

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde

Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

A expressão plástica na reabilitação psicossocial da pessoa com esquizofrenia em fase residual

Ana Mafalda Pinheiro Ribeiro

Orientador: Professor Doutor Luís Nabais

Lisboa

2017

Contempla as correções resultantes da discussão pública



“Arte é a expressão mais pura que há para a demonstração do inconsciente de cada um. É a liberdade de expressão, é a sensibilidade, criatividade, é vida”.

Jung, 1920

Agradecimentos

Aos Enfermeiros que me orientaram no estágio
pela sua disponibilidade, apoio e dedicação,
especialmente à Enf.^a Marta Cruz, Enf.^a Céu Rito
e

Enf.^a chefe Ana Rita Ribeiro.

Ao Professor Doutor Luís Nabais pela orientação.

À minha família pelo apoio incondicional.

Ao meu namorado pela força e paciência.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychological Association

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

ESMP – Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiatria

SMP- Saúde Mental e Psiquiatria

WHO – World Health Organization

RESUMO

A esquizofrenia, numa fase residual, é caracterizada por um conjunto de sintomas, predominantemente, negativos que leva a pessoa ao isolamento social, embotamento afetivo, à presença de défices cognitivos e dificuldades na realização das suas atividades de vida diárias. Estes sintomas são de tal forma estigmatizantes que impedem a pessoa de se reintegrar na sociedade e ter uma boa qualidade de vida. Assim, para dar resposta a este problema, torna-se crucial encontrar estratégias de intervenção não farmacológicas que facilitem a relação da pessoa consigo própria e com o seu ambiente relacional. Uma dessas estratégias passa por utilizar mediadores expressivos, com a finalidade de reabilitar psicossocialmente a pessoa, tornando-a mais funcional, individual e coletivamente. Deste modo, delineámos como objetivos para o presente trabalho: compreender a pessoa com esquizofrenia em fase residual; identificar as necessidades da pessoa com esquizofrenia; adquirir competências na utilização de mediadores expressivos em contexto terapêutico; adquirir competências na orientação de dinâmicas de grupo; e avaliar o impacto da utilização de mediadores expressivos na relação terapêutica. Perante estes objetivos realizámos um programa de intervenções, usando a expressão plástica como mediador expressivo, aplicado a um grupo de pessoas com esquizofrenia residual, dez pessoas no contexto de ambulatório e nove pessoas no contexto de internamento. Este programa foi desenvolvido em sete sessões, envolvendo como técnicas expressivas o desenho, a pintura, a moldagem, o corte e a colagem. No final havia um momento de partilha do trabalho realizado e, durante o decorrer das sessões, observámos que o nível de bem-estar, a partilha de ideias, vivências e/ou experiências foi bastante evidente. Os resultados que obtivemos desta intervenção foram bastante positivos, pois houve uma diminuição do isolamento social que originou um aumento da motivação e atenção, facilidade de expressão de emoções e sentimentos, assim como na construção de relações intrapessoais e interpessoais.

Palavras-chave: Pessoa com esquizofrenia em fase residual; reabilitação psicossocial; expressão plástica; enfermagem.

ABSTRACT

Schizophrenia, in the residual phase, is distinguished by a set of symptoms, mainly negative, that leads the person to social isolation, affective blunting, cognitive problems and difficulties in performing daily activities. These symptoms are so stigmatizing that they prevent the person from reintegrating into society and having a good life quality. Thus, to sort this problem, it is crucial to find non-pharmacological intervention strategies that help the person's relationship with himself and his emotional environment. One of these strategies is to use expressive mediators to rehabilitate the person psychosocially, making him more functional, both individually and collectively. This way, we outlined the following objectives for the present study: to understand the person with residual schizophrenia; identify the needs of the person with schizophrenia; acquire skills to apply expressive mediators in a therapeutic context; obtain skills in guidance group dynamics; evaluate the impact of the use of expressive mediators in the therapeutic relationship. Faced with these objectives, we carried out an intervention program, using artistic expression as an expressive mediator, applied to a group of people with residual schizophrenia, ten people in the ambulatory context and other nine in the inpatient context. This program has been developed in seven sessions, involving expressive techniques as drawing, painting, molding, cutting and gluing. At the end, there was a sharing moment about the work and during the sessions, we observed that the level of well-being, sharing of ideas, perceptions and/or experiences was quite evident. The results we got from this intervention were very positive, because there was a decrease in social isolation that led to an increase in motivation and attention, ease of emotions and feelings expression, as well as creating relationships, both intrapersonal and interpersonal.

Keywords: Person with residual schizophrenia; psychosocial rehabilitation; artistic expression; nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
1.1 A pessoa com esquizofrenia.....	12
1.2 A esquizofrenia residual.....	16
1.3 A reabilitação psicossocial na pessoa com esquizofrenia residual.....	19
1.3.1 <i>Recovery e Empowerment</i>	20
1.3.2 Contributos dos modelos de enfermagem: H. Peplau, B. Newman e J. Favrod	22
1.4 A expressão plástica como mediador terapêutico na relação enfermeiro-utente.	26
2. PERCURSO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	36
2.1 Problemática	36
2.2 Objetivos.....	36
2.3 Caracterização dos contextos	36
2.4 Caracterização dos participantes	37
2.5 Instrumentos e Intervenções desenvolvidas.....	38
2.5.1 Intervenções desenvolvidas em contexto de ambulatório.....	39
2.5.2 Intervenções desenvolvidas em contexto de internamento.....	39
2.5.3 Jornais de aprendizagem e Estudo de caso	40
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
3.1 Resultados das intervenções desenvolvidas em contexto de ambulatório	41
3.2 Resultados das intervenções desenvolvidas em contexto de internamento	45
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	54
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

APÊNDICES

I-Cronogramas

II-Programas das sessões de expressão plástica

III-Planos das sessões de expressão plástica

IV-Apresentação "grupo de expressão plástica"

V- Jornais de aprendizagem

VI- Estudo de caso

VII- Cartão de expressão plástica

VIII-Resultados das sessões no contexto de ambulatório

IX-Resultados das sessões no contexto de internamento

ANEXOS

I-Imagens da sessão de cariz avaliativo no contexto de ambulatório

II-Imagens da quarta e da terceira sessões no contexto de ambulatório

III- Imagem após o terminar do estágio no contexto de ambulatório

IV-Imagens da segunda e da sétima sessões no contexto de internamento

V-Imagens da terceira e da sexta sessões no contexto de internamento

VI- Imagem da terceira sessão no contexto de internamento

VII- Imagens de contextos diferentes

INTRODUÇÃO

Na nossa prestação de cuidados, lidamos diariamente com a problemática de conseguir planejar intervenções que reabilitem psicossocialmente a pessoa com esquizofrenia em fase residual, no sentido de conseguirmos diminuir ou mesmo eliminar o estigma que se encontra envolvido em torno desta doença. O intuito é tornar as pessoas o mais funcionais possível, de forma a reintegrarem-se na sociedade e terem uma boa qualidade de vida.

Se não for feita uma intervenção, com a instalação e evolução da doença, as pessoas apresentam sintomas residuais que, de acordo com Townsend (2011), incluem o isolamento social, comportamento excêntrico, comprometimento ao nível da aparência e higiene, inadequação ou indiferença do afeto, pensamento ilógico ou apatia e discurso pobre ou excessivamente elaborado. Estes sintomas levam a que estas pessoas tenham dificuldades ou sejam mesmo incapazes de viverem em sociedade e realizar as suas atividades de vida diárias.

Assim, compete aos enfermeiros desenvolver competências para conseguir realizar intervenções psicossociais e de âmbito psicoterapêutico, neste caso, utilizando a expressão plástica como mediador expressivo.

Estas intervenções têm bastantes benefícios para as pessoas com esta patologia, principalmente na expressão de sentimentos e emoções e na interação intrapessoal e interpessoal, ou seja, a relação terapêutica. Esta questão é crucial e é o fator principal que leva as pessoas a não se conseguirem reintegrar na sociedade.

O estágio tem como principal finalidade adquirir e desenvolver competências de ESMP para conseguir num contexto individual e grupal, intervir num âmbito psicoterapêutico e psicossocial, na pessoa com esquizofrenia em fase residual, de forma a melhorar ou manter as suas capacidades físicas e intelectuais. Delineámos como objetivos para o estágio: compreender a pessoa com esquizofrenia em fase residual; identificar as necessidades da pessoa com esquizofrenia; adquirir competências na utilização de mediadores expressivos em contexto terapêutico; desenvolver competências na orientação de dinâmicas de grupo; avaliar o impacto da utilização de mediadores expressivos na relação terapêutica.

Tendo em conta estes pressupostos, o estágio iniciou-se na vertente comunitária no sentido de compreender a pessoa com esquizofrenia em fase residual, bem como as suas vivências. Este foi realizado em dois momentos: o primeiro na observação e participação em intervenções psicossociais desenvolvidas no serviço pela enfermeira especialista; o segundo no planeamento, desenvolvimento e aplicação de sessões de expressão plástica num grupo de pessoas que sofrem desta patologia. Posteriormente, em contexto de internamento, o estágio consistiu na construção e aprofundamento do conhecimento relativamente às dinâmicas de grupo, no desenvolvimento e aplicação de sessões e na avaliação individual e global das mesmas (os seus contributos e benefícios).

A metodologia utilizada para a elaboração do trabalho consistiu na pesquisa bibliográfica, usando bases de dados internacionais (EBSCO e bibliografia do conhecimento online, livros, dissertações, artigos e monografias), prestação de cuidados de enfermagem na área de ESMP durante os estágios clínicos, discussão de ideias e opiniões com especialistas e peritos na área, e a reflexão contínua ao longo deste processo. Foi elaborada uma revisão da literatura sobre o tema para se conseguir contextualizar a problemática, utilizando como palavras-chave: Pessoa com esquizofrenia em fase residual; reabilitação psicossocial; expressão plástica e enfermagem.

Na teoria, este incorpora o paradigma de enfermagem das relações interpessoais Hildegard Peplau, uma vez que a relação de ajuda está diluída em todas as intervenções realizadas e o paradigma de enfermagem da integração de Betty Newman (Teoria dos sistemas) pois, para conseguir o bem-estar e a estabilidade hemodinâmica da pessoa com doença mental, é importante conseguir satisfazer as necessidades do seu sistema total, isto é, ajudar a pessoa com doença mental no seu processo de adaptação (estabelecer o seu equilíbrio e eliminar os fatores de stress). Também Jérôme Favrod se revelou importante neste trabalho, pois descreve intervenções não farmacológicas de cariz reabilitativo direcionadas para a pessoa com esquizofrenia em fase residual, ou seja, para dar resposta aos sintomas negativos/ síndrome deficitário característico desta fase.

Os autores referidos serão os pilares para se conseguir desenvolver a intervenção e, conseqüentemente para a aquisição das competências de enfermeira em SMP.

Posteriormente, serão elucidados alguns conceitos importantes para a intervenção psicossocial e de âmbito psicoterapêutico que foram desenvolvidos para as pessoas com esquizofrenia em fase residual, tendo como mediador a expressão plástica. Esta mesma intervenção será analisada, ao longo do estágio, na prestação de cuidados de enfermagem.

Objetivamente, pretendemos realçar os benefícios das técnicas de expressão plástica como um meio de conseguir ajudar a pessoa com esquizofrenia em fase residual a tornar-se mais apta a comunicar, interagir e usar os seus recursos internos e intelectuais.

Após o enquadramento teórico alusivo à temática, iremos descrever, analisar e avaliar as atividades desenvolvidas nos contextos previamente caracterizados. Também faremos referência aos seus contributos para a aquisição de competências de enfermeira especialista.

No final, teceremos algumas considerações acerca dos principais contributos, aprendizagens, limitações e dificuldades sentidos ao longo deste percurso.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 A pessoa com esquizofrenia

Para realizar uma intervenção na pessoa com esquizofrenia, é importante compreender esta patologia, bem como as dificuldades e/ou incapacidades que ela deixa na pessoa.

A esquizofrenia existe em todo o mundo e, ao contrário do que ainda muitas pessoas pensam ou supõem, envolve todas as raças e classes sociais. No Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, American Psychological Association, 2002), a prevalência entre adultos varia entre os 0,5% e 15%, e a incidência entre os 0,5 a 5 por cada 100 000 habitantes.

Atualmente, é considerada uma doença mental severa, que afeta mais de 21 milhões de pessoas em todo o mundo, apresentando uma taxa de prevalência de 0,2% (World Health Organization, 2015; DSM-IV, 2013). Em Portugal existem ainda poucas investigações acerca desta doença mental. Um estudo realizado em 2006 pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto, de Pacheco Palha, concluiu que a prevalência da esquizofrenia em Portugal está estimada entre 0,6% e 1%, como uma das doenças com maior prevalência no país, afetando 60 mil a 100 mil portugueses (Palha, 2009).

De acordo com Neeb (2000), a pessoa com esta patologia sofre uma cisão entre os pensamentos e sentimentos e realidade individual e realidade social, não sendo capaz de diferenciar aquilo que lhe compete, socialmente, a si e aos outros. Partindo desta ideia, esta perturbação é caracterizada por distorções fundamentais do pensamento e da perceção, e por emoções impróprias, manifestando-se, normalmente, no final da adolescência ou início da vida adulta, sendo este período considerado crítico. Esta afeta as funções básicas de uma pessoa saudável: o sentido de individualidade, singularidade e auto direção. O comportamento pode ser gravemente afetado durante certas fases da perturbação, originando consequências sociais severas (WHO, 2002).

O desenvolvimento desta perturbação pode dividir-se em quatro fases: fase pré-mórbida, fase prodromal, fase de esquizofrenia e fase residual, e existem cinco tipos

de esquizofrenia: a desorganizada (ou hebefrênica), a catatônica, a paranoide, a indiferenciada/simples e a residual (Townsend, 2011).

Para Favrod & Maire (2014), a esquizofrenia é uma patologia heterogênea que se pode manifestar através de sintomas positivos e negativos, ou seja, pode apresentar sintomas de distorção da realidade (delírios e alucinações), redução das suas capacidades de expressão, nos planos verbal e comportamental, dificuldade em realizar as suas atividades de vida diárias e um retraimento social, sendo estes dois últimos sintomas mais estáveis e persistentes.

De uma forma mais pormenorizada, nos sintomas psicóticos/positivos/produtivos estão incluídas as alucinações, alterações da percepção, isto é, percepção sem objeto que ocorre na mente da pessoa; os delírios em convicções objetivamente erradas que envolvem a interpretação incorreta das vivências ou percepções (Trzepacz & Baker, 2001; Saraiva & Cerejeira, 2014), manifestações comportamentais (comportamento desorganizado, catatônico, agitação psicomotora) (Saraiva & Cerejeira, 2014) que, segundo Gabbard (2006) se desenvolvem num curto espaço de tempo e que são, frequentemente, acompanhadas de um episódio psicótico agudo.

Os sintomas deficitários/negativos são caracterizados por uma “ausência” de função (Gabbard, 2006), onde estão incluídos a alogia, caracterizada por uma pobreza no discurso, respostas breves sem conteúdo, redução da fluência, produtividade do discurso, tempo de resposta ou sincronia deficiente, raramente expressando a sua opinião; o embotamento afetivo, que consiste na incapacidade de experienciar e expressar as suas emoções, défice na habilidade de comunicar afeto através de canais não-verbais e paralinguísticos, por outras palavras, existe uma redução da amplitude e intensidade da expressão emocional (Saraiva & Cerejeira, 2014, Coelho & Palha, 2006).

De acordo com Townsend (2011), é considerada uma manifestação da apatia emocional; a avolição ou falta de vontade é caracterizada pela incapacidade da pessoa de iniciar, manter e concluir uma atividade direcionada com um determinado objetivo (Coelho & Palha, 2006); anedonia, que consiste na redução da capacidade

de sentir prazer nas atividades e relações interpessoais e o isolamento social é caracterizado por uma diminuição do interesse de envolvimento e compromisso afetivo da pessoa, como também uma redução na interação social (Saraiva & Cerejeira, 2014). Para Favrod & Maire (2014) existe também, distúrbios da atenção e uma diminuição na realização das suas atividades de vida diárias, incluindo as relações profissionais e sociais.

É importante salientar que a esquizofrenia é considerada uma patologia psicótica dos afetos, pois pode existir uma ambivalência emocional que Townsend (2011) descreve como uma coexistência de emoções opostas em relação à mesma situação, pessoa ou objeto. Abreu (2015) acrescenta também a possível existência de uma rigidez afetiva, que consiste numa ausência de modulação na expressão afetiva, ou na persistência de um determinado afeto em todas as circunstâncias (existe uma inadequação clara), de uma discordância afetiva, ou seja, existe modulação e mudança que continua a ser inadequada e um embotamento afetivo, onde não se consegue detetar a compreensível afeição relacional, a pessoa age como se fosse um “robot”; com o sentimento de não ter sentimentos.

Os défices nas habilidades sociais podem ocorrer também devido à falta de uso de competências ou por ausência de oportunidades quando, por exemplo, existem hospitalizações prolongadas ou mudanças no ambiente, pode existir um menor incentivo para a execução dessas habilidades e/ou uma falta de motivação (Coelho & Palha, 2006).

Nas relações interpessoais existem também manifestações importantes, que consistem no retraimento, expressões inadequadas de agressão e sexualidade, falta de consciência das necessidades dos outros, solicitação excessiva e incapacidade de estabelecer contactos significativos com outras pessoas (Gabbard, 2006).

Acerca da sua etiologia, a esquizofrenia é bastante complexa, multicausal e resulta de um efeito cumulativo de variados fatores de risco.

A hipótese genética tem um grande papel no desenvolvimento desta patologia, pois existe a probabilidade de haver alguma heterogeneidade genética (Gabbard, 2006). A hipótese dos neurotransmissores (Dopamina, Serotonina e Glutamato), a hipótese

viral e hipótese associada ao neurodesenvolvimento podem também ser uma das causas do aparecimento desta patologia (Afonso, 2010).

As hipóteses familiares centram-se, preferencialmente, na relação mãe e filho, uma vez que este vínculo é crucial para o processo de socialização da criança. Vários estudos revelaram muitos casos de mães com filhos esquizofrénicos que tinham em comum um comportamento superprotetor e dominador em relação aos filhos. Este tipo de comportamento causava um impedimento relativamente ao desenvolvimento do ego da criança (visão psicanalítica de Freud). Mais tarde, também foram desenvolvidas as teorias de Bateson (1956) e Wynne e Singer (1963) centradas no tipo de comunicação existente entre os elementos do seio familiar e a de Liz (1957) que estava ligada às estruturas familiares e às suas inter-relações (Afonso, 2010).

Relativamente a estas hipóteses, Townsend (2011) refere que as teorias acima mencionadas, entre outras, defendiam as frágeis relações entre mães-filhos e sistemas familiares disfuncionais como causas da esquizofrenia. Estas já não têm credibilidade, uma vez que a investigação está concentrada na esquizofrenia como uma doença do cérebro.

Outra hipótese são as influências ambientais, mais especificamente, os fatores socioculturais que, em muitos estudos, tentaram ligar a esquizofrenia a uma classe social mais desfavorecida. Os acontecimentos de vida stressantes também são outro fator que pode estar associado à exacerbação da sintomatologia característica da esquizofrenia (indivíduo com uma vulnerabilidade genética), como também o aumento da frequência de recaídas (Townsend, 2011).

Embora existam várias hipóteses, Gabbard (2006) refere um facto irreduzível que consiste na esquizofrenia ser uma patologia que ocorre em pessoas com características psicológicas singulares.

Assim, analisando as estatísticas, é crucial intervir precocemente nesta patologia, embora não haja uma causa específica, a intervenção farmacológica e não farmacológica, baseada na doença em todo o seu envolvente, deve ser adaptada às necessidades individuais de cada pessoa.

1.2 A esquizofrenia residual

A esquizofrenia evolui para uma fase crónica, quando o período entre o início dos sintomas psicóticos e o início do tratamento é prolongado, e conseqüentemente a remissão dos sintomas é mais lenta, existindo também uma pior resposta ao tratamento (Saraiva & Cerejeira, 2014).

As pessoas com esquizofrenia em estado crónico, estão assim inseridas na fase residual que, segundo Townsend (2011), é caracterizada pelo aparecimento de períodos de remissão e de exacerbação, isto é, os sintomas do estado agudo (positivos) encontram-se ausentes ou já não são proeminentes.

A esquizofrenia residual é um estado crónico da evolução de uma doença esquizofrénica, com uma progressão nítida de um estado precoce para um estado tardio. A evidência da doença é contínua, mas não existem sintomas psicóticos marcados, isto é, os sintomas negativos estão mais presentes e não são necessariamente irreversíveis (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2010).

Para Cerejeira & Saraiva (2014), a esquizofrenia residual consiste na fase crónica da doença, onde existiu uma progressão de um quadro inicial (um ou mais episódios com sintomas positivos) para um quadro tardio, havendo predominância dos sintomas negativos. Durante pelo menos um ano persistem esses sintomas sem surgimento de sintomas positivos. Esses sintomas negativos englobam: a lentidão psicomotora; hipoatividade; embotamento afetivo; passividade e falta de iniciativa; discurso pobre; fraca comunicação não-verbal; desempenho social medíocre (CID-10, 2010); isolamento social; a falta de preocupação pela higiene pessoal; o comportamento excêntrico; o discurso excessivamente elaborado, o pensamento ilógico e a apatia (APA, 2002; Kaplan, Sadock & Grebb, 1999; Townsend, 2011; Afonso, 2010). De uma forma mais concreta, existe uma falta de interesse e de iniciativa no trabalho e nas atividades do dia a dia, uma incompetência social e uma incapacidade de manifestar interesse pelas atividades lúdicas. Estes sintomas podem causar incapacidade permanente, uma baixa qualidade de vida e, ao mesmo tempo, impor um fardo considerável às famílias (WHO, 2002).

Este domínio dos sintomas negativos na fase residual surge, segundo Campos (2008), em consequência dos sintomas positivos terem uma melhor resposta ao tratamento farmacológico, logo o tratamento dos sintomas negativos impõem grandes desafios à praxis terapêutica e trazem consequências ao nível das relações interpessoais. De acordo com Afonso (2002), afetam/comprometem as habilidades/faculdades da pessoa, nomeadamente o seu funcionamento social, afetivo, ocupacional e cognitivo.

É importante não esquecer que as pessoas tomam fármacos (manutenção) que atuam no controlo dos sintomas positivos e, conseqüentemente, conseguem melhorar a síndrome deficitária caracterizada pelos sintomas negativos e proteção contra o *stress*. Como acontece com qualquer fármaco, existem efeitos secundários importantes a ter em consideração: a acinesia, que consiste no empobrecimento dos gestos, da expressão facial, da entoação da voz e défice na marcha; a acatisia que envolve a inquietação motora (Coelho & Palha, 2006).

Assim, tendo por base o conceito de esquizofrenia residual, bem como as limitações graves que a pessoa enfrenta nas suas atividades quotidianas, é importante ter em consideração as abordagens de tratamento que, segundo Gabbard (2006), passam pela farmacoterapia, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, intervenção familiar, treino de habilidades sociais e tratamento hospitalar.

A farmacoterapia consiste na administração de medicamentos antipsicóticos que são eficazes no tratamento de manifestações agudas e crónicas da doença, como também na terapia de manutenção para prevenir a exacerbação de sintomas. A eficácia destes medicamentos é aumentada se for ligada a terapia psicossocial. Existem dois tipos de antipsicóticos que possibilitam uma melhoria da qualidade de vida: os típicos, que controlam os sintomas psicóticos positivos; e os atípicos, que ajudam no tratamento de pessoas com psicoses e sintomas negativos severos (Townsend, 2011).

Esses agentes atípicos, como não provocam efeitos colaterais desconfortáveis à pessoa, comparativamente com os típicos, levam a que haja um aumento na adesão terapêutica e nos tratamentos psicossociais (Gabbard, 2006).

A psicoterapia individual consiste na criação de uma aliança terapêutica sólida com a pessoa, no sentido de melhorar a adesão terapêutica, prevenir recaídas e aumentar ou melhorar o seu funcionamento ocupacional e social (Townsend, 2011).

A psicoterapia de grupo só é realizada após a estabilização farmacológica dos sintomas positivos. Este tipo de terapia tem uma taxa de maior sucesso em unidades de utentes crónicos. As sessões são semanais e têm uma duração de 60 a 90 minutos. Estas servem para criar confiança e proporcionar um grupo de apoio, no qual cada pessoa pode discutir livremente acerca das suas preocupações, sobre como deve lidar com a doença, com as alucinações auditivas e com o estigma da doença mental (Gabbard, 2006).

