir: Se a Joana não tivesse sido internada da primeira vez, não a teria conhecido. Não teria tido a oportunidade de a compreender, de aprender com ela e de me questionar sobre todas as trocas ao longo da relação terapêutica que se estabeleceu. Por outro lado, se a Joana não tivesse sido re-internada, nunca me teria confrontado desta forma sobre o que senti. Assim, ao analisar tudo o que vivi, senti e aprendi, considero que ganhei uma nova consciência de mim, que me permitiu conhecer-me um pouco mais. Através dessa aprendizagem, também pude compreender que as frustrações e as desilusões são fruto das expetativas que fazemos, erradamente, dos outros e de nós mesmos. Julgo que não há frustração sem expetativa prévia! Em última análise, tenho que procurar não esperar, mas aceitar. Se aprender a aceitar, saberei (ou talvez não), qual o caminho a percorrer. Nesse percurso, estarei mais atenta a mim e ao outro, de modo a não criar expetativas, respeitando a individualidade de cada um. Isto porque o autocohecimento advém da aceitação de quem eu sou, aqui e agora, mas também do que fui e serei, sem expetativa...apenas o que sou. Sem exigir. Apenas focar-me no ser.

3. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Os utentes em qualquer área de cuidados são únicos, contudo, nesta área em particular podem apresentar vulnerabilidades que, em situações limite, podem determinar o seu envolvimento nos cuidados, pela aplicação do enquadramento legal específico. Consequentemente, estas peculiaridades podem afetar a relação terapêutica e podem colocar dilemas éticos complexos que necessitam de constante reflexão (OE, 2010).

A investigação, independentemente do seu percurso epistemológico e metodológico deve considerar as regras relativas à proteção das pessoas (Nunes, 2013) e sobre este aspeto a enfermagem enquanto profissão autorregulada, contempla no Código Deontológico do Enfermeiro e no REPE os princípios éticos e deontológicos a serem considerados nos trabalhos científicos.

Assim, podemos dizer que o sentido investigativo surge naturalmente como um dever, mas também como um direito do enfermeiro, e nos referenciais expostos pelos documentos normativos da profissão, encontra-se a necessidade do rigoroso cumprimento ético. Dando resposta a este imperativo, ao longo do estágio procurei estar de acordo com a norma emanada em 1998 pelo International Council of Nurses (ICN), que afirma que os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos sempre e em qualquer situação (Nunes, 2013). Neste contexto, tive sempre em mente os seis princípios éticos fundamentais (Nunes 2013):

- * beneficência: procurei que os utentes obtivessem algum benefício com as intervenções desenvolvidas;
- * não maleficência: que as intervenções implementadas não lhes causassem qualquer dano;
- * fidelidade: respeitando este princípio, estabeleci relações de confiança com os utentes, assumindo a responsabilidade de ser fiel nessa mesma relação;
- * justiça: tendo em conta o tema central deste trabalho, procurei todos os utentes que se enquadravam nos critérios de inclusão e ajustando as intervenções à individualidade de cada um, procurei ser equitativa e prestar os melhores cuidados individualizados;
- * veracidade: em cada uma das entrevistas, informei cada utente do propósito de cada uma delas, sem omitir nenhum dado em relação ao risco/benefício da sua participação, de forma a que cada utente aquando da decisão de participar ou não, estivesse verdadeiramente esclarecido;
- * confidencialidade: mantive toda a informação que os utentes me confiaram bem protegida e em sigilo profissional.

Aliados aos seis princípios éticos supramencionados, foi constante o respeito pelos direitos dos utentes que participaram neste trabalho. Para proteger o direito à intimidade, confidencialidade, sigilo e anonimato, todos os dados foram exclusivamente partilhados com os OC e docente orientadora, parceiros deste percurso formativo e com o consentimento de todos os utentes. Os nomes destes foram substituídos nos trabalhos académicos e os dados sociodemográficos recolhidos, não permitem a identificação dos participantes. Quanto ao direito de autodeterminação, defesa da liberdade, dignidade e ao consentimento informado, foram explicados os propósitos e procedimentos do estudo, para que o utente ao dar o seu consentimento, este fosse livre e esclarecido, como aconteceu em todas as situações. Desta forma foi respeitada a sua decisão e vontade, garantido também a sua cooperação e empenhamento no estudo.

Deste modo, considero que não só através do estudo que suporta o presente relatório de estágio, como também através da prática clínica realizada, tive em consideração os princípios éticos e deontológicos.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE):

a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivos prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 2015, pp.99).

Nesta definição da profissão está, evidentemente, a linha que deve nortear a nossa intervenção: os ganhos em saúde, uma vez que é através do seu alcance, que se compreende a efetividade dos cuidados. Além disso, permitem dar visibilidade às nossas práticas, uma vez que se constituem como

indicadores de saúde que expressam a melhoria dos resultados que se traduzem por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (DGS, 2012b).

Neste contexto, a par do meu desenvolvimento como EESMP, tive também como objetivos, o alívio do sofrimento emocional e o consequente aumento da funcionalidade física e psicossocial dos utentes. Pelo potencial terapêutico da estratégia de intervenção *narrativas de vida*, o sofrimento emocional de cada um dos utentes foi sendo aliviado, ainda que subtilmente, ao longo de cada sessão, como já foi explanado anteriormente. Gradualmente, cada utente foi demonstrando uma crescente capacidade de reflexão, que por sua vez permitiu a

construção de novos significados para os acontecimentos. Essa nova perspectiva, aliada à capacidade de considerar que existem vivências positivas, permitiu apaziguar o seu sofrimento traduzindo-se em algum conforto e bem-estar.

Na última sessão com cada um dos utentes foi aplicado o seguinte questionário:

Questões	Dinis	Joana	Maria
1- Como se sentia na relação consigo próprio, no reconhecimento dos seus sentimentos e emoções antes de ter participado no programa?	“Estava muito pessimista, muito bloqueado devido a muitas situações más e negativas”.	“Não pensava muito nisso. Não os reconhecia na totalidade ou apenas conhecia os sentimentos negativos e afundava-me neles”.	“Não pensava muito nisso, não tinha tempo, as coisas iam acontecendo e pronto”.
2- Como se reconhece agora, depois de ter participado?	“Estou mais animado, embora por vezes desanime”.	“Aprendi a ir-me conhecendo melhor. Mente mais aberta e mais disponível”.	“Agora penso que só com o tempo é que isto vai melhorar e me vou sentir melhor”.
3- Que perspetiva tinha sobre a sua vida antes e que tenha mudado, tendo em conta o que foi abordado em cada uma das sessões?	“Tinha uma perspetiva sem solução e solitária. Agora estou mais esperançoso e tranquilo nalguns aspetos”.	“Aprendi que de uma emoção negativa se pode ver o outro lado da moeda e transformar em algo positivo”.	“Quando para cá entrei estava muito triste, não conseguia fazer as coisas, o coração não me puxava. Agora estou alegre e com mais força”.
4- Após ter participado no programa, considera que este foi importante para a sua recuperação? Sim? ou Não? Porquê?	“Sim. Permitiu-me respirar, falar de coisas minhas e que me sufocam muitas vezes”.	“Sim. Porque me trouxe vontade de me conhecer melhor e investir mais em mim e nos outros”.	“Sim, porque me ajudou a pensar nas coisas boas da minha vida e que eu já não me lembrava”.
5- Que tema (s) considera importante (s) e que não foram abordados ao longo das sessões?	“Amor e os seus efeitos”.	“Nenhum”.	“Não me lembro de nada...”

Analisando as expressões de cada utente, é compreensível a importância do trabalho desenvolvido, sobretudo na tomada de consciência de si e das suas vivências, bem como da possibilidade de ressignificar vivências negativas em positivas, trazendo o alívio do sofrimento emocional presente em cada um. A par e passo do trabalho desenvolvido com cada utente, também existiu um trabalho interno de mudança ao longo do meu processo de aprendizagem, que se traduziu em sentir...

A insegurança da Catarina

Sou a Catarina, uma enfermeira que queria ajudar... mas não sabia como. Nesta procura incessante de respostas efetivas para ajudar os meus utentes, também iniciei a minha transformação. Paulatinamente dei início ao meu próprio processo de ressignificar vivências, recriar-me enquanto ser humano e daí retirar aprendizagens. Foi um verdadeiro desafio, uma vez que não é fácil refletir sobre nós mesmos. Refletir exige abertura para arriscar descobrir-nos a nós próprios e aprender a gerir/lidar com as nossas próprias emoções e sentimentos. Questionava-me se alguma vez conseguiria ajudar efetivamente as pessoas que precisavam de ajuda especializada e compreendi ao meu ritmo que se trata de respeitar e de escolher. Respeitar o tempo de cada utente e o nosso próprio tempo para estabelecer a relação terapêutica e de escolher agir. Não se trata de agir bem ou mal, mas sim agir. Antes de iniciar esta minha metamorfose limitava-me, não a escutar, mas a ouvir. Ficava perplexa sem saber o que fazer e não reagia perante os pedidos de ajuda que iam além do físico. A dor do outro tornava-se a minha dor se me aproximasse demasiado, e assim escolhia não me aproximar... Não ouvir... não agir... e em última análise não ajudar... Mas algo em mim continuava a pulsar e a dizer-me que aquela pessoa precisava de ajuda. O medo de falhar por não saber o que fazer era de tal intensidade, que me toldava o raciocínio e muitas vezes, nem entrava no quarto desse utente, para não ter que me confrontar com o seu sofrimento. Contudo, o confronto era permanente e o “não agir” tornava-se esgotante. Nesse sentido, aprendi a respeitar-me também a mim mesma, enquanto pessoa com sentimentos e emoções e a refletir sobre eles de modo a não permitir que estes me impeçam de ajudar os utentes que precisam de mim. Relembrei-me que aliado ao *saber fazer* e ao *saber saber* está o *saber ser* e através dele compreendi que sou um ser humano dotado de estratégias relacionais e comunicacionais, que a serem desenvolvidas, têm um poder inimaginável na ajuda ao outro. Amadureci esses mesmos conhecimentos e alcancei um conhecimento que me permitiu aceitar, que além de enfermeira sou uma pessoa e que, aprender a regular alguns sentimentos e emoções, me permite chegar ao outro de forma mais verdadeira, contaminando menos a relação terapêutica.

