

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

Relatório de Estágio

Autoestima e esperança no cliente
inimputável: contributo da arteterapia numa
intervenção especializada

Diana Sarreira Santos Pires da Cunha

Lisboa

2017



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

Relatório de Estágio

Autoestima e esperança no cliente
inimputável: contributo da arteterapia numa
intervenção especializada

Diana Sarreira Santos Pires da Cunha

Orientador: Professor Doutor Luís Nabais

Co orientador: Mestre Jordão Abreu

Lisboa

2017

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center.

“Empreguei o termo “congruente” para descrever o modo como gostaria de ser. (...) qualquer atitude ou sentimento que esteja a experimentar se adequa à consciência que tenho desse sentimento ou dessa atitude. (...) então eu sou nesse momento uma pessoa unificada e integrada e é então que posso *ser* o que *sou* no mais íntimo de mim mesmo. Esta é uma realidade que, por experiência, proporciona aos outros confiança.”

(Rogers, 1985, p.54)

Agradecimentos

Um trabalho desta natureza não pode ser elaborado por uma só pessoa, mas por toda uma equipa que a suporta e a motiva a prosseguir. Por isso, dedico este espaço aos meus agradecimentos a todos aqueles que fizeram parte deste processo de mestrado:

- À minha filha, Bianca, pela minha ausência.
- Aos meus pais e ao meu irmão, por serem sempre os meus pilares.
- Aos meus avós por acreditarem em mim.
- Ao professor Jordão Abreu, por todo o empenho, dedicação, afeto, por fazer questão de não me deixar sozinha no percurso e por ter a capacidade de me motivar nos momentos mais difíceis, pelo seu positivismo, otimismo e competência.
- Ao professor Doutor Luís Nabais pelo apoio.
- Aos enfermeiros que me receberam nos serviços.
- Às pessoas que aceitaram participar no meu estágio e partilharam tanto de si.
- Ao Flávio por existir na minha vida.

A todos, MUITO OBRIGADA.

Resumo

Este trabalho teve como objetivos promover a autoestima e a esperança no cliente inimputável. Objetivou-se ainda promover o investimento no desenvolvimento pessoal do cliente, capacitar para a gestão de sentimentos e para o relacionamento interpessoal, promover o bem-estar em grupo e a consciencialização das potencialidades de cada um.

Utilizou-se a metodologia trabalho de projeto, em que se preconiza que o problema identificado, aqui a diminuição da autoestima e da esperança no cliente inimputável, seja transformado num plano de intervenção. Utilizámos como instrumentos de avaliação a escala de esperança de Herth e escala de avaliação da autoestima de Rosenberg. O plano de intervenção consistiu num conjunto de sessões de arte terapia com vista à promoção da esperança e da autoestima do cliente inimputável a cumprir medida de segurança num serviço de psiquiatria forense. Em cada sessão aplicámos uma tabela de autoavaliação da satisfação com a sessão e uma tabela de observação dos clientes. Num segundo contexto clínico, em ambulatório, os cuidados recaíram sobre uma população a realizar tratamentos com soroterapia, em que aplicámos sessões de cinema terapia.

Concluimos que embora aparentemente as sessões tenham tido um impacto diminuto, tendo o grupo mantido a autoestima e a esperança sob o ponto de vista estatístico, numa avaliação qualitativa das sessões, percebemos que se verifica um impacto muito forte em alguns elementos.

Palavras-chave: enfermagem forense; enfermagem psiquiátrica; inimputabilidade; autoestima; esperança; arte terapia.

Abstract

This study aimed to promote self-esteem and hope in the unimputable client. It aimed to further promote investment in the client's personal development, training for managing feelings and interpersonal relationships, promote wellness and group awareness of the potential of each.

We used the project work methodology, which recommends that the problem identified, decreased self-esteem and hope in unimputable client, is transformed into an intervention plan. We used as assessment instruments the Herth Hope Index and Rosenberg self-esteem scale. The intervention plan consisted of a set of art therapy sessions to promote hope and self-esteem among the unimputable client fulfilling a safety measure in a forensic psychiatry service. In each session we applied a table of self-assessment of satisfaction with the session and a client observation table. In a second clinical setting, with outpatient, care fell upon a population to perform treatments with serum therapy, in which we applied cinema therapy sessions.

We concluded that although apparently the sessions have had little impact, and the group maintained self-esteem and hope in the statistical point of view, a qualitative assessment of the sessions makes us realize that there is a very strong impact on some elements.

Key-words: forensic nursing; psychiatric nursing; not imputable client; self-esteem; hope; art-therapy.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	1
1.1.	Autoestima, esperança e arteterapia em psiquiatria forense	3
1.2.	Contextos	7
1.3.	Natureza e âmbito do projeto.....	8
1.3.1.	Background concetual.....	9
1.3.2.	Objetivos	11
1.3.2.1.	Objetivos de natureza clínica	11
1.3.2.2.	Objetivos de natureza académica	11
1.4.	Estrutura do relatório.....	12
2.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	13
2.1.	Clientes-alvo de cuidados.....	14
2.2.	Materiais e métodos	17
2.2.2.	Intervenção em grupo e individual	18
2.3.	Considerações ético-deontológicas	18
3.	INTERVENÇÕES.....	21
3.1.	Internamento de Psiquiatria Forense	21
3.1.1.	Arteterapia	22
3.1.2.	Recursos	23
3.1.3.	As sessões.....	24
3.1.3.1.	Sessão 1: “Encaro a vida como sou.”	24
3.1.3.2.	Sessão 2: “O menino sombra – aceitar a doença.”	27
3.1.3.3.	Sessão 3: “O meu percurso de vida.”	29
3.1.3.4.	Sessão 4: “Galeria dos meus sucessos.”	31
3.1.3.5.	Sessão 5: “Livro do nosso futuro: transformação.”	34
3.1.3.6.	Sessão 6: “A transformação.”	36

3.2.	Ambulatório	38
3.2.1.	Cinema terapia	38
3.2.2.	Recursos	41
3.2.3.	Sessão de cinema terapia.....	41
3.3.	Ganhos em saúde	42
4.	AVALIAÇÃO.....	45
4.1.	Avaliação clínica	45
4.2.	Avaliação profissional.....	46
5.	CONCLUSÕES.....	49
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
7.	APÊNDICES E ANEXOS.....	59
	APÊNDICE A – PLANO DE INTERVENÇÃO GRUPAL EM INTERNAMENTO.....	60
	APÊNDICE B – PLANO GERAL DE SESSÃO DE ARTETERAPIA.....	61
	APÊNDICE C – PLANOS DAS SESSÕES DE ARTETERAPIA.....	63
	APÊNDICE D – OBJETIVOS TERAPÊUTICOS DA INTERVENÇÃO EM INTERNAMENTO.....	96
	APÊNDICE E – TABELA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM AS SESSÕES DE GRUPO	98
	APÊNDICE F – AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM AS SESSÕES DE GRUPO EM INTERNAMENTO.....	99
	APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO...	115
	APÊNDICE H – CONTRATO TERAPÊUTICO.....	116
	APÊNDICE I – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS FORENSE.....	117
	APÊNDICE J – ESTUDO DE CASO.....	126
	APÊNDICE K – REFLEXÃO.....	137
	APÊNDICE L – RESULTADOS DA ESCALA DE AUTOESTIMA ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO EM INTERNAMENTO.....	141
	APÊNDICE M – TABELA DE AVALIAÇÃO/OBSERVAÇÃO DO GRUPO EM INTERNAMENTO.....	142
	APÊNDICE N – RESULTADOS DA ESCALA DE ESPERANÇA ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO EM INTERNAMENTO.....	143

ANEXO I – ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.....	144
ANEXO II – ESCALA DA ESPERANÇA DE HERTH.....	146
ANEXO III - O MENINO SOMBRA.....	148

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 2.1. – Caracterização dos clientes por idade, tipo de crime e tempo de medida de segurança.....	14
Quadro 2.2. – Média de idades, média de tempo de internamento.....	15
Quadro 2.3. – Incidência de crimes.....	16
Quadro 3.1. – Plano de sessões de arteterapia.....	24
Quadro 3.3.1. – Estatísticas descritivas da evolução da autoestima antes e depois das sessões.....	43
Quadro 3.3.2. – Estatísticas descritivas da evolução a esperança antes e depois das sessões.....	44
Quadro 3.3.3. – Análise estatística para comparação das diferenças antes e depois das sessões ao nível da esperança e autoestima.....	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Imagem 1 – cérebro.....	25
Imagem 2 – “no drugs”.....	25
Imagem 3 – família.....	26
Imagem 4 – amizade e amor.....	26
Imagem 5 – trompete.....	26
Imagem 6 – mulher.....	26
Imagem 7 – reciclagem.....	28
Imagem 8 – miolo.....	28
Imagem 9 – fases.....	28
Imagem 10 – deitado ao sol.....	28
Imagem 11 – parte saudável.....	28
Imagem 12 – M.....	30
Imagem 13 – B.....	30
Imagem 14 – A.....	30
Imagem 15 – N.....	30
Imagem 16 – E.....	31
Imagem 17 – pirâmide.....	32
Imagem 18 – pilão.....	32
Imagem 19 – ovos.....	32
Imagem 20 - cesto.....	33
Imagem 21 - abertura.....	33
Imagem 22 – 1.....	34
Imagem 23 – 2.....	34
Imagem 24 – 3.....	35

Imagem 25 – 4	35
Imagem 26 – 5	35
Imagem 27 – M antes e depois.....	37
Imagem 28 – A antes e depois.....	37
Imagem 29 – E antes e depois.....	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – satisfação com as sessões em grupo.....	43
Gráfico 2 – evolução da autoestima antes e depois das sessões.....	43
Gráfico 3 – média da evolução da autoestima antes e após as sessões.....	43
Gráfico 4 – evolução da esperança antes e após as sessões.....	44
Gráfico 5 – média evolução da esperança antes e após as sessões.....	44

1. INTRODUÇÃO

Este relatório corresponde a uma fase do mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Nesta fase devemos descrever e analisar o nosso projeto pessoal e intervenção realizada durante o estágio no segundo ano do curso de mestrado.

O estágio englobou duas vertentes em que se pretendeu abarcar diferentes níveis de intervenção: desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em unidades de intervenção na crise do adulto e diagnóstico e promoção de estilos de vida saudáveis na comunidade. Cada vertente teve objetivos específicos, com atividades próprias e respetivas competências a adquirir, que adiante serão descritas.

No nosso projeto pretendemos trabalhar com a pessoa inimputável internada numa unidade de cuidados de saúde competente para o efeito, designada pelo tribunal para cumprir medida de segurança em função do crime cometido. Neste caso, a escolha recaiu sobre uma unidade de internamento de psiquiatria forense em Lisboa.

A escolha do local de estágio contextualizou-se numa necessidade de explorar uma área desconhecida. Trabalhando num serviço de psiquiatria de agudos, intuímos que em psiquiatria forense encontraríamos oportunidade de fazer algumas aprendizagens que não seriam possíveis em contexto de trabalho, mesmo após o término do curso. Por outro lado sempre esteve presente ao longo do percurso profissional um interesse relativamente ao contexto forense, pelo que seria de todo o interesse estudar e aprofundar a legislação vigente. Foi ainda motivante o facto de em âmbito de monografia na licenciatura ter sido estudada a gestão do comportamento agressivo de clientes em internamento de psiquiatria, pelo que seria um percurso lógico aprofundar a temática e alargar horizontes, explorando intervenções agora no âmbito de uma enfermagem especializada.

As origens do comportamento agressivo remetem-nos para fatores múltiplos que descrevo no capítulo seguinte. Entre estes encontra-se a diminuição da autoestima do indivíduo. Foi esse o foco da nossa intervenção em estágio: promoção da autoestima e da esperança no indivíduo inimputável.

Com o projeto desenvolvido pretendemos trabalhar ao nível da prevenção terciária em Saúde Mental. A OMS (2007) define Saúde Mental como não só a ausência de distúrbios mentais mas também um sentimento de bem-estar, com uma eficaz gestão do stress diário, em que o indivíduo tem um papel ativo na comunidade em que está inserido. A prevenção é a intervenção mais importante quando lidamos com agressividade. Caso esta não seja suficiente e ocorra uma escalada da agressividade, sugerem-se estratégias de desativação, de forma a controlar a agressividade. Apenas se estas não forem eficazes é que devemos encetar intervenções de contenção (Chalifour, 2005).

Foi portanto pensado e elaborado um plano de sessões com vista à promoção da autoestima do cliente, direcionado para indivíduos com doença mental instalada e tendo como objetivo melhorar sintomas, reduzir a incapacidade e reabilitar (Stanhope & Lancaster, 1999). Para tal, na intervenção em grupo recorreremos a instrumentos de arte terapia – um modelo terapêutico com saberes de várias áreas do conhecimento, que visa reestruturar a pessoa, reintegrar e reabilitar.

Várias teorias tentaram explicar as origens da agressividade, sendo a temática abordada pela Psicologia, Sociologia, Biologia e Antropologia. Segundo a Teoria Cognitiva Social de Albert Bandura, as pessoas aprendem comportamentos agressivos pela observação. A Perspetiva Evolucionista da Agressividade, de Konrad Lorenz, sugere que existe um instinto de agressão tendo em vista a preservação e organização da vida. As pulsões agressivas resultam da “pressão da selecção intra-específica” para a qual o homem não encontra escape adequado na sociedade atual.

1.1. Autoestima, esperança e arteterapia em psiquiatria forense

Dedicamos este capítulo a uma breve descrição dos conceitos-chave deste relatório, fazendo uma revisão crítica da literatura.

Watson propõe que “...o cuidar e o amor compreendem a energia psíquica primitiva e universal” e que embora “...frequentemente desvalorizados, são os pilares da humanidade.” (Almeida, Lopes e Damasceno, 2005). As experiências positivas, de sucesso, que o indivíduo teve e o sentimento de ser amado e apreciado contribuem para a presença de amor-próprio (autoestima) no indivíduo. “Se a criança for limitada na exploração de si e do mundo e/ou não for objecto de atenção, afecto e valorização, a sua autoestima ressentir-se: considera-se inferior, incapaz e ridícula ou risível.” (Matos, pág. 113. 2007)

A autoestima corresponde ao valor que uma pessoa atribui a si mesma e que lhe permite ter autoconfiança. (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha]). Dutton & Brown (1997), citados por Guerreiro (2011), afirmam que é a forma como o indivíduo se sente consigo e influencia as respostas emocionais da pessoa, determinando como a pessoa se sente perante uma falha e como gere a rejeição ou ultrapassa obstáculos.