As intervenções com as famílias consistem em programas psicoeducacionais, através da criação de uma relação terapêutica, onde se transmitem conteúdos sobre a doença e tudo o que a mesma envolve, se proporciona ajuda na resolução de problemas do dia a dia, se avalia, de forma contínua, os problemas percebidos pelos familiares e as suas estratégias de evitamento (Favrod & Maire, 2014). Estes programas têm como principal finalidade apoiar o sistema familiar da pessoa com esquizofrenia, para que esta se possa manter integrada na sociedade e evitar que tenha recaídas (Townsend, 2011).

O treino das habilidades sociais consiste num conjunto de capacidades específicas que permitem à pessoa desenvolver uma competência social devidamente adaptada. Estas habilidades subdividem-se em três tipos: as recetivas, que consistem na capacidade de identificar e compreender aspetos importantes de uma situação social; as decisórias, que se centram na capacidade de perspetivar diversas opções face a um determinado problema, ou determinar um plano de atuação; as comportamentais, que consistem nos vários elementos não-verbais e verbais da resposta que foi escolhida. Este treino é eficaz nesta patologia, uma vez que intervém nas funções cognitivas que se encontram comprometidas, mais concretamente, na memória procedimental (Favrod & Maire, 2014).

O tratamento hospitalar, que proporciona à pessoa um abrigo seguro, que mesmo tendo um surto psicótico, evita que fira outros ou a si própria. Os enfermeiros desempenham funções de ego auxiliar para com essas pessoas, após estarem

estabilizadas farmacologicamente, e são uma ajuda psicoeducacional para elas e para as suas famílias, mesmo no pós alta (Gabbard, 2006).

Resumidamente, as várias abordagens de tratamento vão permitir à pessoa com esquizofrenia, em fase residual, a concretização dos seus objetivos de vida, a continuação do seu desenvolvimento cognitivo, apesar da doença (Favrod e Maire, 2014) e, ao mesmo tempo, a sentirem-se acolhidas, compreendidas e protegidas de um mundo confuso e ameaçador (Gabbard, 2006).

Assim, as nossas intervenções centradas na pessoa com esquizofrenia em fase residual devem basear-se num plano comportamental, treino de habilidades sociais, remediação *cognitiva*, mas também através de um grupo terapêutico, treinando as capacidades da pessoa, para que esta consiga reassumir as suas atividades quotidianas e sociais.

1.3 A reabilitação psicossocial na pessoa com esquizofrenia residual

A reabilitação psiquiátrica, segundo Stuart & Laraia (2001), tem uma abordagem centrada na pessoa, e a sua finalidade consiste em ensinar as pessoas com dificuldades, devido à sua doença mental, a trabalharem e viverem de forma autónoma, a ultrapassar bloqueios, oportunidades e motivação, e a seguir regimes de vida, no sentido de manter ou restaurar o seu bem-estar.

A reabilitação psicossocial, por sua vez, é definida *como um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados ou incapacitados devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu potencial funcionamento na comunidade, que envolvem o incremento de competências individuais e a introdução de mudanças ambientais* (Organização Mundial de Saúde, 2001 in Saraiva & Cerejeira, 2014, p.127). Esta consiste em ajudar a pessoa a adaptar-se aos seus défices de competências pessoais, através do potenciamento do uso das suas capacidades residuais para conseguir ser funcional, num ambiente tão normal quanto possível. Logo, o objetivo da reabilitação é a inclusão social e minimização dos sintomas da doença (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Dentro da reabilitação psicossocial têm sido desenvolvidos os conceitos de *recovery* e de *Empowerment*.

1.3.1 *Recovery e Empowerment*

O conceito de *Recovery* está ligado a "*uma reformulação das aspirações individuais e uma eventual adaptação à doença*" (Cerejeira & Saraiva, 2014, p 128). Consiste num processo pessoal de mudança das atitudes individuais, papéis, valores, sentimentos, objetivos e aptidões, que permitem viver uma vida satisfatória, confiante e participativa apesar das limitações causadas pela doença. Possibilita também o desenvolvimento de novos sentidos e objetivos individuais, enquanto se vencem os efeitos catastróficos da doença mental (Anthony, 1993, citado por Guterres M. C. in Ornelas, Monteiro, Moniz, Duarte, 2005).

No processo do *Recovery* estão inseridos valores importantes, nomeadamente: 1) a orientação para a pessoa, onde o nosso foco se centra na pessoa, no sentido de compreender as suas potencialidades e as suas fragilidades, ou seja perspetivá-la como alguém que, apesar das limitações, tem também talentos e interesses; 2) o envolvimento da pessoa, ou seja, dar à pessoa o direito a uma parceria plena em relação ao nível da criação, planeamento, implementação, execução e avaliação dos serviços que sustentam o seu processo de *recovery*; 3) autodeterminação/escolha, consiste no direito da pessoa optar por todos os aspetos que envolvem o seu processo de *recovery*, incluindo os objetivos e resultados pretendidos, os serviços com maior potência para os alcançar, e os momentos que considera mais adequados para se envolver ou deixar os serviços; 4) potencial de crescimento, onde a esperança é um aspeto essencial para que a pessoa consiga recuperar, independentemente do momento em que se encontra, mantendo um sentimento de esperança no grupo (participantes e profissionais) para que a pessoa, devastada pela sua doença, consiga lutar e viver com ou para além dela (Farkas, Gagne; Anthony e Chamberlin, 2005, in Ornelas et al, 2005).

A recuperação da pessoa envolve um processo de cinco etapas: 1) Moratória, que é caracterizada pela negação, confusão, desespero, revolta e retraimento; 2) consciência, que se caracteriza pela possibilidade da pessoa assumir outro papel para além do de doente; 3) Preparação, consiste na construção de um inventário da sua parte sã, que implica o aprender a gerir a sua doença; 4) reconstrução de uma identidade positiva e elaboração de objetivos a alcançar, tendo por base finalidades

peçoais importantes; 5) Crescimento, a pessoa já sabe gerir a sua doença e manter o seu bem-estar, confia nas suas capacidades e tem uma visão positiva e virada para o futuro (Favrod & Maire, 2014).

Uma intervenção de enfermagem baseada no *recovery* permite à pessoa, com doença mental grave, obter ou recuperar o seu papel laboral; pertencer à comunidade, ser estudante, vivenciar um sucesso crescente e satisfação no desempenho desses papéis; diminuir ou controlar os seus sintomas; aumentar o seu sentimento de *empowerment*, os seus sentimentos de bem-estar, de autoestima e melhorar a sua saúde física e/ou espiritual. Assim, o *recovery* permite à pessoa com uma doença mental grave crescer e ter uma vida com significado na sua comunidade.

O conceito de *empowerment* defende a *inclusão de todos os tipos de grupos e pessoas que necessitam de se envolver na sociedade, para se sentirem aceites na comunidade e poderem atingir objetivos que necessitam alcançar, tal como equilíbrio de poder na sociedade, poderem ter direitos iguais e características próprias e exprimirem-se livremente. Isso contribui para uma visão construtiva a longo prazo no que diz respeito à evolução pessoal e social* (Cardoso & Couto, in Ornelas et al., 2005, p.145).

A autonomia e a esperança estão inseridas na filosofia de *empowerment*, pois transmitem valores universais. A inovação também reforça essa filosofia, promovendo princípios e reconhecimento de evoluções pessoais e coletivas, que contribuem para uma boa mudança (Cardoso & Couto, in Ornelas et al., 2005). A aplicação da filosofia de *empowerment* vai permitir à pessoa ter uma maior participação sobre os processos de decisão, bem como um aumento no controlo e responsabilidade sobre a sua própria vida, levando ao desenvolvimento da consciência crítica, crescimento pessoal e *recovery* (Ornelas, 2002).

Logo, a pessoa deve ser vista como alguém que tem processos de vida e vivências individuais/particulares, que necessita de obter os seus próprios direitos e ser reconhecida. Por isso, devemos ajudá-la no seu fortalecimento e na sua aprendizagem, promovendo o criticismo pessoal e interpretativo de âmbito

construtivo. O nosso propósito passa por provocar uma mudança positiva na pessoa, para que a mesma consiga melhorar o controlo do seu sentido de vida, individual e coletivamente.

1.3.2 Contributos dos modelos de enfermagem: H. Peplau, B. Newman e J. Favrod

Na reabilitação, os cuidados de enfermagem devem estar relacionados com os três elementos: pessoa, família e comunidade, com as atividades de avaliação, de intervenção e de avaliação final (Stuart & Laraia, 2001).

A pessoa é o centro da nossa ação, logo devemos observá-la como um ser holístico, inserida num sistema, onde o seu processo saúde-doença se encontra em constante interação com o meio ambiente, sendo o mesmo afetado por diversos fatores de *stress*, levando ao seu desequilíbrio. Assim, para conseguirmos o bem-estar e a estabilidade hemodinâmica da pessoa com perturbação mental é importante conseguirmos satisfazer as necessidades do seu sistema total, isto é, ajudá-la no seu processo de adaptação, estabelecer o seu equilíbrio e eliminar os fatores de *stress* (Freese in Alligood & Tomey, 2004). Isto implica identificar e eliminar os fatores que o provocam, que possam interferir na adaptação da pessoa a obter um estilo de vida saudável.

A relação enfermeiro-pessoa com doença mental e família é o instrumento para conseguir identificar esses fatores de *stress* e obter informações cruciais, que vão permitir ajudá-la a funcionar o melhor possível dentro do seio familiar e na comunidade, ou seja, melhorar ou manter a sua qualidade de vida na sua globalidade física, psíquica, espiritual, social e cultural.

Esta relação é reforçada pela filosofia do modelo de *Peplau*, uma vez que envolve um processo interpessoal, significativo e terapêutico, que coopera com os outros processos humanos, no sentido de aumentar a saúde e bem-estar da pessoa com doença mental, possibilitando-lhe uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e social. Este processo psicodinâmico vai permitir *ser capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar outros a identificar as dificuldades sentidas, e aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência* (Howk in Alligood & Tomey, 2004, p. 426). Em cada encontro

terapêutico é importante ter em consideração que o profissional de saúde tem uma influência direta sobre a sua habilidade no relacionamento terapêutico interpessoal. Neste relacionamento estão incluídas, segundo Peplau (1990), quatro fases: a orientação, ajuda na resolução de um problema, em que o enfermeiro ajuda no reconhecimento e compreensão do problema; a identificação, a pessoa sente-se incluída na relação, adotando atitudes de otimismo e esperança ao conseguir encontrar soluções para o seu problema, e o enfermeiro permite a exploração de sentimentos, de forma a ajudar a pessoa a poder sentir a experiência de doença como fortalecimento dos seus sentimentos positivos, bem como a sua personalidade; a exploração, a pessoa tenta tirar proveito de tudo o que a relação lhe fornece, com vista aos seus interesses e necessidades e o enfermeiro projeta novos objetivos a atingir; resolução do problema, a pessoa começa de forma gradual a libertar-se da identificação com as pessoas que lhe proporcionaram ajuda e, ao mesmo tempo, a desenvolver e fortalecer a capacidade de atuar de forma autónoma. Cada uma destas fases sobrepõe-se, interrelaciona-se e varia em duração à medida que o processo se aproxima da solução do problema (Belcher & Fish in George, 2000).

Neste relacionamento terapêutico interpessoal, o enfermeiro pode assumir diferentes papéis durante as várias fases: o papel de estranha, uma vez que a desconfiança é uma característica desta patologia e o doente e enfermeiro são desconhecidos e, quando conseguimos um certo grau de identificação, respeito e interesse mútuos, podemos informar a pessoa, sobre a situação e o motivo pelo qual se encontra nela; o papel de recurso, o enfermeiro é visto como um recurso para a pessoa obter respostas específicas a perguntas formuladas a partir de um problema maior, e é fundamental que se faça a distinção entre as respostas diretas e objetivas, das que implicam sentimentos que necessitam de princípios de aconselhamento, ou seja, saber como e quando deve atuar adequadamente; o papel de professora, na transmissão de conhecimentos relativos a um interesse ou necessidade (Belcher & Fish in George, 2000), e este conceito de aprendizagem usado neste papel sobrepõe-se ao papel de conselheira, uma vez que são aplicadas técnicas psicoterapêuticas (Howk in Alligood & Tomey, 2004); o papel de líder, que lhe proporcione orientações para conseguir ultrapassar as suas dificuldades, e mais concretamente, a liderança democrática que implica que o doente participe de forma

ativa no planeamento dos seus cuidados (Peplau,1990); papel de substituta, o enfermeiro deve ter em atenção uma aceitação incondicional da pessoa e considerar os seus sentimentos como uma expressão verdadeira e sincera das suas forças, para conseguir ajudar a pessoa a refletir sobre as diferenças e semelhanças que existem entre o enfermeiro e a pessoa que ela recorda (Peplau, 1990); papel de especialista, onde o enfermeiro proporciona um atendimento físico, demonstrando as suas habilidades clínicas (Belcher & Fish in George, 2000); e papel de conselheira, ajudando a pessoa a tomar consciência e procurar as condições necessárias para o seu conforto e bem-estar, a identificar as ameaças para a sua saúde e saber utilizar a relação interpessoal como meio facilitador para a aprendizagem (Peplau, 1990).

Estas duas teorias de enfermagem referidas são os alicerces que suportam as intervenções de enfermagem centradas na pessoa com esquizofrenia residual, pois permitem ver e compreender a pessoa como um sistema, onde o seu processo de saúde-doença se encontra em constante interação com o meio ambiente. Ao estabelecer uma relação terapêutica interpessoal, desempenhando os vários papéis com a mesma numa fase de desequilíbrio (existência de doença/problema), vai auxiliá-la no seu processo de adaptação, a estabelecer o seu equilíbrio e eliminar os fatores de *stress*.

Assim, tendo consciência que a *pessoa* deve ser encarada como um ser único, bom e capaz de desenvolver os seus potenciais e a sua patologia, encarada como uma incapacidade de utilizar a sua liberdade para se auto atualizar (Guerra & Lima, 2005), a nossa intervenção tem de ser individualizada e reforçada com a relação terapêutica interpessoal, pois só assim conseguimos chegar à pessoa e trabalhar ativamente com ela, com vista à sua reabilitação ao nível psicológico e social.

Na pessoa com esquizofrenia residual, como já temos vindo a referir, existe uma persistência dos sintomas negativos, mesmo havendo um cumprimento terapêutico, pelo facto da ação da medicação nos sintomas negativos ser ainda insuficiente, embora existam os antipsicóticos atípicos, que já interferem em sintomas negativos mais severos. Estes sintomas ligam-se a um mau prognóstico, ou seja, a pessoa sofre uma diminuição do funcionamento social e profissional, tem uma má qualidade de vida e torna-se difícil ser tolerada pela sua família. Para conseguir dar resposta a este problema é importante intervir não farmacologicamente.

As intervenções não farmacológicas mais direcionadas para pessoas com esquizofrenia residual, segundo Favrod & Maire (2014), envolvem intervenções no défice de iniciativa, nos défices neuropsicológicos e no treino de habilidades sociais. As intervenções no défice de iniciativa são aplicadas nesta patologia por tornar as pessoas mais ativas e envolvidas em atividades agradáveis/positivas. O prazer antecipatório, capacidade de sentir prazer em antecipação ou antecipar mentalmente o prazer, que está ligado com a motivação e o comportamento dirigido para um fim, é o alvo para o desenvolvimento de novas terapias, que melhorem o défice de iniciativa e de vontade. As intervenções nos défices neuropsicológicos passam por aplicar métodos de remediação cognitiva, que se centram no treino das funções deficitárias e métodos de comunicação compensatórios desses défices neuropsicológicos que se vão apoiar nas funções cognitivas que estejam mais bem preservadas. O treino de habilidades sociais é uma intervenção que vai atuar nos défices de funcionamento da pessoa, conforme já foi descrita anteriormente.

A psicoeducação é uma intervenção não farmacológica, muito usada em pessoas com esquizofrenia em fase residual, que, como o próprio nome indica, segundo National Institute for Health & Clinical Excellence (2010) consiste em educar a pessoa sobre tudo o que envolve a sua patologia, desde a sintomatologia até às estratégias para conseguir lidar com a sua condição de saúde. A informação fornecida deve ser adaptada às características pessoais do doente.

Podemos concluir que, na esquizofrenia residual, as intervenções não farmacológicas são importantes na prestação dos nossos cuidados, principalmente as que foram descritas anteriormente, uma vez que se focam nos sintomas negativos/síndrome deficitária que são considerados os sintomas residuais da patologia. Podemos ainda afirmar que estas intervenções centram-se na reabilitação psicossocial da pessoa e são os instrumentos essenciais que vão ajudar a pessoa a conseguir melhorar os défices deixados pela patologia, com o objetivo de se reintegrar na sociedade, serem alguém que, apesar da patologia, consegue viver a sua vida em plenitude, sem se sentir inferior ou estigmatizada.

1.4 A expressão plástica como mediador terapêutico na relação enfermeiro-utente

Dinamizar um grupo proporciona ao enfermeiro uma modalidade mais terapêutica do que o encontro entre duas pessoas (Stuart & Laraia, 2001), logo, para conseguirmos aplicar a expressão plástica como mediador expressivo, foi essencial criar e dinamizar um grupo que, segundo Elizalde (1997) citado por Guerra, Lima & Torres (2014), consiste num conjunto de forças que interferem sobre cada elemento do grupo, que são divididas em três diferentes tipos: interpessoais, intrapessoais e grupais.

Existem, de acordo com Tuckman (1965, citado por Guerra et al, 2014), cinco fases de desenvolvimento do grupo: a primeira é a formação do grupo, orientação, estabelecimento de normas de funcionamento do grupo; a segunda, a tempestade/agitação, resposta emocional às exigências da tarefa; a terceira, o estabelecimento de normas, existência de um clima tranquilo, troca de ideias acerca da tarefa, um maior aproveitamento dos recursos do grupo, desenvolvimento de uma coesão grupal; a quarta, o desempenho, surgem soluções para os problemas, o grupo coloca-as em prática para completar a tarefa, papel mais funcional do grupo; e, por último, luto/despida, terminar da tarefa e esclarecimento de outros assuntos não solucionados, a nível afetivo existe um misto de alegria e tristeza pelo *terminus* do grupo e das relações pessoais que foram sendo construídas e valorizadas.

A proximidade física e a relação face a face são dois requisitos fundamentais dentro de um grupo. O grupo, do tipo terapêutico, consiste num grupo de utentes previamente selecionados, que são tratados juntos, sob a orientação do enfermeiro. Este tipo de terapia tem muitas vantagens, pois o enfermeiro não trata propriamente os elementos do grupo, mas ajuda-os a tratarem-se uns aos outros. Além disso, proporciona um laboratório de relações interpessoais ideal (Gleitman, 1999). Também Benner (2001, p.97) define grupo terapêutico como *um microcosmo de sistema social, uma rede de relações, uma cena que permite pôr a nu as questões de conflito e de cooperação*.

Partindo destas duas definições, podemos incluir no grupo terapêutico as sessões do âmbito da saúde mental direcionadas para a reabilitação psicossocial, pelo facto

deste tipo de grupo permitir a expressão de sentimentos, responder às necessidades dos seus membros, pessoas com doença mental crónica, mais concretamente, a não se sentirem sós e únicos nos seus problemas/preocupações, permitindo a partilha pessoal e sendo uma forma de crescimento ou mudança (Lieberman, 1979, citado por Guerra et al, 2014).

A estrutura e a dimensão do grupo terapêutico, bem como a duração das sessões, segundo Stuart & Laraia (2001), são importantes para formar e desenvolver este tipo de grupo.

A estrutura para descrever os limites, a comunicação, os processos de tomada de decisões e os relacionamentos de autoridade dentro do grupo, permite que haja estabilidade no grupo e ajuda a regular padrões comportamentais e interativos.

A dimensão do grupo, orientado para temas interpessoais, deve ser de sete a dez elementos, para dar oportunidade, aos elementos, de validação consensual, bem como de expressão de diferentes pontos de vista. Se o grupo for demasiado grande, não haverá tempo suficiente para que todos os elementos tenham oportunidade de falar, e isso leva ao surgimento de um sentimento de exclusão. Se for um grupo pequeno, não haverá partilha e interações suficientes.

A duração de cada sessão deve ser de 20 a 40 minutos ou de 60 a 120 minutos, dependendo do nível de funcionamento do grupo. Se for uma sessão de 60 a 120 minutos, os primeiros minutos devem ser reservados para um aquecimento, depois ocorre o desenvolvimento da sessão e, no final, existe um momento de partilha, onde o grupo faz um resumo e analisa os assuntos não concluídos na sessão.

Para que um grupo terapêutico funcione, é importante existir uma aceitação incondicional, e o enfermeiro deve desempenhar um dos papéis de liderança definidos por Peplau, que é o papel democrático, que, de acordo com Townsend (2011), promove dentro do grupo a participação dos seus elementos, a criatividade individual, o entusiasmo e a moral, a coesão do grupo, a produtividade, a motivação e o compromisso individual.

O *feedback* no grupo tem um papel extremamente importante na mudança pessoal e social, pois é a chave para otimizar a aprendizagem interpessoal. Para que a mesma

ocorra com sucesso e exista um bom ambiente dentro do grupo, é importante existir um equilíbrio entre o *feedback* positivo e corretivo. Este é fundamental para que haja uma melhor interação entre os elementos do grupo e, ao mesmo tempo, um bom processo de autoconhecimento de cada membro (Guerra et al, 2014).

O bom ambiente dentro do grupo envolve também uma atmosfera de confiança, onde existe uma interdependência dos seus elementos e, simultaneamente, uma abertura de forma progressiva, havendo uma confiança mútua, espontânea e autêntica, permitindo que cada elemento não sinta receio de exprimir os seus sentimentos.

A comunicação dentro do grupo deve ser feita de forma simples e direta e, ao mesmo tempo, proporcione um *feedback* corretivo sobre os comportamentos expressos pelos seus elementos, pois ao termos esta atitude, de acordo com Elizalde (1997, citado por Guerra et al, 2014), vamos conseguir estabelecer um bom relacionamento interpessoal entre os elementos do grupo, oferecer uma aprendizagem no dar e receber *feedback*, pois trabalhar em grupo é um excelente meio para a aprendizagem das relações interpessoais.

A coesão do grupo é também fundamental, para estabelecer uma atração interpessoal para que, segundo Yalom (1995, citado por Guerra et al, 2014), se consiga alcançar resultados produtivos no grupo e, ao mesmo tempo, seja um pré-requisito para outros processos terapêuticos.

Depois de dissecado o tipo de grupo que vamos dinamizar, é crucial debruçar-nos sobre o instrumento que vai ser utilizado como método, para conseguirmos alcançar resultados produtivos, ou seja, conseguirmos reabilitar psicossocialmente a pessoa com esquizofrenia residual. Este são as técnicas expressivas/mediadores expressivos que, de forma criativa, ajudam a pessoa a solucionar várias questões emocionais, como a sua reestruturação emocional, resolução de conflitos, a melhorar a autoimagem, diminuir traumas, ultrapassar obstáculos, desenvolver competências pessoais e treinar as habilidades sociais (Ferraz, 2007).

A relação terapêutica está também inserida nestas técnicas, no sentido de ajudar a compreender o psíquico atual da pessoa. Logo, durante a dinamização do grupo,

devemos desempenhar um papel de conselheira e de recurso, dois dos papéis que Peplau identificou, que, segundo Sousa (2005), apoia, aconselha e tranquiliza a pessoa com doença mental, se interessa pelos seus problemas e preocupações, incentiva a pessoa a ultrapassar os mesmos, a motiva na procura das suas experiências auto terapêuticas e partilha com ela os seus sucessos, dando-lhe, ao mesmo tempo, apoio nos seus fracassos.

A utilização dessas técnicas tem como finalidade a promoção, a comunicação e a reorganização dos conteúdos internos da pessoa, bem como a sua expressão emocional, aumentando o aprofundamento do seu conhecimento interno, libertando, ao mesmo tempo, a capacidade de pensar e a sua criatividade (Carvalho, 2009).