Considero ainda que a construção deste percurso me permitiu adquirir, desenvolver e alterar estratégias de intervenção especializada, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados. Além disso, através do estabelecimento da relação terapêutica e do trabalho de parceria de cuidados, aperfeiçoei e desenvolvi atitudes de interveniente (compreensão empática; respeito caloroso; autenticidade; compaixão e esperança – Chalifour, 2008) nas trocas vividas com cada utente. Sem dúvida que estas trocas promoveram momentos intensos de conheci-

mento, que me permitiram reconhecer-me, recriar-me e ressignificar-me enquanto EESMP, dando lugar a um novo e renovado olhar sobre a relação com o outro, abarcando uma maior compreensão do que realmente é ajudar em saúde mental.

De facto, todo este processo de transformação interno foi frutuoso, contudo está apenas no seu início e será um contínuo ao longo da minha vida profissional. Sinto que a necessidade de formação será uma constante, para prestar cuidados especializados em ESMP. Fundamentando a importância deste trabalho, Hesbeen (2000, pp.156), diz-nos que:

Tudo aquilo que vivemos no nosso dia-a-dia contribui para enriquecer as nossas qualidades. No entanto este enriquecimento não é automático. Ele requer esforço de reflexão e que a pessoa se documente. A experiência só por si não gera conhecimento (...) Ela contribui para a aquisição de competências, mas para enriquecer os conhecimentos da pessoa, a nossa experiência deve ser refletida, discutida e conceptualizada.

3.1. Competências de Mestre

Articulando o Decreto-lei (DL) número 74/2006 de 24 de março com o regulamento número 129/2011, temos expostas as competências específicas que um especialista e mestre em ESMP deve possuir. Passo a explicar o que realizei ao longo do estágio para as alcançar.

1- Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.

Tive oportunidade de prestar cuidados ajudando pessoas com sintomatologia depressiva a alcançar algum alívio do sofrimento emocional. Foi realizada uma avaliação contínua e pormenorizada de cada utente e das situações complexas em que se encontravam, sintetizando e analisando de forma crítica os dados obtidos, para uma tomada de decisão mais consciente e fundamentada. Reconheço que essa avaliação deveria repercutir-se num maior envolvimento da família, que também se encontra em crise. Contudo uma lacuna prendeu-se com a dificuldade em chegar às famílias. É conhecida a importância da família na recuperação dos utentes (Townsend, 2011), mas raramente sabe como o fazer. A complexidade que envolve a depressão, o desconhecimento da mesma e dos seus severos sintomas, leva a uma dificuldade acrescida em lidar com a situação de doença do seu familiar. A estratégia utilizada passou pela transmissão de informação acerca da patologia, desmistificando-a e incutindo esperança e o reconhecimento de sinais e sintomas de recorrência. Desta forma, ao darmos resposta às necessidades da família, podemos contribuir para uma redução do *stress* no sistema familiar, ajudando-o a reequilibrar-se.

2- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

Esta competência de mestre articula-se intimamente com a primeira competência do EESMP, na medida em que se desenvolve a dimensão do autoconhecimento. Esta culminou neste relatório, na medida em que obrigou a “repensar-me”. Este caminho foi uma descoberta, que se transformou na minha narrativa de autoconhecimento. Integrei novas vivências e saberes, cresci, renovei-me. Contudo, foi apenas o encontro, ainda há caminhos a desbravar. Nalgumas situações, os meus fantasmas e preconceitos geraram uma contra atitude, que foi sendo trabalhada, de modo a não influenciar negativamente o resultado das minhas intervenções. Não é um trabalho interno linear, uma vez que a espontaneidade das emoções nos pode atrair, mas essa tomada de consciência, permite resolver os impasses de forma construtiva. Logo, é fundamental que o desenvolvimento autónomo de conhecimentos/competências continue, para garantir cuidados de enfermagem especializados e de qualidade.

3- Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

Refletindo sobre o meu percurso, considero que me integrei e desenvolvi dentro das equipas multidisciplinares, colaborando na recuperação dos utentes. Uma vez que não era desenvolvido nenhum programa específico com os utentes com sintomatologia depressiva em sofrimento emocional, elaborei o programa Emocional(mente) baseado na estratégia de intervenção *narrativas de vida*, que foi dado a conhecer a outros membros da equipa. Penso que foi uma mais-valia para a equipa, uma vez que deu a conhecer mais uma possibilidade de intervenção, cujos resultados, ainda que limitados, foram positivos.

4- Age no desenvolvimento de tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.

Dando resposta ao desafio que nos propõe esta competência, foi uma constante a procura pela ajuda efetiva a cada utente. Depois do levantamento de necessidades, planeei, implementei e avaliei o impacto da minha intervenção em cada um deles. A cada sessão, eram obtidas informações que me permitiam delinear os objetivos da sessão seguinte. Tendo em conta que o objetivo primordial se prendia com o alívio do sofrimento emocional, esta fase foi de trabalho intenso. Sem nunca esquecer os princípios éticos e deontológicos subjacentes ao cuidar de pessoas vulneráveis, o aprofundar de conhecimentos e competências capacitaram-me para uma tomada de decisão mais consciente e cientificamente mais fundamentada. Nunes (2006, pp.3-4) diz-nos que “tomamos decisões no sentido de um agir que responda às neces-

sidades das pessoas - por isso, a tomada de decisão não se dispensa, nem a ela se renuncia”. Contudo “as emoções e o grau de autoconsciência de si” são fatores que necessariamente obrigam o EESMP a desenvolver, não só, um “juízo clínico singular” (OE, 2010, pp.1) de modo a avaliar corretamente uma situação, mas também a assumir os atos e as respectivas consequências dessa avaliação. Corroborando esta afirmação, Nunes (2006) refere que associados ao conceito de tomada de decisão estão os conceitos de autonomia e responsabilidade. Assim, ao longo do estágio desenvolvi estas capacidades, que me permitiram fundamentar a tomada de decisão (em parceria com cada utente em sofrimento emocional).

5- Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para a prática de enfermagem baseada na evidência.

Ao longo deste percurso científico, foi manifesto o estímulo dos docentes em fomentar o gosto pela investigação. Apesar da dificuldade em encontrar literatura portuguesa sobre as *narrativas de vida* na área de enfermagem, internacionalmente a medicina narrativa está a ganhar terreno e a produzir conhecimento especializado. Este trabalho procura despertar o interesse em novas investigações, pelo potencial terapêutico da estratégia de intervenção *narrativas de vida*, para que se produza mais conhecimento na área.

6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde, em geral e em enfermagem, em particular.

Ao longo do estágio foi uma preocupação transmitir os meus conhecimentos às equipas de enfermagem onde me integrei. No HD nenhum OC tinha formação específica na área que abordei, contudo foi realizada investigação em conjunto, bem como partilha de artigos científicos e reuniões informais para debater o tema. Pela limitação temporal do estágio, não foi possível realizar tudo a que me tinha proposto. Ficou assumido o compromisso, que posteriormente será elaborado um artigo científico sobre o potencial terapêutico das *narrativas de vida* no alívio do sofrimento emocional nos utentes com sintomatologia depressiva, que será acompanhado de uma formação a toda a equipa multidisciplinar do HD. Em relação ao IPA, um dos OC tinha formação prévia na área em estudo, contudo não tinha, até à data, oportunidade de a aplicar. Nesse sentido, foram feitas reuniões informais sobre o tema com alguns membros da equipa, dando a conhecer o trabalho em causa, apresentando-o como mais uma estratégia a considerar nos cuidados a estes utentes. Foi um trabalho de parceria em que ambos (eu e OC) adquirimos conhecimentos.

4. CONCLUSÃO

Chegada ao fim desta etapa e analisando o caminho percorrido, acredito verdadeiramente que se tratou de uma jornada profícua, não só a nível profissional, mas também pessoal. O seu progresso garantiu o aumento de conhecimentos, que por sua vez, se traduziu em desenvolvimento de competências que me permitirão prestar cuidados especializados aos utentes do meu serviço, com patologia depressiva.

Tendo sempre em mente os possíveis ganhos em saúde decorrentes da aplicação das intervenções desenvolvidas, procurei elaborar a minha própria narrativa de aprendizagem, ancorada na análise e reflexão das práticas, cuja produção de conhecimento, visou a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem especializados na área da saúde mental e psiquiatria. Todas as intervenções foram delineadas com o objetivo de ajudar cada utente a desenvolver-se, a crescer pessoalmente e a refletir, tomando consciência de si. Através do uso das *narrativas de vida*, foi permitido a cada utente refletir sobre si mesmo e sobre as suas vivências, o que promoveu a possibilidade de iniciar o processo de se reconstruir e recrear, abrindo as portas à re(significação) de acontecimentos. Ao adquirir um “novo olhar” sobre os mesmos, surgem novas perspetivas, que permitirão desenvolver a sua autonomia, comprometida pela sua patologia mental. É meu dever, enquanto EESMP incentivar cada utente a ser autónomo, para que este adquira a capacidade de decidir sobre a sua vida, traçar os seus próprios objetivos e agir conscientemente para os alcançar eficazmente.

Pelo explicitado, penso ter conseguido alcançar os objetivos a que inicialmente me propus, quer a nível da fundamentação das intervenções implementadas para alívio do sofrimento emocional do utente com patologia depressiva, articulando-as com as competências de EESMP, quer a nível da elaboração do presente relatório de estágio.