William James (1890), citado por Guerreiro (2011) define autoestima como a razão entre o sucesso e as aspirações pessoais, defendendo que é possível aumentar a autoestima se aumentar os sucessos do indivíduo ou se diminuir as suas pretensões. Segundo Guerreiro (2011), a autoestima constrói-se ao longo da vida. Citando Bednar e Peterson (1995), afirma que a autoestima é um conceito dinâmico que depende do comportamento adotado pelo indivíduo. A autoestima poderá explicar o comportamento agressivo, na medida em que o sujeito manifesta comportamentos fundados naquilo que pensa de si, dependentes da autoestima. (Formiga et al. 2008)

Quanto ao comportamento agressivo, Freud (1989) afirma que o comportamento humano se processa a partir do instinto de vida, *Eros*, expresso

através da sexualidade e o instinto de morte, *Thanatos*, expresso através da agressividade. A pessoa vive em luta para estabelecer o equilíbrio entre os dois instintos opostos. Quando não é capaz de expressar a agressividade, esta internaliza-se e provoca autodestruição. Se a direciona para o exterior, evidencia-se o comportamento agressivo. Freud reforça a necessidade de atividades sociais para o alívio da energia acumulada (pulsão de morte) e de forma a readquirir esperança na mudança. Esta esperança¹ é a disposição do espírito que induz a esperar que algo há de realizar-se. Diz respeito a uma expectativa.

A promoção da esperança pode ser conseguida através da terapia, por exemplo, da arte terapia. O uso das artes no tratamento do cliente promove o desenvolvimento pessoal. Como afirma Watson, o suporte das artes liberais é importante ao tratamento holístico do doente, já que o estudo das humanidades desenvolve a mente e favorece o crescimento pessoal. (Almeida et al, 2005) O processo de arteterapia pode ser levado a cabo individualmente ou em grupo. O processo de análise em grupo “é o modo pelo qual as várias dimensões teóricas e técnicas (...) são estruturadas, organizadas e desempenham uma função.” (Cortesão, 1989. Pág. 31).

Pretendeu-se que a intervenção principal, em contexto de internamento, recorra a instrumentos de arte terapia em grupo – um modelo terapêutico com saberes de várias áreas do conhecimento, que tem como objetivo reestruturar a pessoa, reintegrar e reabilitar, bem como desenvolver processos de autoconhecimento e transformação do eu. Dá-se ênfase ao processo criativo e à livre expressão de emoções, utilizando mediadores que permitem enriquecer os indivíduos, valorizar a expressão e a descoberta de potencialidades pessoais (Coqueiro et al, 2010).

A arte terapia suporta que o processo criativo é terapêutico e enriquecedor da qualidade de vida das pessoas. Possui características que facilitam a comunicação e o ensaio de relações objetais. Permite a expressão emocional e

¹ “**Dar esperanças:** Estar prometedor, animar com esperanças. **De esperança(s)** No período de gravidez; grávida.” (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013). Para Watson importa o conceito de fé-esperança. Esta facilita a promoção do cuidar em enfermagem, ajudando o doente a adotar comportamentos promotores de saúde.

acesso a um conhecimento interno. Ficam ao dispor do sujeito a capacidade de pensar-se e a criatividade, que conduzem à recuperação de “um sentido inabalável de **esperança** na vida.” (Carvalho, R. 2001). Por meio do criar arte e do refletir sobre os processos e os trabalhos artísticos resultantes, as pessoas podem ampliar o conhecimento de si e dos outros, aumentar a autoestima, lidar melhor com sintomas, stress e experiências traumáticas, desenvolver recursos físicos, cognitivos e emocionais e desfrutar do prazer vitalizador do fazer artístico (...).

“A Arte-Terapia distingue-se como método de tratamento psicológico, integrando no contexto psicoterapêutico mediadores artísticos. Tal origina uma relação terapêutica particular, assente na interação entre o sujeito-paciente (criador), o objeto de arte (criação) e o terapeuta (recetor). No caso de um grupo a relação é piramidal, com introdução do contexto grupal. O recurso à imaginação, ao simbolismo e a metáforas enriquece e incrementa o processo.” (Carvalho, R. 2011)

Contudo, o meio em que foi desenvolvido o projeto tem particularidades que o distinguem de um internamento clássico de psiquiatria. A Psiquiatria forense diz respeito ao espaço comum entre a psiquiatria e o direito, onde cabem situações que possam levantar dúvidas acerca da capacidade da pessoa em “conhecer e avaliar a natureza e as consequências de um comportamento, permitindo decidir sobre a responsabilidade penal (imputabilidade) ou a ausência dela (inimputabilidade) (art. 20º, nº 1 C. Penal²)” (Cordeiro, 2003. Pág. 113).

Segundo Hamolia (2001), a agressividade é um comportamento desadequado originado pela presença de um estímulo ou a falta de autoestima da pessoa. Pretende-se atuar na promoção da autoestima como fator preventivo da agressividade na pessoa inimputável³. Imputar significa atribuir culpa. Considerar uma pessoa "imputável" é atribuir-lhe alguma culpa, delito, ou responsabilidade.

² O Código Penal Português (CP) prevê os casos em que, “Quem tiver praticado um facto ilícito típico e for considerado inimputável, nos termos do artigo 20º, é mandado internar pelo tribunal em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança, sempre que, (...) houver fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie.” (artigo 91º do CP)

³ “É inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação” (artigo 20º do CP).

Teixeira e Dalgarrondo indicam-nos que existe uma complexa relação entre clientes com doença mental e doenças mentais com maior exposição à violência. De acordo com os autores, alguns indivíduos com esquizofrenia têm maior probabilidade de serem violentos relativamente à população em geral, mas estatisticamente, participam de forma diminuta na criminalidade. O fator principal que conduz aos atos de violência é o delírio, nomeadamente de conteúdo de controlo ou paranoide. (Teixeira e Dalgarrondo,2008).

Por outro lado, os traços antissociais da personalidade sujeitam o cliente a toda a espécie de crime. Isto faz com que o transtorno da personalidade antissocial seja uma das principais causas de criminalidade violenta, de acordo com Filho, H. 2009.

Filho (2009), citando o trabalho de Moscatello (2001) acerca da recidiva criminal de doentes inimputáveis no Brasil, refere que 41% dos clientes internados cometeram apenas um crime. Destes, 43% sofrem de esquizofrenia, 19% têm debilidade mental, 17% transtornos de personalidade e em número reduzido aparecem as psicoses delirantes, a epilepsia, a dependência de drogas e demências. Os restantes 59% dos clientes internados cometeram mais de um crime.

Quanto aos diagnósticos mais frequentes de recidiva criminal, apresenta-se a esquizofrenia com 55%, seguida do transtorno de personalidade com 38%. (Roberto Moscatello, 2001. p. 34-35, citado por Filho, 2009)

O que está na origem da agressividade que levou essas pessoas a cometerem um crime? Cordeiro (2003) afirma que o amor⁴ é a peça fundamental para que o Homem atinja o seu bem-estar, sem sentir necessidade de atacar o próximo. Segundo o autor, “Uma criança bem-amada sentir-se-á orgulhosa da família, do povo, da cultura a que pertence, sem necessidade de segregar, perseguir ou atacar um seu semelhante (...) uma das alavancas mais estruturantes no nosso desenvolvimento é a imagem e o sentimento de valor e

⁴ Amor é um “Sentimento que induz a aproximar, a proteger ou a conservar a pessoa pela qual se sente afeição ou atracção; (...) Disposição dos afectos para querer ou fazer o bem a algo ou alguém (...)” (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha])

de mérito que temos de nós próprios, classicamente designado por autoestima.“ (Cordeiro, 2003. Pag. 43).

A agressividade é a expressão da cólera, emoção natural do ser humano. O reconhecimento e expressão desta permitem a mudança e adequação dos comportamentos. O enfermeiro tem o papel de ajudar a pessoa neste processo. (Chalifour, 2008)

1.2. Contextos

Uma vez que pretendemos desenvolver e aplicar o projeto num contexto de psiquiatria forense, com clientes inimputáveis, o local de eleição foi, numa primeira fase, um serviço de psiquiatria forense, em Lisboa, como já foi referido. O serviço tem lotação de 32 camas, à data todas ocupadas por clientes do género masculino, considerados inimputáveis aquando do julgamento pelo crime que alegadamente cometeram.

Este serviço funciona com 12 Enfermeiros, dois dos quais são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e uma Enfermeira-chefe. Conta ainda com 10 Assistentes Operacionais, duas Psicólogas, uma Terapeuta Ocupacional, um Psiquiatra, um Diretor Clínico e uma Assistente social.

Na segunda fase do projeto planeámos implementar uma intervenção em contexto comunitário de reintegração social, com uma população de pessoas inimputáveis que já cumpriu pena no serviço e teve alta. Contudo, essa unidade não se encontrava em funcionamento até então. Desta forma, para fazer face à necessidade de estagiar num contexto comunitário optou-se por um centro de tratamento e reabilitação, em ambulatório, localizado na área da grande Lisboa (chamemos-lhe CENTRO). Este centro abriu as suas atividades ao público (pessoas com doença mental) em 1999 (6 de Janeiro), como extensão de um hospital psiquiátrico. Atualmente pertence a um Centro Hospitalar de Lisboa.

O CENTRO presta cuidados de saúde mental tais como: psiquiatria, psicologia, psicomotricidade, psicopedagogia curativa, terapia ocupacional, serviço social, cuidados de enfermagem de saúde mental e visitas domiciliárias. Possui ainda uma unidade de reabilitação. A população cliente do CENTRO é constituída por pessoas com doença mental, dando-se prioridade a pessoas com patologia psicótica ou com depressão com ideação suicida. Abrange uma população de 310.000 habitantes.

1.3. Natureza e âmbito do projeto

Não se tratando de um típico projeto de investigação científica, este trabalho consiste num projeto de intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, que recorre contudo a metodologia de carácter científico.

Surgiram após as primeiras leituras acerca da agressividade e da inimputabilidade, algumas questões orientadoras da pesquisa: o que estará na origem da agressividade que gera o ato criminoso no cliente inimputável? Que estratégias poderão ser utilizadas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica para prevenir o comportamento criminoso/agressivo no cliente inimputável?

Formiga (2008) sustenta a hipótese que a baixa de autoestima é um fator de risco para a manifestação do comportamento agressivo. Segundo o autor, "...considerar a autoestima e sua explicação sobre o comportamento agressivo é avançar quanto a compreensão do comportamento humano, pois ela é, em tese, um motor motivacional, e se esta for negativa, fará com que o sujeito se motive a manifestar comportamentos embasados no que ele pensa de si, da mesma maneira se tem concepções positivas sobre si." (Formiga, 2008)

Partindo deste pressuposto teórico centrámos o nosso objetivo terapêutico no reforço da autoestima, atuando na sua promoção. Para tal, a principal estratégia a utilizar foi o desenvolvimento da criatividade, através de

técnicas de arte terapia⁵, com intervenções grupais e individuais que adiante descrevemos.

1.3.1. Background concetual

A filosofia de cuidados que sustenta a nossa prática de cuidados de enfermagem e que esteve inerente à conceção do projeto foi a teoria de Jean Watson e o modelo Rogeriano (Carl Rogers). Nesse sentido, é lógico dedicar o espaço que se segue aos referidos autores.

De acordo com Watson⁶, “O cuidar e o amor, frequentemente desvalorizados, são os pilares da humanidade; alimentar estas necessidades preenche a natureza humana.” (Almeida, Lopes e Damasceno, 2005). De acordo com a sua teoria, a enfermagem procura compreender a saúde, a doença e a experiência humana. Para Watson, saúde é a harmonia entre mente, corpo e espírito (coerência entre o self percebido e o self experimentado). Entre outros, Watson reconhece como fontes inspiradoras do seu trabalho a obra de Leininger, Gadow e Peplau⁷.

O trabalho inicial de Watson surgiu dos seus valores, crenças e perceções acerca das pessoas, da vida, da saúde e da cura. A autora dá ênfase às qualidades interpessoais e transpessoais da coerência, empatia e calor humano

⁵ Área em que a mestranda fez formação anteriormente, na Sociedade Portuguesa de Arte Terapia.

⁶ Margaret Jean Harman Watson nasceu no sul de West Virginia, a mais nova de oito irmãos, rodeada de um ambiente de comunidade familiar alargada. Tem duas filhas e cinco netos. Vive atualmente em Boulder, no Colorado. Em 1966 fez mestrado em enfermagem de saúde psiquiátrica e em 1973 doutorou-se em psicologia e aconselhamento educativo no campus de Boulder. Na filosofia e ciência do cuidar de Watson refere-se ao cuidar como a essência da prática de enfermagem.

⁷ Peplau (1909-1999), enfermeira do século e mãe da enfermagem psiquiátrica, desenvolveu a Teoria das Relações Interpessoais. Segundo esta, enfermagem é a relação humana entre alguém com necessidade de ajuda e um enfermeiro disponível e competente para ajudar. A relação interpessoal desenvolve-se em quatro fases: orientação (o enfermeiro ajuda a identificar e definir a necessidade de ajuda), identificação (estabelecer objetivos), exploração (o enfermeiro auxilia a estabelecer metas para a alta) e resolução (resolve-se o problema clínico) (ALMEIDA, LOPES e DAMASCENO, 2005). O mais importante é a relação entre cliente e enfermeiro e a capacidade terapêutica do último depende do que este coloca de si mesmo na relação terapêutica. (SANTOS e NÓBREGA, 1996). A enfermagem é por excelência a profissão da relação de ajuda, focada na interação enfermeiro-cliente (Peplau, 1992), em que o último encontra no primeiro o suporte para alterar aspetos da sua vida (Lazure, 1994).

das perspetivas de Carl Rogers⁸ e outros autores da psicologia transpessoal recentes.

Watson descreve que os principais fatores do cuidar são: a formação de um sistema de valores humanista altruísta (satisfação pela dádiva e pela extensão do sentido do ser), a instilação da fé-esperança (fator que facilita a promoção do cuidar em enfermagem holístico) e o cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros (o reconhecimento dos sentimentos conduz à autorrealização, quer da enfermeira, quer do cliente).

De acordo com Rogers (1985), para que sejamos capazes de prestar ajuda a alguém, é necessário que nos desenvolvamos e que aceitemos os nossos próprios sentimentos. Caso contrário, não seremos capazes de aceitar todos os aspetos do outro porque temos medo ou nos sentimos ameaçados pelos seus sentimentos. O mesmo autor defende que os juízos de valor, embora sejam parte integrante da nossa vida, não favorecem o desenvolvimento da personalidade, logo, devem ser excluídos de uma relação de ajuda. (Rogers, 1985. P.58)

Partilhamos a convicção de que “...a transformação pessoal é facilitada quando o psicoterapeuta é aquilo que é, quando as suas relações com o cliente são autênticas e sem máscara nem fachada, exprimindo abertamente os sentimentos e as atitudes que nesse momento fluem nele.” (Rogers. P. 63). A congruência é fundamental na relação de ajuda com o cliente de enfermagem e é esta que conduzirá à “...alteração na personalidade e no comportamento no sentido da saúde e da maturidade psíquicas e de relações mais realistas para com o eu, os outros e o mundo circundante.” (Rogers. P. 68) Isto é, o cliente encara o terapeuta/enfermeiro como uma pessoa autêntica, empática, que o aceita incondicionalmente, o que lhe permite afastar-se do seu modo de funcionamento estático e encaminhar-se no sentido da mudança.

⁸ De acordo com Rogers, “é o cliente quem sabe o que dói e que quem fornece os cuidados deve permitir que a orientação do processo terapêutico parta do cliente. Acreditava que através da compreensão o doente viria a aceitar-se a si próprio, um passo inicial no sentido de um resultado positivo. Juntos, o terapeuta e o doente compreendem o significado da experiência do doente. Para Rogers a relação terapeuta-doente é mais importante para o resultado do que a adesão aos métodos tradicionais.

