



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**Comportamentos da esfera suicidária em meio
prisional: Intervenções de enfermagem com recurso a
mediadores expressivos**

Inês dos Santos Gomes

**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**Comportamentos da esfera suicidária em meio
prisional: Intervenções de enfermagem com recurso a
mediadores expressivos**

Orientador: Professor Doutor Luís de Oliveira Nabais

**Lisboa
2023**

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Luís Nabais pela sua orientação, sensibilidade, perspicácia e incentivo...

Às Enfermeiras Orientadoras pelo acolhimento, compreensão, orientação, ajuda, estímulo e sabedoria transmitida...

À minha família e âncora pelo apoio, disponibilidade e compreensão pelas ausências...

Aos meus amigos, colegas e a todos os que contribuíram direta ou indiretamente para este percurso se tornar mais simples...

A mim mesma, para me lembrar que com perseverança tudo se consegue...

Muito obrigada a cada um de vós por me ajudar a chegar ao meu destino.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAL – Comportamentos Autolesivos

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EESMP – Enfermeiro/a Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

EC – Equipa Comunitária

EP – Estabelecimentos Prisionais

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

WHO – World Health Organization

OE – Ordem dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

PNPS – Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

TS – Tentativa de suicídio

RESUMO

O suicídio e os comportamentos da esfera suicidária são considerados fenômenos complexos e multifacetados. É uma problemática atual, apresentando um grande impacto não só na pessoa como em toda a família e comunidade. A depressão surge aliada a esta problemática, sendo a causa que mais contribui para as mortes por suicídio. O meio prisional assume-se como um contexto particular para o desenvolvimento destes comportamentos dados os fatores de risco presentes. Desta forma, torna-se crucial encontrar estratégias de intervenção que facilitem a relação da pessoa consigo própria e com o meio onde se insere. Uma das estratégias delineadas passou pela utilização de mediadores expressivos, com a finalidade de facilitar a expressão de emoções, sentimentos e pensamentos desencadeando assim processos de autoconhecimento e autoconsciência, construção de *insight*, promoção da criatividade e raciocínio sobre novas vias de resolução para as situações, desenvolvimento de competências sociais e avaliação/ promoção da vontade de viver e de se perspetivar no futuro. Deste modo, delineámos como objetivos para o presente trabalho: caracterizar os comportamentos da esfera suicidária; compreender o papel dos comportamentos da esfera suicidária na história de vida dos indivíduos; adquirir competências na dinamização de grupos terapêuticos com recurso a mediadores expressivos; avaliar o impacto da utilização de mediadores expressivos na relação terapêutica. Perante estes objetivos realizámos programas de intervenção, usando a expressão plástica como mediador expressivo. Os programas tiveram como participantes oito adultos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 24 e os 59 anos, tendo sido realizadas sessões individuais e em grupo. No final de cada sessão houve um momento de partilha e constatámos que a expressão de ideias, emoções/ sentimentos e experiências foi sendo desenvolvida e aprofundada, assim como a capacidade de socialização. Os resultados que obtivemos das intervenções vão no sentido do desenvolvimento competências a nível da expressão de emoções, do autoconhecimento e da socialização, diminuindo o isolamento social, o que teve impacto no humor, na descoberta de potencialidades individuais e no aumento da esperança e da autoestima.

Palavras-chave: comportamentos suicidários, meio prisional, mediadores expressivos, enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

Suicide and behaviors within the suicidal sphere are considered complex and multifaceted phenomena. It is a current issue, presenting a significant impact not only on the individual but also on the entire family and community. Depression is closely associated with this problem and is the leading cause contributing to suicides. The prison environment is recognized as a particular context for the development of these behaviors due to the presence of risk factors. Therefore, it becomes crucial to find intervention strategies that facilitate the individual's relationship with themselves and the environment they are in. One of the strategies devised involved the use of expressive mediators to facilitate the expression of emotions, feelings, and thoughts, thereby triggering processes of self-awareness, insight building, promotion of creativity and reasoning regarding new avenues for resolution, development of social skills, and assessment/promotion of the will to live and envision one's future. Thus, our objectives for this study were: to identify/characterize behaviors within the suicidal sphere, to understand the role of these behaviors in individuals' life histories, to acquire skills in facilitating therapeutic groups using expressive mediators, and to evaluate the impact of using expressive mediators in the therapeutic relationship. In line with these objectives, we implemented intervention programs using visual arts as an expressive mediator. The programs involved eight adults of both sexes, ranging in age from 24 to 59 years old. Individual and group sessions were conducted. At the end of each session, there was a moment of sharing and we observed that the expression of ideas, emotions/feelings and experiences was being developed and deepened, as well as the ability to socialize. The results we obtained from the interventions aimed at developing skills in terms of expressing emotions, self-knowledge and socialization, reducing social isolation, which had an impact on mood, discovering of individual potential, and an increase in hope and self-esteem.

Key words: suicidal behaviours, prison environment, expressive mediators, psychiatric nursing.

INDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
1.1. O suicídio e os comportamentos da esfera suicidária	10
1.2. A depressão	15
1.3. O meio prisional: um contexto particular para o desenvolvimento dos comportamentos da esfera suicidária	17
1.4. Os mediadores expressivos e a relação terapêutica	21
1.5. Contributo do Modelo Sistémico de Betty Neuman e da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau	26
2. PERCURSO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	30
2.1. Natureza e âmbito do projeto	30
2.2. Objetivos	30
2.3. Caracterização dos contextos	31
2.4. Caracterização dos participantes	32
2.5. Instrumentos e intervenções desenvolvidas	33
2.5.1. Intervenções desenvolvidas em contexto de internamento	33
2.5.2. Intervenções desenvolvidas em contexto comunitário	37
2.5.3. Jornais de Aprendizagem e Estudo de Caso	38
2.6. Apresentação e análise de resultados	38
2.6.1. Resultados das intervenções desenvolvidas em contexto de internamento	38
2.6.2. Resultados das intervenções desenvolvidas em contexto comunitário	50
2.7. Considerações Éticas	58
3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

APÊNDICES

Apêndice I - Programas das sessões de expressão plástica

Apêndice II - Planos das sessões de expressão plástica

Apêndice III - Plano de sessão e apresentação em *PowerPoint* da sessão “Gestão da Ansiedade”

Apêndice IV - Plano de sessão “Relaxamento muscular modificado”

Apêndice V - Plano de sessão “Higiene Pessoal”

Apêndice VI - Plano de sessão “Cuidar de si”

Apêndice VII - Plano de sessão “Lidar com Problemas e Sintomas”

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foi realizado o presente Relatório de Estágio. Este documento tem como finalidade refletir o percurso realizado durante o estágio profissional, que decorreu entre 2022 e 2023, e as competências pessoais e profissionais desenvolvidas ao longo de dezoito semanas, em dois locais de estágio distintos.