Nesta área de cuidados é essencial considerar a pessoa em todo o seu ser, isto é, de forma holística, uma vez que se assim não for, perdemos a oportunidade de a compreender como o ser único e especial que é e não a conseguimos ajudar. Assim, torna-se imperiosa a mobilização de conhecimentos e competências como EESMP para garantir uma resposta adequada às suas necessidades. Neste caso concreto, o alívio do sofrimento emocional proporciona algum conforto e bem-estar, no sentido da pessoa se sentir compreendida e sentir que vale a pena continuar a investir em si. Ao longo deste percurso adquiri e desenvolvi o conjunto de saberes, habilidades e estratégias relacionais que me permitem cuidar destes utentes de forma

especializada, garantindo uma ajuda efetiva e uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Foi um percurso vivido intensamente, de entrega genuína, na procura constante de resposta às questões iniciais que me “empurraram” para este caminho de descoberta. Nem sempre foi fácil, quer pelo turbilhão de sentimentos vivenciados quer pelas limitações sentidas, que me “obrigaram” a testar os meus limites perante situações imprevisíveis. Ainda assim, a minha motivação pessoal aliada ao acompanhamento constante da docente orientadora e dos OC, permitiu-me viver, crescer e sobretudo, aprender.

É um facto que surgiram limitações e constrangimentos, que pela sua imprevisibilidade obrigaram a uma, ainda mais intensa reflexão, e à exploração da minha capacidade de adaptação ao inesperado. Como aspetos facilitadores destaco o acompanhamento muito presente da docente orientadora e de todos os OC. Foram aliados importantíssimos neste percurso de aquisição de conhecimentos. Como constrangimentos ou limitações (que não são necessariamente negativos) saliento a dificuldade em gerir a vida pessoal com a profissional e os turnos nos campos de estágio, a par dos trabalhos que houve necessidade de desenvolver. Além disso, gerir as intervenções de acordo com o tempo de internamento de cada utente, constituiu-se como um desafio marcante, que me obrigou a uma constante e equilibrada, definição de prioridades, transformada em novas aprendizagens.

Relativamente ao contributo deste trabalho para a melhoria dos cuidados de enfermagem, sem dúvida que adquiri e desenvolvi competências que me permitem atuar, como EESMP, no serviço onde desempenho funções. Tendo em conta que a depressão é a alteração emocional mais frequente no AVC e que pode ocorrer entre 23% a 60% dos casos (Terroni, Mattos, Sobreiro, Guajardo & Fráguas, 2009), considero imperativa a minha intervenção, contribuindo para a redução destes números. Ao desenvolver intervenções especializadas, serão melhorados os cuidados prestados. Essa melhoria traduzir-se-á na redução do sofrimento emocional e consequentemente, da sintomatologia depressiva, reduzindo as co-morbilidades associadas à patologia neurológica.

Em suma, considero que este trabalho só agora começou e apesar das limitações temporais e circunstanciais que surgiram, posso dizer que permitiu iniciar a minha metamorfose em EESMP. É um trabalho inacabado e é através desse constante “querer mais” que almejo dar continuidade a este percurso, mantendo o crescimento pessoal e profissional, no sentido de alcançar a excelência do cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa. Sociedade Astória.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed), Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Barros, M., Barreto, M., Braga, M., & Veloso, M. (1997). O cuidar de ontem e de hoje. *Nursing*. 111. (pp.8-13).
- Benedetto, M. A. C., Garcia, D., Blasco, P. G. (2010). Era uma vez...Narrativas em Medicina. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*. 3 (1). (pp.19-25). Acedido a 20/12/2014. Disponível em:
http://www.sobramfa.com.br/artigos/2010_mai_paliativos_era_uma_vez.pdf
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra. Quarteto.
- Brockmeier, J., Harré, R. (2003). Narrativa: Problemas e Promessas de um Paradigma Alternativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 16 (3). (pp.525-535). Acedido a 01/10/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc/v16n3/v16n3a11.pdf>
- Campos-Brustelo, T. N., Bravo, F. F., Santos, M. A. (2010). Contando e encantando histórias de vida em um centro de atenção Psicossocial. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 6 (1). (pp.1-11). Acedido em 15/03/2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100007
- Castro, C. (2002). Saber escutar para saber cuidar. *Nursing*, 162, 20-22.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial- humanistas da relação de ajuda*. Volume 1. Loures: Lusodidata.
- Chiang, K., Chu, H., Chang, H., Chung, M. H., Chen, C. H., Chiou, H. Y., Chou, K. R. (2009). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 25. (pp.380-388). DOI: 10.1002/gps.2350
- Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa. Lidel

Decreto-lei número 74/2006 de 24 de março (2006). Procede à regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo relativas ao novo modelo de organização do ensino superior no que respeita aos ciclos de estudos.

Diário da República I série-A, 60 (24-03-2006). (pp.2242-2257).

Direção-Geral da Saúde (2012a). *Programa Nacional para a Saúde Mental. Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: DGS. Acedido a 10/01/2014. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros.../programas-nacionais-prioritarios-saude-mental-pdf>

Direção-Geral da Saúde (2012b). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 4.1. Objetivo para o Sistema de Saúde – Obter ganhos em saúde*. Lisboa: DGS. Acedido a 10/11/2015. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/Obter_Ganhos_em_Saude2.pdf

Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal Saúde Mental em Números – 2013*. Lisboa: DGS. Acedido a 05/03/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2014). *Portugal Saúde Mental em Números – 2014*. Lisboa: DGS. Acedido a 05/01/2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx>

Ferreira, Z. G. (2013). *Reabilitação Psicossocial de Pessoas com doença mental de Evolução Prolongada – Estilos de vida saudáveis*. (Tese de Mestrado). Disponível no RCAAP em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4347/1/Trabalho%20de%20Projeto%20-%201.%C2%BA%20curso%20de%20Mestrado%20ESMP.pdf>

Filizola, C. L. A. (1997). O papel do enfermeiro psiquiatra – oprimido e opressor. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 31 (2). (pp.173-190). Acedido a 21/12/2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341997000200001&lng=pt&nrm=iso

Frison, L. M. B., Simão, A. M. V. (2011). Abordagem (auto)biográfica – narrativas de formação e de autorregulação da aprendizagem reveladas em portfólios reflexivos. *Educação*. 34 (2). (pp.198-206). Acedido a 12/01/2014. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/8705/6357>

- Gonçalves, D. C., Martín, I. (2007). Intervenção na Depressão Geriátrica através da Reminiscência. *Psicologia Argumento*. 25 (51). (pp.371-384). Acedido a 11/07/2014. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=1925&dd99=view&dd98=pb>
- Gonçalves, M. M., & Stiles, W. B. (2011). Narrative and Psychotherapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*. 21(1). (pp.1-3). DOI: 10.1080/10503307.2010.534510
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 43(3). (pp.292-299). DOI: 10.1037/0033-3204.43.3.292
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2013a). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle. Acedido a 18/03/2014. Disponível em: http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/policy_report/2011/GBD_Generating%20Evidence_Guiding%20Policy%20FINAL.pdf
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2013b). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy - European Union and European Free Trade Association Regional Edition*. Seattle. Acedido a 18/03/2014. Disponível em: http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/policy_report/2013/FINAL%20PRINTED%20EU%20REPORT_TXT%20with%20COVER%201Up.pdf
- Josso, M.C. (2002). *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa.
- Josso, M.C. (2007). A transformação de si a partir da narração de histórias de vida. *Educação*. 3 (63). 413-438. Acedido a 10/05/2014. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/2741/2088>
- Junges, J. R., Bagatini, T. (2010). Construção de sentido nas narrativas de doentes crónicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 56 (2). (pp.179-185). Acedido a 12/07/2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a16v56n2.pdf>
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta

- Martins, M. C. S. F. C. (2010). *Aliviando o Sofrimento. O Processo de acompanhamento de Enfermagem ao Doente em Final de Vida*. (Tese de Doutoramento). Disponível no Repositório de Teses da Universidade de Lisboa em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3185/1/ulsd060413_td_Maria_Martins.p df](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3185/1/ulsd060413_td_Maria_Martins.pdf)
- Ministério da Saúde (2006). *Depressão*. Portal da Saúde. Acedido a 10/05/2014. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriossaude/saude+mental/depressao.htm>
- Moraes, S. C. C, Meneghel, S. N. (2009). Oficinas de contos e narrativas: produções discursivas de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. 9 (4). (pp.1303-1322). Acedido a 15/01/2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000400011
- Nabais, A. J. S. A. (2008) - Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: âmbitos e contextos. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 30. (pp.38-43). Acedida a 10/11/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_30_Outubro_2008.pdf
- Neuman, B. M. (1995). *The Neuman systems model* (3ª edição). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Nunes, L (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. II Congresso Ordem dos Enfermeiros. (pp.1-12). Acedido a 27/03/2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf
- Nunes, L. (2013). *CONSIDERAÇÕES ÉTICAS a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal. Disponível no RCAAP em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Oestergaard, S., Møldrup, C. (2011). Improving outcomes for patients with depression by enhancing antidepressant therapy with non-pharmacological interventions: A systematic review of reviews. *Public Health*. 125. (pp.357-367). Acedido a

25/04/2014. Disponível em:

http://cdn.elsevier.com/promis_misc/4053_example%20of%20a%20review%20paper.pdf

Oliveira, R. M., Furegato, A. R. F. (2012). Relação de ajuda com paciente psiquiátrico: Além do paradigma médico. *SMAD, Revista Eletronica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 8 (2). (pp.87-93). Acedido a 20/12/2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762012000200006&script=sci_arttext

OMS (2001). *Relatório sobre a saúde no Mundo, Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Acedido a 10/01/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Conselho de enfermagem. Acedido em: 15-09-2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Codigo_Deontologico.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa. Acedido a 16/11/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa. Acedido a 07/01/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Peixoto, M. J., Borges, E. (2011). O sofrimento no contexto da doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 6. (pp.36-39). Acedido a: 30/06/2014. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/n6/n6a06.pdf>

Peplau, H. E. (1962). Interpersonal Techniques: The crux of psychiatric nursing. *American Journal of Nursing*. 62 (6). (pp.50-54). Acedido a 21/12/2015. Disponível em: http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/1962/06000/Interpersonal_Techniques__THE_CRUX_OF_PSYCHIATRIC.28.aspx