1.3.2. Objetivos

Os objetivos deste trabalho podem ser repartidos entre objetivos de natureza académica (aqueles que pretendemos atingir em virtude da aquisição de um conjunto de competências profissionais que nos conduzam ao grau de enfermeiro especialista/mestre) e objetivos de natureza clínica (os que traçamos como metas para a nossa intervenção com um grupo de clientes).

1.3.2.1. Objetivos de natureza clínica

Os objetivos de natureza clínica que traçámos foram: Promover a autoestima no cliente inimputável; Promover o investimento dos clientes no seu desenvolvimento pessoal; Capacitar os clientes a adquirirem alguma capacidade de gerir sentimentos; Capacitar os clientes a reconhecerem competências de relacionamento interpessoal; Capacitar os clientes a identificarem em si competências para aceitar e lidar com a vida e com a doença mental; Promover o relaxamento em contexto de grupo; Promover a tomada de consciência das potencialidades pessoais de cada cliente.

1.3.2.2. Objetivos de natureza académica

Neste trabalho os objetivos de natureza académica foram: Problematizar a área de estudo a aprofundar; Identificar as competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, a desenvolver em articulação com as competências inerentes ao grau de mestre; Ponderar aspetos éticos que se colocassem à elaboração da intervenção; Elaborar um projeto com vista ao desenvolvimento de competências na avaliação, diagnóstico e intervenção em clientes de enfermagem. Objetivou-se ainda realizar um conjunto

de sessões de intervenção de âmbito psicoterapêutico, em grupo e individuais, planeadas previamente aquando do projeto de estágio.

1.4. Estrutura do relatório

Este relatório está dividido em quatro capítulos principais: Introdução, Percurso Metodológico, Intervenções, Avaliação e um último capítulo destinado às Conclusões e Trabalho futuro.

A Introdução, ponto em que nos encontramos, contém um breve enquadramento do trabalho, descreve a natureza e o âmbito do projeto que foi desenvolvido, quanto ao background, em que nos referimos aos principais fundamentos teóricos que sustentam a nossa prática de enfermagem no nível de especialista, aos contextos em que foi desenvolvido e aos objetivos gerais da intervenção.

O segundo capítulo, intitulado “Percurso Metodológico”, inclui a revisão crítica da literatura, iniciada na fase de projeto, a descrição da execução das tarefas planeadas aquando do projeto, a metodologia utilizada para aplicar as intervenções, e a discussão dos resultados obtidos com as intervenções implementadas.

No terceiro capítulo deste trabalho, descrevemos a intervenções e respetivas atividades levadas a cabo durante o estágio, bem como os principais resultados.

O quarto capítulo destina-se à avaliação, onde faremos a avaliação clínica e a avaliação profissional, de acordo com a aquisição de competências e o desenvolvimento da profissionalização, de acordo com Patrícia Benner.

O quinto e último capítulo, antes das referências bibliográficas, diz respeito às conclusões e ao trabalho futuro, ou seja, que elações podemos retirar após esta intervenção e que percursos poderemos percorrer futuramente partindo desta base de trabalho.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo pretendemos descrever, o mais detalhadamente possível, as opções metodológicas implementadas nos diferentes momentos da execução deste projeto de intervenção clínica em enfermagem.

Este projeto foi concetualizado com a finalidade de nos permitir aprender, desenvolver e adquirir novas competências clínicas especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, resultantes da prestação de cuidados a pessoas e grupos com sofrimento mental. Neste contexto, seguimos a metodologia do trabalho de projeto, tal como definido por Castro & Ricardo (2003), que preveem uma ordem lógica de procedimentos e operações que se interligam.

Na filosofia do trabalho de projeto é esperado que se transforme um determinado problema num plano de intervenção, que implica a realização de pesquisa no terreno e na literatura, dinamizando a relação entre a teoria e a prática. Segundo Barbier (1991) esta metodologia caracteriza-se por facilitar um processo de aprendizagem aberto, produzindo conhecimentos sobre os temas em estudo ou intervindo sobre os problemas identificados. É neste segundo plano que nos situamos, nomeadamente no domínio da intervenção clínica, onde se inscreve o presente trabalho.

Assim, começámos por identificar o campo de problemas, ou seja, enquadrar o problema. Para tal, entre leituras e discussões em orientações tutoriais, sentimos necessidade de entrevistar um enfermeiro de referência, especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, perito na área da psiquiatria forense e também grupanalista. O parecer de alguém perito na área que pretendíamos aprofundar facilitar-nos-ia uma visão baseada na opinião formada, estruturada e vivenciada por este, o que simplificaria a formulação da problemática. Partindo de algumas questões orientadoras, identificámos o problema: a diminuição da autoestima e da esperança do cliente inimputável. Este problema tem uma importância considerável se pensarmos que o compromisso da autoestima influencia diretamente a agressividade do indivíduo

e compromete o seu bem-estar em comunidade (considerando que o grande objetivo da aplicação de uma medida de segurança é a reintegração na sociedade após o término da mesma), como foi referido anteriormente.

Partindo destes primeiros movimentos foi possível elaborar um plano de intervenção tendo em vista a promoção da autoestima e esperança dos indivíduos a cumprir medida de segurança.

2.1. Clientes-alvo de cuidados

Os clientes alvo de cuidados foram os utentes do serviço de psiquiatria forense de uma unidade de internamento de psiquiatria forense de Lisboa, pessoas inimputáveis, com baixa autoestima crónica (diagnóstico NANDA 00119) e desesperança (diagnóstico NANDA 00124), de acordo com os resultados obtidos após aplicação da escala de autoestima de Rosenberg e da escala de esperança de Herth.

De forma a caracterizar e melhor conhecer estes clientes, recolhemos dados de forma sistemática, que organizámos em tabelas e gráficos.

A tabela seguinte organiza os dados, por idades, motivo de medida de segurança e anos cumpridos até ao momento. As identificações foram substituídas por letras de forma a manter o anonimato dos clientes.

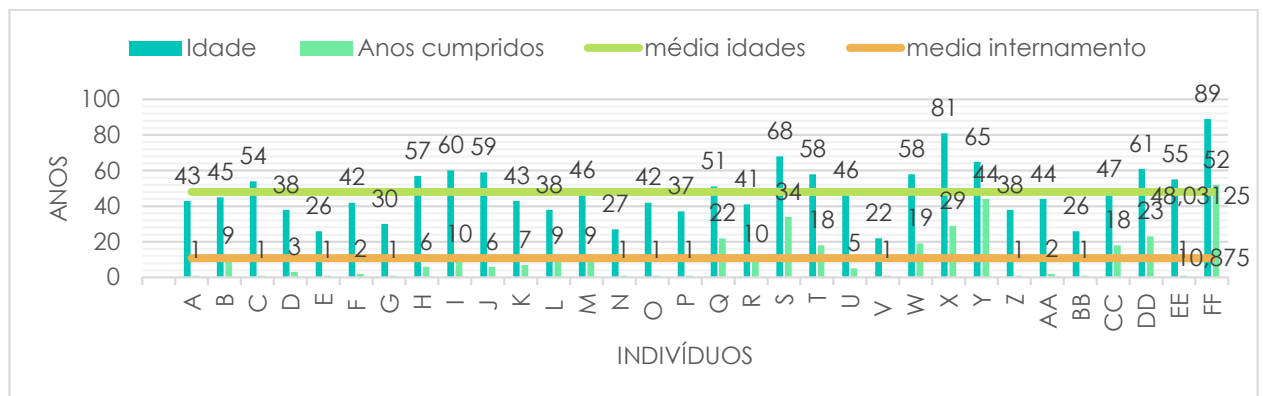
Encontram-se destacados os indivíduos selecionados para participar na intervenção em grupo.

ID	Idade	Motivo de medida de segurança	Anos Cumpridos
a	43	Burla	1
b	45	Tentativa de homicídio	9
c	54	Posse de arma/condução sem carta/agressão/violência doméstica	1
E	38	Crime violento e roubo com agressão	3
B	26	Homicídio	--
f	42	Fogo posto	2
g	30	Agressão à mãe com arma branca	--
h	57	Desacatos na via pública/agressão (violência)	6
i	60	Fogo posto	10
j	59	Tentativa de homicídio (esposa) /agressão com arma branca	6
k	43	Agressão arma branca (irmão)	7
l	38	Homicídio	9
m	46	Tentativa de homicídio	9
n	27	Agressão mãe	1
o	42	Violência doméstica (pais)	--
N	37	Violência doméstica	1

q	51	Homicídio	22
r	41	Violação e sequestro	10
s	68	Homicídio	34
t	58	Tentativa de homicídio	18
A	46	Maus tratos cônjuge	5
v	22	Furto	--
w	58	Tentativa de homicídio	19
x	81	Tentativa de homicídio	29
y	65	Violações tentadas	44
z	38	Fogo posto e tentativa de sequestro	1
V	44	Crime violento/assalto a vivenda/tentativa de homicídio	2
M	26	Distúrbios na via pública/incêndio/agressão objetos	1
cc	47	Tentativa de homicídio	18
dd	61	Homicídio	23
ee	55	Condução sem habilitação	1
ff	89	Homicídio	52

Quadro 2.1. – Caracterização dos clientes por idade, tipo de crime e tempo de medida de segurança.

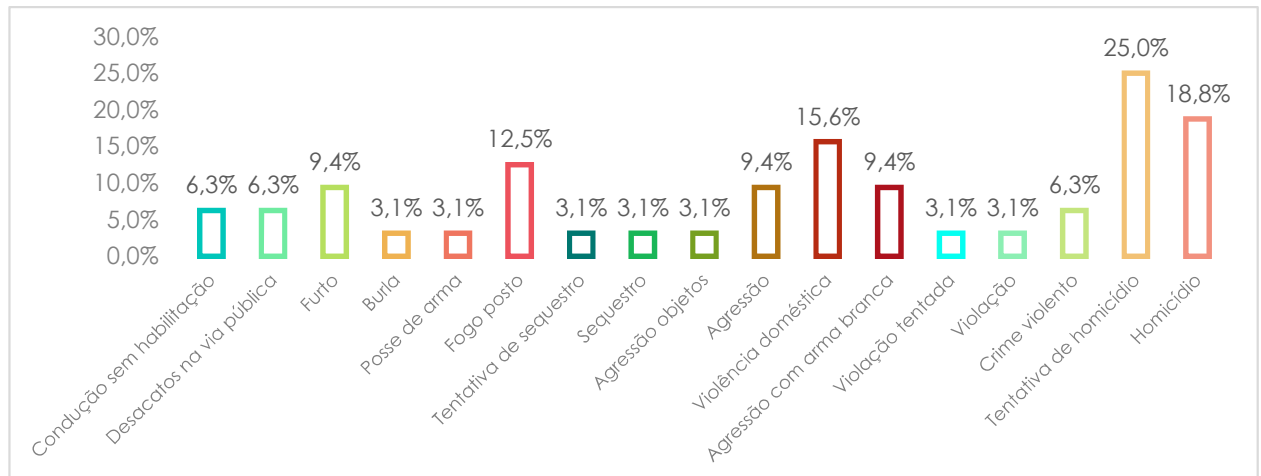
Organizando os dados, podemos constatar que a média de idades é 48 anos. O indivíduo mais velho tem 89 anos e o mais novo tem 22 anos. A média de tempo de internamento para cumprimento de medida de segurança é aproximadamente 11 anos. Contudo, a pessoa mais velha encontra-se no serviço há 52 anos.



Quadro 2.2. – Média de idades, média de tempo de internamento.

O seguinte gráfico ilustra o tipo de crimes que foram cometidos pelos indivíduos. Podemos ver que 25% dos indivíduos cometeram uma tentativa de homicídio e quase 20% cometeram homicídio. Cerca de 15% dos indivíduos estão a cumprir medida de segurança por violência doméstica. Segue-se o crime de fogo posto, com 12,5% de incidência. Com 9,5% de incidência encontram-se na tabela os crimes de furto, agressão e agressão com arma branca. Os crimes

de condução sem habilitação, desacatos na via pública e crime violento ocupam 6,5% da incidência de crimes no gráfico. Por último, com cerca de 3% estão os crimes de burla, posse de arma, tentativa de sequestro, sequestro, agressão a objetos, violação na forma tentada e violação efetivada.



Quadro 2.3. – Incidência de crimes.

Foi criado um grupo, definido por critérios de conveniência clínica, mas que prevêem os seguintes critérios de inclusão: motivação para participar no grupo e gosto pelas artes, ausência de sintomatologia psicótica (alucinação ou delírios que interferissem com o funcionamento no dia a dia e mais particularmente com o funcionamento em grupo), participação em crime violento.

Para selecionar o grupo, excluimos inicialmente do número total de indivíduos, aqueles que apresentavam limitações motoras, sintomatologia psicótica que interferisse com o funcionamento quotidiano e em grupo, desinteresse por artes e desinteresse em participar no grupo. Restou um conjunto de 10 indivíduos. A estes foram aplicadas as escalas de Rosenberg (autoestima) e de Herth (esperança). Após cotação das escalas restaram 6 indivíduos com resultados na escala de autoestima igual a moderado, elevado ou muito elevado. Esses 6 formaram o nosso grupo terapêutico.

Começámos por entrevistar individualmente cada participante do grupo, de forma a perceber quais as suas motivações para participar na intervenção, esclarecer os objetivos da mesma, fazer uma avaliação inicial de enfermagem

dos indivíduos, esclarecendo assim quais os principais focos de intervenção quer em grupo quer para cada um deles e entrega do consentimento informado, livre e esclarecido acerca da intervenção. Após as entrevistas foi possível e necessário ajustar alguns aspetos no planeamento anteriormente pensado para aquela população (Apêndice A)

2.2. Materiais e métodos

Para monitorizar a nossa intervenção socorremo-nos de alguns instrumentos como a Escala de avaliação da autoestima de Rosenberg (Anexo I) e a Escala de Esperança de Herth (Anexo II) já sobejamente conhecidas. Além destas foi elaborada uma tabela de avaliação da satisfação com as sessões grupais (de forma a regular e ajustar a nossa intervenção) e uma tabela de observação dos clientes em grupo, que sistematiza o processo de observação e avaliação do grupo. (Apêndice M)

A tabela de satisfação (Apêndice E) consiste numa escala de likert numa dupla tabela de preenchimento por cruz, que avalia o agrado ou desagrado (com a sessão, com a sensação de estar em grupo e com a participação na sessão) e entre nada e muito o que foi aprendido pelo próprio naquela sessão, em que medida a sessão o ajudou e a satisfação no geral com a sessão. São assim avaliados seis itens subjetivos. Em seguida o cliente tem espaço para expressar sobre o que gostaria de falar numa próxima sessão e ainda para expressar sugestões de melhoria.

A tabela de observação (Apêndice M) consiste numa tabela que visa avaliar quatro vertentes: a participação (partilha, intervenção, adesão, capacidade de escuta, capacidade de aguardar a sua vez), o comportamento (empenho, sintonia, respeito pelo outro, capacidade de cumprir regras, agressividade, preocupação em manter o espaço limpo), a ressonância (insight, aceitar a crítica, verbalizar necessidade de mudança, propor mudanças em si) e a esperança (expectativas e planos para o futuro).