Em contexto de saúde mental, o suicídio e os comportamentos da esfera suicidária apresentam-se como fenómenos complexos que desafiam a nossa compreensão. A ambivalência que lhe é característica, a desesperança e os conceitos de vida e morte colocados à mercê da dúvida e do desespero, conduziram ao interesse em pretender abordar o fenómeno.

Os comportamentos da esfera suicidária constituem um grave problema de saúde pública, com impactos negativos na vida dos indivíduos, famílias e comunidades. Na sua origem estão vários fatores precipitantes e são muito diversas as suas intenções e significados. Sabe-se, no entanto, que a depressão é a causa que mais contribui para o suicídio.

Na nossa prestação diária de cuidados, esta é uma problemática bastante presente e que exige intervenções de enfermagem específicas, considerando uma avaliação rigorosa destes comportamentos e estratégias comunicacionais e relacionais adequadas.

O meio prisional é por si só um ambiente causador de stresse. As condições deste meio expõem os indivíduos a inúmeros fatores de risco que podem levar aos comportamentos da esfera suicidária. A revelação verbal neste contexto é vista com desconfiança. Se por um lado os indivíduos receiam ser vistos como fracos ou vulneráveis, por outro lado a construção de uma relação de confiança entre enfermeiro-utente neste contexto pode ser difícil de desenvolver.

Desta forma, surge a pertinência da utilização de intervenções com base em mediadores expressivos, nomeadamente a expressão plástica, possibilitando o acesso ao mundo interior do indivíduo de uma forma mais efetiva. A expressão plástica é encarada como um meio de contribuir para a expressão de emoções, sentimentos e pensamentos do indivíduo, fazendo com que seja possível ao enfermeiro avaliar o seu humor, a esperança, a forma como se projeta no futuro, o *insight* e a forma como interage em grupo.

No que concerne à sua estrutura, o presente trabalho é constituído por três capítulos. O primeiro capítulo é teórico, onde é exposto um enquadramento da teoria que suporta o tema do mesmo e onde são descritos os paradigmas de enfermagem que suportaram a nossa intervenção. Hildegard Peplau e a teoria das relações interpessoais está presente ao longo da nossa intervenção, sendo a relação de ajuda uma peça basilar neste trabalho. O contributo do Modelo Sistémico de Betty Neuman também se encontra presente no mesmo. Neuman defende que os organismos vivos são sistemas abertos em constante permuta e que a adaptação é o mecanismo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades, sendo um processo dinâmico. Os fatores stressores são considerados na sua teoria, tendo impacto na homeostasia do indivíduo. O segundo capítulo é de carácter prático/ clínico, onde são expostos os objetivos, a caracterização dos locais de estágio, as intervenções realizadas e os seus resultados. O terceiro capítulo dedica-se à reflexão sobre o desenvolvimento das competências do EESMP (Enfermeiro/a Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica). Por último, serão apresentadas as considerações finais, as referências bibliográficas e os apêndices.

A realização deste relatório exigiu a leitura, análise e reflexão de diferentes materiais bibliográficos. O presente documento foi estruturado e referenciado de acordo com as normas APA.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. O suicídio e os comportamentos da esfera suicidária

O termo suicídio tem origem no latim “*sui caedere*”; *sui* = si mesmo e *caedes* = ação de matar (Assumpção, Oliveira & Souza, 2018). Este é considerado um importante problema de saúde pública, com consequências sociais, emocionais e económicas de longo alcance. Ocorrem aproximadamente 800 mil suicídios por ano em todo o mundo e estima-se que pelo menos seis pessoas sejam afetadas por cada morte por suicídio (WHO, 2019). Desta forma, o suicídio surge como uma problemática que não se encerra só numa pessoa, apresentando um grande impacto em toda a família, rede social e comunidade.

Em Portugal, pelo menos 3 pessoas colocam termo à sua vida diariamente. As taxas são mais elevadas em indivíduos do sexo masculino, adultos mais velhos e em zonas rurais. Apesar destes dados, são as mulheres que realizam mais comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2022).

Sabe-se que a taxa de mortes por suicídio aumenta com a idade e no que concerne à distribuição geográfica a taxa é mais elevada nas regiões do Alentejo, Algarve e regiões autónomas da Madeira e Açores (Barbosa, Silva, Madeira & Pires, 2020). Segundo Nunes (2018), mais de metade dos suicídios em Portugal resultam de enforcamento, estrangulamento ou sufocação, seguindo-se as intoxicações no caso das mulheres e o disparo de arma de fogo no caso dos homens.

Apesar de Portugal apresentar taxas de suicídio menos relevantes comparativamente ao cenário mundial, nos últimos anos este fenómeno tem sido objeto de maior atenção por parte de várias entidades competentes. No ano de 2012, existia a presunção de ser uma problemática em crescimento, tendo a Ordem dos Enfermeiros (OE) elaborado o “guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária”. Também nessa época, a constatação das taxas de suicídio registado pelo Instituto Nacional de Estatística na última década e a subnotificação dos suicídios que ocultava a verdadeira dimensão do fenómeno, levaram a que a Direção Geral da Saúde (DGS) elaborasse o “Plano Nacional de Prevenção do Suicídio [PNPS] 2013/2017”.

De forma a compreender melhor o fenómeno do suicídio, passamos de seguida a abordar várias teorias sobre o mesmo. Muitos autores abordaram esta temática ao

longo dos séculos. Segundo Sampaio (1991) existem essencialmente três modelos explicativos do fenómeno suicidário: o modelo psicológico; o modelo nosológico; e o modelo sociológico.