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Regulamento número 129/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República II Série. 35 (18.02. 2011). (pp.8669-8673).
- Ribeiro, A. P. & Gonçalves, M. M. (2011). Maintenance and transformation of problematic self-narratives: A semiotic-dialogical approach. *Integrative Psychological & Behavioral Science*. 45. (pp.281-303). **DOI:** 10.1007/s12124-010-9149-0
- Riihimäki, K., Vuorilehto, M., Isometsa, E. (2014). A 5-year prospective study of predictors for functional and work disability among primary care patients with depressive disorders. *European Psychiatry*. Acedido a 30/05/2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.02.005>
- Sequeira, J. M. A. G. (2012). *Narrativa, Mudança e Processo Terapêutico. Contributos para a Clínica e para a Investigação Sistémicas*. (Tese de Doutoramento). Disponível no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal em: http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/838/1/Joana%20Sequeira_%20TeseDoutoramento%20-%20Narrativa%20Mudan%C3%A7a%20e%20Processo%20Terap%C3%AAAutico.PDF
- Silva, A. P., Barros, C. R., Nogueira, M. L. M., Barros, V. A. (2007). “Conte-me sua história”: Reflexões sobre o método de História de Vida. *Mosaico: Estudos em Psicologia*. 1(1). (pp.25-35). Acedido a 12/07/2014. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/mosaico/index.php/mosaico/article/viewFile/6/4>
- Souza, E. C. (2006). A Arte de Contar e Trocar Experiências: reflexões teórico-metodológicas sobre história de vida em formação. *Revista Educação em Questão*. 25 (11). (pp.22-39). Acedido a 15/12/2014. Disponível em: <http://www.revistaeduquestao.educ.ufrn.br/pdfs/v25n11.pdf>
- Stuart, G. W., Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Prática*. (6ª edição), Porto Alegre: ArtMed.
- Taylor, C. M. (1992). *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica*. (13ª edição), Porto Alegre: Artes Médicas.

- Tomey A. M., Alligood M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. (5ª edição), Loures: Lusociência.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (6ª edição), Loures: Lusociência.
- Villela, S. C., Scatena, M. C. M. (2004). A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Revista brasileira de enfermagem*. 57 (6). (pp.738-741). Acedido a 10/12/2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WHO (2012). DEPRESSION: A Global Crisis. Acedido a 10/01/2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/WMHDay%202012%20SMALL%20FILE%20FINAL.pdf>
- WHO (2014). *Mental health: strengthening our response*, Fact sheet Nr: 220. Geneva. Acedido a 09/07/2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- Wright, L. M. (2005). *Espiritualidade, Sofrimento e Doença*. Coimbra: Ariadne Editora
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*. 7 (1) 19. **DOI:** 10.1186/1752-4458-7-19.

APÊNDICE I

Plano da sessão: Mediação Corporal I

PLANO DA SESSÃO: MEDIAÇÃO CORPORAL I

Fase	Tempo	Descrição da fase	Justificação	Metodologia	Recursos necessários
Avaliação inicial dos utentes	5 min	É pedido aos utentes que numa folha com o corpo humano identifiquem as tensões sentidas por cada um e as pintem a vermelho, e que escrevam no canto superior direito uma palavra, que caracterize como se sentem naquele exato momento.	É importante para o reconhecimento de tensões e autoconsciência de si e posteriormente para proceder à avaliação da intervenção.	Participativa	Canetas de cor vermelha e folhas de papel com a figura do corpo humano.
Aquecimento	20 min	Jogo dos números; Jogo dos balões; Espreguiçar Respirações diafragmáticas.	Visa a concentração e a interação do grupo. Promove o riso e um ambiente mais descontraído, reduzindo a tensão que poderá existir nos utentes.	Interativa/ Participativa	Utentes e equipa de enfermagem
Desenvolvimento	20 min	Indução de um estado de calma através da palavra, incentivando a concentração na respiração e nas tensões do seu corpo. Exercícios: sensação de peso nas extremidades corporais; regulação dos batimentos cardíacos; sensação de tranquilidade e confiança em si mesmo e concentração passiva na respiração.	Promove momentos de alívio de tensão e contribui para a redução da ansiedade. As técnicas de relaxamento são utilizadas como terapia alternativa e com sucesso na redução da ansiedade.	Interativa/ Participativa: Relaxamento de Schultz.	Colchões, dispositivo de reprodução áudio e ambiente o mais calmo possível.
Conclusão/ Partilha	15 min	Durante a sessão: verificação de sinais de relaxamento tais como posição não vertical dos pés, separação das arcadas dentárias e suspensão do maxilar inferior, inspirações progressivamente mais lentas, feições 'lisas' sem rugas de expressão. No final: expressão de sentimentos/emoções/experiência individual durante a intervenção e coloração da imagem do corpo humano com as partes do corpo que se mantem tensas a vermelho ou das que se encontram descontraídas a verde. Mais uma vez, a caracterização de como se sentem, numa única palavra, que deverá ser escrita no canto inferior direito.	Etapa importante para que cada um compreenda a sua capacidade de interação, concentração e relaxamento e também para verificar a eficácia da intervenção.	Interativa/ Participativa	Colchões, canetas de cor verde e vermelha, folhas de papel com a figura do corpo humano.

APÊNDICE II

Resultados da sessão Mediação Corporal I

Resultados obtidos na sessão de mediação corporal I:

Utente	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
	Palavra	Tensões Identificadas	Palavra	Tensões identificadas
1	Não responde	Cabeça, pescoço, lombar e membros inferiores	Não responde	Sagrada, antebraços e membros inferiores
2	Nervosa	Lombar	Melhor e Menos Tensão	Lombar
3	Gripe	Cabeça (testa, olhos, nariz), pescoço à direita, região genital, joelhos e maléolos	No céu	Cabeça (testa, olhos, nariz), região genital e maléolos
4	Tranquila	Ombros	Serena	Bíceps
5	Triste	Região supra púbica, tibias e dedos dos pés	Relaxado	Não identifica
6	Cansada	Região lombar, maléolos e dedos dos pés	—	—
7	Vulnerável	Testa, boca e região lombar	—	—

APÊNDICE III

Plano da sessão: Mediação Corporal – Sessão II

PLANO DA SESSÃO: MEDIAÇÃO CORPORAL II

Fase	Tempo	Descrição da fase	Justificação	Metodologia	Recursos necessários
Avaliação inicial dos utentes	5 min	É pedido aos utentes que numa folha com o corpo humano identifiquem as tensões sentidas por cada um e as pintem a vermelho, e que escrevam uma palavra, que caracterize como se sentem naquele exato momento.	É importante para o reconhecimento de tensões e autoconsciência de si e posteriormente para proceder à avaliação da intervenção.	Participativa	Canetas de cor vermelha e folhas de papel com a figura do corpo humano.
Aquecimento	5min	Sociometrias: 1ª letra do nome Locais de nascimento no mapa de Portugal	Facilitador da interação do grupo. “Quebra-gelo”	Interativa/ Participativa	Utentes e equipa de enfermagem
Desenvolvimento	20 min	Jogos terapêuticos: - Mexa-se; - Seguir o líder; - Respirações diafragmáticas.	Visa a concentração e a interação do grupo. Permite reconhecer a disponibilidade de cada um, para acolher o ritmo do outro como seu e manter a harmonia. Favorece a descontração e a agilidade e estimula a auto percepção.	Interativa/ Participativa	Utentes e equipa de enfermagem, dispositivo de reprodução áudio
	15 min	Indução de um estado de calma através da palavra, incentivando a concentração na respiração e orientando a contração/descontração dos diversos grupos musculares. Exercícios: contração dos músculos com apneias de 5 segundos e descontração mais prolongada.	Promove momentos de alívio de tensão muscular, contribuindo também para a redução da ansiedade.	Interativa/ Participativa: Relaxamento de Jacobson.	Colchões, dispositivo de reprodução áudio e ambiente o mais calmo possível.
Conclusão/ Partilha	15 min	Durante a sessão: verificação de sinais de relaxamento tais como posição não vertical dos pés, separação das arcadas dentárias e suspensão do maxilar inferior, feições ‘lisas’ sem rugas de expressão. No final: expressão de sentimentos/emoções/experiência individual durante a intervenção e coloração da imagem do corpo humano com as partes do corpo que se mantém tensas a vermelho ou das que se encontram descontraídas a verde. Caraterizar numa palavra, como se sentem e escrevê-la na folha.	Etapa importante para que cada um compreenda a sua capacidade de interação, concentração e relaxamento e também para verificar a eficácia da intervenção.	Interativa/ Participativa	Colchões, canetas de cor verde e vermelha, folhas de papel com a figura do corpo humano.