2.2.1. Intervenção em grupo e individual

Em internamento desenvolveu-se uma intervenção em setting grupal, respondendo a uma crença pessoal e fundamentada acerca do poder do grupo e do seu benefício no desenvolvimento pessoal, bem como o seu poder transformador e de crescimento. Para tal elaborou-se um plano de sessões grupais terapêuticas (Apêndice B), utilizando como mediadores a palavra e o objeto de arte na relação terapêutica (inspirado em arte terapia) com o objetivo de promover a autoestima, o amor-próprio, bem como a esperança na vida e no futuro.

Em contexto comunitário a intervenção foi desenvolvida em setting grupal com a aplicação da técnica de cinema terapia na sala de soroterapia e também individual (método estudo de caso – Apêndice C) trabalhando com o cliente o seu projeto de vida, tendo em vista a promoção da esperança, utilizando mediadores como a construção da “Linha da vida”.

2.3. Considerações ético-deontológicas

Alguns aspetos foram tomados em consideração durante o desenrolar da intervenção em estágio. Nomeadamente aspetos ético-deontológicos.

Centrámos a nossa atenção em perceber o porquê das nossas intervenções e como poderíamos explicá-las, ou seja, fundamentando o nosso agir profissional. Foi importante respondermos a questões como “Qual a intenção do nosso agir?”, “De que forma pô-la-emos em prática?”, “Quais as suas consequências?” e “Qual o âmbito da nossa responsabilidade?”. Para tal tivemos em mente princípios éticos fundamentais, tais como o princípio da Autonomia (como pessoas autónomas, os indivíduos internados no serviço de psiquiatria forense são capazes de deliberar acerca dos seus objetivos pessoais – liberdade – e de agirem em conformidade com os mesmos – ação) e o princípio da

Liberdade – respeitando a legítima autonomia dos utentes, quer nas suas escolhas quer nas suas decisões.

Nesta medida, todas as nossas ações foram pautadas pelo princípio da Autonomia aplicado à relação interpessoal enfermeira – utente, mantendo um relacionamento terapêutico o mais simétrico possível. Uma relação terapêutica entre uma pessoa responsável (terapeuta/enfermeira) e uma pessoa responsável (utente).

Quanto ao princípio da Vulnerabilidade (Kemp e Rendtorff: 1998), sendo um aspeto inerente à condição humana, tornou-se premente tomá-la em consideração. Na profissão de enfermagem aquele que é vulnerável sugere necessidade de cuidados, o que nos remete para uma possível dependência de um utente relativamente a um enfermeiro. Este pensamento acarreta a possibilidade de sendo vulnerável e necessitando de cuidados correr-se o risco de manipulação de parte a parte. Da nossa parte está implicado o cumprimento do respeito pelo outro, mantendo assim a sua dignidade e integridade. Demanda que sejamos em certa medida responsáveis por ele.

A Lei de Saúde Mental (lei 36/98 de 24 de julho) refere-se aos princípios gerais da política de saúde mental. O artigo 5º (dos direitos e deveres do utente) explicita que o utente tem direito a ser informado adequadamente dos seus direitos e do plano terapêutico que lhe é proposto. Em adição, na alínea e) do mesmo artigo fica claro que o utente pode aceitar ou recusar participar em quaisquer tipos de atividades de formação. Tratando-se este de um trabalho de projeto, no âmbito de uma formação (mestrado), foi importante elaborar um termo de consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice G) acerca da intervenção a realizar em grupo. Salvaguardamos desta forma o princípio da autonomia. Trata-se de um documento assinado pelo doente, com competência para decidir, consentindo (ou recusando) participar na intervenção proposta para o grupo. Este documento informa acerca dos benefícios (e riscos se os houvessem), de forma a esclarecer na tomada de decisão informada que conduz ou não à autorização.

No que concerne à confidencialidade e sigilo, foram tomadas medidas como a proteção da identificabilidade dos utentes aquando da redação do

relatório, ou a restrição da partilha de informações acerca do sucedido em grupo, ainda que exclusivamente dentro da equipa terapêutica, cingindo-nos nessa partilha ao indispensável e fundamental para o processo de cuidar.

3. INTERVENÇÕES

De modo a atingir os objetivos que nos propusemos neste estágio, optámos por rentabilizar saberes anteriormente adquiridos em formação anterior, nomeadamente no âmbito da arteterapia (modelo polimórfico), como já descrevemos no capítulo anterior. Assim, ao longo do estágio utilizámos a arteterapia psicoeducacional como base da nossa intervenção.

Para facilitar a descrição das intervenções, subdividimos este capítulo em duas partes principais: na primeira descrevemos as intervenções em internamento e na seguinte descrevemos as intervenções realizadas em ambulatório.

3.1. Internamento de Psiquiatria Forense

Trabalhar a esperança e a autoestima num contexto forense foi um desafio a diferentes níveis. O primeiro preconceito que nos surgiu foi o facto de a terapeuta ser uma mulher e a população é exclusivamente masculina, bem como a maioria dos enfermeiros que lá trabalham, o que poderia ser um entrave à relação terapêutica. Contudo, este fator foi facilitador, na medida em que havia uma menor proximidade relacional. Ou seja, aqueles clientes não passavam o seu dia-a-dia com a terapeuta, ao contrário do que ocorria com os enfermeiros do serviço, e esse distanciamento proporcionou uma maior abertura no processo terapêutico. O facto de não ser considerada “um par” em termos de género, facilitou o respeito em grupo e algum cuidado com o cumprimento de comportamentos socialmente aceites, pela procura de aprovação e aceitação dos clientes em relação à terapeuta.

Num regime padronizado e cheio de regras como aquele em que vivem dia após dia os clientes de uma psiquiatria forense, o objetivo seria ir ao encontro de necessidades recreativas, criativas e que fugissem à rotina. Um espaço que

fosse só deles, onde pudessem expressar-se livremente e de uma forma diferente da habitual, através da arte, numa relação terapêutica de aceitação incondicional. Por isso, a arteterapia foi o método de eleição.

3.1.1. Arteterapia

De acordo com Carvalho (2007), em arte terapia destacam-se duas formas de intervenção terapêutica: a arte terapia (em que a tónica é colocada nas potencialidades expressivas e criativas das Artes) e a arte-psicoterapia (centrada na relação psicoterapêutica, em que as Artes são utilizadas como mediadores do processo interno do indivíduo, na relação psicoterapêutica).

De acordo com o autor, o Modelo Polimórfico de Arte terapia subdivide-se em quatro modos: Arte terapia Vivencial (em que se coloca a tónica num ambiente contentor), Arte terapia psicoeducacional (visando a aquisição de conhecimentos, com a tónica colocada na expressão), Arte psicoterapia Integrativa (modelo interativo que favorece uma postura eclética por parte do terapeuta) e Arte psicoterapia Analítica (de cariz interpretativo, em que se procura colocar a tónica na triangulação do que surge nessa relação – individualmente ou em grupo).

Para os objetivos desta intervenção, seleciona-se o modo psicoeducacional de arte terapia. As características principais deste modo são o fato de ser temática, estruturada e com recurso a técnicas expressivas e artísticas. Tem como objetivo adquirir competências através do recurso à expressividade (neste caso específico, a competência de fortalecer a autoestima e a esperança). A metodologia utilizada recorre a propostas temáticas que são exploradas através do encadeamento lógico de recursos técnicos e expressivos, em função das suas potencialidades simbólicas face aos objetivos pretendidos. Este método contextualiza-se numa perspetiva de terapia pela arte e não da arte como terapia. (Carvalho, R. 2006)

3.1.2. Recursos

Os recursos necessários a uma intervenção deste cariz são algo importante a ter em conta no planeamento da mesma. Entre tantos, demos especial importância ao tempo, quer de cada sessão, quer de toda a intervenção; o espaço; o material; e os recursos humanos.

Trataram-se de seis sessões terapêuticas, semanais, com recurso a técnicas de arteterapia integrativa, seguindo o modelo polimórfico de Ruy de Carvalho. Cada sessão teve a duração de cerca de 90 minutos.

O espaço físico onde decorreram as sessões foi a sala da terapia ocupacional do serviço de psiquiatria forense: um espaço amplo, iluminado com luz natural de janelas que dão para o pátio, horta e ginásio da unidade; dispo de uma cozinha, computadores, sistema de som, duas mesas amplas, um canto com mapas e ao centro um espaço vazio onde decorreram principalmente as nossas sessões.

Quanto ao material para as 6 sessões, a lista incluiu: leitor de CD e CDs (ou dispositivo substituto), bloco de papel tipo cavalinho A3, bloco de cartolinas de cores A3, 3 caixas de lápis de cera, 2 caixas de pastéis de óleo, 3 caixas de canetas de feltro, 4 caixas de plasticina de cores, 5 rolos de fita-cola, várias revistas, imagens plastificadas, 8 tesouras de pontas redondas, 8 colas batom, 5 kg de barro, balões e 7 esteiras.

Os recursos humanos consistiram numa enfermeira a frequentar o curso de mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e com formação específica e experiência em arteterapia. Caso o grupo seja disruptivo ou maior que 6 elementos sugere-se que o trabalho seja feito em co terapia, com um enfermeiro especialista com formação específica e experiência em arteterapia e um enfermeiro generalista com interesse na área e experiência com grupos.

3.1.3. As sessões

Apesar da descrição das sessões se encontrar em apêndice, aproveitamos este espaço para apresentar alguns dos principais resultados das seis sessões. O planeamento para as seis sessões foi o que apresentamos no seguinte quadro:

	Título	Objetivo geral	Recursos materiais	Técnica expressiva
Sessão 1	“Encaro a vida como sou.”	Descrever-se a si mesmo. Expressar crença em si mesmo; Expressar crença nos outros;	Pastéis de óleo; Folhas de desenho A3.	Pastel de óleo sobre papel.
Sessão 2	“O menino sombra – aceitar a doença.”	Aceitar as próprias limitações. Expressar otimismo;	Plasticina colorida; Cartolinas brancas.	Decalque de plasticina sobre cartolina.
Sessão 3	“O meu percurso de vida.”	Verbalizar autoaceitação; Adequar o equilíbrio entre participação e escuta nos grupos; Aceitar a crítica construtiva.	Folhas A4 lisas; Lápis de cor e canetas de feltro.	Construção de linha de vida: desenho gráfico sobre papel
Sessão 4	“Galeria dos meus sucessos.”	Descrever orgulho em si mesmo; Indicar sentimentos de autovalorização.	Barro; água; jornais velhos.	Modelagem em barro.
Sessão 5	“Livro do nosso futuro: transformação.”	Expressar expectativas num futuro positivo; Expressar fé; Expressar vontade de viver;	Imagens plastificadas; Cartolinas coloridas A3; Fita-cola; canetas.	Colagem e escrita.
Sessão 6	“A transformação.”	Expressar paz interior; Expressar sensação de autocontrolo; Demonstrar prazer de viver.	Tintas acrílicas; Canetas de feltro; Cartolinas brancas.	Técnica da mancha.

Quadro 3.1. – Plano de sessões de arteterapia

3.1.3.1. Sessão 1: “Encaro a vida como sou.”

Esta sessão tinha como principais objetivos dar a oportunidade aos elementos do grupo de se conhecerem de uma forma diferente daquela que pensavam conhecer-se; criar um elo, um vínculo grupal, uma matriz; descrever cada cliente; expressar crença em si mesmo e expressar crença nos outros.

Três dos elementos do grupo chegaram a horas à sessão e os outros três atrasaram-se 5 minutos.

Quebra-gelo: Começámos a sessão em pé no meio da sala. Pedi que se distribuíssem em fila na sala por ordem alfabética do primeiro nome. Depois por

ordem de alturas, em seguida por ordem de idades, por ano de nascimento, por mês de nascimento, por dia de nascimento. Depois distribuíram-se na sala por naturalidades (cada pedaço da sala representaria uma localidade). Por fim pedi que escolhessem alguém com quem gostariam de fazer uma viagem e colocassem a mão no ombro dessa pessoa. Nesse momento agruparam-se naturalmente dois a dois. Pedi que de braço dado fossem numa viagem pela sala partilhando com essa pessoa a história do seu nome (primeiro dizendo o nome, depois quem escolheu o nome e porquê e por fim o que o seu nome representa para si).

Numa segunda fase sentaram-se todos nas esteiras em roda. Expliquei o que é a arteterapia e quais eram os objetivos da intervenção. Apresentei o tema dessa sessão: “encaro a vida como sou” e lancei o seguinte desafio: escrever numa folha A3 o nome e encontrar palavras que rimem com este; anotar essas palavras ao lado ou em torno do nome; em seguida, escrever uma frase com sentido, utilizando essas palavras, incluindo o nome. Para finalizar juntaram todas as frases num texto e deram um nome ao grupo: “Grupo de intervenção dos nossos poetas adormecidos.”

Na fase seguinte o desafio foi representar em folhas A3 com pastel de óleo uma imagem sobre quem é e o que acha importante aceitar relativamente a eventos da sua vida.

O resultado foi o seguinte:

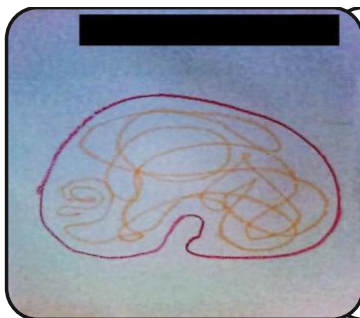


Imagem 1 – cérebro

V "Está tudo como uma linha embaraçada dentro da minha cabeça."
Referiu que representou o seu crânio com o cérebro dentro, que tem ideias muito confusas.

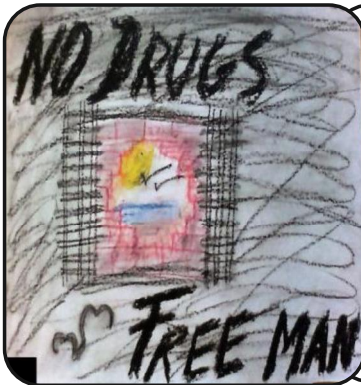


Imagem 2 – “no drugs”

M "Agora estou preso mas sinto-me livre."
Referiu que o facto de ter sido "preso" (representa um par de algemas abertas em baixo à esquerda) ali o fez afastar-se das drogas e tornar-se um homem livre. agora tinha uma perspetiva mais colorida da vida, que representou na imagem que vê da janela. Fala também da expectativa que tem, uma vez que está a chegar o final da medida de segurança.

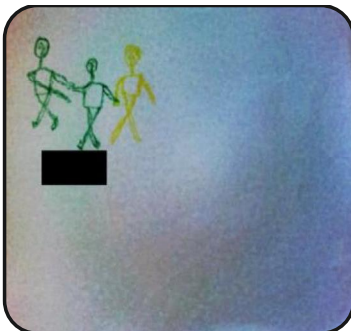


Imagem 3 – família

B "É a minha família a dançar."

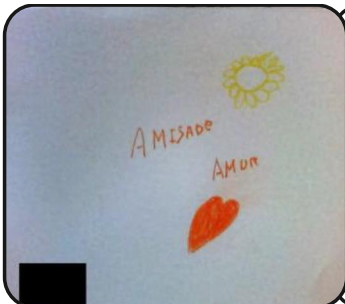


Imagem 4 – amizade e amor

A "o mais importante é a amizade e o amor. São os meus filhos."