Essas técnicas expressivas, mais concretamente, a expressão plástica tem, de acordo com alguns estudos, um valor particular no tratamento de pessoas com esquizofrenia. A este propósito, aplicação de técnicas expressivas (plástica), o estudo de Coqueiro, Freitas & Vieira (2010), concluiu que estas podem ser uma terapia adjuvante na diminuição dos efeitos negativos da doença mental, promovendo o bem-estar da pessoa com sofrimento psíquico. Também pode permitir mudanças nos campos afetivo, interpessoal e relacional, melhorando o equilíbrio emocional. Os autores também constataram, após aplicação de técnicas expressivas, as dificuldades, conflitos, medos e angústias que foram vivenciados pelos doentes, de um modo menos sofrido. Globalmente, estes autores verificaram uma minimização dos sintomas negativos (afetivo e emocional), característicos da esquizofrenia, tais como a angústia, *stress*, medo, agressividade, isolamento social, apatia, entre outros. O estudo de Oliveira (sd) concluiu que a aplicação destas técnicas permite estimular a criatividade e espontaneidade da pessoa e, ao mesmo tempo, levá-la a sentir-se valorizada.

Nas técnicas expressivas, principalmente na expressão plástica, a criatividade é bastante estimulada e está muito presente. Este conceito pode ser definido, segundo Nicolau (2014), como um comportamento natural do ser humano, que está sempre presente em todo momento de improviso: o pensamento é criação, a fala é criação e o sonho é criação. Fonseca descreve este conceito como sendo a “*capacidade de*

dar existência a alguma coisa, de tirar alguma coisa do nada (“do não existente”), de estabelecer relações até aí não concebidas no meio, de inventar, de descobrir algo novo, de inovar” (Fonseca, 2007, p.20). É através do jogo e brincadeira, que é algo presente nestas técnicas, *“(…) que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o seu eu (self)”* (Winnicott, 1975, p.89). A principal função consiste em integrar partes dissociadas da natureza humana: dentro e fora, realidade externa e interna, razão e afeto (Belo & Sodeler, 2013).

Assim, o brincar e jogar na expressão plástica facilita a expressão do mundo interno da pessoa, através do contacto com os seus conteúdos inconscientes, que se tornam conscientes e elaborados. Então, a expressão plástica é vista como o meio para estabelecer uma interação com a pessoa, logo a sua compreensão terapêutica é importante para conseguirmos levar a pessoa a ter experiências altamente significativas e valiosas para o seu processo de integração (Melo, 2007).

Na expressão plástica, o cheiro do material traz, por vezes, lembranças e sensações trazidas pela textura do material e pelas cores associadas às emoções, que fazem parte deste processo em relação à parte sensorial. A forma como o material é manuseado, a experimentação e a descoberta das suas propriedades podem, por vezes, suscitar reações facilitadoras ou inibidoras. A própria frustração de não conseguir representar o que quer, faz parte deste processo terapêutico e é importante estarmos atentos a estes aspetos, pois o material artístico deve facilitar a expressão e não causar obstáculos à criação e expansão do seu *self* (Martins, 2012).

A expressão plástica engloba diversas técnicas: pintura, desenho, modelagem e colagem. Cada uma destas técnicas vai estimular e trabalhar uma dimensão do ser humano (Melo, 2007).

A atividade artística envolvida nestas diversas técnicas, proporciona um redirecionar da consciência visual, estimulando os órgãos sensoriais táteis e auditivos, levando a pessoa ao desenvolvimento global e integrado. O executar de uma criação artística necessita de gestos e de uma expressão corporal, as mãos escrevem, riscam e delineiam; as emoções levam à gestualidade e à forma como os desenhos são

construídos, falando muito da própria linguagem corporal. O toque na matéria, o modo como a pessoa segura os instrumentos, os sentidos que surgem pelas propriedades características dos recursos, são noções importante que devemos ter em consideração (Martins, 2012).

A técnica de desenho é um meio de comunicação que surge na infância e desenvolve-se ao longo da vida humana. Esta técnica, se for estimulada, permite a expressão do momento interno da pessoa, através de traços e cores aplicadas na folha de papel. A intensidade da linha, as texturas, os movimentos e as dimensões do desenho são aspetos importantes para analisar o processo psíquico da pessoa, pois fornecem-nos conteúdos da personalidade e da psicodinâmica (Fiorindo, 2014).

A técnica da pintura consiste na utilização de tintas e, a fluidez de cada uma transmite na pessoa uma sensação de liberdade, induzida através de um movimento de soltura, de expansão, desenvolvendo o relaxamento dos mecanismos defensivos de controlo (Valladares, 2008). Ao ser um material fluído, proporciona uma maior permeabilidade para a expressão de emoções (Urrutigaray, 2008). Esta técnica, segundo Valladares (2008), evoca o sentimento, a emoção, a sensação, a sensibilidade, o gesto e a intuição.

A colagem pode ser uma alternativa ao desenhar. O recorte e a colagem permitem a construção de uma figura através de pedaços de determinados materiais. O recorte permite libertar a agressividade contida. Esta técnica leva à transformação e dá um novo significado ao que se perdeu ou foi destruído/danificado. A colagem ajuda à percepção do espaço, do plano e do volume, apela ao momento atual, facilita a realização de uma reflexão pelo real e o processo criativo (Martins, 2012).

A moldagem do barro proporciona formas de diálogo entre quem o manuseia e os seus sentimentos. As suas emoções são concretizadas em figuras tridimensionais (Martins, 2012), que podem ser observadas sob vários ângulos, comunicar diferentes aspetos, percepções ou emoções, como também transições entre elas (Bozza, 2001). Na técnica de moldar, *“o sujeito faz o que deseja com o seu pedaço de barro, significando a questão de o ego perder o controlo por instantes, mas posteriormente acontece a catarse do ato executado e o retorno à realidade pela materialização da imagem em escultura”* (Bozza, 2001, p12). Esta técnica estimula o

sistema sensorial, principalmente o toque, isto é, o barro reage e responde a cada gesto na criação a partir da matéria amorfa (Martins, 2012).

Segundo Jarreau e Pain (1996), existe uma ligação com o corpo, fazendo com que este transmita sensações cinestésicas, levando o indivíduo que manipula o barro a imprimir no mesmo toda a tensão e sensações que vai sentindo e, ao mesmo tempo, está a materializar esses sentimentos. Também Govêa relata o poder impressionante da argila, referindo que *“é como se o sentido do tato e o movimento dos músculos com e contra o movimento resistente, porém, flexível, da argila, proporcionassem um acesso, uma abertura para os lugares mais profundos”* (Govêa, 1989, p.93, citado por Bozza, 2001, p.9).

Do ponto de vista terapêutico, a moldagem permite à pessoa vivenciar e criar com a argila, experienciar os sentidos tátil e cinestésico, permitindo a descarga de emoções que pode levar a pessoa a ter prazer do ato em si, como também a sensação de possuir o controlo de tais sentimentos através das suas mãos, bem como a ampliação da percepção que, conseqüentemente, leva a pessoa a adquirir uma maior integridade e autoconhecimento. Esta técnica permite uma comunicação do conteúdo inconsciente com o consciente da pessoa, levando à expressão de conflitos e sentimentos, promovendo a libertação de tensões e proporcionando prazer e relaxamento, pois a obra que a pessoa constrói vai ao encontro da sua própria satisfação e expressa a sua verdade. Do ponto de vista lúdico, permite a expressão simbólica de conteúdos (Bozza, 2001).

Em todas as técnicas acima explanadas existe um processo de criação que, segundo Rocha (2010, citando Allen P. B. (1997)), permite que a pessoa se torne mais ciente dos seus sentimentos e clarifique quando há desorientação ou distúrbio, ajudando-a a satisfazer as suas emoções, garantindo-lhe um rumo admissível e salutar para lidar com as diversas emoções. A pessoa, ao servir-se dos diversos materiais artísticos, consegue obter uma área de liberdade, onde se pode encontrar e explorar a si própria, sem influências e tensões.

As técnicas expressivas, de acordo com Pain (2009), propiciam uma série de benefícios para aquele que dela usufrui, uma vez que permitem encontrar satisfação no ato de criar em si através de um caminho de liberdade e de espontaneidade,

superando preconceitos bloqueadores; proporcionam o conhecimento de vários meios de expressão e de comunicação para além dos verbais, efetuando várias experimentações (e explorar-se a si próprio) sem quaisquer pressões; permitem estabelecer, através de atividades criativas, uma relação transferencial entre o sujeito e enfermeiro, sobretudo quando o assunto a expressar é incómodo; constitui um processo de autoexploração e de autorrealização, expressando o sujeito pensamentos, ideias e comportamentos, pulsões, emoções e sentimentos; ajuda o sujeito a expressar e tomar consciência dos seus sentimentos, o que lhe permite começar a aclarar e a organizar possíveis confusões; oferecem caminhos razoáveis para descarregar emoções intoleráveis, como a agressividade.

Para que isso tudo aconteça, segundo Lieberman (1990, citado por Sousa, 2005), é preciso criar um ambiente agradável, que proporcione bem-estar e prazer, ativo, muito permissivo, com uma vasta liberdade para a espontaneidade, estimulando a expressão, a imaginação, a originalidade e a criatividade, onde as regras se limitam à manutenção da segurança. Com a criação desse ambiente ausente de fatores stressantes, é importante incentivar o comportamento criativo e satisfazer as necessidades ou conflitos não resolvidos. Mas, o que realmente importa é que a pessoa se expresse, que atenuar as suas sobrecargas psíquicas e procure o reequilíbrio da personalidade, através de atividades criativas que representam a sua própria autorreconstrução.

A expressão que é incentivada nestas técnicas está diretamente ligada à manifestação de sentimentos ou afetos. Para Abreu (2015), estes consistem numa complexa relação que nos liga a cada uma das outras pessoas. Esta expressão de sentimentos (ou afetos) está bastante perturbada na esquizofrenia, é importante sabermos distinguir sentimentos de emoções, embora, na linha do mesmo autor, por um lado eles podem exprimir-se através delas, por outro lado podem organizar-se a partir de experiências emocionais repetidas. Por isso, ao trabalharmos os sentimentos (ou afetos) temos de ter a noção que, quanto maior e mais ricas forem as qualidades dos sentimentos (ou afetos), mais rica e diferenciada será a nossa relação com o outro.

Ao constatarmos que a emoção é o meio de expressar o sentimento, verificamos que é importante darmos algum relevo à mesma. Recorrendo a Abreu (2015), este

conceito relaciona-se com a situação presente ou futura, e tem algo a ver com a sensação, percepção e representação, ou seja, acompanha-as e enriquece-as com a “ressonância emocional”. A nossa vivência humana acompanhada de emoção, “... *deixa de ser submetida às contingências do mundo: inscreve-se no próprio corpo e é autoalimentada na interação da consciência com o seu corpo*” (p.121). Portanto, é a emoção que persiste na memória do ser humano e é mais durável na modificação das atitudes do ser humano, sendo assim um forte componente da intencionalidade.

O conceito de expressão, segundo J. Piaget (1961 citado por Sousa, 2005) também é definido como uma força psicológica interna, inconsciente, que origina a energia essencial ao funcionamento da cognição. “*Expressão será a exteriorização da personalidade. Efetua-se através do Jogo Simbólico, realizando desejos, a compensação, a livre satisfação das necessidades subjetivas. Numa palavra, a expressão tão completa quanto possível do “Eu”, distinto da realidade material e social.*” (p.24).

A expressão de sentimentos e emoções pode ser bastante visível através da técnica de pintura, pois existe um maior interesse da pessoa pelo seu produto expressivo. Dalley (1987) reforça esta ideia referindo que a criação plástica, onde está incluída a pintura, propicia à pessoa um espaço de expressão de manifestações psicológicas difíceis de exteriorizar por outras vias. Avaliando estes conceitos podemos concluir que a expressão é pessoal, inconsciente, resultado da vida emocional e sentimental da pessoa (Dalley, 1987).

As técnicas expressivas podem então ser vistas como um instrumento essencial na reabilitação psicossocial da pessoa com esquizofrenia residual, uma vez que são um meio facilitador para a sua impulsividade expressiva, pelo facto de proporcionar às pessoas liberdade para expressar todos os seus anseios, fantasias, propensões, receios e desejos. Além disso, permitem também que a aprendizagem ocorra. Esta aprendizagem, segundo Sobreira, Castelo Branco, Diogo & Lopes (2004) é considerada um processo pessoal, de carácter vivencial no centro do qual está a pessoa enquanto ser que pensa, que sente e vive, não excluindo os aspetos emocionais. Pelo contrário, considera-os determinantes sobre o que se retém e o que se aprende, de tal forma que o desenvolvimento social e emocional é tão

importante quanto o desenvolvimento intelectual num clima de total liberdade, criatividade, colaboração, espontaneidade e empatia.

Desta forma, a criação plástica pode ser considerada uma forma de reabilitar estas pessoas, uma vez que estimula a imaginação, desenvolve o raciocínio e facilita a expressão de sentimentos e emoções. O que importa nestas técnicas terapêuticamente é a elaboração mental da pessoa com esquizofrenia residual e não o produto expressivo final.

2. PERCURSO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.1 Problemática

As pessoas com esquizofrenia residual sofrem de uma estigmatização social e, para além disso, após a instalação e evolução da doença, sintomas residuais que incluem o isolamento social, comportamento excêntrico, comprometimento ao nível da aparência e higiene, inadequação ou indiferença do afeto, pensamento ilógico ou apatia, discurso pobre ou excessivamente elaborado (Townsend, 2011), que causam uma enorme disfuncionalidade e desorganização, que as pessoas não conseguem trabalhar, nem cuidar de si mesmas. Logo, é vital intervir com o objetivo de manter e melhorar a qualidade de vida da pessoa, apesar da doença e das suas consequências. A reabilitação psicossocial é o meio privilegiado para concretizar esse objetivo e, dentro da mesma, existem várias intervenções, incluindo a utilização de mediadores expressivos. Assim surgiu o desafio de identificar e desenvolver competências para realizar intervenções psicossociais e de âmbito psicoterapêutico, utilizando como mediador a expressão plástica, em pessoas com esquizofrenia residual.

2.2 Objetivos

Os objetivos delineados foram: 1) compreender a pessoa com esquizofrenia em fase residual; 2) identificar as necessidades da pessoa com esquizofrenia; 3) adquirir competências na utilização de mediadores expressivos em contexto terapêutico; 4) desenvolver competências na orientação de dinâmicas de grupo; 5) avaliar o impacto da utilização de mediadores expressivos na relação terapêutica.

2.3 Caracterização dos contextos

O contexto de ambulatório consiste num estabelecimento que visa garantir o acesso a cuidados especializados de psiquiatria e saúde mental, de forma atempada e integrada a toda a população adulta que sofre de doença mental e que necessita de respostas/cuidados ao longo do ciclo de vida da doença, em múltiplas áreas clínicas, na região de Lisboa. Este estabelecimento desenvolve também várias iniciativas que contribuem para o desenvolvimento pessoal e profissional. Este é composto por

vários serviços e um desses serviços centra-se na reabilitação psicossocialmente da pessoa com doença mental, no sentido da sua reintegração social. Logo, as intervenções são dirigidas a pessoas com doença mental, numa fase crónica, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 46 e os 60 anos. As intervenções terapêuticas desenvolvidas neste serviço são, maioritariamente, através da dinamização de grupos, que visam a promoção do autocuidado/autonomia (atividades de vida diárias), a estimulação cognitiva e motora, a promoção do trabalho em equipa e a prevenção de recaídas.

O estágio em contexto de internamento foi realizado num estabelecimento onde as intervenções desenvolvidas pelas equipas multidisciplinares são direcionadas para a saúde, principalmente a mental e psiquiátrica, no sentido de conseguir dar respostas/cuidados adequados e progressivos à pessoa com doença mental nas dimensões física, psíquica, social e espiritual.

Este estabelecimento é composto por vários serviços. Um desses serviços é o internamento de longa duração, onde estão internadas preferencialmente mulheres, com idades compreendidas entre os 35 e os 67 anos. Este serviço é considerado um regime de porta fechada, pelo que as utentes podem permanecer nos espaços sociais, mas dentro do estabelecimento psiquiátrico. Neste serviço, a equipa de enfermagem desenvolve diversas intervenções terapêuticas, focadas na reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental numa fase crónica. As intervenções têm como objetivos a prevenção de recaídas, a estimulação motora e cognitiva e a promoção da autonomia e do trabalho em equipa.

2.4 Caracterização dos participantes

No contexto de ambulatório, participaram nas sessões de expressão plástica dez utentes, concretamente sete pessoas do género masculino e três do género feminino, com idades compreendidas entre os 47 e os 59 anos, maioritariamente solteiros, existindo somente três divorciados (género masculino). Eram pessoas com um suporte familiar reduzido, pai e/ou mãe e/ou irmãos e outros sem suporte, quer por falecimento dos familiares diretos, quer por ausência de relação e/ou existência

de uma relação conflituosa. Estes utentes estavam integrados num processo reabilitativo, logo ainda apresentavam uma autonomia reduzida.

No contexto de internamento, participaram nas sessões de expressão plástica nove utentes, todas do género feminino, pois era um serviço maioritariamente constituído por mulheres, com idades compreendidas entre os 35 e os 67 anos. Relativamente ao seu estado civil eram maioritariamente solteiras, exceto duas divorciadas. Quanto ao seu suporte familiar era reduzido, ou mesmo ausente. As utentes estavam internadas há vários meses, ou mesmo anos, dependendo da sua evolução clínica e do seu suporte familiar.

Os fatores de inclusão dos participantes foram: 1) pessoas com esquizofrenia em fase residual, de ambos os sexos; 2) com predomínio de sintomatologia negativa; 3) com idade superior a 18 anos. Os fatores de exclusão foram: 1) sem terem tido surtos psicóticos recentes; 2) não possuam doenças orgânicas (acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, alzheimer, Parkinson e outras demências) que interfiram com a componente cognitiva e motora (principalmente a motricidade fina).

2.5 Instrumentos e Intervenções desenvolvidas

Antes de proceder ao início das intervenções, elaborámos um cronograma (Apêndice I) em cada um dos contextos, no sentido de organizar todas as intervenções idealizadas e, algumas delas, já planeadas. Para cada contexto foi desenvolvido um programa de 7 sessões, devidamente discriminado, que pode ser consultado no Apêndice II, cujo processo terapêutico consistiu em permitir com que a pessoa sinta e viva experiências gratificantes, tanto na relação intrapessoal como interpessoal (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para desenvolver esses programas de sessões, inicialmente, numa primeira atividade, realizámos a elaboração de um desenho sem tema subjacente (expressão livre) e seguidamente um momento de partilha, onde cada um descreveu e justificou o mesmo; anotámos os seus comentários e, posteriormente, com a ajuda da orientadora, selecionámos os elementos que iriam integrar as sessões. A seleção teve por base os critérios de inclusão e exclusão, como também as suas

necessidades/problemas, nomeadamente défices de concentração e atenção, motivação diminuída, dificuldade na expressão de emoções e sentimentos, dificuldade na relação interpessoal, bem como outros problemas do foro pessoal ligados à sua vida pessoal/familiar.

2.5.1 Intervenções desenvolvidas em contexto de ambulatório

Neste contexto, foram desenvolvidas quatro sessões de expressão plástica (Apêndice III):

- A primeira sessão, cujo tema foi “*Apresentação do grupo*”, a técnica aplicada foi o desenho;
- A segunda sessão, cujo tema foi “*Família*”, a técnica aplicada foi o desenho;
- A terceira sessão, cujo tema foi “*Renascer da doença*”, a técnica aplicada foi o desenho;
- A quarta sessão, cujo tema foi “*Saúde mental*”, a técnica aplicada foi a pintura.

Neste contexto, por sugestão da orientadora (fora do meu programa de sessões), realizámos ainda uma sessão, aplicando a técnica de desenho, cujo tema foi “São Martinho” e outra sessão, aplicando a técnica de desenho e corte, subordinada ao tema “Halloween”.

Aplicámos o *Mini-Mental State Exam* a cada um dos participantes e tivemos a oportunidade de participar numa atividade de movimento, que foi realizada num ginásio.

2.5.2 Intervenções desenvolvidas em contexto de internamento

Neste contexto, foram desenvolvidas 7 sessões (Apêndice III):

- A primeira sessão, cujo tema foi “*Autorretrato*”, a técnica aplicada foi o desenho;
- A segunda sessão, cujo tema foi “*A família*”, a técnica aplicada foi o desenho;
- A terceira sessão, cujo tema foi “*Presépio*”, a técnica aplicada foi a moldagem;

- A quarta sessão, cujo tema foi “*Emoções*”, a técnica aplicada foi o corte e colagem;
- A quinta sessão, cujo tema foi “*Saúde*”, a técnica aplicada foi a pintura;
- A sexta sessão, cujo tema foi “*Os Desejos*”, as técnicas aplicadas foram o corte e colagem e o desenho;
- Na sétima sessão, cujo tema foi “*Era uma vez...*”, as técnicas aplicadas foram o desenho e a pintura.

Além destas intervenções, também tivemos a oportunidade de realizar duas reuniões comunitárias, intercaladas com as sessões do grupo de expressão plástica, cujo tema da apresentação foi “*Grupo de expressão plástica*” (Apêndice IV).

Na reta final do estágio, ainda pudemos realizar uma sessão de relaxamento com um grupo de dez utentes, divididas em dois grupos de cinco.

Ainda realizám cinco entrevistas semiestruturadas a cinco utentes que participaram no grupo de expressão plástica.

2.5.3 Jornais de aprendizagem e Estudo de caso

Durante o estágio foram realizados alguns jornais de aprendizagem que podem ser consultados no Apêndice V. Será, posteriormente, descrita a importância que os mesmos tiveram na aquisição de competências.

No contexto de internamento, foi realizado um estudo de caso (Apêndice VI), onde efetuámos um estudo profundo dos problemas e necessidades da pessoa com esquizofrenia em fase residual, para, através de diversas intervenções, encontrar a melhor estratégia com o intuito de solucionar ou reverter os problemas identificados. Pode ser lido no capítulo de desenvolvimento de competências a relevância que este estudo de caso teve.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 Resultados das intervenções desenvolvidas em contexto de ambulatório

Neste subcapítulo serão apresentados e evidenciados os resultados (Apêndice VIII) de todas as intervenções desenvolvidas neste contexto. Assim, começamos pelas quatro sessões de expressão plástica.

Na primeira sessão, o grupo foi assíduo e pontual, notámos um ambiente de entusiasmo e curiosidade. Durante a sessão, constatámos que os doentes estavam a sentir dificuldade em desenhar o seu autorretrato, e isso causou alguma ansiedade e desinteresse. Como a dificuldade foi logo detetada, permitiu dar uma resposta atempada e eficaz (de ajuda na compreensão da atividade). No momento de partilha, a expressão dos problemas/dificuldades sentidas foi pouco evidente, pois, ao ter sido o nosso primeiro momento, havia ainda um clima de alguma desconfiança e reserva, uma vez que o grupo via, com alguma estranheza, a presença de uma enfermeira estranha. Na orientação do grupo, houve dificuldade em manter a postura, conter o riso perante algumas respostas dadas e expressões faciais de alguns doentes, na ajuda a alguns doentes a integrarem-se no grupo e conseguir que todos os doentes permanecessem na sessão, sem perturbarem os colegas. No momento de partilha, sentiu-se alguma dificuldade em manter o respeito da intervenção do outro, que falassem de forma ordenada e clara. Como pontos a destacar na sessão, referem-se à concentração, a participação e o empenho em algumas produções.

Na segunda sessão, alguns doentes não compareceram e outros chegaram atrasados. Durante a sessão, vários doentes sentiram dificuldade em desenhar a sua família, sendo-lhes mais fácil, num segundo momento, desenhar a família ideal. No momento de partilha, o interesse e participação do grupo foi grande, e estava a começar a surgir uma aliança no grupo, ou seja, houve uma mudança de papel para uma pessoa de recurso, e não tanto como estranha. Na orientação do grupo, houve dificuldade na gestão do tempo, em manter a concentração e atenção de alguns elementos, bem como na moderação do grupo, principalmente no momento de partilha. Como pontos a destacar na sessão, referem-se o entusiasmo, a motivação,

envolvimento na produção e o relacionamento interpessoal, principalmente no segundo momento.

No que respeita à terceira sessão, manteve-se alguma falta de assiduidade e pontualidade. Durante a sessão, um doente só aceitou participar se fizesse só um desenho e não quatro como o planeado, outros colocavam diversas questões, por vezes de forma desadequada e ainda houve doentes não participantes do grupo, que estavam constantemente a interromper a atividade e/ou a solicitar ajuda. A dificuldade foi a gestão de situações durante toda a atividade. No momento de partilha, mais uma vez foi difícil a moderação do grupo e, embora eles expressassem diversos problemas/dificuldades, não se estabeleceu uma boa capacidade de atenção, de escuta e de compreensão. Como pontos a destacar na sessão, referem-se à promoção da memória remota, a expressão de sentimentos, o aumento da concentração no desenvolvimento da produção e a participação.