APÊNDICE IV

Resultados da sessão: Mediação Corporal II

Resultados obtidos na sessão de mediação corporal II:

Utente	Avaliação Inicial		Avaliação Final		
	Palavra	Tensões Identificadas	Palavra	Tensões aliviadas	Tensões mantidas ou novas
1	Cansado	Cabeça, pescoço, cervical, costas	Livre	Pescoço, costas, coxas e braços	Cervical
2	Stress	Testa, ombros, bíceps, coxas, tibias e lombar	Melhor	Ombros, bíceps, região umbilical e coxas	_____
3	Bem	Membros superiores, omoplatas, joelhos, tibias, lombar, gluteos e coxas	Mais relaxada	Peitorais e face posterior das coxas	Lombar e face anterior das coxas
4	___	Cervical, ombros, omoplatas, bíceps, região umbilical e genital, joelhos, pés e coluna dorsal	___	Cervical, pescoço, omoplatas, região genital, joelhos e pés	Coluna dorsal e região umbilical
5	Calhau	Todo o corpo identificado como tenso, exceto região mamária e genital.	___	Região mamária e região genital	Restantes partes do corpo
6	Triste	Testa, peitorais e coxas	Melhor	Coluna dorsal, bíceps e tibias	Coxas
7	Torcido	Região coxofemoral direita	Torcido	_____	Região coxofemoral direita e omoplata

					direita
8	Com Calor	Ombros e omoplatas	——	Cervical, bíceps, coluna dorsal, região umbilical e coxas	Ombros e região lombar
9	Ansiosa	Ombros, deltóides e região glútea	Descontraída	Deltóides e região externa de cada um dos glúteos	Ombros, região umbilical e região interna de cada glúteo
10	Sonolenta	Região supraciliar, bíceps, coluna lombar e pés	Melhor	Cabeça, face, região torácica anterior e posterior, região umbilical, membros superiores e coluna dorsal.	Região glútea e membros inferiores.
11	Desmotivada	Ombros, cervical, omoplatas, região mamária e região genital	Relaxada	Cabeça, cervical, omoplatas, região mamária, região genital e glútea.	——

APÊNDICE V

Plano da Sessão: Estátuas

PLANO DA SESSÃO: ESTÁTUAS

Fase	Tempo	Descrição da fase	Justificação	Metodologia	Recursos necessários
Aquecimento específico	15min	É pedido aos utentes que façam um círculo e por forma a identificar o protagonista, far-se-á o jogo psicológico: “Eu sou o único”. Os participantes pensam em algo único que os motiva a frequentar o HD. Depois dão um passo em frente para o meio do círculo e dizem em voz alta: “eu sou o único que...”. Dos restantes elementos, quem se identificar, junta-se no meio do círculo dando a oportunidade de reconhecer que podem existir mais pessoas com o mesmo sentimento. E assim sucessivamente, até pelo menos todos terem participado. No fim, recapitula-se os sentimentos/emoções com maior expressão.	Com este jogo pretende-se evidenciar as emoções e/ou sentimentos presentes nos utentes e que necessitam de intervenção. Visa a expressão de sentimentos e a coesão de grupo através da identificação. O facto de compreender que não se é o único, promove a interação e a interação. Por outro lado, é identificado o protagonista necessário para a etapa seguinte.	Interativa/ Participativa	Enfermeiros Utentes Sala ampla
Dramatização	35 min	Após ter sido identificado o protagonista ser-lhe-á solicitado que “esculpa” uma estátua correspondente ao que sente (sentimento com que mais pessoas se identificaram). Enquanto elabora a sua escultura, serão pedidos solilóquios para que os restantes membros acompanhem a ação e o sentir do protagonista. Serão ainda solicitados aos outros utentes, contributos para a estátua inicial, para que seja “visualizado” o sentimento identificado em várias perspetivas. Posteriormente serão solicitadas estratégias/possibilidades que contribuam para a alteração do sentimento/estátua inicial, abrindo as portas à mudança de comportamento. No final, depois de reunidos todos os contributos do grupo, solicitarei a elaboração de uma nova estátua, que reflita o novo sentimento/emoção decorrente da mudança. Perante a nova estátua, reforçar as várias estratégias identificadas que visam a mudança pretendida pelo grupo, da estátua inicial para a final.	Através da dramatização os sentimentos/emoções passam para o domínio corporal e sendo este, por vezes, mais revelador que a palavra, promove-se a espontaneidade. Esta, abre as portas a uma maior consciencialização da pessoa no grupo e no momento em que se dá a ação, no “aqui e agora”, o protagonista exterioriza os seus pensamentos, tornando-os objetivos, visíveis e observáveis por si e pelos outros. Com esse distanciamento, surge a hipótese de recriar e de analisar o problema noutra perspetiva.	Interativa/ Participativa	Enfermeiros Utentes Sala ampla
Comentários/ Partilha	10 min	Nesta fase serão partilhadas as vivências, emoções e sentimentos experienciados ao longo da sessão, pelos vários intervenientes. Deverá ser iniciada pelo protagonista e depois os restantes elementos do grupo.	Etapa importante para aceder ao que foi compreendido, vivido e sentido através da intervenção. As expressões depois de recolhidas suportam a avaliação.	Interativa/ Participativa	Enfermeiros Utentes Sala ampla

APÊNDICE VI

Programa de Âmbito Psicoterapêutico: “Emocional(mente)”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIATRIA

Programa de Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico
EMOCIONAL(MENTE)



Maria Catarina Caetano Santos

Lisboa
dezembro, 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL
E PSIQUIATRIA

Programa de Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico
EMOCIONAL(MENTE)

Discente: Maria Catarina Caetano Santos Nr. 5447

Docente Orientadora:

Professora Doutora Luísa Maria Correia de Azevedo D' Espiney

Orientadores Clínicos:

Laureano Galvão

Natacha Jacinto

Lisboa

dezembro, 2014

“Entender...mais pelo sentir que pela razão.”

Vergílio Ferreira

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. A CRISE.....	7
2. DESCRIÇÃO GERAL DAS SESSÕES	10
3. PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES	13
3.1. Plano Esquemático Da Primeira Sessão	13
3.2. Plano Esquemático Da Segunda Sessão	14
3.3. Plano Esquemático Da Terceira Sessão	15
3.4. Plano Esquemático Da Quarta (Última) Sessão	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

APENDICES

APENDICE I – Esquema das Sessões do Programa de Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico: Emocional(mente)

INTRODUÇÃO

Como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (EESMP), a frequentar o segundo módulo de estágio, imbuída de espírito de descoberta, sinto-me impelida a intervir junto dos utentes do Internamento de Psiquiatria Agudos (IPA). Por um lado, por pretender desenvolver as minhas competências e, conseqüentemente, melhorar os cuidados prestados (processo de aprendizagem) e por outro, por desejar colaborar com a equipa do IPA e intervir, de modo a ajudar no processo de recuperação dos utentes internados, com maior ênfase nos que apresentam sintomatologia depressiva.

Relembrando os objetivos do meu projeto de estágio, que proporcionam uma linha orientadora do meu processo de aprendizagem e tendo em conta o alívio do sofrimento emocional, possível através do uso terapêutico das *narrativas de vida*, o apelo à ação continuou. Assim, dei continuidade à pesquisa bibliográfica no sentido de fundamentar um programa composto por 4 sessões (Apêndice I), cujo foco é o alívio do sofrimento emocional dos utentes com sintomatologia depressiva, em fase de pesar distorcido ou exagerado.

É importante lembrar que, segundo o relatório *The Global Burden of Disease Generating Evidence, Guiding Policy* do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2013a), a depressão ocupa internacionalmente, a 11ª posição nas patologias que causam mais anos de vida com incapacidade ajustada (DALYs – disability adjusted life years), apresentando 8 a 10 DALYs. Um DALY equivale a um ano perdido de vida saudável por incapacidade ou morte prematura. No contexto nacional, a situação mantém-se e o transtorno depressivo major é a 5ª causa de DALY (IHME, 2013b).

Apesar das variações do humor serem parte integrante do quotidiano do ser humano, nas suas respostas aos estímulos, podem surgir circunstâncias que promovam o surgimento de humor desadaptado ou patológico. Se tivermos em conta o *continuum* de respostas emocionais, verificamos que num extremo adaptado, o ser humano responde a determinado estímulo ativamente. A tomada de consciência dessas emoções permite a vivência de experiências enriquecedoras. Ao extremo desadaptado, corresponde a supressão prolongada das emoções perante um estímulo e esse prolongamento indefinido pode levar a respostas emocionais/alterações do humor graves (Stuart & Laraia, 2001).

Neste contexto, surge o conceito de perda/luto como promotor da resposta emocional patológica em causa. Esta pode ser definida como a “experiência de separação de algo com importância pessoal” e pode incluir situações de morte de entes queridos, divórcio, separação

de bens considerados importantes, condições de saúde debilitantes que resultam na dependência física e acontecimentos que alterem a dinâmica familiar. Todos estes eventos podem ser encarados como perdas e associados a comportamentos ligados ao processo de pesar, que pode ser definido, como uma “profunda angústia física e mental que é uma resposta à experiência subjetiva de perda de algo significativo” (Townsend, 2011, p.830, 831).

Desta forma, surgiu o programa de âmbito psicoterapêutico “Emocional(mente)”, que pretende através do uso das *narrativas de vida* de cada utente, (re)significar vivências e acontecimentos do passado, usando-os como mediadores para a resolução de problemas “no aqui e agora”. De acordo com Gonçalves e Stiles (2011) as narrativas constituem-se como um processo seletivo no qual são incluídas vivências, sensações, emoções, pensamentos e ações congruentes com o padrão da pessoa, sendo elaborada uma narrativa estabilizadora que retrata as suas interações. Ao narrar as suas histórias de vida, a pessoa estrutura a narrativa e atribui às experiências vivenciadas novos significados, transformando narrativas problemáticas em narrativas adaptativas e significativas.

Os diagnósticos de enfermagem alvo deste programa de intervenção são os seguintes (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®, 2006):

- Socialização comprometida, manifestada por isolamento;
- Baixa autoestima situacional, manifestada por sentimentos de inutilidade, incapacidade, ruína;
- Capacidade para comunicar sentimentos comprometida (embotamento afetivo), manifestado pela dificuldade em verbalizar sentimentos e emoções;
- Humor deprimido presente, manifestado por anedonia.
- Sofrimento emocional, manifestado por sentimentos de tristeza, angústia, ansiedade, desesperança e solidão.

É sobejamente conhecido que em detrimento da identificação do sofrimento e das intervenções para o seu alívio, os investigadores e profissionais apostam nas intervenções que dão maior relevo aos sintomas físicos. Assim, importa recordar que o papel do EESMP é fundamental, porque através da relação terapêutica estabelecida, permite a (re)significação e a reconstrução de explicações para a causa do sofrimento. Ao identificar o problema, transpondo para o momento presente as vivências anteriores e os mecanismos de defesa desenvolvidos, o enfermeiro especialista ajuda a pessoa de quem cuida a compreender melhor a situação

vivida e a descobrir novas formas de resolução de problemas previamente identificados, ou a resolver novos problemas que se manifestem. Logo, o EESMP, ao cuidar das pessoas, mobilizando os vários domínios do saber (*saber, fazer e ser*), promove a expressão de emoções e facilita a vivência de experiências gratificantes na relação com os outros e consigo mesmo (Nabais, 2008).