O **modelo psicológico** defende que o suicídio é o resultado de um conflito interno do indivíduo. A Psicanálise desenvolvida por Freud, descrevia o fenómeno do suicídio, equiparando-a ao processo de luto no qual o indivíduo chorava a perda do objeto amado, sendo que na melancolia o melancólico fazia o luto do seu próprio eu (Sampaio, 1991).

Freud teorizou sobre a sexualidade e a suicidalidade, nesta última vertente mais a partir da sua obra de 1917 “Luto e Melancolia”. Freud distinguia dois tipos de instintos: os instintos sexuais (Eros), permanentemente renovadores da vida e os instintos de morte (Thanatos), que correspondiam a tendência inata de cada indivíduo para a autodestruição. Esta tendência seria marcada por sentimentos de culpa e autorrecriminação (Saraiva, 2010).

Edwin Shneidman, para muitos considerado o fundador da suicidologia, criou o modelo teórico “cubo suicida” que defendia uma perspetiva integradora sobre o suicídio. Este modelo caracterizava o indivíduo suicida como apresentando: dor psicológica, perda de autoestima, constrição da mente, isolamento, desesperança e fuga. Este último tópico/ característica (fuga) seria onde residiria a única escapatória para cessar a dor psicológica, tida como intolerável e interminável (Saraiva & Gil, 2014).

No que diz respeito ao **modelo nosológico**, este admite que o suicídio resulta de alterações psicopatológicas que surgem no decurso da doença mental, sendo um sintoma de uma condição subjacente.

Neste âmbito surge a teoria de Ringel, citado por Sampaio (1991), que defendia que o indivíduo com tendência suicida teria sofrido na infância uma série de circunstâncias que levaram ao enfraquecimento do instinto de conservação, tais como morte precoce do progenitor, relações familiares conflituosas ou pré-existência doença mental na família. Estes indivíduos apresentariam uma evolução da personalidade com determinadas características, designadas pelo autor de “síndrome pré-suicidário”.

Esta síndrome seria constituída por uma tríade sintomática: estreitamento da esfera vital (caracterizada pela renúncia a novos objetivos, pela estagnação, incapacidade de viver novas experiências, regressão); agressividade (bloqueada

durante muito tempo e que seria descarregada no gesto suicida); fuga no imaginário (caracterizada por pensamentos e fantasias sobre a morte; essas ideias tornar-se-iam mais intensas e recorrentes o que poderia levar ao suicídio) (Sampaio, 1991).

O **modelo sociológico** defendia que o suicídio seria um comportamento expectável decorrente do enquadramento do indivíduo na sociedade e na situação vital. Émile Durkheim, considerado o precursor da sociologia e filósofo de formação, publicou a obra “Le Suicide” em 1897, onde definiu o suicídio como “toda a morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima” (Durkheim, 2000, p.11). Apresentou uma perspetiva sociológica do fenómeno suicida, dando ênfase a duas grandes dimensões para a compreensão do mesmo: integração e regulação. A integração referia-se às relações sociais estabelecidas entre o indivíduo e o grupo e a regulação referia-se aos requisitos normativos ou morais exigidos para a pertença ao grupo (Sampaio, 1991). Desta forma, um indivíduo detentor de uma socialização adequada, teria menor risco de suicídio.

Neste sentido Durkheim conceptualizou quatro tipos de suicídio: suicídio egoísta (baixa integração da sociedade); suicídio altruísta (alta integração na sociedade); suicídio anómico (baixa regulação da sociedade); e por último, suicídio fatalista (alta regulação da sociedade) (Saraiva, 2011). Para este autor, apesar de aparentemente o suicídio ser um ato de carácter pessoal, só era explicável pelo estado da sociedade na qual o indivíduo se inseria.

Entendemos agora ser pertinente apresentar algumas definições dos diversos comportamentos que estão inseridos no conceito de comportamentos da esfera suicidária.

A ideação suicida é definida como pensamentos sobre acabar com a própria vida, pode ser prenunciadora de comportamentos autolesivos ou atos suicidas. Pode apresentar-se sob a forma de desejos/ plano para cometer suicídio, sem que haja passagem ao ato (PNPS, 2013-2017). Segundo a OE (2012), a “ideação suicida pode ser considerada o primeiro marcador de risco suicida. Quando persistente evolui frequentemente para comportamentos suicidários com final fatal” (p.9).

De acordo com o PNPS (2013-2017), a tentativa de suicídio (TS) caracteriza-se por “ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, resulta frustrado” (p. 110) e o suicídio consumado que se define como “morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo

à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica” (p.110). Leia-se como intencionalidade de natureza psicopatológica, por exemplo um indivíduo com esquizofrenia, com alucinações auditivo-verbais, obedecendo a vozes de comando.

Stengel (1980) referiu que o suicídio “significa o acto fatal de autodestruição” (p. 18) e a TS “significa o mesmo acto não fatal, cometidos com intenção mais ou menos consciente de destruir a própria vida, embora uma intenção vaga e ambígua” (p. 18).

Desta definição de Erwin Stengel, surge a ambiguidade e ambivalência, característicos deste fenómeno, assim como a letalidade e intencionalidade. A intenção de morrer e o método autodestrutivo utilizado são de difícil avaliação, sendo que nem todos os indivíduos que tentam o suicídio têm a intenção de morrer e nem todos os indivíduos que sobrevivem ao mesmo têm intenção de viver.

O comportamento autolesivo (CAL), é definido como comportamento sem intenção suicida, envolvendo atos autolesivos intencionais, como, por exemplo: automutilação, saltar de um local elevado, ingerir uma substância ou objeto não ingerível (p. ex. lixívia, detergente, pregos) (PNPS, 2013-2017). Diferentemente das definições acima descritas, este comportamento, não tem por base uma vontade suicida como já referido, seguindo um certo padrão de secretismo tendo como referências sentimentos como a solidão, a tristeza, o tédio e a raiva, sendo que o objetivo dos mesmos é o alívio rápido da angústia vivenciada. Com estes comportamentos os indivíduos procuram baixar a tensão emocional e de certa forma atingir uma regulação emocional. Este tipo de comportamentos são recorrentes em utentes com as seguintes comorbilidades: depressão ou perturbação de adaptação (reação de ajustamento); perturbação da personalidade (*borderline*, histriónica, dependente, obsessiva, entre outras); consumo de substâncias psicoativas; e por última, perturbação do controlo do impulso (impulsivo-explosivo) (Saraiva, 2014).

A Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2013) introduziu o termo parassuicídio como ato não fatal, através do qual o indivíduo protagoniza um comportamento invulgar, causando lesões a si próprio, ou ingerindo uma substância em excesso, com vista a conseguir modificações imediatas com o seu comportamento ou eventuais lesões físicas consequentes. A prática destes atos que simulam longinquamente a vontade de terminar com a vida, mas com a especificidade de deixar pistas para que o ato não resulte na própria morte. Em Portugal, o PNPS (2013-2017) veio uniformizar a terminologia associada a estes comportamentos, sendo que o termo

parassuicídio deixou de ser utilizado, enquadrando-se toda a conduta cuja intenção não é pôr termo à vida, dentro dos comportamentos autolesivos.

Kernberg (1995) referindo-se ao grupo de indivíduos que apresentam comportamentos autolesivos, dividiu-o em três tipos. No primeiro tipo, os indivíduos apresentam um comportamento autolesivo crónico, sendo indivíduos com personalidade infantil e *borderline*. Normalmente estes comportamentos surgem em ataques de cólera, ou surtos de cólera combinados com depressão. Por vezes estes comportamentos visam estabelecer o controlo sobre o ambiente pela evocação de sentimentos de culpa nos outros, revelando algum carácter manipulador. O segundo tipo diz respeito a um comportamento crónico de automutilação muito mais grave, frequentemente ligado a tendências suicidas. Este fenómeno é apresentado em indivíduos com perturbação da personalidade *borderline* e estrutura da personalidade predominantemente narcisista. Neste caso existe uma falta de controlo sobre impulsos, tolerância à ansiedade e canalização sublimatória. O terceiro tipo de comportamento autolesivo crónico e relacionado com o suicídio está presente em situações cronicamente psicóticas, nomeadamente esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva, algumas psicoses paranóides crónicas e delírios persecutórios.

Neste seguimento, ao longo deste relatório, iremos entender os comportamentos da esfera suicidária englobando não só o suicídio consumado, mas também um espectro de comportamentos que antecipam esse momento ou expressam essa vontade.

Após uma reflexão e revisão de teorias sobre o suicídio e comportamentos da esfera suicidária, parece-nos essencial pensar sobre os fatores protetores e fatores de risco para o suicídio.

Sabe-se da existência de fatores protetores para o suicídio, sendo eles (OE, 2012): fatores familiares (tais como bom relacionamento familiar, cuidados parentais preservados, relações de confiança); estilo cognitivo e personalidade (habilidades sociais e comunicacionais bem desenvolvidas, iniciativa no pedido de ajuda e conselhos, autovalorização, abertura a novas experiências e aprendizagens, empenho em projetos de vida); fatores culturais e sociodemográficos (tais como valores culturais, prática de atividade física, pertença a uma religião, boas relações interpessoais, apoio de pessoas relevantes que não apresentem comportamentos aditivos); e por último fatores ambientais (dieta saudável e qualidade do sono).

Segundo a OE (2012) citando a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009), os fatores de risco ou facilitadores do suicídio são: psicopatológicos (tais como presença de depressão, esquizofrenia, alcoolismo, perturbação da personalidade, modelos suicidários familiares, tentativa prévia, ameaça ou ideação suicida, distúrbio alimentar); pessoais (ter entre 15 e 24 anos ou mais de 45, ser do sexo masculino e caucasiano, morte do conjugue ou amigo íntimo, presença de doença de prognóstico reservado (HIV, cancro), família desagregada por separação, divórcio ou viuvez); psicológicos (ausência de projetos de vida, desesperança, culpabilidade elevada por experiências passadas ou ações praticadas; perda precoce de figuras significativas; ausência de crença religiosa); e por último sociais (habitar em meio urbano, residir em meio rural a sul do Tejo, desemprego, emigração, falta de apoio familiar e / ou social, reforma, acesso fácil a agentes letais (armas de fogo, pesticidas) e estar em situação de reclusão).

Neste âmbito, surge o fator de estar recluso como um facilitador para a ocorrência de suicídio, tema que abordaremos mais pormenorizadamente ao longo deste relatório.

Segundo a DGS (2017), a depressão é a entidade que mais contribui para as mortes por suicídio, que chegam a quase 800 mil por ano a nível planetário. Dada a sua importância e impacto no fenómeno dos comportamentos da esfera suicidária, iremos abordá-la de seguida.

1.2. A depressão

Em 2015, o total de pessoas com depressão a nível mundial foi calculado, em mais de 300 milhões (DGS, 2017). Esta perturbação é classificada pela Organização Mundial de Saúde, como sendo a maior causadora de incapacidade para a atividade produtiva (DGS, 2017) e segundo os autores Peixoto & Azenha (2014) as perturbações depressivas são comuns, apresentando uma prevalência ao longo da vida superior a 20%, tendo maior incidência nas mulheres do que nos homens.

Segundo Townsend (2011), a depressão é provavelmente a mais antiga doença psiquiátrica sendo definida como sendo uma alteração no humor, expressa por sentimentos de tristeza, desespero e pessimismo. Existe uma perda de interesse no que concerne às atividades habituais e os sintomas somáticos podem ser

evidentes, nomeadamente alterações do apetite, perda ou ganho significativo de peso e alterações do padrão de sono.

Segundo a DSM-5 (2014),

“Os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. (...) A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida” (p. 155).

Bastos, Ferreira & Guerra (2014) referem que se podem dividir os sintomas da perturbação depressiva em: afetivos/ emocionais, cognitivos, somáticos e, por último, motores e comportamentais. Dentro dos afetivos/ emocionais surgem a tristeza, desânimo, ansiedade, irritabilidade, apatia e anedonia. Os cognitivos referem-se à lentificação, pensamento monotemático, perda de autoestima, desesperança, ideação suicida, perda de atenção/ concentração e queixas mnésicas. Os somáticos podem ser astenia, insónia/ hipersónia, alterações do apetite e do peso, queixas álgicas, perturbações gastrointestinais e disfunção sexual. Relativamente aos sintomas motores e comportamentais dizem respeito a alterações psicomotoras (inibição/ agitação), isolamento social, tentativas de suicídio.