Na quarta sessão, o grupo foi pontual e assíduo. Durante a sessão havia um ambiente repleto de muita alegria, entusiasmo e boa disposição. Inicialmente, houve dificuldade na compreensão do tema, ou seja, do que deveriam pintar. Depois de se explicar novamente o teor da temática, alguns doentes mantiveram a incompreensão do tema. Nesta sessão, não existiram dificuldades de dinamização, apesar do tema, pois havia no grupo um clima de respeito, partilha de ideias e um grande espírito de entreajuda. No momento de partilha, inicialmente devido a tanto entusiasmo, houve dificuldade na moderação, mas conseguimos que houvesse o respeito pela palavra do outro. De uma forma espontânea, expressaram tudo aquilo que estavam a sentir, bem como as suas dificuldades. Como pontos a destacar na sessão, referem-se à motivação, participação, cooperação, relação interpessoal, envolvimento e dedicação nas produções, expressão de sentimentos e emoções.

Fazendo uma síntese destas quatro sessões, podemos dizer que os doentes, ao longo das mesmas, começaram a sentir-se mais concentrados, atentos, motivados, interessados e mais envolvidos e dedicados às suas produções. Ao longo das sessões, o ambiente do grupo também começou a mudar, a partilha de ideias, a cooperação e a confiança estavam cada vez mais presentes. Nos momentos de partilha, a expressão de tudo aquilo que sentiram começou a ser cada vez mais evidente, principalmente em alguns doentes que, inicialmente, eram mais

reservados e desconfiados. Para compreender melhor os benefícios que estas sessões tiveram no grupo, fizemos, ainda, como processo avaliativo, uma sessão de expressão livre. Apesar de não ter sido possível concretizar todo o programa, por falta de tempo, no Anexo I podemos ver duas ilustrações, onde é visível a relação terapêutica que estas sessões permitiram estabelecer. Para ilustrar o que foi mencionado, serão aqui transcritas algumas verbalizações no momento de partilha, que mostram bem a expressão do sentimento de saudade e tristeza e o desejo de continuar estas atividades, bem como o carinho e o afeto que sentiram “(...) gostei muito de estar neste grupo, diverti-me muito, fico triste por ter acabado.” (sic); “gostei muito de desenhar e fazer pinturas, estou triste por ter acabado, a enfermeira Mafalda, vai voltar para continuarmos com os desenhos e pinturas?” (sic); “ (...), queria dar-lhe este desenho (...), sabe gosto muito de si, estou triste por você se ir embora” (sic); “eu a dar uma flor à enfermeira Mafalda, e o coração é porque eu gosto muito de si, (...) não queria que você se fosse embora” (sic); “gostei muito de estar no grupo, vou ter saudades suas” (sic); “ (...), somos nós na mesa da sala a fazermos um desenho sobre a família, gosto muito de si, estou muito triste, não queria que você se fosse embora, não pode mesmo ficar connosco?” (sic).

Estas intervenções tiveram um papel muito gratificante no estabelecimento de uma relação terapêutica duradoura. A título de exemplo, relatamos o caso de um doente que, antes de ter sido integrado no grupo, era uma pessoa muito reservada e desconfiada, com uma postura tensa, pouco comunicativo e isolado, modificou completamente a sua postura, após a sua integração no grupo, começou a sentir-se acolhido, que, de acordo com Chalifour (2008), foi uma forma de lhe conferir atenção, bem ao que estava a viver. Ao longo das intervenções, o doente começou a apresentar uma postura mais descontraída, a interagir mais em grupo, a ter uma relação mais próxima com o seu colega de quarto, que também pertencia ao grupo (Anexo II dá conta de uma pintura sobre o quarto partilhado), bem como a representar e a verbalizar, de forma cada vez mais espontânea, as suas vivências, sentimentos e emoções; refere por exemplo “vim aos 16 anos para cá de carro, gostava de ter uma casa e família” (sic) (Anexo II). Estas alterações ocorreram, pelo facto de estar em grupo, o doente sentia-se apoiado e compreendido, ou seja, existiu uma compreensão empática do seu mundo e das suas dificuldades tais como ele as via e sentia (Carkhuff, 1969, citado por Chalifour, 2008). Esta relação

terapêutica desenvolvida no grupo foi tão sólida e duradora, deixando sinais da sua presença na mente dos elementos do grupo. Esta constatação encontra-se ilustrada no Anexo III, onde estão representados desenhos que foram elaborados meses depois da conclusão do estágio e aos quais tivemos posteriormente acesso.

Relativamente às dificuldades sentidas, estas prendem-se com: a dificuldade em manter a pontualidade e assiduidade do grupo; em conseguir que alguns doentes compreendessem o tema proposto; na dinamização do grupo de forma a conseguir manter a concentração e respeito pelo outro; em conseguir gerir o tempo da sessão e moderar o grupo no momento de partilha, o que se revelou complexo e desgastante. Perante estas dificuldades, importa rever alguns aspetos como: 1) a estrutura e dimensão do grupo; 2) o programa das próprias sessões; 3) procurar estratégias para conseguir gerir a sessão, tempos e falta de pontualidade e de assiduidade; 4) refletir sobre o comportamento de orientação, atitude e postura durante a dinamização do grupo; e 5) avaliar o comportamento do grupo, no sentido de compreender o que é que falhou e o que pode ser melhorado.

Neste contexto clínico, ainda realizámos duas sessões, uma de desenho, cujo tema foi “São Martinho”, e outra de corte, alusiva ao tema “Halloween”. Estas foram realizadas com um grupo de 20 doentes. Ambas tiveram como objetivos perceber o simbolismo que estes dias representavam, permitindo aprofundar o conhecimento do grupo e fortalecer a relação terapêutica com o mesmo.

Antes de iniciar as sessões de expressão plástica, foi aplicado a todos os participantes o *Mini-Mental State Exam*, (Folstein e Mchugh, 1975 in Trzepacz e Baker, 2001), um teste de rastreio breve, que permite avaliar, de forma geral, diversas dimensões da linguagem e das funções cognitivas (orientação, registo, memória imediata, concentração, nomeação, articulação, construção, escrita de frases e compreensão de ordens em três passos). A prova tem uma classificação máxima de 30 pontos e as pessoas sem défices têm uma média de 28 pontos.

Os resultados deste teste foram em termos numéricos: 24; 19; 27; 29; 28; 22; 5; 22; 28; 23; 27. As classificações iguais ou abaixo de 24 pontos indicam disfunção cognitiva difusa, houve quatro doentes com essa classificação e, curiosamente, eram pessoas com menos de oito anos de escolaridade. Maioritariamente, os doentes tinham pelo menos onze anos de escolaridade, não existindo nenhuma

situação de analfabetismo. Surpreendentemente, apesar de terem esquizofrenia em fase residual, cinco desses doentes apresentaram uma função cognitiva normal.

Estes resultados foram importantes para compreender e avaliar melhor os doentes que iriam integrar a sessões e contribuíram, igualmente, para adaptar e direcionar melhor as sessões, tendo em consideração não só as suas necessidades como também as suas capacidades cognitivas.

Tivemos também a oportunidade de participar na atividade movimento. Esta intervenção permitiu avaliar o estado cognitivo comportamental dos doentes e aprofundar o conhecimento sobre os benefícios que a atividade física tem ao atuar nos sintomas associados à depressão e à ansiedade. Os benefícios identificados, inscrevem-se no que refere Godoy (2002), como sendo o aumento da autoestima e do bem-estar, o melhorar o humor, o aumento da capacidade de lidar com os fatores psicossociais de *stress* e o diminuir os estados de tensão. Esta sessão foi realizada com um grupo de 20 doentes e teve a duração de 60 minutos. Inicialmente, houve uma fase de aquecimento, onde foi colocada música e os doentes repetiam os movimentos e indicações que lhes eram sugeridas. Seguidamente, o ritmo da música foi alternado entre lento e rápido, tendo em conta o estado do grupo. No final foi feita uma sessão de relaxamento.

3.2 Resultados das intervenções desenvolvidas em contexto de internamento

Neste subcapítulo apresentamos os resultados (Apêndice IX) de todas as intervenções desenvolvidas neste contexto. Assim, passamos a abordar as sete sessões de expressão plástica.

Na primeira sessão, para evitar a falta de pontualidade e assiduidade do grupo, foi entregue um cartão a cada doente (Apêndice VII).

Constatámos novamente que alguns elementos sentiram dificuldade em desenhar o seu retrato e isso provocou alguma ansiedade, mas esta dificuldade foi logo ultrapassada graças ao apoio da orientadora e a interação interpessoal entre os elementos, que foi importante no processo de integração de outros. No momento de partilha, embora estivesse presente a orientadora, havia ainda uma sensação de estranheza e desconfiança, embora houvesse motivação e empenho, aspeto que

dificultou o relacionamento, particularmente com as doentes mais reservadas e introvertidas. Como pontos a destacar na sessão, referem-se: a valorização pessoal, (como exemplifica a expressão *“sou mais bonita que o desenho”*), a concentração, a motivação, o relacionamento interpessoal, a dedicação e empenho nas produções, a expressão de desejos (como exemplifica a verbalização *“gostava de andar arranjada”*; *“gostava de me arranjar melhor”*), a expressão de sensações (exemplo, *“sinto-me relaxada”*).

Na segunda sessão, as doentes estavam mais motivadas e interessadas. Durante a mesma, havia uma maior interação interpessoal, envolvendo partilha de ideias e elogios. No momento de partilha, a maioria fez a descrição da família, mas houve também algumas que verbalizaram episódios de vida que vivenciaram com certos familiares. Não foram sentidas dificuldades em trabalhar o grupo, pois a experiência era maior e, durante todas as sessões, a presença da orientadora levou a que as doentes comesçassem a sentir-se menos desconfiadas e desconfortáveis. Como pontos a destacar na sessão, referimos: a estimulação da memória remota (refere-se a exemplo, *“lembro-me da minha avó ter um forno a lenha e eu tinha cinco anos e ela deixou-me fazer o pão, estava tão bom”*), o aumento da interação no grupo, através da valorização das produções por parte dos elementos do grupo (exemplo, *“olha o desenho da H. está bonito, (...) a M. é que tem muito jeito”*), a concentração, empenho e dedicação na elaboração das produções.

Na terceira sessão, as doentes trabalharam e envolveram-se de forma imediata com o barro, toques suaves e delicados, estavam constantemente a observar as suas produções e, ao mesmo tempo, a valorizar as produções umas das outras. No decorrer da sessão, as doentes partilharam ideias/conhecimentos, houve um sentimento de entajuda e cooperação. No momento de partilha, cada doente verbalizou uma palavra sobre como se sentiu a trabalhar com o barro. Não sentimos dificuldade em orientar o grupo, e as doentes começavam a ver-nos como um recurso da equipa. Como pontos a destacar na sessão, referem-se: o trabalho em equipa, o usar o *feedback* positivo (exemplo, *“está gira a senhora não está”*), o estimular a memória remota, que remete para a infância (exemplo, *“lembra-me o meu avô e quando brincava com o barro em criança ao pé dele”*), o incentivar a

criatividade, sentimento de bem-estar (exemplo, “*vou ficar aqui até às 5h da manhã, adoro o trabalho em barro, artes*”).

Na quarta sessão existiu, inicialmente, alguma dificuldade na compreensão da sua finalidade por parte de algumas doentes. Houve uma doente que não gostou da sessão, referindo ser uma criança. Outras doentes, ao observarem as imagens, faziam algumas interpretações delirantes das mesmas. Durante a sessão partilharam ideias e ajudaram-se mutuamente, o que permitiu uma boa interação entre os elementos do grupo. Como pontos a destacar na sessão, referem-se: a sensação de bem-estar (exemplo, “*Gostei muito, fez-me muito bem*); estimulação da memória remota (recordações/lembranças), como por exemplo” (...), *mas eu e o meu ex-marido costumávamos ir muito à praia*”), a expressão de emoções e sentimentos (exemplo, “*já estive uma vez enterrada na neve e tive muito medo*”) e dedicação e empenho nas produções.

Na quinta sessão algumas doentes utilizaram, inicialmente, o lápis de carvão para conseguirem desenhar com maior rigor. Ao longo da sessão revelaram dificuldade na construção de cores, por parte de algumas doentes. As doentes sentiram dificuldade na elaboração do desenho, tendo em consideração o tema. Algumas doentes tiveram de ser estimuladas para terminarem a sua produção e outras criticaram o material fornecido, principalmente os pincéis. No momento de partilha, as doentes explicaram a sua produção às colegas, expressaram o seu sentimento e a sua ideia sobre o conceito de saúde. Para além disso, algumas doentes fizeram uma associação entre as cores utilizadas e o seu estado emocional, “*usei estas cores porque estou alegre e bem se usasse cores mais escuras estava deprimida*” (sic). Uma das doentes fez a interpretação da sua produção, bem como as das colegas, “*a porta é grande, porque tem liberdade em casa*” (sic). Este momento foi muito interessante. Como pontos a destacar na sessão, referem-se: a sensação de bem-estar (exemplo, “*estou menos stressada, sinto-me melhor, gosto de fazer isto*”), a dedicação e empenho na construção das produções e a estimulação da memória remota (exemplo, “*sol é um antidepressivo, o mar relaxa, gosto muito da praia e de comer gelados*”; “*Saúde é poder jogar à bola, estar na praia*”).

Na sexta sessão algumas doentes apresentaram algum rigor nos seus desenhos, outras gostaram do tema e não sentiram dificuldade em procurar imagens que simbolizassem os seus desejos. Manteve-se, ao longo da sessão, um clima de boa disposição, entreajuda e cooperação. Como pontos a destacar na sessão, referem-se: a expressão de desejos/sonhos, *“gostava de liberdade e de viajar” (sic)*; estímulo da memória remota, *“fiz um ramo de flores, pois gostava de receber um, mas já recebi um quando era criança, (...), foi nos meus anos” (sic)*; empenho e dedicação nas produções.

Por fim, na sétima sessão, verificou-se, inicialmente, alguma relutância em aceitar este tipo de dinâmica, que consistia na realização de um desenho no chão. Contudo, essa dificuldade desapareceu, pois, as doentes, com alguma orientação, conseguiram adaptar a sua postura e desenvolverem a sua produção com bastante envolvimento e motivação. Durante a sessão, existiram muitos momentos de entreajuda, trabalho em equipa e empenho na construção de uma produção coletiva. Algumas doentes associaram o seu desenho às suas experiências de vida e aos seus gostos. Como pontos a destacar na sessão, referimos: a partilha de ideias (exemplo, *“já que fizeste pegadas, podias fazer a tua mão a apanhar um pássaro”*), a expressão de sentimentos (por exemplo, *“(…), senti-me calma e relaxada”*), a sensação de bem-estar no trabalhar em grupo (exemplo, *“gostei da atividade e de ter sido em grupo, foi muito bom para mim”*).

Fazendo uma síntese destas sessões, podemos afirmar que foram muito benéficas para o grupo, pois promoveram a motivação e concentração, estimularam a memória remota (recordações/lembranças), facilitaram a interação interpessoal, promoveram a autoestima e a valorização pessoal através do *feedback* positivo, facilitaram a expressão de sentimentos e emoções, favoreceram a partilha de ideias e conhecimentos e proporcionaram uma sensação de bem-estar e de relaxamento.

Para evidenciar esses benefícios foram elaboradas cinco entrevistas a cinco elementos do grupo. Destas, destacamos algumas frases que ajudam a compreender melhor o estado de espírito das doentes, após estas sessões. *“Senti-me bem e é uma mais-valia, pois permite-me conviver com os outros (...)” (sic)*; *“(…), senti-me muito bem no grupo, ajudaram-me nas coisas que tinha dificuldade*

em fazer (...), o que mais gostei foi de pintar na tela, nunca tinha pintado assim, senti-me muito alegre, gostei muito de olhar para ela.” (sic); “gostei muito do grupo, senti-me muito bem no grupo e, muitas vezes, eu sentia-me um pouco em baixo e estas atividades alegravam-me, (...), e gostei muito de partilhar a minha experiência, ajudar as colegas, o convívio, foi muito giro” (sic); “gostei muito, adorei pintar e fazer colagens, gostei muito do tema os nossos desejos, diverti-me muito, foi pena ter acabado, de certeza que não há mais? (...) Gostei muito do grupo senti-me bem, foi agradável, diverti-me e senti-me muito feliz” (sic).

No sentido de evidenciar os efeitos positivos que se observaram nas intervenções, apresentamos aqui quatro situações. A primeira situação é acerca de uma pessoa que, no início das intervenções, não tinha qualquer tipo de relação com o filho, referindo *“tenho um filho de 23 anos, mas ele não sabe que estou cá, só os meus pais é que sabem”* (sic). No trabalho sobre a família, esta não o representou, (Anexo IV), *“a minha família são o meu pai, a minha mãe, a minha irmã e sobrinhos, gosto muito deles, (...) não desenhei o meu filho porque não tenho nenhuma relação com ele, mas não quero falar sobre isso”*. (sic) com o passar das sessões, a doente começou a recordar alguns momentos felizes que vivenciou com o seu filho, embora não o representasse nas suas produções (Anexo IV). No final de todas as intervenções, a doente conseguiu expressar tudo o que sentia em relação ao filho, verbalizando *“ sinto muita tristeza e mágoa de não ter uma relação com o meu filho, já tentei falar com ele há uns tempos atrás, ficou com o meu contacto, mas nunca me ligou, nem quis encontrar-se comigo, (...) eu penso que ele só virá cá quando tiver filhos, gostava de voltar a estar com ele”* (sic). Esta situação veio mostrar que, de acordo com Rocha (2010), a doente sofreu um processo de autoexploração e de autorrealização, através da expressão de pensamentos, ideias e comportamentos, pulsões, emoções e sentimentos, que a ajudaram a tomar consciência desses mesmos sentimentos, que lhe permitiram descarregar emoções intoleráveis. Partindo destes pressupostos, estas sessões facilitaram a expressão desses sentimentos e ajudaram-na a tomar consciência de quanto o filho era importante na sua vida. No final, ela já sentia vontade de criar novamente uma relação com ele e de estar a seu lado.

Uma segunda situação que destacamos refere-se a uma doente que era sempre pontual, tinha uma participação ativa em todas as atividades, e estava sempre muito interessada em saber quando era o próximo encontro. No seio do grupo tinha uma boa relação interpessoal e era visível o seu agrado e divertimento. Durante esse período, não apresentou nenhum comportamento de parassuicídio, que era um antecedente pessoal. Com o aproximar do *terminus* das sessões, a doente começou a evidenciar os fatores negativos, de ordem afetiva e emocional, que havia conseguido controlar durante o desenrolar das mesmas. Esta voltou a manifestar comportamentos parassuicidários, ao contrário do que acontecia nas sessões, em que a doente desenvolvia uma produção, que lhe despertavam sentimentos positivos. Além disso e, de acordo com Chalifour (2008), esta experiência de sofrimento está ligada à consciencialização da perda, desligando-se física, emocional e cognitivamente do objeto investido. Esta doente nunca conseguiu lidar com o sentimento de perda na sua vida e, sempre que vivenciava este sentimento, sofria uma enorme frustração que desencadeava impulsivamente este comportamento de risco. Para minimizar este sentimento, foi realizado um momento de partilha, com a finalidade de encerramento do grupo, realçando simultaneamente o quanto foi importante para o grupo o trabalho desenvolvido em conjunto; as aprendizagens, vivências e o crescimento conseguido, e notando que a despedida não invalida as conquistas relacionais alcançadas, mesmo com a “ausência” do profissional em si. Foi também entregue um pequeno caderno de desenhos a cada doente, como uma pequena lembrança dos encontros realizados. Este momento encontra-se mais detalhado no Apêndice V. A doente em causa, no momento de despedida, entregou-nos um pequeno desenho, como forma de recordação, onde ela expressa a saudade e o afeto que sentiu, ou seja, aspetos resultantes da relação terapêutica criada. Este gesto foi, de certa forma, uma tentativa de lidar com a perda, ou seja, o cessar das sessões de expressão plástica.

A terceira situação desenrolou-se durante a sessão que envolvia a técnica de moldagem, onde uma das participantes moldou uma figura feminina e um bebé desfigurado (Anexo V). Inicialmente não nos apercebemos da singularidade deste acontecimento, mas com o decorrer das sessões, principalmente as que envolveram como técnica o corte e colagem, a doente escolhia maioritariamente imagens de

crianças (Anexo V), enquanto admirava as mesmas, o seu olhar brilhante e ternurento, completado com sorrisos e comentários agradáveis, *“esta criança com um ursinho é muito gira e tem um vestido muito bonito (sic)*. Verificámos, posteriormente, que o fator que terá precipitado a sua doença mental foi a perda de um filho muito desejado (aborto e conseqüente infertilidade). Este acontecimento traumático ficou registado no seu inconsciente e predomina, no seu subconsciente, o desejo/sonho de ser mãe e ter uma família. Para a doente, a moldagem foi algo terapêutico, pois permitiu-lhe experienciar os seus sentidos tátil e cinestésico, ampliar a sua percepção, expressar as suas emoções e, de forma simbólica, os seus conteúdos internos (Bozza, 2001); a atividade parece ter facilitado a expressão de vivências passadas muito intensas, como também ter despertado e avivado as memórias profundas e adormecidas (Bucho, 2011). Esta técnica possibilitou que o inconsciente se manifestasse através de uma imagem tridimensional, isto é, desencadeou conteúdos profundos que se encontravam escondidos por detrás das amarras do inconsciente (Bueno, 2009). Estes conteúdos profundos parecem deduzir o desejo de ter uma filha, em que a sua produção plástica foi a ponte para a sua visibilidade.

A técnica de colagem também facilitou a visibilidade do conteúdo do subconsciente, pois através dos materiais, expressou os seus sentimentos, ideias e emoções, ao utilizar sempre imagens de crianças e mulheres, realçando o lado maternal das mesmas.

A quarta situação surgiu com uma doente, que convidámos a participar na sessão de expressão plástica que envolvia a moldagem com barro, mas a utente recusou verbalizando *“não gosto muito de mexer em barro, não quero ir, fico aqui na sala sentada” (sic)*. Ainda tentámos convencê-la, mas sem sucesso. No final da sessão de grupo, ela apareceu à porta da sala de atividades e trazia um desenho. Este acontecimento foi completamente inesperado. Foi-lhe perguntado se precisava de ajuda, mas, sem hesitar, respondeu *“não enfermeira Mafalda, vim só oferecer-lhe este desenho, foi um presépio que fiz, gosta?” (sic)*. Ela ainda acrescentou *“não quis participar na sessão, mas como o tema era o Natal, fiz-lhe este presépio para si e se quiser pode colocá-lo ao pé da árvore de Natal” (sic)*; deu um abraço como gesto de despedida. Este acontecimento veio, mais uma vez, mostrar que, mesmo não tendo

participado no grupo, sentiu necessidade de deixar a sua presença, sob a forma de uma produção alusiva ao tema que, como podemos observar no Anexo VI, existiu um grande envolvimento, rigor e dedicação na construção da mesma.

Após toda avaliação deste contexto, podemos referir que as dificuldades anteriormente sentidas foram ultrapassadas, graças ao acompanhamento e supervisão das sessões, ou seja, à avaliação crítica que foi sendo feita durante todo o percurso. Podem ainda ser melhorados alguns aspetos como: a avaliação dos participantes, pois ainda existiram sessões que não se enquadravam bem no grupo a dinamizar; desenvolver estratégias comunicacionais relativas ao *terminus* da relação com o outro e/ou com o grupo, no final do programa; pesquisar ou elaborar instrumentos que permitam uma melhor avaliação das sessões de grupo.