Tendo em conta os diagnósticos de enfermagem apresentados, o programa de intervenção visa alcançar os seguintes objetivos:

Objetivos gerais:

- * Capacitar o utente de estratégias que lhe permitam (re)significar vivências negativas;
- * Proporcionar alívio do sofrimento emocional inerente à tristeza, à baixa autoestima, à angústia, à solidão e à desesperança;

Objetivos específicos:

- * Possibilitar a liberdade de expressão de sentimentos/emoções;
- * Expressar as suas vivências sem medos, experienciando aceitação e respeito;
- * Promover o autoconhecimento e um olhar diferente sobre si próprio;
- * Proporcionar espaço e tempo para cada utente se encontrar consigo próprio, num ambiente protegido e securizante;
- * Fomentar a identificação de sentimentos/emoções positivas na história de vida de cada utente;
- * Facilitar a (re)significação de vivências negativas, para que o utente lhe atribua um novo significado (positivo) e as reconstrua;
- * Reforçar a relação terapêutica entre a equipa de enfermagem e o utente.

Assim, o que almejo com a aplicação deste programa é ajudar a pessoa em sofrimento emocional a concentrar-se nos mecanismos de *coping* já usados e bem-sucedidos no passado, e no sistema de valores que os acompanha ao longo da vida, permitindo a adaptação com sucesso às mudanças e eventos de vida presentes, geradores de conflito/crise. Pretendo que a pessoa encontre um novo significado de vida e se reconstrua, restabelecendo o seu equilíbrio, diminuindo o seu sofrimento e perspetivando a vida com outro sentido.

1. A CRISE

Da mesma forma que as emoções são parte integrante do ser humano, também as situações geradoras de *stress*, o são. Quotidianamente, estamos sujeitos a situações de *stress* que podem gerar uma crise. Esta pode ser caracterizada como um acontecimento de vida súbito, que desequilibra a pessoa e durante o qual, as estratégias de *coping* habituais não promovem o restabelecimento do equilíbrio/homeostasia, sendo necessária a intervenção especializada para a sua recuperação (Townsend, 2011 citando Laguerquist, 2006; Sá, Werlang e Paranhos, 2008; Stuart & Laraia, 2001; Kaplan, Sadock, Grebb, 1997).

Chalifour (2009) citando Rapoport (1974), diz-nos que há três fatores interrelacionados que podem gerar uma crise: um evento inesperado com caráter ameaçador; a percepção de perigo a uma necessidade instintiva, que se relaciona com ameaças vivenciadas no passado e que provocaram alguma vulnerabilidade e por último, a incapacidade da pessoa para responder de forma adequada e ajustada, usando as estratégias de *coping* apropriados.

Existem várias classificações para o tipo de crises que podem ocorrer ao longo do ciclo vital. Estas podem ser agrupadas em três grandes grupos: crises disposicionais, de desenvolvimento e situacionais.

No caso concreto do processo de pesar, a crise situacional surge decorrente da perda de um ente querido/objeto significativo; do início ou agravamento de uma doença que altera a dinâmica familiar que, por sua vez, causa tristeza pela antecipação do medo de perder esse ente querido e pela consequente, diminuição de apoio emocional e redefinição de papéis (Stuart & Laraia, 2001). Na situação de crise, a pessoa está em desequilíbrio, sendo este, consequência da incapacidade de resposta ao *stressor* que surgiu, causando sentimentos e emoções de tristeza, desesperança, desorganização, confusão e angústia (Sá, Werlang e Paranhos, 2008).

A situação de crise é limitada no tempo, ou seja, manifesta-se após um evento específico significativo, cuja resolução depende de fatores como a gravidade do evento e dos recursos internos que a pessoa possui. É importante referir que as situações de crise têm dois pontos de mudança: o negativo de deterioração psicológica por agravamento dos sintomas, ou o ponto positivo de melhoria/crescimento. Nestas circunstâncias, a crise revela-se como um marco importante que impele a pessoa a mudanças e que lhe permite um comportamento mais ajustado, relativamente ao apresentado antes da crise. Tendo em contas esta díade negativo-positivo da crise, esta pode efetivamente conduzir ao desenvolvimento da pessoa, quando a

situação de crise se resolve/ressignifica. Quando isto não acontece, o agravamento do sofrimento é acentuado, colocando em risco a integridade da pessoa, justificando-se uma intervenção urgente por parte de técnicos competentes, onde se inclui o EESMP. (Townsend, 2011; Sá, Werlang e Paranhos, 2008).

Decorrente da perda está o processo de pesar que se constitui no processo pelo qual passa, cada pessoa que sofre uma perda. É um processo doloroso que pode ser definido como uma angústia física e mental profunda, que surge em resposta à vivência subjetiva de alguém ou algo significativo e que passa por cinco estádios (Townsend, 2011; Kübler-Ross, 1996):

- Negação – em que a pessoa não reconhece a perda. Frases como “não pode ser”, “não é verdade” são frequentes. Ao negar a pessoa pode ficar protegida do sofrimento mental da realidade;
- Raiva – que surge quando a realidade deixa de ser negada. Os sentimentos de tristeza, vergonha, desespero surgem a par da culpabilização de si e dos outros. A ansiedade pode atingir níveis tão elevados que não permite o funcionamento ajustado da pessoa de forma independente;
- Negociação – inicia-se quando a pessoa tenta negociar com entidades superiores, uma alternativa para a perda. Esta é reconhecida, contudo, agarra-se à esperança de que haja outra hipótese adicional, que minimize o sofrimento;
- Depressão – Nesta fase de agravamento do sofrimento emocional, a pessoa lastima o que perdeu (ou que está na iminência de ser perdido). A pessoa confronta-se com todos os sentimentos e emoções associados à perda, ficando mais introspetivo, podendo adotar comportamentos de regressão, afastamento e isolamento social;
- Aceitação – que se constitui como o último estádio do processo de pesar. Aqui, já foram trabalhados os comportamentos adotados nos estádios anteriores e aceita, ou resigna-se à perda. A ansiedade diminui e os mecanismos de defesa para lidar com a perda foram-se restabelecendo. Inicia-se o processo gradual de retorno ao equilíbrio.

A duração do processo de pesar depende de cada pessoa na sua singularidade e pode demorar vários anos, sem se constituir como resposta mal adaptativa. A sua resolução pode ser facilitada se a pessoa se puder preparar para a perda (uma vez que as perdas súbitas intensificam o trabalho de todo o processo) e se tiver o apoio de outras pessoas significativas. Por outro lado, pode ser dificultado no caso de existir dependência da pessoa que se perdeu; a

relação ser ambivalente potenciando sentimentos de culpa; terem ocorrido várias perdas recentes, ficando algumas delas mal resolvidas, potenciando o efeito cumulativo; quando o estado de saúde da pessoa é instável quando sofre a perda e quando a pessoa, considera ter alguma responsabilidade pela perda (Townsend, 2011, Stuart & Laraia, 2001).

Tendo em conta que o processo de pesar nem sempre decorre de forma ajustada, importa relembrar que podem existir três tipos de resposta emocional mal adaptativa ao processo de pesar. O **pesar adiado/inibido**, diz respeito à ausência de sinais de pesar, quando este é esperado. A pessoa não reage à perda, mantendo-se no estágio da negação por um longo período. Mais tarde, a resposta emocional pode ser desencadeada por uma perda subsequente ou um acontecimento aparentemente insignificante, sendo observada uma reação exagerada mais tarde. Na resposta de **pesar distorcido/exagerado**, todos os sintomas são exacerbados. Ocorre uma sobrevalorização de sentimentos como a impotência, o desamparo, a tristeza, a raiva e a culpa, ficando a pessoa no estágio da raiva. Esta, quando é direcionada para o *self* resulta na perturbação do humor depressivo. Alguns autores referem ainda que pode existir uma resposta emocional de pesar **crónico/prolongado**, contudo, devemos ser criteriosos nesta determinação, uma vez que o processo de pesar depende de cada pessoa. Este tipo de resposta pode ser considerada patológica quando a pessoa guarda pertences da pessoa que perdeu, tentando mante-la viva, ou quando se evidenciam comportamentos incapacitantes, que impedem a pessoa em processo de pesar, de desenvolver as suas atividades de vida diária (Townsend, 2011; Stuart & Laraia, 2001; Kaplan, Sadock, Grebb, 1997).

Pelo explanado, mais uma vez se justifica a intervenção do EESMP no alívio do sofrimento emocional perante um processo de pesar mal adaptativo. O EESMP, munido das suas competências irá intervir na crise, ajudando a pessoa a superar uma perda, de modo a potenciar a utilização de mecanismos de coping (que tiveram resultados positivos no passado ou a descobrir outros), facilitando o retorno ao equilíbrio vivenciado anteriormente pela pessoa. Neste sentido, o uso das narrativas pode ter um papel muito importante. Isto porque ao pedir à pessoa que conte a sua experiência, permite que este a “observe” com algum distanciamento, permitindo o reconhecimento dos sentimentos, emoções e percepções associados ao acontecimento potenciador da crise (Sá, Werlang e Paranhos, 2008). Por outro lado, A pessoa ao descrever os acontecimentos que fazem parte da sua história de vida é-lhe dada a oportunidade de a (re)construir, (re)construindo o seu ser, dando-lhe um novo significado (Silva, Barros, Nogueira & Barros, 2007).

2. DESCRIÇÃO GERAL DAS SESSÕES

Tento em conta que o IPA tem, entre outros objetivos, o de prestar cuidados especializados de saúde mental e psiquiátricos ao utente em crise, foi relevante ter em conta o seu caráter temporário na estruturação do programa e das sessões que o constituem.