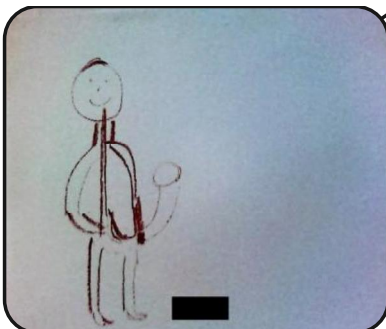


Imagem 5 – trompete

N "Sou eu a tocar trompete."



Imagem 6 – mulher

E "É uma mulher a olhar o horizonte, pensativa. Está a pensar na vida..."

Seguiu-se o momento de partilha com o grupo acerca do que fora representado.

Por fim, todos em pé, de olhos fechados e de mãos dadas em círculo, disseram cada um uma palavra sobre como estavam a sentir-se naquele momento.

3.1.3.2. Sessão 2: “O menino sombra – aceitar a doença.”

Esta sessão tinha como principais objetivos aceitar as próprias limitações e expressar otimismo.

Todos os elementos do grupo chegaram atempadamente à sessão. O cliente V antes da sessão procurou-me para informar que não queria participar mais nas sessões. A desistência foi aceite sem grande debate, uma vez que nos últimos dias o V apresentava delírio persecutório e estava bastante interferido com a atividade produtiva, não só delirante como alucinatória (o que como foi escrito antes constituía um critério de exclusão à participação no grupo).

Quebra-gelo: Começámos a sessão em pé no meio da sala. Sugeri que andassem pela sala ao ritmo da música que ouviam. Distribui um balão a cada um e foi solicitado que cada um mantivesse o movimento anterior e em simultâneo tomasse conta do seu balão de forma que não caísse ao chão, não se perdesse nem fosse rebentado por outro elemento do grupo. O jogo terminava quando não sobrassem balões.

Numa segunda fase sentaram-se todos nas esteiras em roda. Apresentei o tema dessa sessão: “O menino sombra – aceitar a doença”. Começámos por debater de forma ordeira o que é a saúde mental e a doença mental. Terminei com a definição de saúde mental segundo a OMS.

Numa segunda fase, sugeri que se deitassem nas esteiras confortavelmente e se tapassem com os casacos que traziam de forma a ficarem mais confortáveis. Sugeri ainda que se se sentissem confortáveis para isso fechassem os olhos enquanto escutavam a história que ia contar. Li a história “O menino sombra” (Anexo III).

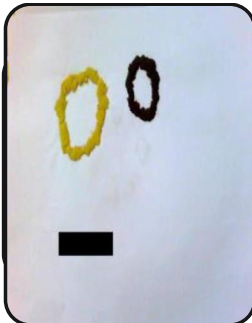
Sem que entretanto trocassem impressões, pedi-lhes que decalcassem plasticina sobre folhas A3, formando uma imagem sobre uma inevitabilidade da vida: a sua doença.

Finalmente decorreu a partilha em grupo das imagens seguintes:



M: "Símbolo círculo tipo... que é o círculo da reciclagem. Ver o lado positivo das coisas."

Imagem 7 - reciclagem



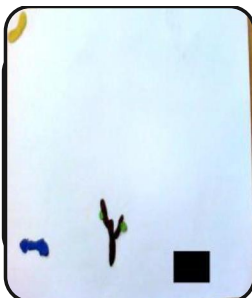
B: "Fiz uma cabeça à volta e lá dentro o miolo não está a bater bem. Ao lado tem o coração. Quando como a comida rápido vai para o coração e tenho que vomitar ou fazer cocó."

Imagem 8 - miolo



A: "Fase depressiva: outono. Fase maníaca... Parte de sair da depressão e agora. Árvore verde e nuvens mais claras."

Imagem 9 - fases



N: "O sol, uma árvore com dois ramos. E o azul nem eu sei o que é... eu estou aqui deitado ao sol."

Imagem 10 - deitado ao sol



E: "Fiz o meu cérebro. A parte preta é a minha doença mental. A vermelha é a parte saudável."

Imagem 11 - parte saudável

Por fim, reunidos em círculo em pé, de mãos dadas e de olhos fechados, cada um proferiu uma palavra sobre como se estava a sentir naquele momento.

3.1.3.3. Sessão 3: “O meu percurso de vida.”

Esta sessão tinha como principais objetivos verbalizar autoaceitação, adequar o equilíbrio entre participação e escutar os outros e aceitar a crítica construtiva.

Três dos elementos do grupo chegaram a horas à sessão e os outros dois estavam nos respetivos quartos. Fomos chamá-los em conjunto.

Quebra-gelo: a sessão iniciou como de habitual em pé no meio da sala. Pedi que cada um tirasse dentro de um saco que eu segurava um papelinho. Cada papel tinha escrito o nome de um elemento e era necessário que ninguém ficasse com o papel que tinha escrito o seu nome. Após lerem o nome de quem tinha calhado tinham de escolher uma tarefa para essa pessoa fazer e dizê-la em voz alta (por exemplo: o B tem de saltar ao pé-coxinho de uma ponta à outra da sala). Quando todos terminaram de enunciar as tarefas e, ainda sem que alguém iniciasse a tarefa para si designada, anunciei o nome do jogo: “virou-se o feitiço contra o feiticeiro”. Todos se riram quando perceberam que cada um teria de fazer aquilo que escolheu para o outro fazer e fizeram as tarefas escolhidas.

Numa segunda fase sentaram-se todos nas esteiras em roda e apresentei o tema dessa sessão: “O meu percurso de vida”. Cada um deveria numa folha A3 desenhar uma linha e dividi-la em segmentos que representassem cada um 10 anos das suas vidas. Depois com canetas de feltro deviam representar na parte superior da reta os melhores momentos das suas vidas, completando com datas ou registos escritos ao lado. Em seguida repetiram o exercício representando na parte inferior os piores momentos das suas vidas. Por último, com decalque de plasticina deviam representar o momento em que foi diagnosticada a doença que motivou a medida de segurança. O resultado foi o seguinte:

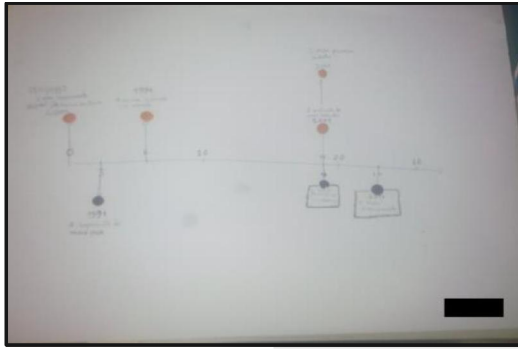


Imagem 12 - M



Imagem 13 - B

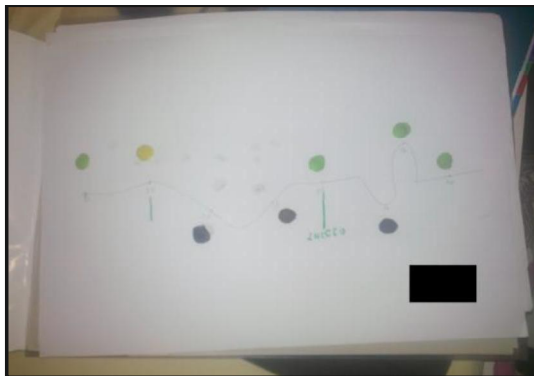


Imagem 14 - A

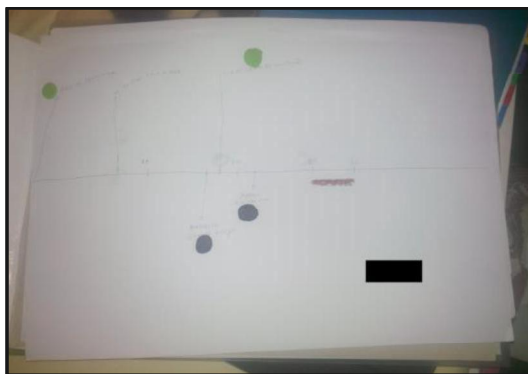


Imagem 15 - N

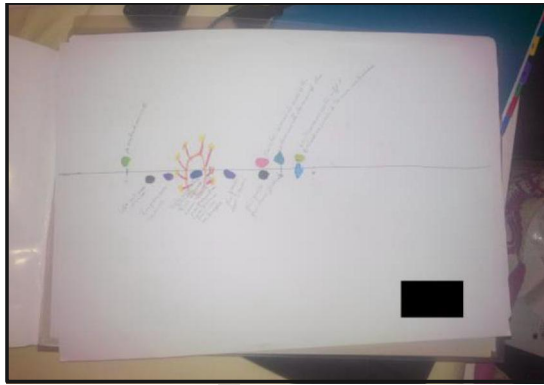


Imagem 16 - E

Em seguida partilharam em grupo o que representaram na imagem. A representação promoveu a reflexão ao invocar memórias ora dolorosas ora prazerosas, quer da infância, quer da vida adulta.

Por fim, cumpriu-se o ritual de encerramento.

3.1.3.4. Sessão 4: “Galeria dos meus sucessos.”

Esta sessão tinha como principais objetivos descrever orgulho em si mesmo e indicar sentimentos de auto valorização.

Todos os elementos do grupo chegaram a horas à sessão.

Quebra-gelo: Começámos a sessão em pé no meio da sala. Pedi que escrevessem em três pequenos papéis cada um, três sucessos seus. Reservaram e andaram pela sala focados nos seus sucessos ao ritmo que eu ia sugerindo (de 1 a 5, entre ultra lento e ultra rápido, quando batia uma palma comportavam-se como se tivessem íman nos corpos de quem estivesse mais próximo).

Numa segunda fase sentaram-se todos nas cadeiras à mesa e apresentei o tema dessa sessão: “Galeria dos meus sucessos”. O A apressou-se a dizer “então não vale a pena porque eu não tenho sucessos nenhuns...”. Sugeri que com o barro que lhes levei modelassem um objeto contentor. Algo que pudesse conter os seus sucessos anteriormente escritos em papel. O resultado foi o seguinte:



Imagem17 – pirâmide

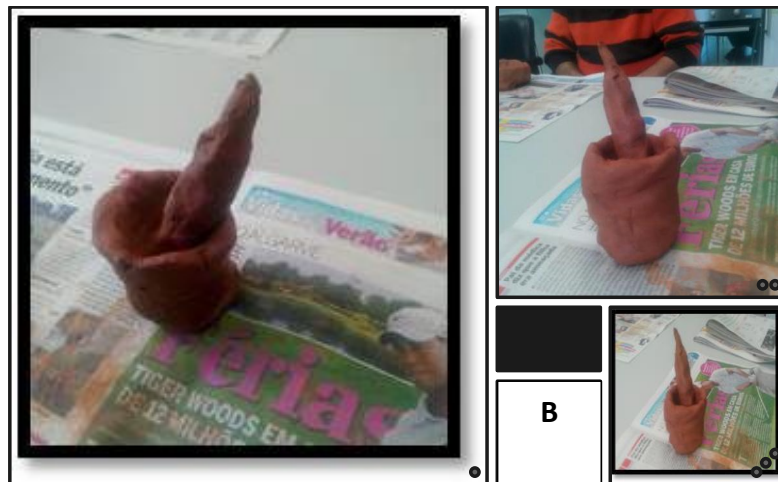


Imagem18 – pilão



Imagem19 – ovos

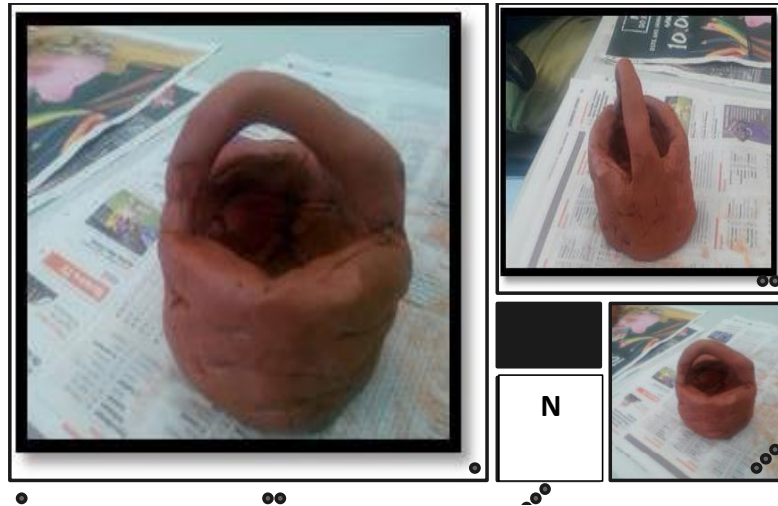


Imagem 20 – cesto

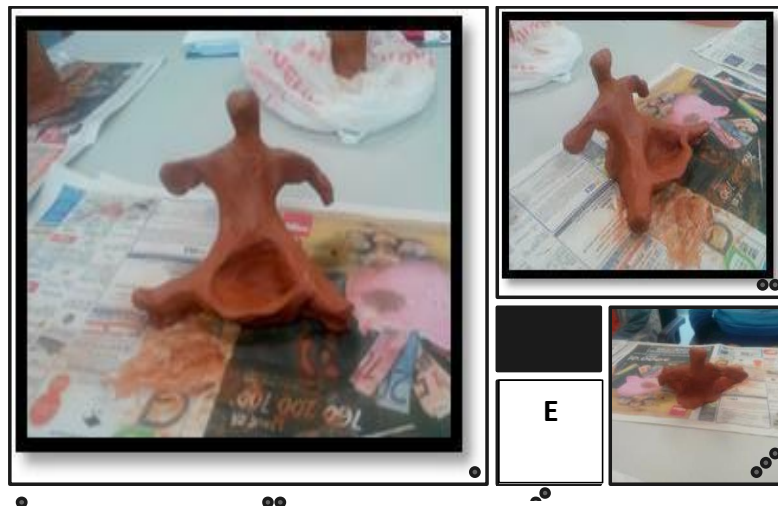


Imagem 21 – abertura

Terminados os objetos, colocaram dentro os papéis escritos no início. Decidiram depois que os objetos ficariam a secar na sala, já que confiavam que não seriam danificados.

Partilharam em grupo o que representaram e cumpriu-se o ritual de encerramento.

3.1.3.5. Sessão 5: “Livro do nosso futuro: transformação.”

Esta sessão tinha como principais objetivos estabelecer metas, projetar o futuro, projetar-se no futuro.

Todos os elementos do grupo chegaram atrasados à sessão porque iniciou uma atividade de jardinagem para a qual foram convocados.

Quebra-gelo: escutaram uma música em silêncio deitados na esteira (“Alguém me ouviu”, Boss AC e Marisa).

Numa segunda fase, sentados nas esteiras no chão, em círculo, apresentei o tema da sessão: “Livro do nosso futuro: transformação”. O desafio era cada um escolher de entre um monte de imagens plastificadas aquelas que poderiam fazer parte da história do seu futuro. Depois deviam colá-las em cartolinas de diferentes cores, cada um na sua cartolina. O resultado foi o seguinte:

“Será uma vez...”