Relativamente a outras intervenções, foram realizadas duas reuniões comunitárias dirigidas a todos os doentes com a duração de 60 minutos, para apresentar o grupo de expressão plástica, com o objetivo de dar a conhecer os seus benefícios. Uma doente fez, voluntariamente, a leitura dos slides, e esta foi intercalada com o testemunho de doentes que frequentavam o grupo. A plateia, de forma organizada e coordenada, ia colocando dúvidas e questões. No final, foi realizado um pequeno jogo, “jogo do novelo”, que permitiu avaliar a sessão. Estas reuniões contribuíram para ganhar mais experiência na dinamização de grupos de maiores dimensões e, simultaneamente, um meio de transmissão de conhecimentos e de testemunhos sobre alguns benefícios que a expressão plástica pode trazer à pessoa. Uma doente, participante no grupo, testemunhou um benefício numa reunião, *“é verdade o que a Sra. enfermeira está a dizer, quando estou a desenhar fico sem os pensamentos maus e sinto-me mais calma e relaxada, fico melhor da cabeça”* (sic). Para além disso, houve também uma sessão de relaxamento, realizada numa sala de snoezelen, uma sala equipada de acordo com as necessidades específicas de cada doente, que possibilita: a estimulação sensorial, a realização de intervenções terapêuticas e facilita as relações interpessoais. Esta sala permite à pessoa experienciar, explorar, sentir, interiorizar e identificar, tendo em conta as suas capacidades, as sensações e perceções, que são transmitidas através do próprio corpo e da realidade exterior, através dos cinco sentidos (Sánchez & Abreu, sd). Assim, cada doente deitou-se, confortavelmente, num colchão e foi colocada uma

música relaxante. A sessão teve a duração de cerca de 20 minutos e foi utilizada a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson. Esta, de acordo com Junqueira (2006), consiste na indução para que a pessoa contraia determinada musculatura e, posteriormente, a relaxe sucessivamente até que toda a musculatura corporal tenha sido relaxada. É iniciada a partir dos pés, depois pernas, tronco, braços, mãos e depois cabeça. O objetivo é a pessoa sentir uma sensação de leveza, respiração calma e leve, libertando a mente de pensamentos causadores de *stress*. No final, existiu um pequeno momento de partilha, onde cada doente disse uma palavra sobre como se sentia. As palavras foram simples: “sinto-me bem”; “boa”; “relaxada”, “gostei”, “segura”; “união de colegas”; “calma”; “paciente”; “bem-disposta”, e esboçaram sorrisos, demonstrando prazer e alegria.

A experiência destes dois contextos foi bastante gratificante, pois permitiu aprender a dinamizar grupos terapêuticos, aplicar esta intervenção no sentido de reabilitar psicossocialmente a pessoa com esquizofrenia residual e estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa e o grupo. Nos dois grupos, ao ter sido criado um ambiente agradável e acolhedor, permitiu que cada elemento do grupo se dedicasse e envolvesse na construção da sua produção. Para além disso, facilitou a criação e o fortalecimento da aliança terapêutica, contribuindo para a expressão de sentimentos e emoções relativas a vivências recentes e/ou passadas. Esta relação também ajudou a dar resposta às suas necessidades e dificuldades sentidas. É importante realçar o trabalho de equipa que esteve envolvido. Estabelecendo um paralelismo entre os dois grupos, pode dizer-se que se notou, através das produções (Anexo VII) e momentos de partilha, que o segundo grupo (internamento) tinha uma maior preservação cognitiva, devido à precocidade das intervenções de enfermagem no campo da saúde mental.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Ao longo dos dois contextos foram adquiridas e desenvolvidas, aprofundadamente, as quatro competências de enfermeiro especialista em SMP, preconizadas pela OE (2010). Estas estão implícitas em todas as intervenções e nas reflexões realizadas. As reflexões foram baseadas no ciclo de Gibbs e contribuem para o crescimento pessoal, na compreensão do problema e nas estratégias para os solucionar. A nível profissional, a dinamização do grupo terapêutico facilitou também a aquisição e desenvolvimento destas competências pois, segundo Benner (2001), aprendeu-se a compreender a singularidade de cada pessoa, a sua linguagem, os seus sentimentos e os significados destorcidos.

Além disso, surgiu a oportunidade de experienciar outras intervenções que permitiram ganhar e aprofundar conhecimentos noutras áreas de intervenção em saúde mental, como a realização de um estudo de caso. Este, de acordo com Chalifour (2008), permitiu criar um contacto físico e afetivo com a pessoa com esquizofrenia em fase residual, que levou não só a conhecê-la melhor, a compreender melhor a sua dificuldade, como também auxiliou a estabelecer uma relação de confiança, de calor e respeito.

Resumidamente, o que foi vivenciado nestes dois contextos foram importantes para o desenvolvimento das competências de SMP. Estas competências são essenciais não só no campo pessoal como também no campo profissional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao projetarmos este trabalho desconhecíamos a verdadeira dimensão da problemática. Para colmatar este obstáculo, realizámos uma exaustiva pesquisa e reflexão, associada à prestação de cuidados e experiência pessoal e profissional. Só assim pudemos desenvolver as atividades de enfermagem de SMP e as competências que lhes são inerentes.

A realização do estágio foi crucial na aquisição de novas competências, bem como no desenvolvimento de outras já adquiridas, no sentido de aperfeiçoar os cuidados face à pessoa com doença mental e à sua família. Assim, para conseguir a aquisição e desenvolvimento de cada competência, evidenciadas no capítulo anterior, considerámos o modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicadas à enfermagem que se refere *“às competências e práticas próprias dos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais propondo, num contexto preciso, critérios que permitam saber se a pessoa possui qualidades ou traços caracterizadores de competência. O objetivo não é encontrar o indivíduo competente em todos os campos, apesar das circunstâncias ou do nível de formação”* (Benner, 2001, p.45).

Podemos dizer que as competências adquiridas como ESMP permitiram alcançar “nível de competente” nos campos desenvolvidos. Como é referido por Benner (2001), neste estado o enfermeiro consegue tirar benefícios dos exercícios das tomadas de decisões e de simulações, que vão conceder experiência para planear e coordenar inúmeros cuidados face às necessidades da pessoa com doença mental.

Neste sentido, conseguimos concretizar os objetivos propostos, pois obtivemos resultados muito positivos, que evidenciam o quanto a dinâmica de grupo, usando a expressão plástica como mediador expressivo, pode ser benéfica na reabilitação psicossocial em pessoas com esquizofrenia em fase residual.

No contexto de ambulatório, a equipa de enfermagem ajudou a integrar a orgânica do serviço e foi essencial para conseguir criar uma relação de confiança com os diversos doentes. Graças a isso, bem como em todas as intervenções em que participámos e desenvolvemos, foi possível obter alguns resultados que ajudaram a

projetar e planificar melhor as intervenções, tais como modificações de postura, atitude e comportamento. Vemos este primeiro contexto como o início do percurso para conseguirmos a aquisição de competências e concretização de intervenções. Contudo, surgiram algumas limitações e dificuldades em ultrapassá-las, nomeadamente na integração na equipa de enfermagem e de alguns elementos da equipa multidisciplinar, mais concretamente na impossibilidade de participar numa reunião multidisciplinar e, raramente, conseguirmos comunicar com a parte médica e social. Deste modo, todas as informações e recursos foram obtidos através da leitura dos processos e de alguns elementos da equipa de enfermagem, que se mostraram disponíveis para ajudar nesta integração e planeamento. A não existência de um espaço apropriado para desenvolver as sessões foi, igualmente, um constrangimento e limitativo, pelo que tivemos de juntar, frequentemente, o grupo com outros doentes, para estes não se sentirem excluídos. Esta situação levou a que não conseguíssemos estar completamente atentos, focados e disponíveis para o grupo. Além disso, não conseguimos criar um horário específico para as sessões de expressão plástica, devido à existência de um horário de atividades no serviço e, muitos deles, estarem também integrados na terapia ocupacional. Daí também advém o problema da assiduidade e pontualidade dos doentes.

No estágio em contexto de internamento, as limitações acima enumeradas não se aplicaram, pois este local centra-se na reabilitação da pessoa com doença mental. Além de estar devidamente estruturado e equipado, os profissionais desenvolviam todo o seu trabalho nesse sentido. Foi então possível ter uma sala equipada, onde se desenvolveu um grupo terapêutico com sessões planeadas, bem como outras intervenções, sempre sob orientação e supervisão da orientadora. Estas condições foram importantes para o desenvolvimento do programa das sessões na sua totalidade, e para poder vivenciar outras experiências e intervenções que contribuíram para conseguir atingir os objetivos propostos.

Posteriormente, ao analisar os resultados globais dos dois contextos clínicos, conseguimos interrelacionar a teoria e a prática, no sentido de mostrar o quanto a expressão plástica, como mediador expressivo, pode ser um instrumento substancial na reabilitação da pessoa com esquizofrenia em fase residual, na manutenção e

melhoria da sua qualidade de vida. Conquanto, existe, ainda, um longo caminho a percorrer nesta área de intervenção, *“há muito para aprender e muita coisa a apreciar, à medida que as enfermeiras descobrem significados comuns adquiridos em resultado da ajuda, da orientação, da intervenção nos acontecimentos humanos significativos que estão no âmbito da arte e da ciência de enfermagem”* (Benner, 2001, p.40).

Sugerimos, pela sua importância para a clínica de enfermagem, a implementação e desenvolvimento deste tipo de intervenções junto de pessoas com este tipo de patologia, bem como a outras patologias psiquiátricas. Importa intervir e avaliar com rigor os resultados, ou seja, desenvolver trabalhos científicos e académicos nesta área, como forma de dar relevo a este tipo de intervenção, e aos seus benefícios, principalmente, na relação interpessoal e na qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

Concluindo, procurámos com este trabalho, contribuir para uma boa prática dos cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiatria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, J. (2015). *Introdução à psicopatologia compreensiva* (7.^a ed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia: conhecer a doença*. Lisboa: Climepsi Editores.

Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia: Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Princípia Editora.

Amaral, C. A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental: Mediante a CIPE*. Loures: Lusociência.

Association, A. P. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores

Belcher & Fish (2000). Hildegard E. Peplau. In B. J. George e colaboradores. *Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à prática profissional* (4.^a ed) (pp.45-57). Porto Alegre: Artmed.

Belo, F. & Scodeler (2013). A importância do brincar em Winnicott e Schiller. *Tempo psicanalítico*, 45, 91-109. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v45n1/v45n1a07.pdf>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto editora.

Bozza, M. (2001). *Argila: Espelho da Auto-Expressão: Um método para manifestação do inconsciente*. Curitiba: Ed. do Autor.

Bucho, J. (2011). *As terapias expressivas e o barro: Veículo de auto-conhecimento, criatividade e expressão*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Bueno, T. (2009). *O uso do barro em arte terapia: Um reencontro com a natureza*. Monografia não publicada. ISEPE. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.arteterapia.org.br/pdfs/ousodobarroreencnat.pdf>

Campos, L. (2008). *Os caminhos das experiências positivas e negativas na prestação de cuidados informais na esquizofrenia*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Cardoso, F.J. & Couto, S. (2005). Empowerment e participação nos Serviços de Saúde Mental. In J. Ornelas, F. Monteiro, M. Moniz, & T. Duarte (Coords). *Participação e Empowerment das pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (pp.145- 150). Lisboa: AEIPS Edições.

Carmo, H. & Ferreira, M.M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

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

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

Coelho & Palha (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi.

Coqueiro, F., Freitas, M. & Vieira, F. (2010). Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Ata Paul Enferm*, 23(6), 859-862. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/22.pdf>

Dalley, T. (1987). *El Arte como terapia*. Barcelona: Editorial Herder.

Decreto Lei nº 356/15 de 25 de junho. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II Série*, Nº 122 (25-06-2015). 17034- 17041. Acedido 30-07-2015. Disponível em www.dre.pt.

Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). A implementação de programas orientados para o recovery: Domínios cruciais. In J. Ornelas, F. Monteiro, M. Moniz, & T. Duarte (Coords). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (pp. 19-43). Lisboa: AEIPS Edições.

Favrod, J. & Maire, A. (2014). *Recuperar da esquizofrenia. Guia prático para profissionais*. Loures: Lusociência.

Ferraz, M. (2007). Os fins terapêuticos das expressões artísticas. *Psicologia. O Portal dos psicólogos*. Acedido 5-03-2017. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_opiniao.php?codigo=AOP0194

Fonseca, A. F. (2007). *A psicologia da criatividade* (3ª.ed.). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Fiorindo, P. P. (2014). Arteterapia e psicologia analítica. *Revista Pandora Brasil -Arte em terapia*, 61. Disponível em: http://revistapandorabrasil.com/revista_pandora/arteterapia%20_61/priscila.pdf

Freese, T. B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In M. Alligood & A. Tomey. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª. ed.) (pp. 335-375). Loures: Lusociência.

Gabbard, O. G. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica* (4.ª ed.) (pp.103-163). Porto Alegre: Artmed.

Gleitman, H. (1999). Tratamento da psicopatologia in: *Psicologia* (4.ª ed.) (pp.1017-1062). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Godoy, R. (2002). Benefícios do Exercício Físico sobre a Área Emocional. *Movimento*, 8 (2), 7-16.

Guerra, M. & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Guerra, M., Lima, L. & Torres, S. (2014). *Intervir em grupos na saúde* (2.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Guterres, M. C (2005). Programas de reabilitação psicossocial em Portugal: Estudo comparativo do suporte social da população geral e das pessoas com experiência em doença mental em processo de recovery. In J. Ornelas, F. Monteiro, M. Moniz, & T. Duarte (Coords). *Participação e Empowerment das pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (pp. 107- 130). Lisboa: AEIPS Edições.

Howk, C. (2004). Hildegard E. Peplau. *Enfermagem Psicodinâmica*. In M. Alligood & A. Tomey. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5.^a ed.) (pp. 423-444). Loures: Lusociência.

Jarreau G. & Pain S. (1996). *Teoria e técnica da arte terapia: A compreensão do sujeito*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Junqueira, M. (2006). *A viagem do relaxamento: técnicas de relaxamento e dinâmicas*. Goiânia: Editora da UCG.

Kaplan, I. H., Sadock, J. B & Grebb, J. (1999). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e Psiquiatria Clínica* (7.^a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Manes, S. (2014). *83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupos: Um manual para psicólogos, professores animadores socioculturais* (11.^a ed). Lisboa: PAULUS Editora

Martins, D.C.S. (2012). *Arte-Terapia e as Potencialidades Simbólicas e Criativas dos mediadores artísticos*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de Lisboa. Faculdade de Belas Artes, Lisboa.

Melo, J. A (2007). A terapêutica artística promovendo saúde na instituição hospitalar. *Ibérica – Revista Interdisciplinar de Estudos Ibéricos e Ibero-Americanos*, 1 (3), 142-167. Disponível em: <http://livrozilla.com/doc/791955/a-terap%C3%AAutica-art%C3%ADstica-promovendo-sa%C3%BAde-na-institui%C3%A7%C3%A3o-h...>

National Institute for Health & Clinical Excellence (2010). *Schizophrenia Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care*. Londres: National Institute for Health & Clinical Excellence.

Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Lusociência.

Nicolau, M. (2014). *Introdução à criatividade* (2.^a ed.). João Pessoa: Ideia Editora.

Oliveira, F. (sd). *A Arte como meio de intervenção no tratamento do paciente esquizofrênico: uma investigação nos equipamentos de saúde mental do Vale do Paraíba*. Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo. São Paulo. Acedido 12-07-2015. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lapa/versoportugues/2c32a.pdf>

Ornelas, J. (2002). Uma década de reabilitação em Portugal: Desafios futuros. In *Atas Conferência de Novos Desafios na Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*. Lisboa: AEIPS.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pain, S. (2009). *Os Fundamentos da Arte-Terapia*. Petrópolis: Editora Vozes.

Palha, F. & Teixeira, J. M. (2009). *Factores Sociais e Culturais da Esquizofrenia em Portugal: Situação actual e perspectiva dos profissionais*. Linda-a-Velha: Atlas.

Peplau, E. Hildegard (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinamica*. Barcelona: Salvat Editores S.A.

Rocha M. (2010). *Relatório final*. Tese de mestrado. Escola Superior de Educação. Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

Sánchez, F. & Abreu, M. (sd). Benefícios da terapia snoezelen em utentes com demência. *VI Complemento de Formação em Enfermagem*. Acedido 5-2-2017 disponível em: <http://www.forbrain.pt/uploads/documentos/9%20Beneficios%20da%20Terapia%20Snoezelen.pdf>

Saraiva, C.B. & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidel.

Sobreira, C., Castelo Branco, Z., Diogo, P. & Lopes, A. (2004). Desenvolvimento Pessoal do Enfermeiro: Contextos da prática e da Formação. *Revista Sinais Vitais*, 56, 14-18.

- Sousa, A. B. (2005). *Psicoterapias Ativas (Arte-Terapias)*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática* (6.ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência.
- Trzepacz, P. & Baker, R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi editores.
- Urrutigaray, M. C. (2008). *Arteterapia: A transformação pessoal pelas imagens* (4.ª ed). Rio de Janeiro: Walk editora.
- Valladares, A., Lima, A., Lima, C., Santos, B., Carvalho, I. & Tobias, G. (2008). Arteterapia: criatividade, arte e saúde mental com pacientes adictos. In *Jornada Goiana de Arteterapia*, 2. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/269095218_ARTETERAPIA_CRIATIVIDAD_E_ARTE_E_SAUDE_MENTAL_COM_PACIENTES_ADICTOS_1
- World Health Organization (2002). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- World Health Organization (2016). Schizophrenia. Media Center. Acedido 10-05-2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>
- World Health Organization (2010). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Acedido 25-11-2016. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F20-F29>
- Winnicott, D.W. (1975). *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago editora Ltda. <http://evoluieducacional.com.br/wp-content/uploads/2012/08/Dinamicas.pdf>. Acedido em 2015/10/29
- http://www.ejcit.com.br/download_verifica.php?arquivo=19924/201%20dinamicas%20opara%20reunioes.pdf. Acedido em 2015/12/29

APÊNDICES

Apêndice I






Cronogramas

CRONOGRAMA NO CONTEXTO AMBULATORIO

outubro 2015

Dias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Estágio	Amarelo	Amarelo	Diagonal	Diagonal	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo		Diagonal	Diagonal		Verde	Verde	Verde	Verde	Diagonal	Diagonal			Verde	Verde	Laranja	Diagonal	Diagonal		Verde	Azul	Laranja	Vermelho	Diagonal	Diagonal

Legenda

-  Integração no serviço/observação das atividades/intervenções desenvolvidas no serviço
-  Colaboração nas atividades desenvolvidas no serviço (com a orientadora)
-  Realização das sessões de expressão plástica
-  Observação da terapia ocupacional
-  Realização de intervenções de acordo com a atividade do serviço (tendo por base os objetivos de estágio)







novembro 2015

Dias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
Estágio	/		■	■		■	/	/		■	■	■	■	/	/		■		■		/	/	■		■		■	■

Legenda

- Colaboração nas atividades desenvolvidas no serviço (com a orientadora)
- Realização das sessões de expressão plástica
- Realização de acordo com a atividade do serviço (tendo por base os objetivos de estágio)
- Avaliação do ensino clínico
- Entrevista com o utente e familiar (estudo de caso)

Legenda

-  Integração no serviço/observação das atividades/intervenções desenvolvidas no serviço
-  Colaboração nas atividades desenvolvidas no serviço (com a orientadora)
-  Realização das sessões de expressão plástica
-  Realização de intervenções de acordo com a atividade do serviço (tendo por base os objetivos de estágio)
-  Avaliação do ensino clínico
-  Entrevista com utente e familiar (estudo de caso)

Apêndice II

Programas das sessões de expressão plástica

PROGRAMA DAS SESSÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Contexto Ambulatório

"A expressão plástica na reabilitação psicossocial da pessoa com esquizofrenia em fase residual"

TEMÁTICAS DAS SESSÕES:

1.^a Sessão: Apresentação do grupo (desenho).

2.^a Sessão: A família (desenho).

3.^a Sessão: Renascer da doença (desenho).

4.^a Sessão: Saúde Mental (pintura).

5.^a Sessão: Sentimentos (corte e colagem).

6.^a Sessão: Mural divertido- " A Ilha"(pintura/corte e colagem/desenho).

7.^a Sessão: "Era uma vez..." (pintura e desenho)

(total de sessões: 7 (5 sessões de desenho; 3 sessões de pintura; 2 sessões de corte e colagem)

METODOLOGIA:

- Utilização da técnica de observação participativa;
- Utilização da expressão plástica (desenho, corte e colagem, pintura e moldagem) como mediador expressivo.

LOCAL: Sala de atividades.

PERIODICIDADE: uma a duas sessões por semana (2.^{af} a 6.^{af}).

DATA: 23 de outubro de 2015 a 27 de novembro de 2015.

DURAÇÃO: 60 minutos.

PROGRAMA DAS SESSÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Contexto Internamento

"A expressão plástica na reabilitação psicossocial da pessoa com esquizofrenia em fase residual"

TEMÁTICAS DAS SESSÕES:

- 1.^a Sessão: Autorretrato (desenho).
- 2.^a Sessão: A família (desenho).
- 3.^a Sessão: Presépio (moldagem).
- 4.^a Sessão: Emoções (corte e colagem).
- 5.^a Sessão: Saúde (pintura).
- 6.^a Sessão: Os desejos (corte e colagem/desenho).
- 7.^a Sessão: Era uma vez... (pintura e desenho)

(total de sessões: 7 (4 sessões de desenho; 2 sessões de pintura; 2 sessões de corte e colagem; 1 sessão de moldagem)

METODOLOGIA:

- Utilização da técnica de observação participativa.
- Utilização da expressão plástica (desenho, corte e colagem, pintura e moldagem) como mediador expressivo.

LOCAL: Sala de atividades.

PERIODICIDADE: Uma a duas sessões por semana (2.^ª a 6.^ª).

DATA: 30 de novembro de 2015 a 3 de fevereiro de 2016.

DURAÇÃO: 60 minutos.

Apêndice III

Planos das sessões de expressão plástica

PLANO PARA CONTEXTO DE AMBULATÓRIO

1.ª Sessão

APRESENTAÇÃO DO GRUPO

Objetivos:

- Conhecer o grupo terapêutico;
- Integrar cada elemento no grupo;
- Promover a relação interpessoal;
- Aumentar o conhecimento do grupo.

Metodologia: Técnica de observação participativa

Recursos: Desenho (lápiz de grafite; carvão; lápis de cor; canetas de feltro e papel);

Descrição da atividade

Inicialmente é explicado ao grupo em que consiste a sessão. Cada elemento escolhe a sua cor favorita. Posteriormente é distribuída a cada participante uma folha A4 e, cada elemento, desenha algo que o represente/identifique a si próprio.

Os participantes, mantendo o anonimato dos seus trabalhos, entregam-nos ao dinamizador que também faz circular, cada trabalho, por todos os elementos do grupo. Antes de comentarem os trabalhos, o dinamizador questiona cada elemento acerca da cor que escolheu (qual a razão porque escolheu aquela cor e o que a mesma o faz sentir). Finalmente quando todos os trabalhos tiverem sido comentados, o dinamizador convida o autor de cada trabalho a revelar ao grupo a razão pela qual fez determinado desenho.

2.ª Sessão

A FAMÍLIA

Objetivos

- Conhecer a dinâmica familiar;
- Promover a relação interpessoal;
- Observar o estado afetivo da pessoa;
- Promover a concentração e memória;
- Aumentar a coesão do grupo.

Metodologia: Técnica de observação participativa

Recursos: Desenho (lápiz de grafite; carvão; lápis de cor; lápis de cera; canetas de feltro e papel);

Descrição da atividade:

Inicialmente é explicado ao grupo em que consiste a sessão. Posteriormente é distribuída, a cada participante, uma folha A4 e cada elemento desenha a sua família. Quando todos os participantes tiverem terminado o seu trabalho é feito um momento de partilha, onde cada um fala acerca da relação familiar, como é essa relação, quem são as suas pessoas significativas, recordar momentos agradáveis que passaram com a sua família.

3.ª Sessão

RENASCER DA DOENÇA

Objetivos:

- Ajudar o utente a expor as suas vivências antes e depois do aparecimento da doença, os seus planos e sonhos;
- Promover a expressão de emoções;
- Promover a relação interpessoal;
- Potenciar a capacidade de memória;
- Aumentar a coesão do grupo;
- Aumentar o conhecimento do grupo.

Metodologia: Técnica de observação participativa

Recursos: Desenho (lápiz de grafite; carvão; lápis de cor; lápis de cera; canetas de feltro e papel com o desenho de um escudo);

Descrição da atividade:

O dinamizador faz uma motivação inicial *“Vamos procurar coisas importantes da nossa vida através de imagens e não apenas de coisas faladas”*. Seguidamente é explicado a cada utente que o escudo está dividido em quatro partes (A. Antes do internamento (diagnóstico da doença); B. Internamento (diagnóstico da doença); C. Presente; D. O Futuro) e em cada uma delas, cada um vai falar da sua vida.