Como referido acima, a existência de depressão é uma condição que coloca o indivíduo numa posição mais vulnerável para o surgimento da desesperança, ideação suicida e comportamentos da esfera suicidária.

No que concerne à psicopatologia compreensiva, Gabbard (2016) apresentou as principais contribuições históricas de vários autores para o entendimento da depressão. Na perspetiva de Freud, na sua obra de 1917 já referida anteriormente neste relatório, as perdas precoces da infância levariam à vulnerabilidade e depressão na idade adulta. Também observou que a autodepreciação acentuada era o resultado da raiva voltada para o interior. Mais tarde Karl Abraham desenvolveu as ideias de Freud, sugerindo que os adultos deprimidos sofreram um golpe na sua autoestima durante a infância, e que uma nova perda ou decepção na vida adulta, desencadearia sentimentos negativos intensos.

Em 1953, as contribuições de Bibring diferiam da linha de pensamento apresentada por Freud, considerando que os estados melancólicos resultariam da tensão originada entre os ideais e a realidade. A consciência do ego da incapacidade de atingir certos padrões de conduta conduziria à depressão.

A teoria do apego de John Bowlby, de 1969, também trouxe uma importante contribuição para a compreensão deste fenômeno. Segundo este autor, quando o apego de uma criança é perturbado por ausência de um dos pais ou por causa de um apego instável, essa criança ver-se-ia a si mesma como não digna de receber amor, sentindo-se abandonada. Consequentemente, na vida adulta, poderiam tornar-se deprimidas sempre que experienciassem uma perda, reativando sentimentos de fracasso, abandono e de não ser digna de amor.

Em suma, pode-se referir que a visão psicanalista enfatiza a vulnerabilidade narcisista fundamental ou uma baixa autoestima em utentes deprimidos. A raiva e a agressividade são conceitos presentes nestas teorias, estando em relação com a culpabilidade e a autodepreciação. Por outro lado, um modelo psicodinâmico contemporâneo da depressão, compreenderia que as experiências precoces do trauma fazem com que a criança desenvolva representações problemáticas do *self* e dos objetos. Uma autoestima vulnerável resultaria da perda e do trauma na infância e as relações problemáticas com os pais ou pessoas significativas resultariam em dificuldades relacionais na vida adulta (Gabbard, 2016).

A depressão é um transtorno afetivo comum que interfere na vida diária e bem-estar dos indivíduos. O sofrimento psíquico e angústia que lhe é inerente, conduz muitas vezes à desesperança e à ideação suicida.

De seguida iremos abordar e caracterizar o contexto prisional, enquanto meio específico e facilitador para o desenvolvimento da depressão e dos comportamentos suicidários.

1.3. O meio prisional: um contexto particular para o desenvolvimento dos comportamentos da esfera suicidária

A prisão é considerada um contexto muito particular e pouco visível da sociedade, refletindo eventualidades sociais e dramas pessoais amplamente condicionados por esta instituição total (Santos & Moreira, 2014). Em meio prisional pode-se afirmar que estão reunidas uma série de condições propícias ao

desencadeamento do humor depressivo e conseqüentemente aos comportamentos da esfera suicidária.

Em Portugal, constatou-se que dos suicídios realizados em meio prisional, 68,8% acontecem logo no primeiro ano e meio de reclusão. Por outro lado, nas prisões norte-americanas constatou-se que 50% dos suicídios ocorrem logo nas primeiras 24 horas de reclusão (Moreira, 2010).

Goffman (1974), um famoso sociólogo do século XX, denominou de instituições totais, aquelas que eram fechadas e que apresentavam uma barreira à relação social com o mundo externo, proibindo as saídas. Essas proibições eram corroboradas com portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos ou pântanos. Considerava as prisões entre as denominadas instituições totais, que serviriam para proteger a comunidade contra perigos intencionais. Na sua obra “Manicômios, prisões e conventos” escreveu que a barreira que estas instituições colocavam entre o indivíduo e o mundo externo assinalavam a primeira mutilação do Eu. O mesmo autor, descreveu também que os reclusos sofreriam uma “mortificação” de si mesmos, por meio de abuso físico e social, o que levava à perda de identidade do indivíduo e também a ser destituído dos seus papéis anteriores. A perda de autonomia, da liberdade de ação e do direito à escolha eram consideradas importantes perdas para o recluso. Os indivíduos em meio prisional viam todas as suas atividades realizadas num mesmo local, sob uma única autoridade, atividades essas que fariam parte de um plano da própria instituição e com horários rigorosos.

Foucault (1984) referindo-se à privação da liberdade escreveu “Retirando tempo do condenado, a prisão parece traduzir concretamente a ideia de que a infração lesou, mais além da vítima, a sociedade inteira” (p. 208). Mencionou que a prisão ao ser entendida como tendo um duplo fundamento, jurídico-económico e técnico-disciplinar, foi considerada como a forma mais civilizada de todas as penas. Naquela época além do fator isolamento que se acreditava induzir o indivíduo à reflexão e ao remorso, havia o trabalho: “ocupando-se o detento, são-lhe dados hábitos de ordem e de obediência; tornamo-lo diligente e ativo (...) um remédio certo contra dos desvios da sua imaginação” (p. 216).

Desde o início do século XIX, a prisão foi, portanto, considerada uma detenção legal com intuito corretivo ou ainda uma empresa de modificação dos indivíduos que a privação de liberdade permitia fazer funcionar no sistema legal.

Com a evolução dos tempos, a população prisional obteve outras condições e direitos, contudo, isto não significa que não existam na atualidade problemas e situações que mereçam a nossa atenção, mais concretamente no âmbito da saúde mental.

De acordo com Repo (2020), o risco faz parte do ambiente das instituições fechadas, como as prisões, pois os indivíduos que são considerados um risco para os outros ou para a sociedade estão confinados nesses espaços de correção. No entanto, ao entrar nesses espaços de confinamento, os indivíduos entram num cenário que está sob a influência de diferentes riscos. O recluso e o risco interrelacionam-se, pois, o risco pode levar a medidas penais, enquanto as medidas penais criam riscos.