Imagem 22 – 1

M-1: "...o M que pretende fazer uma viagem. conhecer novos horizontes. talvez numa ilha paradisíaca. com praia e muita areia. E tem um caminho entre árvores onde poderá usufruir de fazer preparação física, saltos para a água... uma sala...uma pousada para poder descansar e ver televisão. E tem também um sócio que tem uma barbearia. E tem umas quedas de água muito giras. Uma cachoeira. A tirar fotografias ou simplesmente a presenciar o bem que há na natureza."

B-2: "...o B terá um carro, uma casa e irá fazer desporto. Irá ter uma filha, uma quinta com ananases, palmeiras. Uma casa com piscina. E é só..."

Imagem 23 – 2





A-3: "...o A como tem carta de condução vai comprar um carro novo e vai dirigi-lo até uma baía muito bonita cheia de fauna e...misturado com a brisa do mar, vai sentir o cheiro de um perfume com a fragrância de côco, que mais tarde vem a descobrir que vem emanado de vuma jovem bonita, esbelta, que está a fazer ginástica."

Imagem 24 – 3

N-4: "...o N quer casar. Tem um anel importante e uma casa com sofá e tudo. Vai conseguir um casamento com anel de noiva."

Imagem 25 – 4



E-5: "...o E terá muito desporto para fazer e uma biblioteca enorme para ter livros."

Imagem 26 – 5

Posteriormente lancei o seguinte mote, solicitando que falassem na primeira pessoa do presente do Indicativo, imaginando-se lá naquele momento futuro:

“Um dia, os cinco encontram-se num lugar especial...”

A: “Íamos fazer uma viagem ao norte de Espanha. Íamos no meu carro viajar para a beira-mar, para um cais, onde existiam mulheres bonitas a fazer desporto e que cheiravam a coco.”

M: “Depois íamos com o carro do A até à marina de Vila Moura. Íamos em direção a Ceuta num Ferryboat. E íamos descobrir um bocado dos desertos onde o N andou e que nos queria mostrar.” (...)” O N convidou-nos para ir à casa dele muito bem mobilada.”

A: “Olha pessoal, tamos aqui todos reunidos já em liberdade...tenho um carrinho novo. Onde gostariam de ir? Vamos à terra do B!” (preocupação com cada elemento do grupo, neste caso o B, que estava mais retraído nesta sessão).

B: “Eu pago o café.”

M: “Quando saí fiz umas férias, por países paradisíacos. Trouxe estas fotografias (mostra as imagens que escolheu).”

E: “Não teria nada a dizer. Tá-me a por nervoso... o meu filho já tem 18 anos (imaginando-se no futuro). É o meu orgulho. Vai agora entrar na faculdade. Há ali um restaurante muito bom. E se fossemos lá almoçar e por a conversa em dia?”

Tentámos perceber de onde vinha a ansiedade do E. Acabou por referir que ficava desconfortável porque o futuro lhe oferece diversas incertezas e dúvidas e ainda falta algum tempo (anos) para terminar a medida de segurança.

Cumpriu-se o ritual de encerramento.

3.1.3.6. Sessão 6: “A transformação.”

Esta sessão tinha como principais objetivos refletir e sintetizar o trabalho desenvolvido ao longo das sessões, descrever orgulho em si mesmo, indicar sentimentos de auto valorização e expressar esperança no futuro.

B e N recusaram participar no grupo nesta última sessão. Os restantes elementos do grupo chegaram a horas à sessão. M chegou mais cedo e levou uma pen drive com algumas músicas da sua eleição para me dar a conhecer.

Quebra-gelo: Começámos a sessão em pé no meio da sala. Fizemos exercícios de aquecimento do corpo, de forma a descontrair da tensão previamente acumulada por todos quando se confrontaram com a desistência de dois elementos na última sessão. Sentiram necessidade ainda de falar sobre o assunto, em desabafo.

Numa segunda fase sentaram-se todos nas cadeiras à mesa e apresentei o tema dessa sessão: “A transformação”. Sugeri que com tintas acrílicas fizessem uma pintura ao estilo Rorschach. Exemplifiquei. Após concluída a pintura, deviam com canetas completar de acordo com o que sentissem necessidade. O resultado foi o seguinte:



M (ANTES)

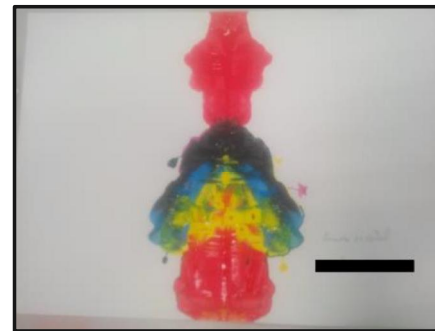


M (DEPOIS)

Imagem 27 – M antes e depois



A (ANTES)

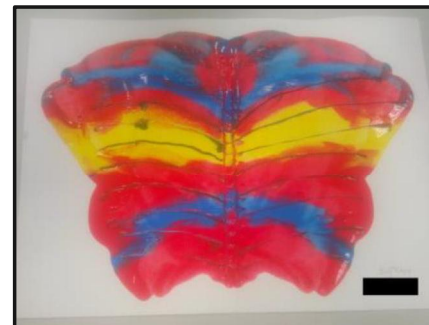


A (DEPOIS)

Imagem 28 – A antes e depois



E (ANTES)



E (DEPOIS)

Imagem 29 – E antes e depois

3.2. Ambulatório

Em ambulatório, foi possível explorar as possibilidades terapêuticas com um grupo peculiar: o grupo de clientes a realizar soroterapia (perfusão de clomipramina) diariamente. Durante esta intervenção, eram um grupo de cinco clientes do género feminino, com diagnóstico médico de depressão. Duas delas com ideação suicida não estruturada, uma em processo de luto do cônjuge (Apêndice J), outra senhora com uma distímia e a quinta com uma depressão major.

3.2.1. Cinema terapia

A Cinema terapia é uma técnica de terapia criativa em que o terapeuta usa o mediador filme como ferramenta terapêutica. De acordo com Gary Solomon⁹, é o uso de filmes que têm efeitos positivos nas pessoas, exceto tratando-se de transtornos psicóticos. Esta técnica pode ser utilizada por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros psiquiátricos, arte terapeutas, académicos, professores e educadores. Pode ser a solução de problemas como o transtorno de stress pós-traumático, ou mesmo a depressão. Cinema Terapia pode ser também uma ferramenta para terapias de apoio, dinâmicas e cognitivo-comportamentais. O terapeuta pode passar filmes em diferentes situações, tais como contextos individuais, familiares e de grupo.

As histórias e as fábulas são utilizadas em terapia há muito tempo. A biblioterapia, por exemplo, usa a leitura para facilitar o tratamento em psiquiatria. Contudo, assistir a um filme é mais fácil do que ler um livro e requer menos tempo

⁹ Gary Solomon é o pai da cinema terapia e professor de psicologia na Faculdade Comunitária de Southern Nevada em Henderson, Nevada. Autor de livros sobre cinema terapia, tais como "Reel Therapy" ou "Motion Picture prescription and cinematherapy for parents". É também autor do site www.cinema-therapy.com.

do que a biblioterapia, logo, o processo de tratamento em cinema terapia é mais célere.

Segundo Gary Solomon, os filmes são a imitação da vida. Logo, para iniciar o tratamento, a primeira coisa que devemos fazer é procurar os filmes que refletem nossos próprios problemas da vida e que nos possam ajudar a crescer.

De acordo com Birgit Woltz, PhD¹⁰, um maior número de pessoas sente alívio ao assistir a um filme do que a frequentar uma psicoterapia. Isto porque os filmes podem fornecer uma libertação emocional saudável, através do rir e do chorar (www.cinemaalchemy.com).

Fuat Ulus¹¹ e seus colegas fazem sessões de cinema terapia em grupo num Programa de Terapia intensiva em Ambulatório que contém os três de “E”s: Entretenimento, Educação e Capacitação (Empowerment). O programa contém diferentes apresentações baseadas em temas como a energia ego, a gestão do stress ou o perdão (forgiveness). O autor refere que primeiro os participantes assistem ao filme e só em seguida falam sobre as suas próprias experiências, que é semelhante à das personagens. Assim, utiliza diferentes filmes para diferentes problemas/doenças. Por exemplo, para a ansiedade crónica, passa o filme “Dirty Harry”, de Clint Eastwood; para o transtorno de stress pós-traumático mostra “The Deer Hunter”.

De acordo com o Fuat Ulus, os pacientes discutem as questões mais facilmente através das personagens do filme do que confrontando-se diretamente com os seus problemas¹².

A capacitação (empowerment) ocorre pela projeção, identificação e introjeção. No processo de projeção, os nossos pensamentos, afetos e crenças atingem os acontecimentos e personagens do filme. Pelo processo de identificação empatizamos ou rejeitamos as personagens. De forma

¹⁰ Birgit Woltz é psicoterapeuta, nasceu na Alemanha e publicou artigos sobre cinema terapia em diversos jornais e revistas. É organizadora de workshops sobre cinema terapia e facilita grupos usando a cinema terapia para o crescimento pessoal e espiritual.

¹¹ Fuat Ulus é consultor psiquiatra no Hospital São Vicente e Centro de Saúde, em Erie, Pennsylvania.

¹² Os grupos de Fuat Ulus consistem em oito a doze pacientes. Reúnem-se uma vez em uma semana durante 90 minutos. Os pacientes são avaliados em seis fases e o processo de cura é documentado por valores mensuráveis.

inconsciente, sentimos como as personagens do filme. Na fase de introjeção, tomamos as experiências do filme como nossas. No final do filme, aquilo que aprendemos por projeção, identificação e introjeção, permite-nos encontrar soluções que diminuem a depressão ou a raiva.

Os filmes são metáforas, tal como as histórias, os mitos e as fábulas. A sua importância é que, simboliza por imagens com personagens que se aproximam do mundo real do público e comunica com o inconsciente. Os filmes também desempenham um papel importante para a compreensão do pensamento mal-adaptativo e de crenças erradas, de forma a reconstruir a cognição. Através do filme, o cliente pode modelar o comportamento, o que torna o tratamento bem-sucedido.

Solomon afirma que o objetivo é escolher os filmes que refletem os problemas dos clientes. Por tal, a cinema terapia é uma ferramenta importante para abordagens de apoio, dinâmicas e cognitivo-comportamentais, podendo ser usado em hospitais ou em ambulatório. Os filmes podem ser aplicados individualmente, em família ou em grupo.

Os filmes recomendados por Fuat Ulus são “Cold Mountain”, “O Último Samurai”, “Alguém Tem que Ceder” e “O sorriso de Mona Lisa”. Em “Cold Mountain”, podemos aprender a importância da bondade em todas as situações. O filme “The Last Samurai” mostra-nos os diferentes valores culturais consoante o local onde nascemos e vivemos, a aceitação ou rejeição de novos valores culturais diferentes daqueles que adotamos, promovendo o crescimento pessoal e aceitação de valores diferentes dos nossos. “Alguém tem que Ceder” mostra que a idade não é um critério importante para amar. Depois de ver este filme, as pessoas podem procurar novas soluções para seus relacionamentos. No filme “O sorriso de Mona Lisa”, existem personagens boas, más, conservadoras, rebeldes e tímidas. Através deste filme, as pessoas podem procurar o seu mundo interior, encontrando os lados poderosos ou fracos, melhorando-os.

3.2.2. Recursos

Os recursos necessários a esta intervenção foram as manhãs de segunda a sexta-feira, entre as 9horas e as 13horas; na sala de soroterapia com cadeirões confortáveis, mantas e almofadas; computador com os filmes escolhidos, colunas de som, projetor e quadro branco; quanto aos recursos humanos estiveram presentes duas enfermeiras.

3.2.3. Sessão de cinema terapia

Como costume na sessão de soroterapia, após todos os utentes chegarem (neste caso eram cinco mulheres com diagnóstico de depressão), foram puncionados os acessos venosos periféricos, preparados os soros de cada cliente com a respetiva medicação e colocados em perfusão para a manhã. Após esta fase, garantindo que todas se encontravam confortavelmente sentadas e com uma temperatura agradável, em vez da habitual música de fundo (sons da natureza ou outra musica de relaxamento), começávamos a montar o sistema de projeção de vídeo e som, de forma a projetar o filme escolhido para o dia.

Nesta sessão foi projetado o filme “Amigos improváveis”, aquele em que sentimos que houve uma maior introjeção por parte do grupo (alguns dos outros filmes projetados foram “As good as it gets” ou “The king’s speech”). O título original é “Intouchables”¹³, um filme de Olivier Nakache e Eric Toledano, com representação de François Cluzet, Omar Sy e Anne Le Ny. Trata-se de um Drama/Comédia francês, de 2011, com duração de 112 minutos.

¹³ Após ter sofrido um acidente de parapente, Philippe (um aristocrata de meia-idade) fica tetraplégico. Decide então contratar um funcionário que o apoie nas atividades de vida diárias. Acaba por contratar Driss, um jovem senegalês acabado de sair da prisão, oriundo de um bairro problemático, que, de todos os candidatos ao cargo, é o menos provável, quer pela aparência, quer pela ausência de sensibilidade para o problema motor de Philippe. Contudo, o magnata, cansado de se sentir tratado como “coitado” ou “inferior”, vê naquele jovem alguém que não tem pena dele e que o trata como um igual, restituindo-lhe assim um pouco da normalidade da vida que lhe foi roubada com o acidente. Ambos estabelecem um vínculo de imediato, que se fortalece com o decorrer da história, tornando-se grandes amigos, já que Driss consegue ajudá-lo efetivamente como ninguém o fez antes.

Os filmes foram projetados em duas sessões cada, dada a duração dos mesmos e a necessidade de atenção por parte dos clientes. Isto promoveu o discurso e o debate. No final de cada sessão debatíamos a metade do filme que tínhamos visionado e era pedido às clientes que fizessem um exercício de imaginação e criativamente previssem o que ocorreria em seguida no filme. Desta forma estávamos a fazer estimulação cognitiva e imagética. No dia seguinte era projetada a segunda metade do filme e no final então era promovido o diálogo acerca do filme e eram colocadas algumas perguntas-chave: Como se sentiram ao ver o filme? De que trata o filme? Quais as personagens principais? Em que medida se podem identificar ou não com elas? Que pontos em comum existem entre as vidas das clientes e a vida das personagens? (Que paralelismo pode ser estabelecido?)

Nesta sessão em particular, as perguntas foram desnecessárias. A sra Z comoveu-se ao ver o filme e iniciou o discurso antes que lhe perguntássemos como se sentia naquele momento e como se tinha sentido ao ver o filme naquelas duas sessões. Na verdade, a Z começou por dizer que adorou o filme porque se identificou muito com a personagem principal (Philippe). Disse que se sentia metaforicamente tetraplégica. Numa cadeira de rodas, incapaz de agir perante a vida. Que a sua maior tristeza era sentir que desde criança nunca teve um “Driss”, alguém que cuidasse dela como ela precisava de ser cuidada, alguém que a visse como um ser humano, um semelhante apesar dos seus problemas e não uma “tetraplégica da mente”. Rematou que esse alguém pode aparecer sob a forma de alguém extremamente improvável, que temos que estar recetivos e despertos para receber ajuda e afeto, sem julgar os outros pela aparência e dando-lhes uma oportunidade, como o Philippe deu ao Driss.