Primeiramente, na parte superior do escudo, cada utente escreve ou é auxiliado a escrever o seu lema, ou seja, uma frase ou palavra que expressem o seu ideal de vida. Depois em cada uma das quatro partes do escudo, cada um vai elaborar um desenho que expresse uma vivência importante. Por fim é feito um momento de partilha onde cada uma fala do seu escudo e que dificuldades sentiram.

4.ª Sessão

SAÚDE MENTAL

Objetivos:

- Avaliar os conhecimentos sobre o tema saúde mental;
- Promover a relação interpessoal;
- Ajudar na expressão de sentimentos e emoções;
- Promover a coesão do grupo;
- Aumentar o conhecimento do grupo.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Pintura (guaches, pincéis e telas);

Descrição da atividade:

Inicialmente é explicada a atividade ao grupo. Depois de colocado todo o material em cima da mesa, é solicitado aos participantes que pintem algo sobre o tema da sessão. Seguidamente solicitar a cada um que fale sobre a sua pintura e quais foram as suas dificuldades sentidas. No final, em grupo falamos um pouco sobre o tema, e como se sentiram e o que gostaram mais.

5.ª Sessão

SENTIMENTOS

Objetivos:

- Permitir a apresentação individual de valores pessoais;
- Promover a relação interpessoal;
- Ajudar na expressão de sentimentos;
- Aumentar a coesão do grupo;
- Aumentar o conhecimento do grupo.

Metodologia: Técnica de observação participativa

Recursos: corte e colagem (tesouras, colas, jornais, revistas e cartolinas);

Descrição da atividade

Inicialmente é explicada a atividade ao grupo. Seguidamente é colocado todo o material em cima da mesa e é solicitado aos participantes que recortem e cole, em cada cartolina, num lado imagens que lhes transmitam sentimentos de tranquilidade, amor, paz, amor e no outro imagens que transmitam algo negativo (raiva, dor, tristeza). Por fim, solicitar que cada um explique a razão da escolha de determinadas imagens e como se identifica com elas.

6.ª Sessão

MURAL DIVERTIDO "A ILHA"

Objetivos:

- Aprofundar os conhecimentos do grupo;
- Avaliar assimilação do conteúdo, troca de informações;
- Aumentar a motivação;
- Potenciar a criatividade;
- Possibilitar o trabalho em equipa;
- Promover a relação interpessoal;
- Promover a coesão do grupo.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Pintura (guaches, pincéis e telas); desenho (lápiz de grafite; carvão; lápis de cor; lápis de cera; canetas de feltro e papel; corte e colagem (tesouras, colas, revistas e jornais).

Descrição da atividade

Inicialmente é explicada a atividade ao grupo. Seguidamente é colocado todo o material em cima da mesa. Existe um primeiro momento em que os participantes são divididos em grupos de 5 pessoas e a tarefa de cada grupo é elaborar um mural utilizando vários materiais. Num segundo momento, após a elaboração dos dois murais, os trabalhos serão expostos e comentados por todos (dificuldades, compreensão dos dois trabalhos, como se sentiram).

7ª Sessão

ERA UMA VEZ....

Objetivos:

- Promover a criatividade e imaginação;
- Aumentar a coesão do grupo;
- Proporcionar o trabalho em equipa.

Metodologia: Técnica de observação participativa

Recursos: Pintura (guaches, pincéis e telas), papel de cenário.

Descrição da atividade

Inicialmente é explicada a sessão ao grupo. De seguida é fornecido ao grupo uma folha A2 e os respetivos materiais. No canto superior da folha é escrita a frase “Era uma vez...”, seguidamente o grupo constrói uma história. No momento de partilha, o grupo conta a história e no fim, cada um fala sobre como vivenciou esta atividade (como se sentiu, que dificuldades teve, o que gostou mais,).

PLANO PARA O CONTEXTO DE INTERNAMENTO

1.ª Sessão

AUTORRETRATO

Objetivos:

- Conhecer o grupo terapêutico;
- Integrar cada elemento no grupo;
- Promover a relação interpessoal;
- Aumentar o conhecimento do grupo.

Metodologia: Técnica de observação participativa

Recursos: Desenho (lápiz de grafite; carvão; lápis de cor; canetas de feltro e papel);

Descrição da atividade

Após ter sido explicada a atividade, é distribuída uma folha A4 por cada participante. Seguidamente cada um tem de elaborar um desenho que exprima a perceção que cada um tem de si, isto é, o seu autorretrato.

No final, cada participante fala sobre como é que se vê ao espelho, o que gostava de ver em si e como se sente quando se vê ao espelho.

2.ª Sessão

A FAMÍLIA

Objetivos:

- Conhecer a dinâmica familiar;
- Promover a relação interpessoal;
- Observar o estado afetivo da pessoa;
- Promover a concentração e memória;
- Aumentar a coesão do grupo.

Metodologia: Técnica de observação participativa

Recursos: Desenho (lápiz de grafite; carvão; lápis de cor; lápis de cera; canetas de feltro e papel);

Descrição da atividade

Inicialmente é explicado ao grupo em que consiste a sessão. Posteriormente é distribuída, a cada participante, uma folha A4 e cada elemento desenha a sua família. Quando todos os participantes tiverem terminado o seu trabalho é feito um momento de partilha, onde cada uma fala acerca da relação familiar, como é essa relação, quem são as suas pessoas significativas, recordar momentos agradáveis que passaram com a sua família.

3.ª Sessão

PRESEPIO

Objetivos:

- Promover a expressão de emoções;
- Promover a relação interpessoal;
- Proporcionar o relaxamento e prazer;
- Aumentar a coesão do grupo;
- Aumentar o conhecimento do grupo.

Metodologia: Técnica de observação participativa

Recursos: moldagem (barro)

Descrição da atividade

Inicialmente é explicada a atividade ao grupo. Posteriormente cada elemento do grupo é convidado a moldar o barro com o objetivo de construir um presépio. No final é feito um momento de partilha onde cada um fala sobre a sua construção/produção e como se sentiram durante a sua construção, que lembranças surgiram.

4.ª Sessão

EMOÇÕES

Objetivos:

- Promover a relação interpessoal;
- Ajudar no reconhecimento e expressão de emoções;
- Aumentar a coesão do grupo;
- Aumentar o conhecimento do grupo.

Metodologia: Técnica de observação participativa

Recursos: corte e colagem (tesouras, colas, jornais, revistas e cartolinas);

Descrição da atividade

Inicialmente é explicada a atividade ao grupo. Seguidamente é colocado todo o material em cima da mesa e é solicitado aos participantes que recortem e coleem, em cada cartolina, num lado imagens que lhes transmitam alegria, surpresa (espanto) no outro imagens que transmitam aversão (antipatia/ódio), cólera (raiva/ira), medo, tristeza e desprezo. Por fim, é feito um momento de partilha onde vamos falar sobre as emoções e recordar alguns momentos onde as mesmas foram vivenciadas.

5.ª Sessão

SAÚDE

Objetivos:

- Avaliar os conhecimentos sobre o tema saúde;
- Ajudar na expressão de sentimentos e emoções;
- Promover a relação interpessoal;
- Promover a coesão do grupo;
- Aumentar o conhecimento do grupo.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Pintura (guaches, pincéis e telas);

Descrição da atividade

Inicialmente é explicada a atividade ao grupo. Depois de colocado todo o material em cima da mesa, é solicitado aos participantes que pintem algo sobre o tema da sessão. Seguidamente solicitar a cada um que fale sobre a sua pintura e quais foram as suas dificuldades sentidas. No final, em grupo falamos um pouco sobre o tema, e como se sentiram e o que gostaram mais.

6.ª Sessão

OS DESEJOS

Objetivos:

- Ajudar o utente na expressão dos seus próprios desejos;
- Aprender a trabalhar em grupo;
- Promover a concentração;
- Aumentar a coesão do grupo.

Metodologia: Técnica de observação participativa

Recursos: corte e colagem (tesouras, colas, jornais, revistas), Desenho (lápiz de grafite; carvão; lápis de cor; lápis de cera; canetas de feltro e papel de cenário);

Descrição da atividade

Inicialmente é explicada a atividade ao grupo. É fornecido ao grupo todo o material e um papel de cenário. Seguidamente é pedido ao mesmo, que desenhe os seus desejos e que utilizem também a técnica de corte e colagem. No momento de partilha o grupo fala sobre esses mesmos desejos e como se sentiram.

7.ª Sessão

ERA UMA VEZ....

Objetivos:

- Promover a criatividade e imaginação;
- Aumentar a coesão do grupo;
- Proporcionar o trabalho em equipa;

Metodologia: Técnica de observação participativa

Recursos: Pintura (guaches, pincéis e telas), papel de cenário.

Descrição da atividade

Inicialmente é explicada a sessão ao grupo. De seguida é fornecido ao grupo uma folha A2 e os respetivos materiais. No canto superior da folha é escrita a frase “Era uma vez...”, seguidamente o grupo constrói uma história. No momento de partilha, o grupo conta a história e no fim, cada um fala sobre como vivenciou esta atividade (como se sentiu, que dificuldades teve, o que gostou mais,).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manes, S. (2014). *83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupos: Um manual para psicólogos, professores animadores socioculturais* (11.ª ed). Lisboa: PAULUS Editora.

Sites:

<http://evoluieducacional.com.br/wp-content/uploads/2012/08/Dinamicas.pdf>. Acedido em 2015/10/29

http://www.ejcjt.com.br/download_verifica.php?arquivo=19924/201%20dinamicas%20para%20reunioes.pdf. Acedido em 2015/12/29

Apêndice IV

Apresentação "grupo de expressão plástica"

Apêndice V

Jornais de aprendizagem

JORNAL DE APRENDIZAGEM SOBRE A PRIMEIRA SESSÃO

No dia vinte e três de outubro realizei a minha primeira sessão de expressão plástica, com um grupo de dez utentes (previamente selecionados com a ajuda da minha orientadora e após a aplicação do mini teste mental). Inicialmente senti-me um pouco nervosa, com medo que a sessão não corresse bem, pois ainda tinha em mente a sessão realizada em sala de aula. Contudo consegui abstrair-me desse acontecimento passado e comecei a organizar a sala, com a ajuda de alguns utentes, para iniciar a sessão. Não foi fácil ter uma sala onde estivessem só os dez utentes pois, neste pavilhão, não existe sala de atividades, pelo que tive de realizar a sessão na sala de estar dos utentes que comunica com a sala de refeições. Para conseguir realizar a atividade a minha orientadora esteve com os dez utentes que não participavam na minha intervenção na sala de refeições enquanto eu estive com os restantes na sala de estar.

Os utentes chegaram à hora combinada à exceção de um, que chegou quinze minutos atrasado. Como os outros utentes já estavam a começar a ficar inquietos e curiosos, iniciei a sessão e quando o outro utente chegou tentei que não perturbasse a concentração do grupo, explicando-lhe num tom de voz baixo o que consistia em a sessão.

Durante a sessão existiram algumas dificuldades que tentei colmatar de modo a que esta não ficasse comprometida. Alguns utentes terminaram muito rapidamente a tarefa e senti alguma dificuldade em mantê-los calmos, para isso incentivei-os a pensarem mais sobre o que gostavam, embora alguns só quisessem entregar o desenho para saber o que iria acontecer a seguir. Outra dificuldade foi ter um utente inquieto que, mesmo não sendo participante, esteve constantemente a interromper-me, assim como outros utentes que observavam a minha sessão. Não foi fácil evitar esta situação e ultrapassá-la, pois, provocou alguns momentos de desconcentração, que não foram benéficos e que, em futuras sessões, estarei mais atenta para que não ocorram.

No desenrolar da sessão achei interessante a motivação e empenho demonstrados por estes utentes com esquizofrenia em fase residual. Destaco alguns momentos que me surpreenderam pela positiva e, ao mesmo tempo, me fizeram desenvolver novas aprendizagens. Um utente que, numa primeira avaliação, achei que não tinha

capacidade para se conseguir integrar nesta intervenção, pois tinha uma postura delirante e com solilóquios, elaborou um desenho e, apesar de ter um discurso pobre, soube dar resposta a tudo o que lhe foi perguntado. Por exemplo, ele conseguiu dizer que o desenho era o símbolo *Ying Yang*, pois gostava de yoga e que lhe fazia bem à mente e ao corpo; que escolheu a cor verde pois pertence à bandeira de Portugal e é português; e quando foi solicitado para falar de outros desenhos soube identificar o que os outros gostam/ com que se identificam, apesar de apresentar um discurso pobre. Outro momento foi o de um utente, que inicialmente também me parecia pouco funcional, mas que a partir de um desenho desenvolveu uma história com alguns delírios, embora tenha ficado sem saber o que fazer e se era bom ou não o utente criar estas histórias. Outra situação foi a de um utente que, mesmo tendo referido várias vezes para fazer um desenho, optou pela expressão escrita. Naquele momento senti-me triste por não ter conseguido, mas, ao mesmo tempo, também me questioneei se o utente tinha ou não compreendido o que era pretendido ou se simplesmente não lhe apetecia desenhar. Deste modo tentei obter resposta e o utente disse-me, simplesmente, que faz desenhos, mas como não sabia o que fazer nesta sessão, optou por escrever.

De uma forma global, esta primeira sessão superou as minhas expectativas. Contudo senti alguma dificuldade em manter a minha postura, conter o meu riso perante algumas respostas dadas (contendo delírios) e expressões faciais de alguns utentes, e não consegui dar resposta a todos os utentes em que observei necessidade de ajuda na integração no grupo (utentes mais reservados e isolados). Também senti que, em certos momentos, não estava a conseguir que todos os utentes permanecessem na sessão, pois alguns começaram a pedir para ir à casa de banho e beber água, e isso criou em mim a dúvida de não saber se procedi bem em deixá-los ir ou se a sessão estava a ser demasiado longa. No momento de comentar os desenhos senti alguma dificuldade em conseguir que cada um respeitasse a palavra do outro.

Assim, nas próximas sessões vou tentar arranjar um espaço e ambiente propícios a que não existam interrupções, nem a presença de outros utentes fora do grupo. Também vou ter em consideração as necessidades dos utentes, que vou observando ao longo das sessões, para tentar dar resposta às mesmas e tornar estas sessões em algo reabilitativo para cada utente. Também, numa próxima

sessão, irei ter em consideração o tempo da sessão e estar atenta a sinais de cansaço por parte dos utentes.

A cada dia que passa tenho mais consciência e atenção às técnicas e formas da nossa postura pois a comunicação não-verbal e verbal são cruciais para estabelecer uma boa ligação. Procurarei conseguir transmitir ao utente que sou uma pessoa madura, compreensiva, respeitadora e, ao mesmo tempo, ser vista como alguém que sabe escutar e que está sempre pronta ajudar na resolução dos problemas. Perante os acontecimentos que surgiram nesta sessão vou elaborar pesquisas bibliográficas e falar com a minha orientadora de modo a conseguir encontrar respostas ou linhas de orientação que visem o melhoramento da minha prestação.

JORNAL DE APRENDIZAGEM SOBRE DESPEDIDA DO GRUPO

No meu último dia de estágio, deparei-me com uma utente que questionou se haveria uma última sessão de expressão plástica. Fiquei estupefacta com a pergunta pois pensei que as utentes tinham compreendido que, na última sessão, tinha existido uma despedida do grupo. Olhei para a utente e rapidamente constatei que não tinha compreendido essa despedida. Então disse-lhe que sim. A utente, ao escutar a minha resposta, esboçou um sorriso e foi logo chamar as restantes colegas do grupo. Esta reação despertou em mim uma certa nostalgia e tristeza, dissolvida numa alegria de ter conseguido um dos principais objetivos destas sessões, que foi estabelecer uma relação de confiança e terapêutica com cada elemento do grupo.

Para a ajudar, fui também chamar as outras utentes e uma delas referiu que estava muito contente por ainda haver mais uma sessão, revelando que, desde que esteve no grupo, nunca mais sentiu vontade de ir ao ateliê de expressão plástica. Perguntei qual a razão dessa sua opção e ela verbalizou que se sentia melhor no nosso grupo. Estas palavras potenciaram o meu sentimento de nostalgia e tristeza e, naquele momento, só me apetecia chorar, mas tive de me conter, pois não queria mostrar este lado mais frágil à utente.

Finalmente tinha o grupo reunido, olhando para cada uma delas, comecei a não conseguir controlar o meu corpo, e essa tristeza começou a revelar-se através da minha linguagem não-verbal, principalmente no meu olhar invadido de lágrimas e na minha forte necessidade de estar muito próxima de cada uma delas. Com uma voz baixa e com um tom triste agradei toda a disponibilidade, dedicação, o carinho que me deram, e acrescentei o facto de termos conseguido construir um grupo, onde existiu confiança mútua e muitos momentos de partilha, não somente de ideias, mas também de experiências de vida e de momentos de aprendizagem. Uma das utentes, ao escutar a palavra aprendizagem, acrescentou “e você também aprendeu algumas coisas connosco” (sic), concordei, e acrescentei que num grupo existe sempre uma aprendizagem conjunta, as utentes ficaram também muito emocionadas e isso era visível nos seus olhares e nos sorrisos que esboçavam.

No final, entreguei uma pequena lembrança como forma de agradecimento e com o grande objetivo de deixar uma marca minha em cada uma delas, uma forma de não

deixar cair no esquecimento todos os momentos que passámos enquanto grupo, bem como individualmente. Sinto que este pequeno gesto me ajudou, de certa forma, a atenuar esta tristeza, dando lugar a algum reconforto, uma vez que não quebrei por completo a ligação/relação que construí com cada uma. Ao entregar esse pequeno objeto, os seus olhares também eram de enorme tristeza, e num grupo verbalizaram “se soubéssemos que se ia embora hoje, também lhe tínhamos dado uma coisa” (sic). Nesse momento voltou novamente a tristeza, apesar de sentir que não iria fazer uma rutura completa deste grupo. Não queria fazê-la, estava a ser tão difícil que só me apetecia dizer que iríamos continuar com o grupo, nem que fosse uma vez por semana, mas racionalmente não podia fazê-lo, pois tudo tem um fim. A palavra “FIM” é sinónimo de tristeza e dor e é sempre o que sinto quando algo na minha vida tem termina. Só com o passar do tempo é que consigo interiorizar e aceitar, mas mesmo assim é difícil, fica sempre uma enorme saudade e um pequeno vazio que só será preenchido se um dia regressar.

Cada utente, como forma de despedida, deu-me um enorme abraço e um grande beijo, que foi sentido com muita emoção, levando as lágrimas a invadirem os meus olhos, não queria deixar de sentir este calor, este carinho, este conforto que cada uma me estava a transmitir, mas racionalmente tinha de me despedir, tinha de aceitar este conflito interno que estava a gerar-se dentro de mim pois estava ainda a dificultar mais a despedida do grupo. Para adensar a situação que estava a vivenciar uma utente, mais tarde, veio entregar-me um pequeno desenho onde *escreveu* “*vou sentir saudades Mafalda*” (sic). Esta frase ainda interferiu mais nas minhas emoções e, naquele momento, a emoção falou mais alto e disse-lhe mais tarde que não era o fim, que sempre que pudesse vinha visitá-las e que nunca as iria abandonar. Ela abraçou-me e eu senti esse abraço não como uma despedida, mas como um até já.

Posso dizer que foi muito difícil “terminar”, de certa forma não o consegui fazer, será porque me envolvi demasiado com o grupo? Estabeleci uma relação terapêutica com as utentes que me dificultou o seu término? ou terá sido devido às minhas características pessoais que contribuíram para que isto tudo ocorresse? Penso que foi esta última interrogação me ajudou no estabelecimento da relação terapêutica e do *setting* terapêutico no grupo, mas que também me dificultou terminar.

Neste sentido, sinto que devo fazer uma introspeção para compreender melhor esta minha dificuldade e, posteriormente, solicitar ajuda nesse sentido. Esta experiência foi, de facto, muito intensa e enriquecedora a todos os níveis.

Apêndice VI

Estudo de caso

ESTUDO DE CASO

Para a concretização do estudo caso, apliquei técnicas de comunicação, a observação direta, a colheita de dados do processo clínico do doente, assim como a discussão sobre o caso com a orientadora. Este estudo caso permitiu-me refletir sobre a eficácia das intervenções de enfermagem direcionadas para os problemas/necessidades da pessoa com esquizofrenia residual (individual). Neste estudo foram omitidas informações no sentido de preservar a confidencialidade dos dados e a identidade da pessoa. Anteriormente existiu um consentimento verbal dado pela pessoa (utente) para a elaboração deste estudo.

1. Anamnese

Identificação

- **Idade:** 38
- **Sexo:** feminino
- **Estado civil:** Solteira

2. Dados colhidos no processo

A utente encontra-se institucionalizada, e tem o pai como familiar presente e participativo no seu processo de tratamento. É uma pessoa com esquizofrenia paranoide que surgiu no final da adolescência, com uma evolução para uma situação deficitária e desorganizada/ crónica.

3. Avaliação diagnóstica

3.1 Perspetiva de enfermagem

- **História pessoal e familiar**

É filha única, de pais divorciados, e a mesma assistiu a várias discussões que levaram a essa separação. O pai é o principal cuidador e familiar significativo que

reside com a madrasta. O pai não tem qualquer relação com a ex-mulher (mãe da utente).

A relação da utente com a mãe é boa, embora cordial e mais por via telemóvel. A mãe raramente visitou a filha durante o internamento e a filha raramente visitou a mãe, por indisponibilidade da mesma.

A relação da utente com a madrasta é por vezes conflituosa. Normalmente esses conflitos são desencadeados pela madrasta.

Os primeiros sintomas (atividade produtiva delirante paranoide do tipo místico) surgiram no final da adolescência, altura em que se encontrava no final do 12.º ano de escolaridade. Estes sintomas começaram a surgir com maior frequência com o ingresso na licenciatura, que ficou incompleta *“fazia os trabalhos, mas faltava às aulas, por isso fui expulsa da escola mais a minha mãe”* (sic).

A utente inicialmente residia numa Unidade de Vida Protegida, integrando o Fórum Sócio Ocupacional. Teve vários internamentos em Psiquiatria. O seu último internamento, antes de ter sido institucionalizada, deveu-se à utente apresentar alucinações auditivo verbais, que referiu ser a *“voz de Deus”* (sic), alguma renitência à adesão terapêutica (principalmente injetável - *Risperidal consta*) levando, conseqüentemente, a uma instabilidade psicopatológica.

Passado algum tempo, a utente foi internada no serviço de agudos por apresentar uma desorganização pessoal e na relação com os outros, um pensamento psicótico, um comportamento de inquietação motora e uma adesão terapêutica irregular. Apresentava um discurso hostil e reivindicativo contra as regras. Estava integrada em programas de reabilitação psicossocial, mas raramente os frequentava. Contudo, durante esse internamento existiu uma boa evolução na relação interpessoal e ocupação e aceitou um acompanhamento psicológico.

Mais tarde, começou novamente a estar mais isolada/reservada, com dificuldades comunicacionais e um contacto mais distante (esquivo). Apresentava atividade produtiva e alterações do comportamento. Revelava alterações do padrão de sono, inicialmente referindo *“estou a dormir”* (sic) e, ao ser novamente confrontada disse *“não consigo dormir, não sei o que se passa comigo”* (sic). Foram feitas alterações

terapêuticas e a utente conseguiu ter uma boa evolução clínica, encontrava-se mais comunicativa e expressiva, embora com discurso pobre em conteúdo.

Passado um mês, a utente apresentava um comportamento mais adequado, comunicativo e ativo. Tinha como projeto de vida, querer arranjar um emprego.

Teve alta clínica e tentou arranjar emprego, mas sem sucesso. Esta situação desencadeou mais inquietação e impaciência, levando ao seu internamento numa residência e necessidade de ajuste terapêutico.

Teve novamente alta clínica, embora não apresentasse crítica para a sua doença e a necessidade de cumprir a medicação. Permaneceu na residência.

Nessa altura a utente apresentava um discurso lógico e coerente, verbalizava a preocupação relativamente ao seu futuro *“qual é o tempo máximo que posso ficar aqui...vou para as residências?”* (sic). Com o avançar do tempo, começou novamente a apresentar uma atitude desconfiada quando abordada. Começou a apresentar alteração na sua higiene pessoal, no vestuário e na sua alimentação, aumentando a ingestão de cafeína. Começou a falar acerca das suas ocupações de cariz religioso.