De acordo com Fortin (2009, p.69), a população estudada é designada como população alvo, e é definida pela autora como “um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns”, sendo que, uma vez que raramente é possível estudar a totalidade da população alvo, utiliza-se apenas a população que esta acessível. Assim, como população alvo da intervenção teremos os utentes do IPA que reúnam todos os critérios de inclusão, de ambos os géneros e que sejam internados durante o período de estágio.

As sessões do programa serão individuais, não só porque os utentes se encontram em fases de recuperação diferentes, mas também, por ser um internamento de curta duração (em média cerca de quatro semanas), o que dificulta a constituição de um grupo terapêutico. Ao longo da aplicação do programa, se surgir a oportunidade de criar um grupo, será analisada e discutida a sua pertinência com os enfermeiros orientadores. As sessões serão realizadas com uma periodicidade regular entre si, na proporção de duas sessões semanais. Se não houver imprevistos de maior, o programa será concluído em cerca de duas semanas.

A promoção da adesão será realizada *à priori*, explicando aos utentes em que consiste o programa e as suas sessões e questionando se gostariam de participar. Aos utentes que aceitem participar, ser-lhe-á solicitado que assinem o consentimento informado.

CrITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Utentes do IPA;

Com sintomatologia depressiva em fase de pesar distorcido ou exagerado;

Participação por livre vontade;

Adultos.

CrITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Utentes com demência ou defeito cognitivo grave;

Utentes em surto psicótico;

Utentes com agitação psicomotora.

Este programa de intervenção de âmbito psicoterapêutico constitui-se por quatro sessões, com alguma flexibilidade entre elas, e também, nos aspetos a abordar em cada uma delas. Esta flexibilidade será sempre uma possibilidade, de acordo com a situação particular e única de cada utente. Como refere Sequeira (2006), devem ajustar-se as técnicas aos utentes e não os utentes às técnicas.

Fases da sessão:

Cada sessão será composta por três fases distintas, designadas de introdução, desenvolvimento e conclusão/partilha.

A avaliação das sessões será feita através da observação dos utentes e das suas expressões ao longo da sessão.

No final do programa será aplicado um questionário para a sua avaliação, que poderá ser preenchido pelo próprio utente ou, se não for adequado, serão realizadas as questões oralmente e será feito o preenchimento por mim com o que for verbalizado pelo utente.

Na **introdução** será sempre dado espaço à expressão dos sentimentos/emoções que decorreram daqueles dias anteriores e que o utente sinta necessidade em verbalizar. Através desta expressão, o utente pode experimentar algum alívio do seu sofrimento, uma vez que terá alguém que o escute ativamente, o que por si só, é terapêutico. Tendo em conta o fio condutor que deverá existir entre cada fase da sessão, sempre que possível, as expressões ou palavras dos utentes serão usadas para passar à fase seguinte, maior reflexão e introspeção.

A fase do **desenvolvimento** constitui-se pelo momento central da sessão. Aqui será apelado à reflexão sobre si, sobre as suas vivências positivas e negativas e que fazem parte da história de vida de cada um. Serão diversas as atividades que serão desenvolvidas com os utentes, tendo em conta a sessão. Inicialmente passarão pela narrativa oral sobre a sua vida (utente); pela identificação de sentimentos que têm sido mais constantes em contraposição aos que gostariam de sentir; reconhecimento de estratégias de *coping* usadas anteriormente e que podem ser usadas como reguladoras na situação atual de crise; compreender de que forma os pensamentos influenciam os sentimentos/emoções e numa fase final, será solicitado aos utentes que escrevam/desenhem (narrativa escrita) uma síntese da sua vida, dando lugar à reflexão sobre o que sentia no início e no fim do programa.

A última fase de cada sessão será composta pela **conclusão/partilha**. Aqui, pretende-se que o utente partilhe o que sentiu ao longo da sessão. Serão reforçados os pontos positivos verbalizados pelo mesmo, ressaltando que a aceitação dos pontos negativos também é importante. Só esse reconhecimento e aceitação permitem a passagem para uma etapa da vida mais plena. Nesta fase, será também realizada a avaliação da sessão e para isso, contribuirá toda a observação efetuada ao longo da mesma, acompanhada pelo verbalizado por cada utente.

3. PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES

3.1. Plano Esquemático Da Primeira Sessão

Fase	Tempo	Descrição da fase	Justificação	Metodologia	Recursos necessários
Título da sessão	<u>Emocional(mente)</u>				
Aquecimento	10 min	Nesta primeira fase será solicitado ao utente que se expresse em relação ao que considerar importante e/ou que tenha o corrido nos dias antecedentes à intervenção. Far-se-á a “ponte” entre o que for verbalizado, e a sua relação com as vivências do quotidiano antes do internamento, passando à fase seguinte.	Pretende-se que o utente se expresse livremente em ambiente protegido, o que trará alívio do sofrimento e será potenciador da relação terapêutica.	Interativa/ Participativa	Enfermeiros Utentes Sala sem ruído
Desenvolvimento	30 min	Nesta segunda fase será solicitado ao utente que se expresse acerca da sua vida. “O que me conta da sua vida?” será o mote para o reconhecimento de algumas vivências significativas. Através da sua descrição, será permitido ao utente que se expresse livremente sobre a sua vida, o que permitirá ao utente contar eventos importantes e que fazem parte da sua história.	Esta fase permite o início de um conhecimento mais abrangente do utente. Permite identificar quais foram os eventos significativos relatados, qual a perceção do utente em relação aos mesmos, compreender vivências ainda “não aceites”, distinguindo-as das que foram resolvidas e possivelmente, identificar causas que potenciaram a crise.	Interativa/ Participativa	Enfermeiros Utentes Sala sem ruído
Conclusão	10 min	Nesta fase serão partilhadas as vivências, emoções e sentimentos experienciados ao longo da sessão, sendo feita uma breve síntese dos aspetos mais importantes da mesma.	Etapa importante para aceder ao que foi compreendido, vivido e sentido na sessão. As expressões depois de recolhidas suportam a avaliação.	Interativa/ Participativa	Enfermeiros Utentes Sala sem ruído
Objetivos	Acolher o utente em sofrimento, usando a escuta ativa; Facilitar a expressão de sentimentos e emoções relacionadas com o internamento; Promover a expressão de sentimentos e emoções relacionadas com eventos significativos identificados pelo utente; Identificar causas potenciadoras do adoecer mental e da crise atual; Fortalecer a relação terapêutica/de confiança com o utente.				

3.2. Plano Esquemático Da Segunda Sessão

Fase	Tempo	Descrição da fase	Justificação	Metodologia	Recursos necessários
Título da Sessão	<u>A folha...pormenores de um percurso...</u>				
Aquecimento	10 min	Nesta primeira fase será solicitado ao utente que se expresse em relação ao que considerar importante e/ou que tenha o corrido nos dias antecedentes à intervenção. Será promovida a reflexão sobre os seus sentimentos/emoções.	Pretende-se que o utente se expresse livremente em ambiente protegido, o que trará alívio do sofrimento. Contribui para a evolução positiva da relação terapêutica.	Interativa/ Participativa	Enfermeiros Utentes Sala sem ruído
Desenvolvimento	30 min	Pela reflexão anterior, serão provavelmente identificadas vivências percecionadas, unicamente como negativas. Será então solicitado ao utente que decalque em pequenas folhas de papel vegetal, uma folha de uma árvore, em várias perspetivas. Depois de o ter feito, será promovida a visão da folha como o problema, que será o foco que impede a visão mais aprofundada do mesmo e de possibilidades de resolução (que na folha, são os pormenores - nervuras, caule, cor). Terminar esta fase questionando o utente, sobre um possível título para a sua vida: “Se a sua vida fosse um livro, que título lhe daria?”	Nesta fase, pretende-se além da expressão das emoções, promover a reflexão sobre as estratégias/possibilidades que temos para resolver problemas. Permite uma maior consciencialização sobre os aspetos negativos, mas também positivos, que ocorrem ao longo do percurso de vida. Durante a execução dos decalques, será colocada música de fundo tranquila, pela importância que tem como mediador expressivo. O título que for dado pelo utente será escrito, para mais tarde ser refletido sobre o mesmo com o utente.	Interativa/ Participativa	Enfermeiros Utentes Sala sem ruído Folhas secas Papel vegetal Lápis Canetas Sala sem ruído Música Computador
Conclusão	10 min	Nesta fase serão partilhadas as vivências, emoções e sentimentos experienciados ao longo da sessão, sendo feita uma breve síntese dos aspetos mais importantes da mesma.	Etapa importante para aceder ao que foi compreendido, vivido e sentido na sessão. As expressões depois de recolhidas suportam a avaliação.	Interativa/ Participativa	Enfermeiros Utentes Sala sem ruído
Objetivos	Acolher o utente em sofrimento, usando a escuta ativa; Facilitar a expressão de sentimentos e emoções; Usar a metáfora da folha, como facilitadora da identificação de várias dimensões da vida; Facultar a possibilidade de identificar a diáde positivo/negativo, ao longo do percurso de vida; Promover a reflexão sobre a sua vida e os acontecimentos que lhe dão sentido.				