3.3. Ganhos em saúde

Alguns ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados, com recurso a técnicas de arteterapia, podem ser quantificáveis neste relatório. Uma das formas de quantificar esses ganhos foi através da aplicação de uma tabela de satisfação com as sessões em grupo.

Demonstramos no seguinte gráfico que a satisfação foi tendencialmente crescendo ao longo das sessões.

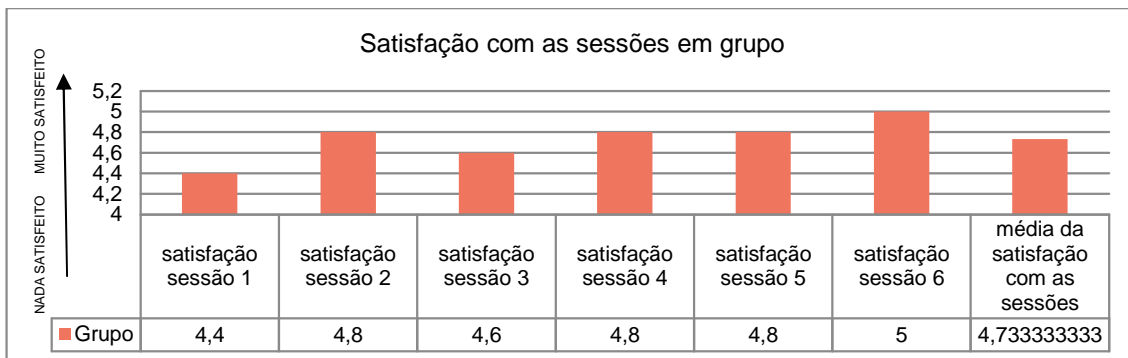


Gráfico1 – Satisfação com as sessões em grupo

Quanto à avaliação da autoestima, os resultados parecem-nos contraditórios se olharmos para os seguintes gráficos que espelham a avaliação da mesma, antes e após a intervenção.

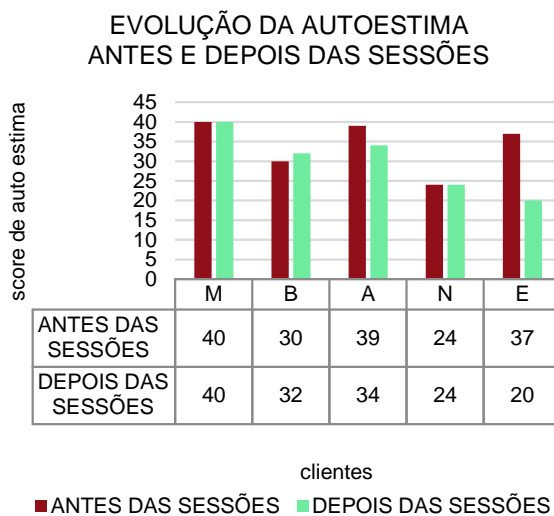


Gráfico2 – Evolução da autoestima antes e depois das sessões

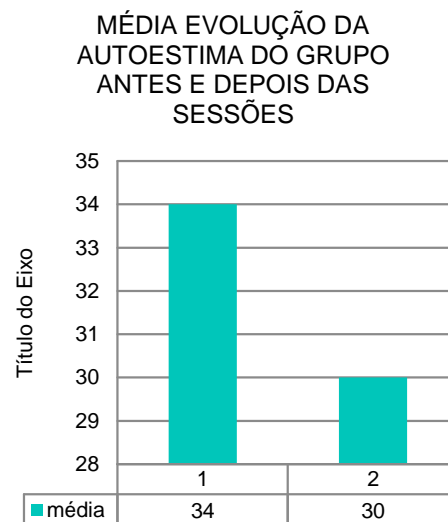


Gráfico3 – média evolução da autoestima antes e após as sessões

	N	Mínimo	Máximo	Soma	Média	Desvio Padrão
Autoestima Antes	5	24	40	170	34,00	6,819
Autoestima Depois	5	20	40	150	30,00	8,000
N válido (de lista)	5					

Quadro 3.3.1. - Estatísticas descritivas da evolução da autoestima antes e depois das sessões

Relativamente à esperança, percebemos que claramente há uma tendência evolutiva no sentido do aumento da esperança dos clientes ao longo das sessões.

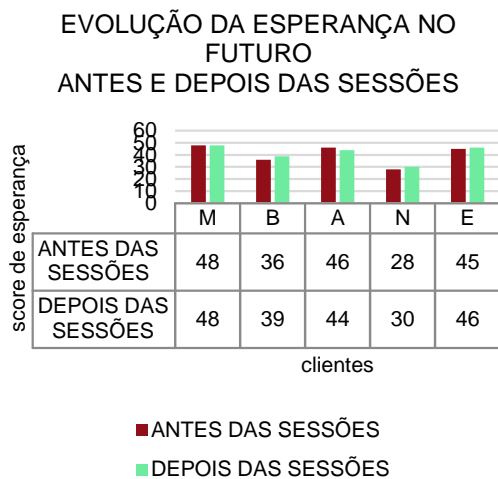


Gráfico4 – Evolução da esperança antes e após as sessões

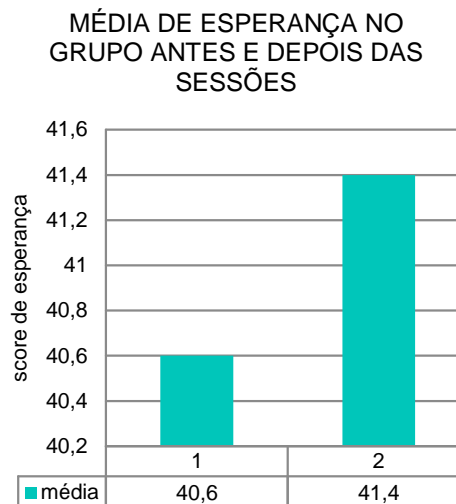


Gráfico5 – média evolução da esperança antes e depois das sessões

	N	Mínimo	Máximo	Soma	Média	Desvio Padrão
Esperança Antes	5	28	48	203	40,60	8,414
Esperança Depois	5	30	48	207	41,40	7,197
N válido (de lista)	5					

Quadro 3.3.2. - Estatísticas descritivas da evolução a esperança antes e depois das sessões

A avaliação das escalas conduz-nos a um resultado não esperado: a diminuição da autoestima nos participantes. Aplicando o teste não paramétrico de Wilcoxon (SPSS 22) a amostras relacionadas verificamos que não é possível excluir a hipótese nula ($p < .05$) ou seja, a diferença encontrada antes e depois das sessões não é estatisticamente significativa na variação global dos scores de autoestima e da esperança (Quadro 3.3.3.)

Numa análise qualitativa, compreendemos que alguns fatores podem condicionar estes resultados. Além disso, um conhecimento mais aprofundado de si mesmo, bem como a exposição perante o grupo e a terapeuta, e consequentemente uma maior abertura de si para com estes, podem conduzir não só a um maior à vontade para expor as suas fragilidades num segundo momento de avaliação da autoestima, como também a que estejam em maior contacto com a forma como se veem e como se sentem perante si e os outros.

Resumo de Teste de Hipótese

Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1 A mediana das diferenças entre EsperançaAntes e EsperançaDepois é igual a 0.	Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon de Amostras Relacionadas	,357	Retar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,0

Resumo de Teste de Hipótese

Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1 A mediana das diferenças entre AutoestimaAntes e AutoestimaDepois é igual a 0.	Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon de Amostras Relacionadas	,285	Retar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,0

Quadro 3.3.3. – Análise estatística para comparação das diferenças antes e depois das sessões ao nível da esperança e autoestima.

4. AVALIAÇÃO

Neste relatório importa avaliar duas vertentes principais. Por um lado a vertente clínica: os aspetos claramente positivos e aspetos menos conseguidos na intervenção, o contributo deste projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados no âmbito da psiquiatria forense e ainda os ganhos em saúde para os clientes, que sejam atribuíveis aos cuidados de enfermagem especializados. Por outro lado importa avaliar uma vertente de avaliação profissional, justificando e exemplificando em que nível de competência eu me encontro (de acordo com Patrícia Benner).

4.1. Avaliação clínica

É possível encontrar alguns aspetos positivos no trabalho realizado no âmbito da psiquiatria forense. Em primeiro lugar, este projeto ofereceu aos clientes uma intervenção inovadora no contexto (a arteterapia): não existia no local um espaço de terapia em grupo, mas sim diversos espaços de interação em grupo, nomeadamente ocupacionais. Foi também um projeto renovador, que inseriu no contexto uma pessoa externa, uma profissional em quem depositaram confiança. A intervenção permitiu a abertura de um espaço de criação e de criatividade e foi efetiva e eficaz na finalidade de promover a auto estima e a esperança do cliente inimputável por todo o envolvimento e investimento no processo terapêutico, quer por parte da terapeuta, quer por parte dos clientes.

Por outro lado, emergem alguns pontos menos conseguidos: a relação com a equipa multidisciplinar e a abertura da mesma perante o projeto não foi a desejada, em certa medida por falha na comunicação com a equipa médica. Seria benéfico ainda ter conseguido mais sessões com o grupo terapêutico. Quanto ao planeamento, na fase de projeto seria prudente ter programado no concreto e não com o hipotético, não contando à partida com a vertente comunitária da psiquiatria forense, mas sim com o contexto à que se sabia existente e que acabou por ser o segundo campo de estágio. Seria interessante

ainda desenvolver concomitantemente com a intervenção arte-terapêutica uma outra intervenção no exterior com os clientes, nomeadamente caminhadas planeadas, indo ao encontro assim de necessidades dos clientes, como de se sentirem livres. Em adição, a formação em contexto de trabalho de forma formal seria uma forma de conseguir dar continuidade ao trabalho desenvolvido e que não foi preconizada. Além disso podiam de futuro ser formados grupos terapêuticos para cada dia da semana, cada grupo formado por clientes com patologias semelhantes e/ou com motivos de medida de segurança próximos.

4.2. Avaliação profissional

Quando falamos em avaliação profissional em Enfermagem, não podemos esquecer o contributo de Patrícia Benner ao escrever acerca do desenvolvimento das competências do enfermeiro. Inspirando-se no modelo de Dreyfus & Dreyfus (1980), a autora descreve os diferentes níveis de competência em “De iniciado a perito” (2001).

De acordo com a autora, o enfermeiro *iniciado* apresenta uma total ausência de experiência, rigidez e necessidade de cumprir regras, e mantendo-se fiel a um plano estruturado (por exemplo os estudantes de enfermagem). Quando se torna *iniciado avançado* adquire uma perceção limitada da situação e não estabelece prioridades no trabalho, encarando todos os aspetos como tendo igual importância, focando-se na realização de tarefas (por exemplo, os enfermeiros recém-licenciados). O enfermeiro *competente* gere várias tarefas em simultâneo, discute os planos de cuidados e estabelece as suas rotinas (como exemplo, um enfermeiro que trabalhe no mesmo serviço há 2 ou 3 anos). O enfermeiro começará agora a discernir o essencial do acessório em situações concretas. Já o *proficiente* adquire uma visão global da situação, estabelece prioridades, apercebe-se de alterações subtis relativamente aos padrões habituais e aplica máximas ao seu trabalho, adaptando-as a cada situação. Consegue dessa forma perceber as situações como um todo e não de forma repartida, dando respostas competentes às mesmas. Chegando a *perito*, age de forma intuitiva, baseando-se no seu conhecimento profundo da situação,

consegue antever/prever as possibilidades face a uma determinada situação e tem uma abordagem analítica face a novas situações. A autora alerta para o facto de não ser obrigatório passar por todos os estádios de aquisição de competências e ainda que nem todos os enfermeiros um dia se tornam peritos.

Desta forma, cabe-me agora avaliar-me enquanto profissional, neste trabalho, face ao que é preconizado pela ordem dos enfermeiros, no regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Quanto à primeira competência descrita, “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”, desenvolvi estratégias relacionais interpessoais a nível individual e grupal ao longo do estágio. Estas foram-me facilitadas pelo meu background de psicoterapia individual pessoal e psicoterapia de grupo pessoal, ao longo de cinco anos, anteriormente. Procurei também refletir diariamente acerca do meu agir profissional (Apêndice K). Quanto a esta competência considero-me perita, porque no meu agir profissional ao longo do estágio desenvolvi a capacidade de intuir perante a situação e adequar a minha intervenção consoante a necessidade dos clientes, quer em grupo quer individualmente, fazendo face ao inesperado.

A segunda competência, “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.” esteve patente neste estágio ao efetuar o diagnóstico da situação nos locais de estágio (com objetivo de levantamento de necessidades), ao planear sessões de forma a elaborar um plano de intervenção, ou ainda aplicando entrevistas individuais de seleção dos membros a integrar o grupo e selecionando o indivíduo para intervenção individual. Na intervenção grupal em internamento desenvolvi mais consistentemente esta competência, bem como em comunidade, trabalhando com o indivíduo no seu contexto de vida diária, integrado numa família, numa fase complexa do seu ciclo (a morte de um dos cônjuges), assistindo no processo de luto. Quanto a esta competência considero-me perita, uma vez que, fazendo face ao inesperado, já que o que tinha sido preconizado e planeado em projeto seria realizar a vertente comunitária em contexto forense, rapidamente integrei o novo campo de estágio, diagnostiquei, planeei e intervim no contexto, primeiro

de uma forma intuitiva, sentindo o que necessitavam os clientes, depois elaborando o pensamento e concretizando um novo planeamento e nova revisão de literatura, de forma a sustentar o meu agir.

Segundo a terceira competência, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” e quanto a esta considero que desenvolvi a capacidade de ser proficiente, no decorrer do estágio. Através da intervenção individual e respetivo estudo de caso com processo de enfermagem, proporcionando suporte em fase de luto; através da intervenção terapêutica em grupo e individual na comunidade, incluindo à família do cliente, mantendo uma visão global da situação, estabelecendo prioridades, e aplicando máximas no meu trabalho, perante cada situação e percecionando as situações como um todo.

Quanto à quarta e última competência descrita, “Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” Creio que sou perita na matéria, uma vez que desenvolvi competências de intervenção individual tendo em vista o desenvolvimento de estratégias de promoção da esperança no cliente inimputável, como me propus, levando a cabo uma intervenção de âmbito psicoterapêutico grupal e individual, com recurso a técnicas de arte terapia e cinema terapia.

5. CONCLUSÕES

Resta-nos discorrer acerca do trabalho realizado, em forma de conclusão e antevendo a necessidade de futuras leituras, pesquisas, projetos e/ou trabalhos de campo.

Quanto às limitações do trabalho, parece-nos em primeiro lugar que o número de clientes que participaram no grupo é reduzido para demonstrar ganhos em saúde de uma forma quantitativa. Propomos no futuro intervenções que contemplem a possibilidade de ter em ação mais que um grupo terapêutico em simultâneo. Ao mesmo tempo seria benéfico aumentar o número de sessões, já que consideramos que seis sessões são uma limitação ao presente trabalho, dificultando a demonstração de ganhos em saúde.

No que concerne ao âmbito da arteterapia, a bibliografia apresentada parece-nos ser escassa e pouco consistente, já que pouco se publicou ainda acerca do tema.