Passados alguns meses, a utente começou a apresentar uma baixa tolerância à frustração, referindo *“eu estou curada, o médico e o meu pai é que não me tiram daqui”* (sic). Relativamente às ocupações, começou a ter comportamentos desadequados, com comentários fora do contexto e uma atitude fundamentalista. Apresentava novamente atividade produtiva com delírios místicos e de grandeza, sem crítica e não cedia à argumentação. Pelo que foi feito novo reajuste terapêutico.

A utente voltou a estar mais estabilizada, necessitando de uma supervisão da gestão do seu dinheiro. Referia sentir-se bem e revelou *“já tenho amigas”* (sic). Apresentava um comportamento mais adequado, mostrando interesse na sua medicação e questionando a mesma com o médico, referindo *“queria falar com o médico para retirar a clozapina de 100mg, pois bloqueia-me e põe-me lenta”* (sic). Mostrou novamente interesse em tirar um curso para poder ingressar no mundo laboral (projeto de vida), embora ainda apresentasse dificuldades em definir estratégias para a concretização do mesmo.

Passados alguns meses, a utente apresentava novamente um *facis* fechado, com maneirismos com as mãos e circulava no corredor às voltas, sem objetivo aparente. Inicialmente ainda mostrava interesse em se integrar no projeto da preparação autónoma da medicação (potenciar o empowerment).

Passado algum tempo, a utente teve uma nova descompensação, mais angustiada e nervosa. Verbaliza alucinações auditivo verbais *“Oíço o Ricardo. Foi uma pessoa importante na minha vida, o que ele diz faz-me sentir mal”* (sic). Apresenta atividade delirante de cariz persecutório *“arruinaram a minha vida toda. Pessoas más”* (sic).

Após, novo reajuste terapêutico, a utente ficou mais funcional conseguindo enumerar os seus objetivos de vida (emprego, maior autonomia, ter casa/quarto) e aceitar frequentar ocupações. Relativamente às qualidades que possui para atingir os mesmos referiu *“estudar, estar ocupada, convívio, sentir-se realizada, ser útil e aumentar a minha autoestima, mas sinto algum estigma pois podem não gostar de mim na escola, pois tenho algumas dificuldades e falta de memória”* (sic).

Com o avançar dos meses, a utente voltou a manifestar atividade alucinatória e delirante de conteúdo persecutório; solilóquios; inquietação e maneirismos. Começou a recusar a preparação da caixa terapêutica verbalizando *“não gosto de fazer aquilo, o que é importante não é preparar a medicação, é tomá-la. Isto é uma coisa menor e se a maioria das colegas não prepara, eu também tenho direito em não preparar”* (sic). Não cedeu à argumentação.

Perante estas alterações do comportamento, perceção e pensamento, a utente teve de ser novamente internada no serviço de agudos por irregularidade na toma da medicação e necessidade de estabilização clínica em ambiente protegido. Nessa altura, apresentava um humor hipotímico, a memória remota e recente alterada. Tinha uma postura e olhar desconfiado. Apresentava alterações da perceção *“oíço vozes”* (sic), bloqueio do pensamento, fuga de ideias, associações soltas, repetição involuntária de respostas verbais/motoras, solilóquios; alterações da cognição apresentando ideias delirantes de tipo místico, persecutório e grandioso. Tinha um grande défice de autocuidado.

Conseguiu-se uma nova estabilização do seu quadro clínico, mas passados alguns meses, a utente começou novamente a ficar mais psicótica, com uma maior inquietação psicomotora, perda de peso (magreza extrema). Apresentava um

comportamento muito negativista. Mantinha um discurso delirante de cariz persecutório e místico e recusava suplementos alimentares referindo ser “*doping*”. Apresentava um humor hostil, um contacto esquivo, não aceitando uma possível negociação. Por vezes tinha um comportamento *manipulador* “*se disser ao meu pai que eu preciso de alguma coisa, deixo de comer*” (sic). Estava muito renitente à toma da medicação.

Após ter sido feito um novo ajuste terapêutico, a utente ficou estabilizada, mas passados alguns meses voltava a ter uma nova descompensação.

- **Apresentação e postura**

A pessoa é uma mulher jovem, raça caucasiana, de idade aparentemente inferior, vestindo roupa informal (camisola e calças de ganga). Apresenta um aspeto emagrecido, palidez cutânea e um aspeto descuidado (cabelo por vezes despenteado, unhas descuidadas, recusava, por vezes, cuidados de higiene). Apresentava uma posição de pé, com uma inquietação motora (andava frequentemente ao longo do corredor) e com uma postura rígida/tensa, com as mãos postas como estivesse em oração. Relativamente ao olhar, tinha um olhar fixo num determinado ponto. Mostrava um contacto superficial (esquivo) e desconfiado (Ex: durante uma interação, quando foi colocada uma terceira questão, a utente mencionou “*não quero falar mais, prefiro falar noutra dia*” (sic) e afastou-se). O seu *facis* era triste e fechado.

- **Discurso e linguagem**

Durante a relação que estabeleci com a utente constatei que apresentava um discurso fluente, uma compreensão intacta e respostas concretas, sem alterações na nomeação, repetição, sintaxe e capacidade de escrita; a prosódia do discurso e a sua qualidade sem alterações. No que se refere à espontaneidade hesitava a iniciação do discurso, devido à sua atitude de desconfiança e aos seus delírios paranoides.

- **Memória, atenção e concentração**

Durante a relação como a utente, esta apresentava atividade produtiva (delírios) e tinha dificuldade em se manter atenta e concentrada. A sua memória de longo e curto prazo foi avaliada, mas não apresentava alterações.

- **Estado de consciência e orientação**

A pessoa apresentava-se consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa (escala de Glasgow- total 15).

- **Humor e afetos**

A utente apresentava um humor disfórico (triste) e ansioso (observável pela sua postura rígida, cabeça baixa e um *facis* triste), um contacto esquivo. Quando abordada era necessário manter alguma distância e receava o toque. Apresentava uma reduzida mobilidade dos afetos e emoções, restringidos às variantes: desconfiada/triste/revoltada. Ela referia *“sinto que os outros não gostam de mim”*, *“sinto que as pessoas que estão aqui só querem obrigar-me a fazer coisas que não quero”*, *“acho que aqui existem pessoas falsas”* (sic). (quando verbalizava estas frases apresentava um *facis* inexpressivo)

- **Pensamento**

Acerca do seu pensamento, pude constatar fuga de ideias (Ex: *“gosto muito de rezar nesta igreja, estás a ver aquela imagem é Jesus e o seu batismo, sei isso porque leio a Bíblia, é um livro muito grande que foi escrito pelos evangelhos, está lá um capítulo sobre o batismo de Jesus, foi batizado pelo São João Batista, também gosto da parábola do filho pródigo, gosto de ler no meu quarto, gostava de ter mais livros e tu gostas de ler?”* (sic)); e bloqueios (Ex: *“...gosto de estar aqui e rezar nesta igreja é linda, muito dourada, (pausa), queria dizer mais qualquer coisa mas a ideia desapareceu, o que estávamos a falar?”* (sic)). O seu conteúdo encontrava-se alterado, pois apresentava delírios paranoides sistematizados que incluíam grandiosidade (Ex: *“a minha missão é salvar as pessoas”* (sic)) e místico (ex.: *“reflito*

muito e falo com Deus” (sic)), devido ao conteúdo dos mesmos a utente apresentava mobilidade afetiva reduzida (Ex: *“como se sente hoje? Sinto-me bem”* (sic) (sem expressividade facial)).

- **Perceção**

Relativamente à perceção, a utente apresenta alucinações auditivo verbais, *“estou a ouvir e a falar com Deus sobre o estado do mundo, há muitas pessoas más e falsas”* (sic).

- **Insight**

Existe uma inter-relação entre insight e juízo crítico, neste caso a utente, ao longo da relação, não apresentou crítica referindo *“eu estou cá porque os médicos não querem dar altas, (...) estou aqui porque o meu pai já está velho e a minha mãe é doente e não me podem levar para casa, (...) estou aqui porque ainda não consegui voltar a estudar, (...) eu estou bem, não tenho nenhuma doença, e tomo comprimidos porque as outras pessoas também os tomam, já pedi ao médico para me os tirar, mas ele não quis”* (sic).

- **Efeito dos comportamentos e sintomas (adesão com a família)**

A utente era uma pessoa isolada e com uma inquietação motora, que percorria o corredor do serviço, bem como toda a instituição durante o dia todo, exceto no horário das refeições. Deambulava sempre com as mãos colocadas como se estivesse em constante oração. Quando era abordada tinha um contacto esquivo e desconfiado, e tentava sempre arranjar forma de terminar, o mais rapidamente possível, esse contacto e interação. Quando outra utente se colocava no seu caminho, a utente desviava-se sem estabelecer qualquer tipo de interação ou mesmo o toque.

À observação, tinha uma postura sugestiva de atividade delirante, pois apresentava períodos de solilóquios e um olhar fixo para um determinado ponto. Relativamente à realização das suas atividades de vida diárias, recusava, muitas vezes cuidados de higiene e conforto, verbalizando *“eu não preciso de tomar banho, estou bem assim, não quero que me cortem os pelos dos sovacos, pois é inverno e não ando de*

manga curta, eu é que sei, elas não me podem obrigar” (sic). Nas refeições, a utente adotava uma posição sentada, mas enquanto aguardava a comida as mãos estavam colocadas como se estivesse em oração.

Durante a refeição, a utente, por vezes, espalhava a comida no prato e seleccionava-a; recusava a sobremesa, bem como suplementos. Após as refeições tinha indicação para fazer pelo menos uma hora de repouso e, por vezes, recusava-se a fazê-la ou então ia para um local longe da observação da equipa de enfermagem.

A relação com a família era um pouco conflituosa, principalmente com madrasta; a utente referia *“ela trata-me como uma criança, não me deixa fazer nada, no Natal nem saímos de casa porque ela não quis, não gosto muito dela” (sic). Com o pai tinha uma boa ligação, verbalizando “gosto do meu pai, ele sempre que pode vem visitar-me e telefona, no Natal deu-me presentes e passei o Natal com ele, gostei muito,(...) tenho uma boa relação com o meu pai, mas quando lhe digo que estou a pensar no estado do mundo, ele não gosta” (sic). A relação com a mãe é boa, embora mais distante referindo “gosto da minha mãe, gostava de ter passado a passagem de ano com ela, mas ela não estava com muita vontade de lá ter-me, mas liga-me quase todos os dias e conversa comigo (...) Hoje telefonei-lhe mas ela não atendeu, deve estar ocupada, ligo mais tarde,(...), de vez em quando vou lá, mas é sempre por pouco tempo, eu gostava de ficar lá mais tempo, mas a minha mãe diz que não pode.” (sic).*

À noite, a utente desloca-se para o quarto e demora algum tempo a deitar--se, deambulando no quarto durante algum tempo.

4. Ecomapa e genograma

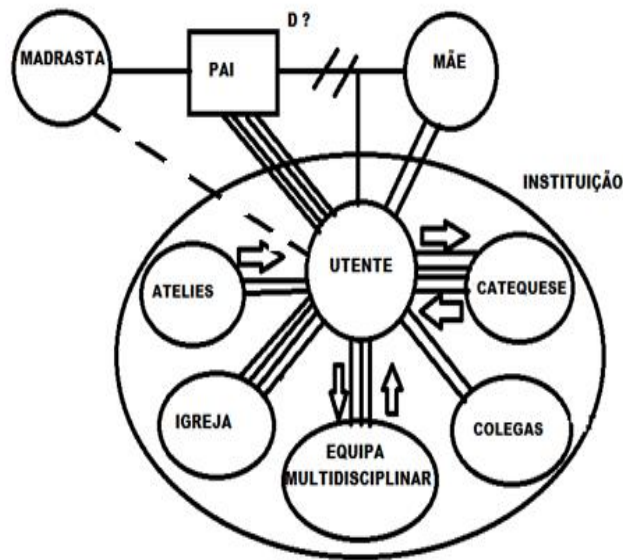
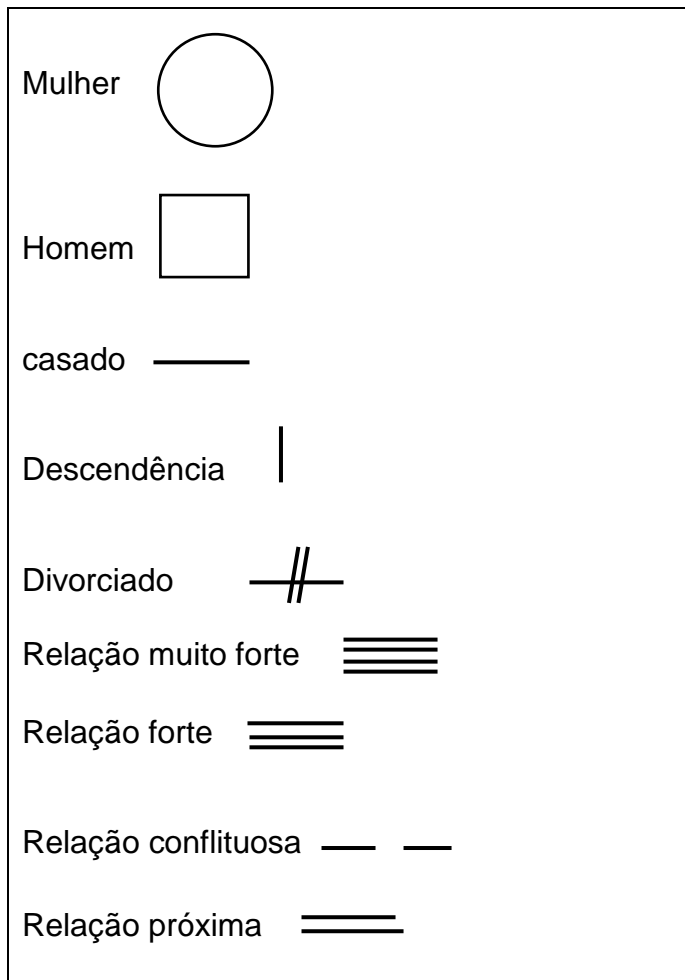


Fig.1

Legenda



5. Diagnósticos e Intervenção de enfermagem (Amaral, 2010)

Diagnóstico	Intervenção
<p>Adesão ao regime terapêutico ineficaz (a utente não reconhece/aceita que está em desequilíbrio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar disposição para aprender; • Facilitar aprendizagem à utente; • Promover a autorresponsabilização; • Reunir os medicamentos; • Vigiar comportamento com o medicamento.
<p>Alucinação demonstrada crónica (isolamento social, comunicação recetiva diminuída, fuga sem motivo aparente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aliviar alucinação; ▪ Disponibilizar suporte emocional; ▪ Iniciar restrição na atividade física; ▪ Promover melhoria do <i>coping</i>.
<p>Ansiedade em grau reduzido</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar a técnica para acalmar; ▪ Escutar ativamente; ▪ Iniciar sessão de relaxamento; ▪ Iniciar facilitar a licença de saída (Natal).
<p>Apetite diminuído (ingestão de alimentos e líquidos reduzida)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhar sobre alimentação saudável; ▪ Assistir ao autocuidado: alimentação; ▪ Determinar metas mútuas; ▪ Iniciar controlo do peso corporal; ▪ Promover a autorresponsabilização; ▪ Promover melhoria do <i>coping</i>.
<p>Autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arranjar-se e vestuário negligenciado (desinteresse/renitência em se arranjar e em se vestir e despir-se) • Comer e beber negligenciado (desinteresse/renitência em comer e beber) • Higiene negligenciada (desinteresse/renitência em 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir no autocuidado: arranjar-se; ▪ Negociar contrato com a utente; ▪ Promover autorresponsabilização; ▪ Aconselhar sobre alimentação saudável; ▪ Assistir no autocuidado: alimentação; ▪ Regular dieta e peso corporal; ▪ Vigiar pele;

<p>proceder aos cuidados de higiene)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhar sobre os cuidados de higiene; ▪ Assistir no autocuidado: banho/higiene; ▪ Negociar contrato com a utente; ▪ Promover a autorresponsabilização;
<p>Delírio demonstrado grau Reduzido. Delírio grandioso e místico <i>“estou neste mundo com a missão de tratar do mal das pessoas, (...) eu ouço e falo com Deus”</i> (sic)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar suporte emocional; ▪ Minimizar ideias delirantes; ▪ Promover a normalidade.
<p>Magreza excessiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhar sobre alimentação saudável; ▪ Assistir no autocuidado: alimentação; ▪ Determinar metas mútuas; ▪ Iniciar restrição atividade física; ▪ Iniciar controlo do peso corporal; ▪ Promover a autorresponsabilização; ▪ Gerir a dieta.
<p>Relação dinâmica ineficaz (expressão inadequada de sentimentos e emoções; partilha inadequada de atividades recreativas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar grupo de apoio; ▪ Encorajar relação complexa; ▪ Iniciar reunião comunitária.
<p>Interação social diminuída (evita participar em atividades sociais)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar na relação complexa; ▪ Iniciar reunião comunitária.
<p>Alucinação demonstrada em grau reduzido (alucinações auditivas verbais). Apresenta postura corporal rígida e retraída, alguma tensão latente. Discurso por vezes com aumento da latência de resposta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar suporte emocional; ▪ Promover melhoria do coping; ▪ Orientar de forma antecipada para a crise.

Dentro das intervenções delineadas, irei passar a descrever as atividades em cada uma delas:

- Aconselhar sobre alimentação saudável e os cuidados de higiene:
 - Determinar a duração da relação de aconselhamento com a utente;
 - Encorajar a modificação de hábitos indesejáveis.
- Aliviar a ansiedade:
 - Disponibilizar presença junto da utente;
 - Promover a participação em atividades lúdicas;
 - Promover a utilização de objetos simbólicos (sensação de segurança).
- Aliviar a alucinação:
 - Encorajar a utente a validar as alucinações auditivo-verbais com pessoas da sua confiança;
 - Envolver a utente em atividades baseadas na realidade;
 - Evitar discutir com a utente a respeito da validade das alucinações auditivo-verbais;
 - Oferecer ao utente espaço para discussão das suas alucinações;
 - Orientar discussão de sentimentos inerentes à alucinação e não o seu conteúdo;
 - Vigiar sinais e sintomas de atividade alucinatória.
- Aplicar técnica para acalmar:
 - Manter atitude calma e decidida;
 - Oferecer líquidos;
 - Oferecer privacidade;
 - Oferecer o toque, no sentido de tranquilizar a utente.
- Assistir no autocuidado:
 - Estabelecer uma rotina nas atividades de autocuidado;
 - Encorajar a independência da utente na realização das atividades, mas interferir quando a mesma não as consegue realizar e/ou realiza de forma desadequada;
 - Providenciar os artigos pessoais desejados:

Alimentação

- Aconselhar sobre formas mais adequadas de se alimentar;
- Determinar o refeitório como local onde são realizadas as refeições;

- Providenciar um ambiente agradável e um posicionamento confortável durante as refeições.

Arranjar-se

- Encorajar a utente a pentear-se e vestir-se;
- Elogiar a utente (feedback positivo) sobre a sua aparência física e cuidada.

Banho/higiene

- Promover a limpeza das unhas;
- Oferecer assistência nos cuidados de higiene e conforto, até que a utente seja autónoma.
- Determinar metas mútuas:
 - Encorajar a utente a definir as suas metas;
 - Motivar a utente a definir as suas metas com clareza;
 - Assistir a utente na elaboração de um plano de atividades realista para o alcance das metas.
- Disponibilizar grupo de apoio:
 - Assegurar um grupo de cinco elementos;
 - Assegurar a satisfação das necessidades de cada elemento;
 - Assistir o grupo no seu crescimento através das fases de desenvolvimento do grupo;
 - Determinar a finalidade do grupo;
 - Informar o grupo sobre as metas a serem alcançadas e as responsabilidades que cada elemento tem;
 - Limitar o número de sessões;
 - Manter estímulo positivo para modificações de comportamento;
 - Monitorizar e dirigir o envolvimento ativo dos elementos do grupo;
 - Proporcionar um ambiente tranquilo, descontraído e de aceitação;
 - Reforçar o autocontrolo pessoal e a responsabilidade.
- Disponibilizar suporte emocional:
 - Encorajar e assistir a utente no reconhecimento e expressão de sentimentos;
 - Encorajar o choro e/ou o diálogo com a utente, no sentido de reduzir a sua resposta emocional;
 - Oferecer apoio à utente;

- Identificar as consequências de não lidar com os sentimentos.
- Encorajar relação complexa:
 - Aplicar períodos de silêncio com o objetivo de demonstrar interesse;
 - Assegurar acordo mútuo relativamente à duração das sessões;
 - Assegurar à utente o meu interesse nela como pessoa;
 - Assistir a utente na identificação de sentimentos que sejam impeditivos no estabelecimento da interação;
 - Comunicar à utente as ideias principais, nas suas próprias palavras;
 - Descartar sentimentos que interfiram negativamente na interação;
 - Desenvolver outras formas de comunicação (ex.: imagens);
 - Agendar a próxima interação antes da despedida;
 - Encorajar a utente a expressar-se durante o tempo de interação;
 - Gerir o meu comportamento tendo em consideração a linguagem não-verbal que a utente me está a transmitir;
 - Identificar a minha atitude em relação à utente e situação;
 - Limitar os comportamentos indesejáveis durante a relação terapêutica;
 - Dirigir o discurso de forma a voltar ao assunto principal, sempre que for necessário;
 - Monitorizar a informações vindas da linguagem não-verbal da utente;
 - Obter feedback das mensagens vindas da linguagem não-verbal da utente.
- Iniciar restrição da atividade física:
 - Comunicar a minha presença com a utente;
 - Disponibilizar um ambiente privado, confortável e supervisionado;
 - Envolver a utente na avaliação da continuidade e intensidade da intervenção;
 - Explicar o objetivo da intervenção à utente.
- Negociar contrato com a utente:
 - Assistir a utente no estabelecimento de limites de tempo e a identificar as práticas de saúde que deseja melhorar;
 - Encorajar a utente a escolher recompensas significativas e adequadas à manutenção do seu comportamento;
 - Encorajar a utente na identificação das suas habilidades e pontos fortes;

- Estabelecer com a utente o momento para a utilização das suas recompensas;
- Facilitar a renegociação do contrato;
- Vigiar sinais que indiquem o incumprimento do contrato por parte da utente.
- Promover a autorresponsabilização:
 - Analisar com a utente as consequências da não responsabilização pelos seus atos;
 - Avaliar a capacidade de autorresponsabilização;
 - Oferecer à utente a oportunidade para mostrar atitude de autorresponsabilização.
- Melhorar do *coping*:
 - Apoiar a utente na sua experiência cultural e espiritual;
 - Assistir a utente na avaliação de uma determinada situação;
 - Encorajar a utente na autoavaliação do seu comportamento e capacidades, e a ter uma atitude de esperança realista face à sua situação;
 - Identificar e otimizar mecanismos de *coping* com a utente.
- Gerir ambiente físico:
 - Facilitar o uso de objetos pessoais;
 - Promover um ambiente silencioso com iluminação e temperatura adequadas;
- Escutar ativamente:
 - Adequar a perceção e sensibilidade às emoções (adequar a minha linguagem não-verbal de forma a facilitar a interação com a utente);
 - Atender às palavras evitadas e à mensagem não-verbal ligada à palavra verbalizada;
 - Demonstrar interesse nas mensagens e sentimentos não expressados, como também ao conteúdo do discurso da utente;
 - Determinar o sentido da mensagem transmitida pela utente, marcando um tempo de resposta, refletindo a sua compreensão;
 - Encorajar a utente a expressar os seus sentimentos, pensamentos e preocupações;
 - Estabelecer o propósito da interação;

- Prevenir a existência de barreiras ao escutar atentamente;
- Esclarecer a compreensão da mensagem através de questões e feedback.
- Facilitar aprendizagem à utente:
 - Ajustar a coerência da informação às necessidades e desejos da utente;
 - Ajustar as informações de forma a atender ao estilo de vida da utente;
 - Encorajar a utente a participar ativamente;
 - Identificar os objetivos da aprendizagem;
 - Criar um ambiente que seja facilitador para aprendizagem da utente;
 - Oferecer um feedback contínuo sobre o progresso da sua aprendizagem;
 - Oferecer instrução de acordo com ritmo de aprendizagem da utente;
 - Disponibilizar materiais que ilustrem informações importantes;
 - Oferecer à utente oportunidade de praticar;
 - Realizar sessões curtas para que a utente consiga dominar o conteúdo das mesmas;
 - Organizar a informação de uma forma lógica e coerente para existir distinção entre os conteúdos críticos e os desejáveis.
- Minimizar ideias delirantes:
 - Manter rotina diária estável, evitando a precipitação de ideias delirantes;
 - Realizar o teste da realidade, através do encorajamento da utente a validar a realidade com pessoas da sua confiança;
 - Evitar a discussão sobre falsas crenças;
 - Gerir o ambiente de forma a minimizar estímulos ambientais;
 - Disponibilizar atividades recreativas que necessitam de atenção;
 - Estabelecer uma relação de confiança, que permita a utente expressar as ideias delirantes;
 - Vigiar a atividade produtiva/delirante.
- Motivar disposição para aprender:
 - Assistir a utente a confiar nas suas capacidades para conseguir combater os seus sintomas;
 - Assistir a utente para conseguir lidar com emoções intensas;

- Oferecer um motivo que estimule a utente a aprender;
- Estabelecer um ambiente favorável à aprendizagem da utente;
- Satisfazer primeiramente as necessidades de segurança e fisiológicas básicas da utente;
- Proporcionar a participação da utente.
- Vigiar a pele:
 - Vigiar as características da pele e mucosas da utente.
- Vigiar o comportamento com o medicamento:
 - Referir à utente os efeitos do medicamento que necessitam de vigilância especial;
 - Avaliar a história da utente relativamente a alergias medicamentosas;
 - Vigiar a presença de efeitos secundários indesejáveis na utente.
- Iniciar reunião comunitária:
 - Apoiar cada elemento do grupo na tomada de decisão;
 - Assistir cada elemento do grupo na sua Auto modificação;
 - Assistir cada elemento do grupo na modificação de comportamento;
 - Promover a socialização;
 - Determinar com o grupo metas mútuas;
 - Realizar uma escuta ativa;
 - Negociar um contrato com cada elemento do grupo;
 - Orientar de forma antecipada cada elemento do grupo para a crise;
 - Promover a autorresponsabilização, Auto percepção positiva, melhoria do *coping* e capacidade de resiliência;
 - Providenciar o encaminhamento da utente.
- Iniciar sessão de relaxamento:
 - Ensinar a utente a relaxar;
 - Executar relaxamento muscular progressivo (técnica de Jacobson) à utente;
 - Gerir ambiente de segurança e físico;
 - Incentivar o humor.
- Controlo do peso corporal:
 - Assistir a utente no aumento do seu peso corporal;
 - Determinar com a utente metas mútuas;

- Regular peso e dieta;
- Estabelecer um contrato com a utente.