Atualmente as condições e regras restritas e opressivas das prisões são geradoras de um intenso e constante stresse (Santos & Moreira, 2014). Os estabelecimentos prisionais constituem uma fonte indutora de stresse e inúmeros fatores inerentes ao quotidiano prisional poderiam potenciar um comportamento suicidário. Além da rotura com toda a vida afetiva e social a que o indivíduo está conectado, há um distanciamento da sua cultura exterior para se integrar e adaptar à comunidade reclusa. A ausência de contacto conjugal, mais concretamente a inexistência de contactos heterossexuais, podem causar no recluso sentimentos de perda de masculinidade ou aquisição de novos comportamentos sexuais (Moreira, 2010).

A **sobrelotação** também se apresenta como um dos maiores problemas do sistema prisional, levando além da falta de privacidade, à restrição do acesso a instalações sanitárias adequadas e devidamente higienizadas, roupa lavada, fornecimento adequado de alimentação, de energia elétrica e água. A sobrelotação em si causa, outra situação preocupante, a falta de vigilância por parte dos guardas prisionais e conseqüentemente o aumento das condições para a existência de **vitimização** entre reclusos (violência e *bullying*) (Moreira, 2010).

Gonçalves (2002) refere-se à prisão como sendo por si só potenciadora de violência, referindo “ao carrear a liberdade das pessoas e ao controlar os seus movimentos, gera tensões que em muitos casos só as explosões de agressividade apaziguam” (pp. 243). O mesmo autor considera existir entre as grades vários tipos de vitimização, sendo elas: física, sexual, psicológica, económica e social. Além desses tipos, existe o que denomina de auto-vitimização, referindo-se aos episódios

autodestrutivos ou de autoagressão do recluso sobre ele próprio, matéria que abordaremos mais à frente neste relatório.

Santos & Moreira (2014) referem que os fatores de risco suicida associados à reclusão são: admissão na prisão; normatividade; incapacidade de adaptação ao contexto prisional com desenvolvimento de ansiedade, depressão, desesperança, impulsividade, agressividade; elevado grau de incerteza do processo judicial; período pré e imediatamente após sentença; dependência de substâncias na prisão; problemas familiares e financeiros; falta de visitas; transferência de estabelecimento prisional; problemas disciplinares na prisão; isolamento disciplinar; além dos acima referidos sobrelotação e vitimização.

Santos, Barros & Andreoli (2019), reforçam que as condições deste meio expõem o indivíduo a fatores de risco, quer para o desenvolvimento, quer para a manutenção de quadros depressivos. Entre eles destacam-se a quebra de relações afetivas, o isolamento, a rutura das atividades do quotidiano e a falta de ocupação.

Embora a relação entre suicídio e transtorno mental, principalmente a depressão, esteja evidenciada, outros fatores como a violência, os conflitos, perdas familiares e isolamento estão fortemente ligados ao comportamento suicidário em reclusos (Ranuzi, Santos & Araújo, 2020; Furtado & Filho, 2021).

No seguimento desta linha de pensamento, entendendo o fato de estar detido, como uma mudança drástica na vida dos indivíduos, envolvendo a quebra de relações afetivas com pessoas significativas do exterior, o isolamento social que lhe é inerente, a modificação de rotinas, a ausência de ocupação profissional e de atividades prazerosas e o ambiente conflituoso característico, parece-nos evidente a propensão para o desenvolvimento do humor depressivo e comportamentos da esfera suicidária em ambiente prisional.

A ocorrência de comportamentos suicidas em meio prisional, está relacionada com as características da prisão, do recluso e à presença de circunstâncias específicas. As limitações impostas à liberdade individual, fazem com que o indivíduo não possa tomar decisões instalando sentimentos de impotência, desespero e pessimismo. O facto de lhe ser vedado o suporte social e contactos interpessoais agradáveis priva-o de um grande recurso para lidar com toda a angústia e stresse. Por outro lado, a ausência de privacidade, as condições precárias, a sobrelotação, o ruído, os odores e a convivência num meio onde impera muitas vezes a violência, a droga, o ódio racial e os abusos sexuais são aspetos deste contexto que têm influência

na saúde mental do recluso. No que concerne a características individuais que podem representar um risco acrescido para a ocorrência de ideação suicida, relacionam-se com o consumo excessivo de substâncias psicoativas, a culpa e a vergonha associados ao crime cometido, presença de problemas de saúde mental em especial os de índole psicótica (envolvendo delírios e alucinações), indivíduos seropositivos, doentes terminais e reclusos idosos com penas longas (Pedrosa, 2003).

No que concerne aos CAL em meio prisional, um estudo realizado numa prisão brasileira identificou como motivos: alívio do sofrimento psíquico causado pela falta de liberdade; raiva de si ou do outro; tentativa de chamar a atenção sobre si; e por último, tentativa de manipular situações ou pessoas, obtendo vantagens (Caldas, Arcoverde, Santos, Lima, Macedo & Lima, 2009). Neste âmbito surge também a possibilidade dos CAL serem realizados para atingir um fim, ou seja, sendo um meio para atingir determinado objetivo em contexto prisional. Entre esses objetivos poderia estar o desejo de sair ou ser deslocado do meio em que se encontra.

A peculiaridade do contexto prisional e as circunstâncias a que os indivíduos estão submetidos, criam condições para o surgimento de comportamentos da esfera suicidária. Cada ser humano deve ser por isso olhado como um todo, composto por diversas partes, inserido em determinado contexto, com características e necessidades concretas, sendo importante o estabelecimento de uma relação de confiança e intervenções de enfermagem planeadas após uma correta apreciação do estado mental do indivíduo, nomeadamente das questões ligadas ao humor, e da análise de fatores protetores/ predisponentes.