Preocupa-nos que a riqueza dos conteúdos abordados nas sessões, bem como as criações em si, não tenham ficado espelhadas neste relatório. Torna-se assim difícil analisar e demonstrar claramente os benefícios de uma intervenção deste cariz.

Com este trabalho pretendeu-se verificar se a aplicação de estratégias de arteterapia num contexto forense com clientes inimputáveis, resultaria na promoção da sua autoestima e esperança no futuro. Para tal, foi realizado um estágio que englobou duas vertentes com diferentes níveis de intervenção. Com vista ao desenvolvimento e aquisição de competências, trabalhámos com a pessoa inimputável a cumprir medida de segurança numa unidade competente, em Lisboa.

Intuímos anteriormente que em psiquiatria forense encontraríamos oportunidade de efetivar aprendizagens novas e a expectativa não foi gorada. O interesse pela área forense foi reforçado ao conhecer os clientes e as suas histórias de vida, que nos aproximam de uma forma assustadora. Afinal, somos seres humanos. Motivados pelo tema de monografia da licenciatura em

enfermagem, o percurso foi sentido como uma caminhada natural e lógica que poderá de futuro levar-nos a outros âmbitos de pesquisa e quem sabe investigação.

Quanto à questão antes colocada, “O que está na origem da agressividade que levou essas pessoas a cometerem um crime?”, as respostas mantêm-se dispares e baseadas em revisões literárias, sem acrescentos ao que na introdução foi exposto. Contudo, mantemos a nossa crença de que “uma das alavancas mais estruturantes no nosso desenvolvimento é a imagem e o sentimento de valor e de mérito que temos de nós próprios, classicamente designado por autoestima.” (Cordeiro, 2003. Pág. 43). Nessa medida a nossa intervenção com o grupo de clientes foi incisiva para a obtenção de resultados que, não podendo ser mensurados desta feita num trabalho desta amplitude, poderão ser quantificados numa fase posterior, em futuros trabalhos.

Por ora foi possível trabalhar ao nível da prevenção terciária em Saúde Mental, promovendo “...um sentimento de bem-estar, com uma eficaz gestão do stress diário, em que o indivíduo tem um papel ativo na comunidade em que está inserido” (OMS. 2007), através da aplicação de um conjunto de sessões de arteterapia que visaram promover a autoestima do cliente inimputável, procurando melhorar sintomas, reduzir a incapacidade e reabilitar, de acordo com Stanhope & Lancaster, 1999.

Os objetivos profissionais eram: problematizar a área de estudo a aprofundar; Identificar as competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, a desenvolver em articulação com as competências inerentes ao grau de mestre; ponderar aspetos éticos que se colocassem à elaboração da intervenção; elaborar um projeto com vista ao desenvolvimento de competências na avaliação, diagnóstico e intervenção em clientes de enfermagem. Quanto a estes, cremos que a problematização da área de estudo a aprofundar foi conseguida. Fomos também bem sucedidos na tarefa de desenvolver competências ao nível de uma enfermagem especializada. Este relatório apresenta ainda características necessárias à consecução de um trabalho de natureza científica, com característica que permitem alcançar o grau de mestre. Os aspetos éticos, embora ponderados numa fase de projeto, foram

rasteirados com um inesperado facilitismo aquando do estágio, pelo que numa próxima oportunidade certamente serão tidos em conta de uma forma ainda mais formalizada e com aval escrito de toda a equipa multidisciplinar, por forma a não ferir suscetibilidades.

Tínhamos como objetivos clínicos principais: promover a autoestima no cliente inimputável; promover o investimento dos clientes no seu desenvolvimento pessoal; capacitar os clientes a adquirirem alguma capacidade de gerir sentimentos; capacitar os clientes a reconhecerem competências de relacionamento interpessoal; capacitar os clientes a identificarem em si competências para aceitar e lidar com a vida e com a doença mental; promover o relaxamento em contexto de grupo; promover a tomada de consciência das potencialidades pessoais de cada cliente. Todos estes objetivos foram atingidos com o grupo e com cada indivíduo.

Tiveram lugar seis sessões de arteterapia com um grupo de cinco clientes a cumprir medida de segurança. Na última sessão em grupo o cliente A fez questão de verbalizar que nunca imaginou que pudesse fazer certas coisas que fez naquele contexto nem partilhar tanto de si com um grupo de pessoas. Este sentimento pode ser sobejamente integrador e reestruturante para a pessoa, não só pelo facto de sentir o suporte dos seus semelhantes/pares, como também por descobrir novas potencialidades em si, outrora desconhecidas e que poder-lhe-ão injetar esperança no futuro.

Ao propor que “o cuidar e o amor, frequentemente desvalorizados, são os pilares da humanidade; alimentar estas necessidades preenche a natureza humana” (Almeida, Lopes e Damasceno, 2005), Watson foi ao encontro daquela que considero ser a principal natureza do cuidar: Dar (a satisfação pela dádiva e pela extensão do sentido do ser de que Watson nos fala). Oferecer. Amar. Esse amor que está em nós quando nos damos ao outro, é inerente a quem cuida e sem este, na minha perspetiva, não existe verdadeiro cuidar.

Se a intervenção se prolongasse no tempo, seria benéfico dar continuidade às sessões para o mínimo de 8. Desta forma, talvez fosse possível recuperar a presença dos dois elementos que desistiram do grupo na última

sessão. Com mais tempo também se esperaria que o grupo começasse a revelar, elemento a elemento, as suas defesas, de forma que pudessem ser trabalhadas em contexto de grupo. Com mais tempo e mais recursos, seria interessante criar um segundo grupo terapêutico e comparar as respostas perante a intervenção.

Com este trabalho concluímos que a arte terapia é um poderoso instrumento relacional interpessoal com o cliente inimputável. Através da triangulação cliente, objeto de arte, terapeuta/enfermeiro é possível aceder a aspetos do self que talvez não fossem acedidos numa inter-relação não mediada ou mediada pela palavra.

A arte permite a libertação de qualquer censura (superego) que se interponha, quer por questões sociais, quer por questões pessoais relacionadas com o pré-conceito. Sem se dar conta o cliente submerge em temáticas que lhe são dolorosas, para emergir depois de uma forma consciente e elaborar. Ao mesmo tempo, está a investir em si, no tempo que passa consigo a refletir enquanto cria e na descoberta das suas potencialidades criativas que novamente lhe permitirão readquirir um sentimento de esperança na sua vida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alligood et al. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta, 2004

Almeida, L. *Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Sob orientação de: Professora Lurdes Medeiros Garcia. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de ciências da saúde. Lisboa: 2011.

Almeida, V. Lopes, M.; Damasceno, M. (2005) – *Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnum*. *Revista da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo*. [em linha]. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol.39, nº2. (Junho 2005), p.202-210. Acedido em 2011/03/12. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/27.pdf>.

Ballone, G. J. *Imputabilidade* – [em linha], revisto em 2005, <http://www.psiqweb.med.br> [consultado em 03-04-2014]

Barbier, J. M. (1993). *Elaboração De Projectos de Acção E Planificação*. Porto: Porto Editora.

Benner, P. *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X

Cabral, A., Macedo, A., Vieira, D. *Da psiquiatria ao direito*. JULGAR - N.º 7. 2009.

Carvalho, R. (2009b) *A arte de sonhar ser. Fundamentos da Arte-Psicoterapia analítica-Expressiva*. Lisboa: ISPA.

Carvalho, R. (2011) *Potencialidades criativas e simbólicas dos mediadores artísticos. Manual de teoria e técnica da Arte-Terapia/Psicoterapia*. SPAT. Lisboa

Castro, A., Maia, Â. *A avaliação do dano psíquico em processo cível: uma análise de 5 anos de práticas*

Castro, L. & Ricardo, M. *Gerir o trabalho de projecto: guia para a flexibilização e revisão curriculares*. Lisboa: Texto Editora, 2003.

Chalifour, J. – *A intervenção terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda – volume 1. Capítulo 3: O interveniente*. Loures: Lusodidacta, 2008.

Chalifour, J. – *La relation d'aide en soins infirmiers – Une perspective holistique-humaniste*. Paris: Editions Lamarre, 1989.

CIVARDI, A. et al. *Bons sonhos, Histórias para ler ao deitar, para incentivar a calma, confiança e criatividade*. Lisboa: Editorial Estampa, 2008. ISBN 978-972-33-2453-2.

Código Penal Português [em linha],
<http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/portugal.penal.95.pdf>
[consultado em 20-04-2014]

Coqueiro, N.F., Vieira, F.R. e Freitas, M.M. *Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental*. Acta Paul Enferm 2010;23(6):859-62., Artigo recebido em 16/02/2009 e aprovado em 05/04/2010.

Cordeiro, J.C. – *Psiquiatria Forense. A pessoa como sujeito ético em medicina e em direito*. Fundação Calouste Gulbenkian. Porto: 2003.

Cortesão, E. – *Grupanálise. Teoria e técnica*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa: 1989.

Cunha, M. (2010) – *Comunicação terapêutica com o doente com perturbações psiquiátricas*. Nursing. Nº 262, vol.22. (Outubro 2010) p. 8-15.

Cunha, S. (2003). *Esquizofrenia e Crime: Contributo para o estudo da agressividade dos Inimputáveis perigosos*. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina. Tese de Mestrado.

Cutcliffe J.; Mckenna H. *The essential concepts of nursing: building blocks for practice*. Editora Elsevier; Edinburgh: 2005. ISBN 0-443-07372-4.

Davoglio, T. *Avaliação de comportamentos antissociais e traços psicopatas em psicologia forense. Avaliação Psicológica* 9(1), pp. 111-118. Brasil, Porto Alegre: 2010.

Diário da república. I SÉRIE-A, ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA Lei n.º36/98 de 24 de Julho Lei de Saúde Mental, nº 169 – 24-7-1998.

Diário da República. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.* Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 – Regulamento n.º 129/2011.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/autoestima> [consultado em 20-04-2014].

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/inimputabilidade> [consultado em 20-04-2014].

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/agressividade> [consultado em 20-04-2014].

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/amor> [consultado em 20-04-2014].

Filho, H. (2009). *Psiquiatria Forense. Crime e Doença mental: Um nexos de causalidade.* Retirado de <http://www.polbr.med.br/ano09/for1009.php>

Formiga, N., Neta, A., Medeiros, A. e Dias, P. – *Agressão e autoestima: um estudo preliminar em adolescentes brasileiros.* Psicologia.com.pt 28-03-2008

Freud, S. (1989) – *O Ego e o ID.* Textos Essenciais da Psicanálise, Volume III, Publicações Europa América: Lisboa

Freud, Sigmund. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Psicologia de Grupo e a Análise do Ego (1921).* Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Guerreiro, D. *Necessidade Psicológica de Auto-Estima/Auto-Crítica: Relação com Bem-Estar e Distress Psicológico.* Dissertação de Mestrado integrado em psicologia Secção de Psicologia Clínica e da Saúde Núcleo de Psicoterapia

Cognitiva, Comportamental e Integrativa. Orientada pelo Professor Doutor António José dos Santos Branco Vasco. Universidade de Lisboa faculdade de psicologia. Lisboa: 2011.

Guilhardi, H. *Autoestima, autoconfiança e responsabilidade, Instituto de Análise de Comportamento*. Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento, ESETEC Editores Associados. 2002.

Hamolia, C. (2001). Prevenção e Manejo do Comportamento Agressivo. In: STUART, G.; Laraia, M. - *Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Prática*. 6ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p.654-677.

Howk, C. (2004). Hildegard Peplau. Enfermagem Psicodinâmica In tomeu, A; allgood, M. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência. p.423-444.

<http://www.cinema-therapy.com/Bio.html>

<http://www.cinema-therapy.com/Bio.html>

ICN. Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. CIPE: Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-5-2.

Marques, A. *Terapia de reminiscências. Projeto de Intervenção*. 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu: Março de 2012

Martins, D. *Arteterapia e as potencialidades simbólicas e criativas dos mediadores artísticos*. Mestrado em educação artística, Universidade de Lisboa, Faculdade de Belas Artes, 2012

Martins, L., Valladares, A. *A Utilização Das Cores Em Arteterapia Com Adultos-Jovens Usuários De Drogas Psicoativas Hospitalizados*. Faculdade de Enfermagem/UFG, Goiânia, Brasil:

- Matos, A. *Vária. Existo porque fui amado*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.
- Moorhead, S., Johnson, M. e Maas, M. *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 3ª Edição. Lisboa: Artmed Editora, 2008
- OMS. *Fact Sheet nº220. 2007*. Disponível em: <http://www.who.int>. (consultado em 12/04/2014)
- OMS. *Prevenção dos Transtornos Mentais*. Genebra, 2004. Disponível em: <http://www.who.int>. (Consultado em 16/04/2014)
- Peplau, H. *Relaciones interpersonales em enfermería*. Barcelona: Masson Salvat, 1993.
- Pereira, A. L., Pita, J.R., *I Jornadas De História Da Psiquiatria E Saúde Mental*. Centro De Estudos Interdisciplinares Do Séc. Xx Da Universidade De Coimbra. Coimbra: 2010
- Phaneuf, M. *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005.
- Pinto, C. *O efeito do baixo autocontrolo no crime e no comportamento anti-social: análise da Teoria Geral do Crime numa amostra de reclusos e não reclusos portugueses*. Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra:2012.
- Robert, E., Michael, L. *Comportamento Assertivo Um guia de auto-expressão*. Emmons. Tradução: Jane Maria Corrêa, interlivros.
- Rogers, C. R. *Tornar-se pessoa*. 7ª Edição. Lisboa: Moraes Editores, 1985.
- Rovani, M. *Leitura corporal do comportamento agressivo e suas consequências*. Centro Reichiano. Curitiba: 2006. Disponível em www.centroreichiano.com.br/artigo. Acedido em 26-04-2014.
- Santos, M., Souza, F., Santos, C.. *As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator* Texto & Contexto Enfermagem, vol. 15, 2006, pp. 79-87, Universidade Federal de Santa Catarina, Red de Revistas

Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71414366009>. Texto Contexto Enferm, Florianópolis: 2006.

Santos, S.; Nóbrega, M. (1996), Teoria das relações interpessoais em enfermagem de Peplau: análise e evolução. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 49 n.º 1 (Jan/Mar 1996) p. 55-64.

Sousa, F. *Intervenção psicológica Forense na área da saúde mental – Inimputabilidade*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Faculdade de Psicologia. Orientador: Professor Doutor Carlos Poiars. Lisboa: 2008

Stanhope, M.; Lancaster, J. *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ªed. Loures: Lusociência Editora, 1999.

Teixeira, A.I. *Intervir para ajudar a crescer*. Universidade Católica Portuguesa/Porto, Instituto de Ciências da Saúde. Porto: 2010.

Teixeira, J. *Introdução à psicoterapia existencial*. *Análise Psicológica* 3 (XXIV): 289-309. 2006.

Teixeira, J.M. *Inimputabilidade e Imputabilidade Diminuída - Considerações sobre a aplicabilidade destas noções em Psiquiatria Forense (I)*. Volume VIII, Nº4 Julho/Agosto 2006. Editorial Saúde Mental.

Vargas, L. filho. *Arteterapia como facilitadora do processo de individuação*. Rio de Janeiro: 2007

www.cinemaalchemy.com

www.cinematherapy.com

www.cinema-therapy.com