6. Avaliação

Quando conheci a utente senti, inicialmente, bastante dificuldade na aproximação, pois sempre que tentava estabelecer um contacto com ela, era sempre muito superficial, e a utente arranjava sempre um pretexto para evitar ou quebrar esse contacto/aproximação. Aplicando algumas destas intervenções/atividades acima mencionadas, relativamente ao estabelecimento de uma relação terapêutica, consegui, com o passar do tempo, ganhar a sua confiança de tal forma que a utente já me via como uma pessoa de confiança para exprimir as suas preocupações e sentimentos.

Apesar disso, nunca consegui que a utente participasse numa reunião terapêutica ou atividade recreativa em grupo, mas somente de forma individualizada. Sugerí-lhe uma sessão de relaxamento, mas a utente recusou verbalizando *“não quero obrigada, sinto-me relaxada quando ando”* (sic). Ao longo da nossa relação, a utente nunca apresentou insight e juízo crítico.

Nas atividades de vida diárias também apliquei as intervenções delineadas para o efeito, a utente foi informada da importância de, devido à sua atividade física elevada e magreza, realizar uma refeição equilibrada, ingerir líquidos e suplementos hiperproteicos, e pesar-se regularmente. Inicialmente, a utente não cedeu à minha argumentação referindo *“eu tenho de comer pouco para não engordar, e os suplementos não quero já estou a tomar muitos medicamentos”* (sic). Posteriormente, mantendo as intervenções, a utente começou a ceder à argumentação, fazendo uma alimentação equilibrada, embora mantendo recusa dos suplementos hiperproteicos, referindo *“tenho de me alimentar para ter forças para ajudar as pessoas deste mundo”* (sic). A utente inicialmente não cumpria o repouso de cerca de uma hora após as refeições, referindo *“eu só consigo refletir a andar e não sentada e parada”* (sic); após ter sido estabelecida uma relação de confiança com a utente, foi-lhe explicada a importância de realizar esse repouso, a utente acabou por ceder à argumentação e, posteriormente, foi negociado um contrato: se cumprisse o repouso de forma adequada, poderia utilizar o seu computador uma

hora durante a tarde. A utente aceitou. Ao longo das semanas a utente foi cumprindo o contrato, e pude observar que, enquanto estava no computador, estava motivada, atenta e, por autorrecriação, iniciou um trabalho sobre a amizade.

Relativamente aos cuidados de higiene, conforto e no arranjar-se, quando se encontrava com uma maior descompensação psíquica (aumento da atividade delirante), tinha um aspeto mais descuidado. Antes de estabelecer uma relação de confiança, foi-me difícil conseguir que a utente cedesse à minha argumentação sobre esta temática.

Com o passar das semanas e, ao mesmo tempo, com o crescimento da nossa relação, a utente começou a preocupar-se mais com a sua imagem (aumento da valorização pessoal/autoestima) referindo *“enfermeira Mafalda achas que estou bem com esta roupa? (...) hoje é dia de pintar as unhas vou lá arranjar as minhas (...) esta camisola fica-me bem?”* (sic). É importante referir que, algumas vezes, quando estava mais delirante, esta intervenção foi difícil, havendo necessidade de ajudar a utente na satisfação desta atividade de vida diária.

Na adesão ao regime terapêutico, a utente recusou aderir ao projeto preparação da medicação. Durante as refeições, a utente apresentava um olhar desconfiado quando lhe era oferecida a medicação e demorava algum tempo a tomá-la. Com o passar das semanas e após ter sido feita uma revisão terapêutica, a utente embora mantivesse a recusa da preparação da mesma, aceitava a sua toma e, ao mesmo tempo, questionava, de forma esporádica, acerca de determinado medicamento e uma vez referiu *“estes medicamentos fazem-me bem, pois sinto-me mais calma e com menos pensamentos maus e menos lenta”* (sic).

Durante o estágio consegui apurar atividade alucinatória crónica na utente, pois além de apresentar isolamento social, discurso com aumento de latência de resposta e fuga de ideias, durante a interação sem motivo aparente, também observei solilóquios (parecia de reza). Numa das interações, a utente foi questionada sobre com quem estava a falar e ela referiu *“estou a ouvir e a falar com Deus sobre o estado do mundo, há muitas pessoas más e falsas”* (sic).

Apliquei as intervenções de forma a conseguir atenuar/aliviar este sintoma, mas o mais eficaz foi a construção de uma relação terapêutica com a utente, num ambiente calmo e tranquilo, escolhido pela mesma, pois ela conseguiu verbalizar os seus

problemas/receios: “*tenho uma boa relação com o meu pai, mas quando lhe digo que estou a pensar no estado do mundo, ele não gosta, e fico triste (...), muitas vezes ele diz que estou mal,(...) penso muito no estado do mundo e nas pessoas que são falsas e más, elas também pensam que eu sou como elas, mas não sou pois não, ou acha que sim? (...) prefiro andar sozinha, pois assim reflito e falo com Deus*” (sic). Perante estes problemas/preocupações fiz uma orientação para a realidade e, ao mesmo tempo, uma valorização da pessoa.

A utente sentiu-se mais valorizada referindo “*sou boa pessoa e estou aqui para ajudar e conviver com as minhas amigas*” (sic), começou a interagir mais com as outras utentes e profissionais, deslocando-se com algumas até ao bar, embora quando se encontrava sozinha mantinha uma postura de atividade produtiva (alucinação auditivo verbal e delírio místico e grandioso).

A utente era uma pessoa ansiosa, principalmente quando estava à espera do dia de ida a casa. Esse sintoma era demonstrado pelo seu comportamento e inquietação. Das intervenções que apliquei, a utente recusou a sessão de relaxamento, mas uma vez que ela tinha um discurso muito direcionado para questões religiosas, uma forma de a tranquilizar foi sugerir a leitura da Bíblia e de histórias que a faziam sentir mais calma. A utente aceitou, embora não o fizesse quando estava mais delirante. Quando a utente ia a casa, como aconteceu na época natalícia, vinha mais calma, embora existisse algum conflito com a madrastra, relativamente à mãe a utente verbalizou “*eu podia ter com ela, mas não me deixaram ir sozinha de autocarro, a minha mãe, como é uma pessoa doente não pode vir buscar-me, por isso passei a passagem de ano aqui, gostei, ela ainda me telefonou, mas gostava de ter passado com ela*” (sic).

Foram também aplicadas intervenções relativamente ao seu delírio místico e grandioso, a utente acreditava “*estou neste mundo com a missão de tratar do mal das pessoas (...) existem pessoas falsas e más, (...) Deus ajuda-me oiço e falo com ele*” (sic).

Estas mesmas intervenções foram mantidas ao longo do estágio, mas começaram a ter algum efeito positivo a partir do momento em que estabeleci uma relação terapêutica com a utente, e a mesma começou a expressar os seus sentimentos e emoções referentes aos delírios, verbalizando, “*sinto-me triste de não poder ajudar*

as pessoas falsas (...), que cor gosta? eu gosto do azul porque sinto-me calma, mas antes gostava do preto por ser uma cor triste, e tu? (...) sentia-me feliz se houvesse mais amizade (...) estou sozinha porque acho que as pessoas me acham falsa” (sic).
Perante a demonstração destes sentimentos, intervim na orientação para a realidade e no sentido de ajudar a utente a sentir-se valorizada como pessoa e, ao mesmo tempo, ser capaz de interagir com as colegas de forma a conseguir criar uma amizade, sentindo-se útil no meio onde vive.

Como já mencionei anteriormente, a utente tinha uma relação dinâmica ineficaz, apresentava uma reduzida mobilidade de afetos e dificuldade na interação com os outros. Após ter conseguido estabelecer uma relação terapêutica com a utente, comecei a tentar que ela aceitasse integrar um grupo.

Inicialmente, sugeri o grupo de expressão plástica, mas a utente recusou; mais tarde convidei-a a assistir a uma reunião comunitária cujo tema era sobre o grupo de expressão plástica, mas ela manteve a recusa. Informei-a acerca da importância de estar em grupo e os seus benefícios, mas sem sucesso, *“não quero ir, obrigada”* (sic). Então questionei sobre os seus gostos/hobbies e se gostava de fazer algo que envolvesse estar em grupo, ela referiu *“gostava de voltar a pintar feltro, voltar a dar catequese e ir ao coro (...) eu gostava de dar catequese às crianças, pedia-lhes para fazerem desenhos, era muito engraçado, uma vez também fiz com elas uma peça de teatro sobre a noite de Natal, fui eu que organizei, gostei muito”* (sic). Ao ouvir estas palavras procurei saber se havia possibilidade de voltar a catequese, mas sem sucesso. Não consegui integrar a utente em nenhum grupo, pelo que intervim somente individualmente.

Ela também mostrou interesse em voltar a aprender desenho, *“gostava de voltar a aprender desenho, gostava de desenhar o meu rosto”* (sic), e ofereci-lhe um livro sobre desenho. Inicialmente mostrou bastante entusiasmo, mas passado algum tempo apercebi-me que esse seu interesse se voltou a virar para a bíblia, questionei sobre isso e ela disse *“gostei do livro, mas ainda não o vi. A Bíblia tenho sempre de ler um dos evangelhos para me sentir bem”* (sic).

A interação social também se encontrava diminuída, infelizmente consegui somente por duas vezes que a utente participasse em atividades sociais, nomeadamente na festa organizada pela instituição e uma ida ao teatro a Lisboa. Nesta ida ao teatro a

utente verbalizou *“gostei muito de ir ao teatro, a peça era muito boa, quando vi as crianças lembrei-me das crianças que dei a catequese”* (sic).

Ao longo do estágio, consegui criar e desenvolver uma relação terapêutica que, segundo Chalifour (2008), consiste num processo relacional complexo, onde existe um interesse pela utente, pelos seus modos de interagir com o seu meio envolvente, e isso permite recolher matéria, informação e energia necessárias para conseguir satisfazer as suas necessidades.

Logo, na relação com a utente, ela já me via com uma pessoa de confiança e sempre que necessitava falar comigo sabia onde me encontrar. Criámos um espaço nosso, onde ela se sentia mais tranquila e calma, na igreja, pois só nesse lugar é que ela conseguia ter uma relação mais dinâmica e me confidenciou alguns desejos, preocupações e medos.

De uma forma geral, relativamente ao plano de cuidados, a maioria das intervenções ainda ficaram por desenvolver. Infelizmente não consegui elaborar uma entrevista com a utente, a mesma recusou-se, e as que consegui foram muito informais. Fazendo uma avaliação do plano de cuidados, penso que a relação terapêutica que desenvolvi com esta utente esteve na base da concretização das intervenções e, ao mesmo tempo, no final do estágio foi notória a mudança de discurso, comportamento e atitude desta utente, apesar de manter os delírios místicos e grandiosos e as alucinações auditivo verbais.

A utente adquiriu uma postura mais descontraída, um humor eufímico, contacto assertivo, interagiu mais com as colegas do serviço (ia ao bar, sentava-se um pouco a ver televisão com elas ou conversava durante as refeições), bem como com outras pessoas, nomeadamente alunos estagiários que, como tinham mais disponibilidade, ia ao seu encontro e interagiu com eles. Ia esporadicamente a festas organizadas pela instituição, participava em sessões de manicura e o seu discurso apresentava menos fuga de ideias e bloqueios, embora circunstancial.

No meu último dia de estágio foi o seu aniversário e ela ausentou-se para sair com o pai e a sua madrasta. Quando regressou questionei-a como foi o seu dia de aniversário e ela referiu *“gostei muito, sai com o meu pai e madrasta, fomos os três almoçar, compramos dois bolos de chocolate, um deles para as minhas colegas e amigas, (...) eles ofereceram-me estes presentes queres ver? (...) gostei muito de*

estar com eles” (sic); perguntei-lhe como se sentia e ela referiu “*sinto-me muito feliz, gostei muito do dia*” (sic). Esta resposta verbal estava em concordância com o abraço e o beijo que deu ao seu pai e à madrastra e, posteriormente, com o sorriso que esboçou.

Durante a refeição, foi bastante interessante a demonstração do seu carinho e afeto pelos outros, pois após termos cantado os parabéns, ela foi logo cumprimentar com um beijo todas as suas colegas, como forma de agradecimento. Este foi um exemplo de como conseguia expressar a sua emoção e sentimento e o seu afeto.

Concluindo, e de uma forma global, com as intervenções que desenvolvi consegui alguns progressos nesta utente, mas penso que se tivesse tido mais tempo, estes progressos iriam ser maiores, pois o mais difícil foi feito, criar uma relação terapêutica com uma pessoa com esquizofrenia residual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, C. A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental: Mediante a CIPE*. Loures: Lusociência.

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

Trzepacz, P. & Baker, R. (2001). *Exame Psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi Editores.

Apêndice VII

Cartão de expressão plástica



Apêndice VIII

Resultados das sessões no contexto de ambulatório

(Idade: 47 anos; Sexo: masculino)



- Não interage muito com os colegas;
- Concentrado ao longo da sessão;
- Atento ao longo da sessão;
- Apresenta se motivado e participativo;
- Apresenta um ligeiro défice cognitivo;
- Verde: "sou do sporting, faz-me lembrar a natureza, sinto-me bem em paz, lembra-me a bandeira nacional" (sic);
- Descrição do desenho: "este sou eu, uso o boné, pois como sou careca, protege-me do sol, gosto de me ver de barba, e os meus olhos são um pouco tortos tenho de ir ao médico" (sic).

(Idade:52 anos; Sexo: masculino)

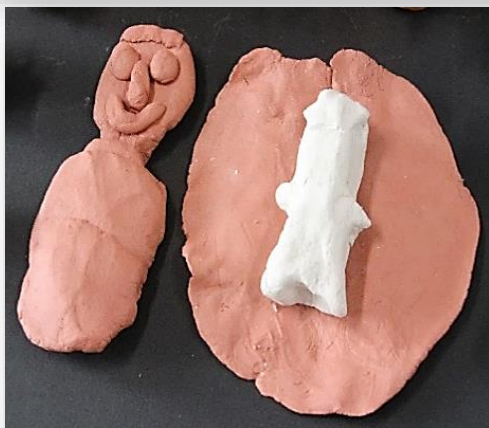


- Utente interage de forma adequada, mas pobre com os colegas.
- Desenho: saúde mental: *“lembrei-me de desenhar um cérebro e três gaivotas a voar (...) passa tudo na cabeça, quando estamos bons do cérebro somos livres como os passarinhos, o cérebro em principio está bom, o meu caso é 100% mental? Ou não? (...) não me considero doente mental, não é a minha mente, estou a tomar comprimidos sem eles é que fico livre” (sic);*
- Bastante concentrado durante a elaboração do desenho (Olhar fixo e pensativo) e no momento de partilha.

Apêndice IX

Resultados das sessões de internamento

TRABALHO COLETIVO



Era uma vez...



A: “Uma menina que estava a passear na praia no meio das estrelas do mar e viu um barco” (sic).

B: “depois a menina apanhou uma borboleta, essa borboleta foi ter um pássaro” (sic).

C: “que a levou a voar até ao sol, juntamente com outros pássaros. Essa borboleta teve filhos que desenvolveram com o sol” (sic).

D: “as borboletas e os seus filhos foram comer fruta e depois foram descansar para a árvore” (sic).

E: “Dessa árvore tiraram quatro maçãs e de noite ficaram na árvore a ver o céu estrelado” (sic).

ANEXOS

Anexo I

Imagens da sessão de cariz avaliativo no contexto de ambulatório

(Idade: 47 anos; Sexo: masculino)



(Idade: 58 anos; Sexo: feminino)



Anexo II

Imagens da quarta e da terceira sessões no contexto de ambulatório

TERCEIRA SESSÃO



QUARTA SESSÃO



(Idade: 57 anos; sexo: masculino)

Anexo III

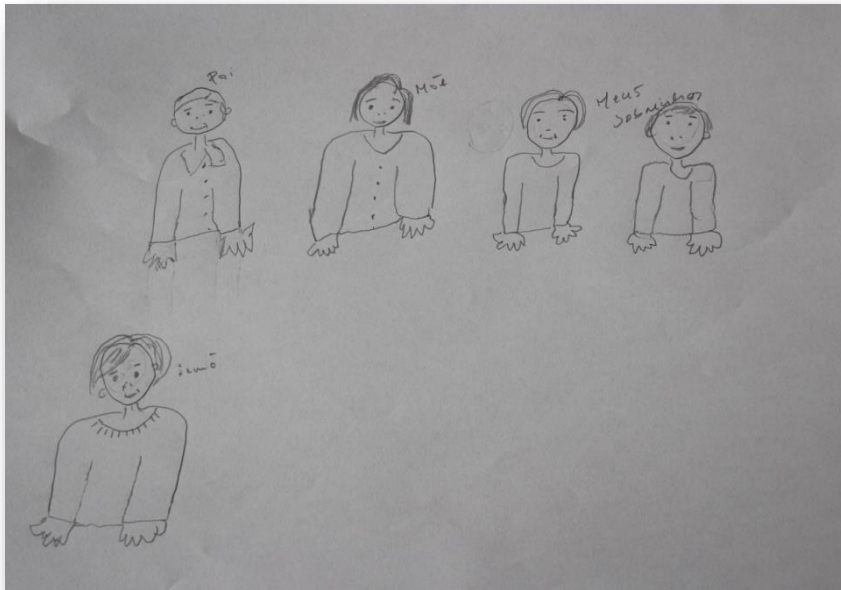
Imagem após o terminar do estágio no contexto de ambulatório

Anexo IV

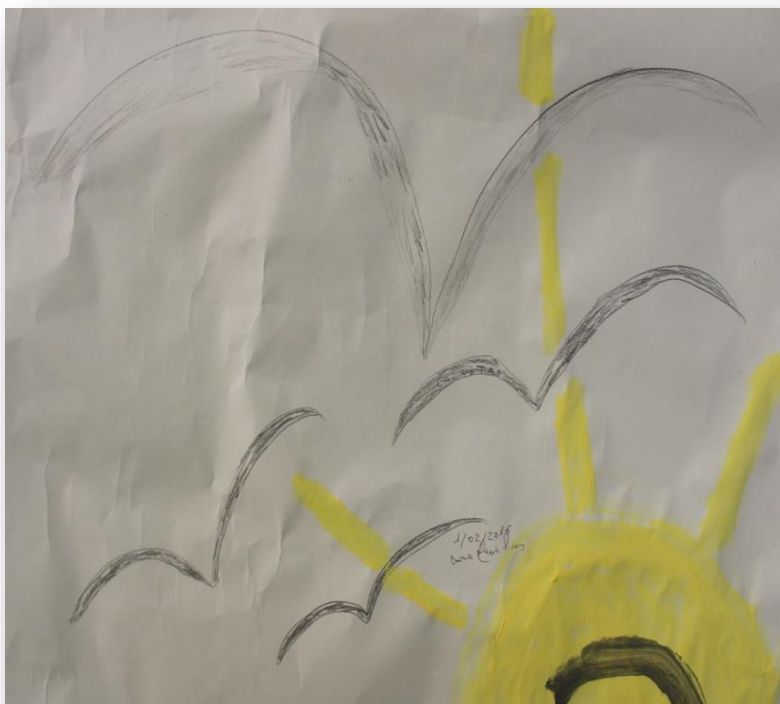
Imagens da segunda e da sétima sessões no contexto de internamento

SEGUNDA SESSÃO

(Sexo: feminino; idade: 51 anos)



SÉTIMA SESSÃO



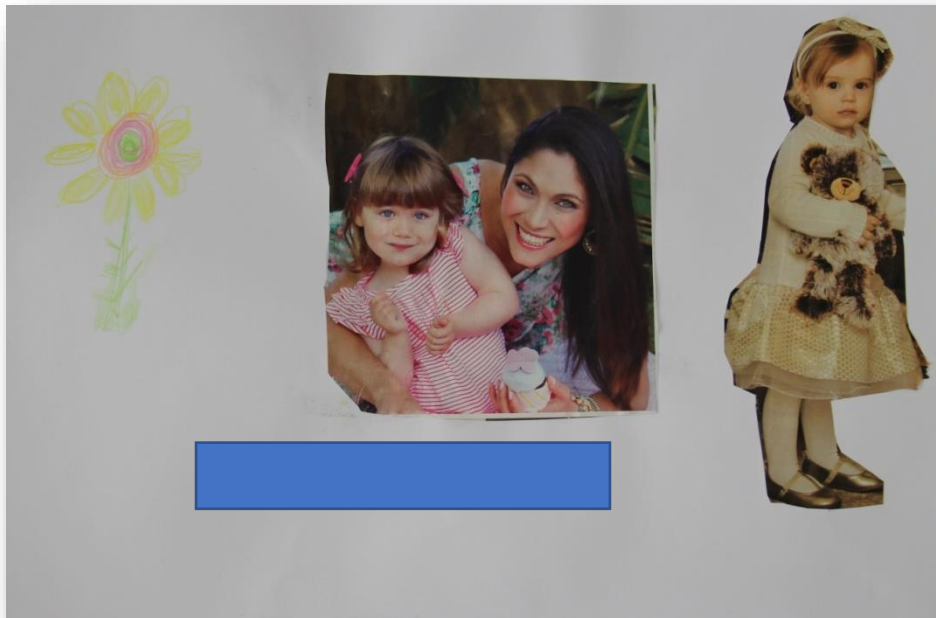
Anexo V

Imagens da terceira e da sexta sessões no contexto de internamento

TERCEIRA SESSÃO



SEXTA SESSÃO



(Sexo: feminino; idade: 67 anos)

Anexo VI

Imagem da terceira sessão no contexto de internamento

(Sexo: feminino; idade: 52 anos)



Anexo VII

Imagens de contextos diferentes

CONTEXTO AMBULATORIO

(Idade: 58 anos; Sexo: feminino)



CONTEXTO INTERNAMENTO

(Sexo: feminino; idade: 55 anos)