1.4. Os mediadores expressivos e a relação terapêutica

A arte existe desde os primórdios da civilização humana, sendo uma das suas formas de expressão. Segundo a Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia, esta define-se como um método de tratamento psíquico que utiliza mediadores artísticos em contexto de processos terapêuticos, resultando numa relação terapêutica baseada na interação de uma tríade (utente, o trabalho artístico criado e o arte-terapeuta). Neste âmbito a função do imaginário é fundamental: para aceder a sentimentos, pensamentos, memórias e aspetos da personalidade, alguns dos quais sem uma representação mental consciente; para uma melhor compreensão das emoções,

sentimentos e situações de vida; para desenvolver a capacidade de consciencializar e agir de forma criativa.

A arteterapia entende-se, por isso, como um meio que ajuda na obtenção de resultados de tratamento, quer a nível pessoal como relacional, sendo utilizada para melhorar as funções cognitivas e sensoriomotoras, promover a autoestima e a autoconsciência, promover o *insight*, cultivar a resiliência emocional, reduzir e resolver os conflitos e angústias e melhorar as habilidades sociais (American Art Therapy Association).

A relação de ajuda é uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade, favorecendo a criação de um clima de compreensão e o fornecimento de apoio que a pessoa necessita. Para a execução da mesma, o enfermeiro deve ter em consideração uma série de características e conhecimentos, nomeadamente: aceitação e respeito pelo outro, empatia, autenticidade, coerência, confrontação, autoconhecimento e conhecimento sobre o utente, estratégias de comunicação e relação terapêutica (Phaneuf, 2005).

A relação terapêutica pode existir, não só numa relação dual de enfermeiro-utente, mas também em relação grupal. De acordo com Townsend (2011), numa dinâmica de grupo, o enfermeiro tem a oportunidade de chegar a um maior número de pessoas, sendo que os seus elementos se entrem ajudam partilhando os seus sentimentos, opiniões, ideias e comportamentos, obtendo momentos de aprendizagem decorrentes desta troca. Segundo Moraes, Lopes & Braga (2006), a dinâmica de grupo favorece a interação e integração dos seus participantes, contribuindo para o seu processo de aprendizagem e crescimento pessoal.

Em contexto de internamento, pretendeu-se que a intervenção principal se baseasse na execução de atividades com recurso a mediadores expressivos, nomeadamente a expressão plástica, num grupo terapêutico fechado estabelecido no início do estágio. A pertinência da criação deste grupo prendeu-se, além da própria aquisição de competências neste âmbito, com os seguintes fatores: incremento da socialização e coesão grupal; lidar com normas e regras; trabalho em equipa; aprendizagem entre pares; expressão de emoções; reflexão sobre experiências de vida; descoberta de potencialidades individuais; aumento da esperança.

O papel de liderança desempenhado em contexto de dinâmica de grupo, foi o estilo democrático. O foco deste tipo de liderança são os elementos do grupo. Estes foram estimulados a participar de forma ilimitada, a criatividade individual foi

encorajada, resultando em níveis de entusiasmo e moral elevados por parte dos membros, além da alta produtividade, motivação e sentido de compromisso (Townsend, 2011).

De acordo com Vinogradov & Yalom (1992), existem onze fatores terapêuticos necessários no processo terapêutico em grupo, que interagem de forma dinâmica entre si e que funcionam como instrumentos promotores de mudança, sendo eles: instilação de esperança, universalidade, informação, altruísmo, desenvolvimento de competências sociais, modelagem, catarse, recapitulação corretiva do grupo familiar primário, fatores existenciais, coesão do grupo e aprendizagem interpessoal.

De acordo com Ferraz (2009), ao realizar intervenções com recurso a mediadores expressivos, está inerente a primazia da relação terapêutica, criando uma atmosfera de segurança, aceitação, honestidade, autonomia e liberdade durante o processo. Para Lazure (1994), a relação terapêutica ou relação de ajuda subentende a presença de elos, de contactos, de coexistência, visto que estar em relação engloba não só a presença física do enfermeiro, mas a presença de todo o seu ser. Desta forma, emerge um alto nível de empenho na relação, dedicação e aceitação incondicional do indivíduo.

Segundo Pereira (2009), a arteterapia, utilizando a arte como recurso terapêutico, aciona sentimentos e emoções através da execução da arte, criando um terreno fértil, para o acesso ao mundo subjetivo do utente. O recurso à arte, coloca no objeto artisticamente criado, informações que ajudam o indivíduo na compreensão de si mesmo e das suas necessidades. Desencadeia uma visão crítica sobre os seus pensamentos, emoções e sentimentos, aumentando o *empowerment* e a autoconsciência, podendo melhorar a autoestima e reduzir o stresse (Ciasca, 2017). De acordo com Erickson & Young (2010) citando Malchiodi (1998), o foco está na discussão do processo de criação e os sentimentos que emergem durante a atividade. A arteterapia é uma forma de estimular a introspeção, construir autoestima e autoconsciência, permitindo que os *insights* venham à superfície.

A expressão através da arte foi considerada uma ferramenta, um meio de aceder a informações determinantes sobre os processos vivenciais do indivíduo em meio prisional, emoções, sentimentos e problemas, ajudando-os não só na sua exteriorização, mas também na confrontação com os mesmos, e na construção de uma visão estruturada acerca dos mesmos e as suas hipóteses de resolução. Ao convidar os indivíduos para determinada atividade ou vivência através da arte, iniciou-

se uma viagem para dentro de si mesmos e tal como refere Ferraz (2009) “...promovendo a mudança (...) abrindo a mente dos participantes para outras realidades emocionais e possibilidades de outras respostas frente à vida, aos desafios e frente a si mesmo” (p. 25).

Vários estudos apontaram para as vantagens destas vivências e do estímulo da criatividade no combate à depressão, constatação que nos incentivou a optar pela utilização de mediadores expressivos em contexto de estágio. De acordo com Pereira (2009), esta abordagem atua como agente facilitador no processo de reestruturação emocional. “Esta ‘emoção de lidar’ [referindo-se à arteterapia], desde que foi utilizada pela primeira vez com doentes de psicopatias diversas, tem contribuído de forma inovadora e eficaz para que o sujeito encontre através da Arte e reconheça, também através desta, os elementos afetivos que lhe são nocivos ao bem-estar” (Pereira, 2009, p. 37).