3.3. Plano Esquemático Da Terceira Sessão

Fase	Tempo	Descrição da fase	Justificação	Metodologia	Recursos necessários
Título da Sessão	<u>Eu tenho – mas posso ter +</u>				
Aquecimento	10 min a 20 min	Nesta primeira fase será solicitado ao utente que se expresse em relação ao que considerar importante e/ou que tenha o corrido nos dias antecedentes à intervenção. Será promovida a reflexão sobre o título dado à sua história de vida, na sessão anterior de forma a identificar acontecimentos positivos e negativos.	Pretende-se promover a expressão das emoções, o que potenciará o alívio do sofrimento. Contribui para a evolução positiva da relação terapêutica. A reflexão inicial permite a passagem à fase seguinte de reflexão sobre sentimentos e emoções mais constantes ao longo da sua vida.	Interativa/ Participativa	Enfermeiros Utentes Sala sem ruído
Desenvolvimento	40 min a 50 min	Nesta fase pretende-se explorar com o utente os acontecimentos identificados na fase anterior e os sentimentos inerentes. Através desta exploração, haverá sentimentos/emoções mais presentes e sentimentos/emoções menos presentes ao longo da vida que serão escritos pelo utente numa cartolina, o que através da confrontação, abrirá a oportunidade de refletir sobre as estratégias de mudança possíveis, do que “tenho” para o “quero ter”. As estratégias identificadas, serão também escritas em cartolina. Relembrar as fases da vida positivas e questionar: “como era antes de adoecer?”, “que estratégias usava para superar os acontecimentos menos bons?”, “e agora o que o impede de usar essas estratégias?”	Esta fase é de importante para a (re)significação de vivências e acontecimentos passados, cujas estratégias de superação podem ser possibilidades de resolução para a crise atual. Promove também, um maior autoconhecimento e um novo olhar sobre si próprio, nas suas vivências o que permitirá a reconstrução de vivências negativas em aprendizagens importantes.	Interativa/ Participativa	Enfermeiros Utentes Sala sem ruído Cartolinas Lápis Canetas
Conclusão	10 min a 20 min	Nesta fase serão partilhadas as vivências, emoções e sentimentos experienciados ao longo da sessão, sendo feita uma breve síntese dos aspetos mais importantes da mesma.	Etapa importante para aceder ao que foi compreendido, vivido e sentido na sessão. As expressões depois de recolhidas suportam a avaliação.	Interativa/ Participativa	Enfermeiros Utentes Sala sem ruído
Objetivos	Facilitar a expressão de sentimentos e emoções; Reconhecer os sentimentos/emoções mais presentes na sua vida; Identificar os sentimentos/emoções menos presentes na sua vida; Promover a reflexão sobre estratégias de mudança usadas anteriormente e que poderão ser transpostas para a situação de crise atual; Fortalecer a relação terapêutica/de confiança com o utente.				

3.4. Plano Esquemático Da Quarta (Última) Sessão

Fase	Tempo	Descrição da fase	Justificação	Metodologia	Recursos necessários
Título da sessão	<u>Resignificar...e aceitar</u>				
Aquecimento	10 min a 20 min	Nesta primeira fase será solicitado ao utente que se expresse em relação ao que considerar importante e/ou que tenha o corrido nos dias antecedentes à intervenção. Será promovida, novamente, a reflexão sobre o título dado à sua história de vida, na 2ª sessão e se agora, na 4ª sessão mudava o título. Será solicitado o reconhecimento de acontecimentos positivos e pessoas significativas na sua vida e que poderão ter influenciado a elaboração do título.	Pretende-se manter a expressão das emoções, robustecendo a relação terapêutica. A reflexão tem como objetivo compreender se a mudança interna, no utente, se iniciou.	Interativa/ Participativa	Enfermeiros Utentes Sala sem ruído
Desenvolvimento	40 min a 50 min	Será proposto ao utente que faça uma síntese/resumo da sua história de vida e que pode ser sob a forma de poesia, prosa, desenho, colagens ou uma mescla dos materiais disponíveis. De seguida, será pedida a partilha e explicação da “sua obra” e o que salienta na mesma. Por fim, relembrar a importância das estratégias usadas anteriores, como oportunidades possíveis, na resignificação de vivências menos positivas, nomeadamente na crise.	Esta fase dará ao utente o espaço e tempo para se encontrar consigo próprio, refletindo acerca dos seus sentimentos e emoções, que lhe permitirão um maior autoconhecimento sobre si mesmo. Por outro lado, permite a sua expressão de várias formas, tendo no final a “obra” da sua história de vida, podendo contempla-la, com o impacto que daí advém.	Interativa/ Participativa	Enfermeiros Utentes Sala sem ruído Cartolinas Papel colorido Revistas Acessórios Tesoura Cola Lápis Canetas
Conclusão	10 min a 20 min	Nesta fase serão partilhadas as vivências, emoções e sentimentos experienciados ao longo da sessão, sendo feita uma breve síntese dos aspetos mais importantes da mesma, fazendo o encerramento do programa, mas demonstrando disponibilidade para outro tipo de intervenções, se forem consideradas pertinentes.	Etapa importante para aceder ao que foi compreendido, vivido e sentido na sessão. As expressões depois de recolhidas suportam a avaliação e será aplicado um questionário de avaliação final do programa.	Interativa/ Participativa	Enfermeiros Utentes Sala sem ruído
Objetivos	Facilitar a expressão de sentimentos e emoções através da palavra e da escrita/desenho; Reconhecer acontecimentos positivos e pessoas significativas que possam ter contribuído (ou não) para a elaboração do título; Proporcionar o tempo e o espaço para o utente se encontrar consigo próprio, refletindo sobre a sua história de vida; Promover o autoconhecimento e reforçar o olhar sobre si próprio, noutras perspetivas mais positivas; Ajudar na resignificação de vivências negativas, atribuindo-lhe novos significados (mais positivos) para uma reconstrução de si.				

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho e a estruturação do programa de intervenção constituíram-se, mais uma vez, como um desafio. Através da pesquisa bibliográfica, aprofundei conhecimentos acerca da depressão e das dificuldades sentidas pelas pessoas que sofrem com esta doença mental. A discussão com os orientadores foi também momento de aprendizagem e de partilha de novos olhares e perspetivas sobre a forma mais ajustada de intervir, de modo a prestarmos cuidados de enfermagem especializados de qualidade.

Está delineado o programa, a determinação em aprender com quem cuida diariamente destas pessoas, que necessitam da nossa ajuda para recuperar o equilíbrio mantém-se, portanto, a situação é propícia à aquisição e desenvolvimento de competências especializadas como enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

À medida que as sessões vão sendo implementadas, serão realizadas notas de campo de cada uma delas, com o intuito de obter um conhecimento sobre a narrativa de vida de cada utente (o que nos for “contado”). Da análise do percurso narrativo de cada utente a par do meu desenvolvimento/aprendizagem, serão então obtidos dados para o relatório de estágio acerca do trabalho realizado, junto de utentes com sintomatologia depressiva em sofrimento emocional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata
- Gonçalves, M. M. & Stiles, W. B. (2011). Narrative and Psychotherapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*. 21(1). 1-3. DOI: 10.1080/10503307.2010.534510
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2013a). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle. Acedido a 18/03/2014. Disponível em: http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/policy_report/2011/GBD_Generating%20Evidence_Guiding%20Policy%20FINAL.pdf
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2013b). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy - European Union and European Free Trade Association Regional Edition*. Seattle. Acedido a 18/03/2014. Disponível em: http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/policy_report/2013/FINAL%20PRINTED%20EU%20REPORT_TXT%20with%20COVER%201Up.pdf
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (7ª edição). Porto Alegre: ArtMed
- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer*. (7ª edição). São Paulo: Martins Fontes
- Nabais, A. (2008) - Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: âmbitos e contextos. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 30, 38-43. Acedida a 10/11/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_30_Outubro_2008.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2011. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 06-10-2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
- Sá, S. D., Werlang, B. S. G., Paranhos, M. E. (2008). Intervenção em Crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 4 (1). Acedido a 10/11/2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n1/v4n1a08.pdf>

- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* (1ª Edição). Coimbra: Quarteto.
- Silva, A. P., Barros, C. R., Nogueira, M. L. M., Barros, V. A. (2007). “Conte-me sua história”: Reflexões sobre o método de História de Vida. *Mosaico: Estudos em Psicologia*. 1(1). 25-35. Acedido a 12/07/2014. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/mosaico/index.php/mosaico/article/viewFile/6/4>
- Stuart, G., Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. (6ª Edição). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (6ª edição). Loures: Lusociência.

APÊNDICE I

Esquema das Sessões do Programa de Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico: Emocional(mente)

Sessões	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão
Título	<u>Emocional(mente)</u>	<u>A folha...pormenores de um percurso...</u>	<u>Eu tenho – mas posso ter +</u>	<u>Resignificar...e aceitar</u>
Tipo:	Individual	Individual	Individual	Individual
Objetivos:	- Fortalecer a relação de confiança com o utente; - Facilitar a expressão de sentimentos/emoções relacionadas com o internamento; - Identificar causas potenciadoras da crise.	- Facilitar a reflexão sobre os seus sentimentos/emoções; - Usar a metáfora da folha, como forma de identificação de várias dimensões da vida. Através do desenho da folha em várias perspetivas, abrir possibilidades que podem ser exploradas no “aqui e agora”; - Facultar a possibilidade de identificar a diáde positivo/negativo ao longo do percurso vivencial; - Promover a reflexão sobre a sua história de vida.	- Reconhecer os sentimentos/emoções mais presentes na sua vida; - Identificar os sentimentos/emoções menos presentes na sua vida; - Promover a reflexão: como era antes de adoecer? E agora, o que mudou? - Facilitar a reflexão sobre estratégias para a mudança do que “tenho” para o que “quero ter”.	- Facilitar a expressão de sentimentos/emoções; - Refletir sobre o título inicial; - Identificar situações positivas e pessoas significativas nas suas vidas que contribuíram para o título escolhido; - Elaborar uma síntese/resumo da sua história de vida (dar 20 minutos) que pode ser sob a forma de poesia, prosa, desenho; - Explicar a sua “obra”; - Rever a importância das estratégias para repensar e resignificar as vivências, dentro das quais se pode incluir a escrita/desenho; - Avaliar o programa.
Fase da Narrativa	Narrativa Oral: “fale-me da sua vida.”	Narrativa oral, titulação: “se a sua vida fosse um livro que título lhe daria?”	Narrativa oral, preparatória da narrativa escrita	Narrativa escrita e oral.
Avaliação	- Partilha de emoções do utente; - Grelha de avaliação pela observação.	- Partilha de emoções do utente; - Grelha de avaliação pela observação.	- Partilha de emoções do utente; - Grelha de avaliação pela observação.	- Partilha de emoções do utente; - Grelha de avaliação pela observação. - Questionário de avaliação final do programa.
Duração	60 minutos	60 minutos	60 a 90 minutos	60 a 90 minutos