Em contexto prisional, vários obstáculos podem bloquear a eficácia da terapia visto que muitos indivíduos têm uma desconfiança inerente à revelação verbal. Os tipos de terapia verbal oferecidos nem sempre têm resultados, visto que os mesmos podem mentir ou permanecer em silêncio para evitar parecerem fracos ou vulneráveis (Gussak, 2007) surgindo desta forma, a alternativa e pertinência do uso dos mediadores expressivos neste contexto específico. Segundo Gussak (2007), apesar da prevalência de defesas rigidamente mantidas e condições de saúde mental debilitantes, como a depressão grave, parece haver um desejo natural de expressão criativa e artística por parte dos indivíduos em meio prisional, facto que foi por nós sentido ao longo do percurso de estágio.

Através do desenho foram desenvolvidos e invocados aspetos como a coordenação motora fina, a atenção, a concentração e o contacto com a realidade interior. O desenho dirigido, ou seja, partindo de uma temática previamente indicada, incitou o indivíduo a entrar em contacto com a sua realidade interior, na tentativa de mobilizar emoções bloqueadas ou flexibilizar as que estivessem cristalizadas, fazendo-as emergir. No desenho a variação das cores é um fator muito importante (Pereira, 2009). O desenho envolveu criatividade e expressão de emoções, tendo sido utilizados vários materiais como lápis de cor, de cera e canetas de feltro, apelando a aspetos importantes da psicomotricidade.

A pintura diferentemente do desenho, apelou à abstração e utilização de manchas e outros elementos. Exigiu a utilização de materiais e instrumentos mais

elaborados, como folhas de maior dimensão, paletas, recipientes com água e pincéis de vários tamanhos. A pintura ofereceu uma maior sensação de liberdade e expansão do gesto (Martins, 2012), revelando-se uma experiência sensorial, através do contato com diferentes texturas promovidas pelas tintas e restantes instrumentos. Segundo Martins (2012) citando Carvalho & Guimarães (2011), pintar ajuda a desbloquear emoções e permite o acesso a conteúdos recalcados. Mostrou-se como um meio criativo e enriquecedor para o autoconhecimento do indivíduo e expressão de emoções, tendo também inerente uma conotação com aspetos da infância (regressão) e momentos de divertimento.

A moldagem com barro está entre as mais dinâmicas e acessíveis técnicas de arteterapia, estimulando vários sentidos (Henley, 2002). Dadas as propriedades particulares da argila, tais como a maleabilidade, flexibilidade e a adaptabilidade, ela convida à manipulação, incentivando a imaginação e ativando a potencialidade criadora do ser humano (Moraes, 2007). Esta técnica apela diretamente ao corpo, às sensações, à modulação da pressão e tensão muscular (Pain & Jearrau, 1996). Desta forma, a utilização da moldagem induziu a aspetos mais primitivos e sensoriais. A própria manipulação deste material revelou a sua natureza maleável e húmida, que resultou em sensações de relaxamento. Por outro lado, a sua natureza flexível, permitiu transferir para a peça movimentos mais agressivos, como o esmagar, o bater e o torcer, promovendo também o alívio de tensão. De acordo com Speranza (2010), o barro tem também uma função de estruturação, aberta a possíveis soluções para problemas, cruzando o simbólico com o concreto.

A utilização da expressão plástica é considerada, como vimos anteriormente, uma estratégia de intervenção bastante enriquecedora, com ganhos tanto na relação dual que se estabelece entre enfermeiro-utente, como também nas relações intrapessoal e interpessoal de cada utente. Através destas atividades os indivíduos confrontam-se com aspetos importantes do seu *self*, proporcionando-lhes tanto um desenvolvimento pessoal e interno, como também o desenvolvimento de competências relacionais com o mundo externo.

1.5. Contributo do Modelo Sistémico de Betty Neuman e da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau

Em contexto de estágio, optámos por alicerçar a nossa intervenção nos pressupostos do modelo teórico de enfermagem proposto por Betty Neuman conhecido como Modelo de Sistemas. Este modelo conferiu a possibilidade de olharmos a pessoa como um todo, enquadrada um sistema aberto em constante interação com o meio, sendo influenciada pelo mesmo e exposta a constantes desafios e necessidades de adaptação. Referindo-nos em específico ao meio prisional, é evidente que o indivíduo é submetido a uma pressão muito peculiar e fatores de stresse específicos do contexto.

O seu modelo baseia-se na teoria geral dos sistemas refletindo a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos em constante interação e permuta. Este modelo deriva da teoria de Gestalt, que descreve a homeostase como sendo o processo através do qual um organismo mantém o seu equilíbrio, a sua saúde, sob condições bastante diversificadas. Neuman defende que a adaptação é o mecanismo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades, sendo um processo dinâmico e contínuo. A doença surge assim quando a homeostasia e o equilíbrio não estão assegurados (Freese, 2002).

Desta forma, conclui-se que este modelo oferece à enfermagem uma perspetiva abrangente e holística do ser humano, olhando-o como sistema em constante mutação e relação com o meio envolvente.

Neuman identificou cinco variáveis que estão presentes no sistema do indivíduo: fisiológicas (refere-se à estrutura e função corporal); psicológicas (refere-se aos processos mentais e relações interpessoais); sociocultural (refere-se à combinação das funções sociais e culturais); espirituais (refere-se às crenças espirituais e às suas influências); de desenvolvimento (refere-se aos processos de desenvolvimento ao longo da vida) (Aylward, 2001).

A autora utilizou a definição de stresse de Selye, que se define como uma resposta não específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito. O stresse leva a uma necessidade de adaptação ou reajustamento seja qual for a natureza do problema. Os stressores são os estímulos que produzem tensão no organismo resultando em stresse, podendo ser positivos ou negativos. Os stressores podem ser divididos em três tipos: forças intrapessoais (ocorrem dentro do indivíduo), forças

interpessoais (ocorrem entre um ou mais indivíduos) e forças extrapessoais que ocorrem fora do sistema do indivíduo (Freese, 2002).

De acordo com Aylward (2001), este modelo foca a sua atenção nas respostas do sistema do cliente aos atuais ou potenciais stressores e o uso da prevenção primária, secundária e terciária para a obtenção ou manutenção do bem-estar ideal ao sistema do indivíduo.

A prevenção **primária** tem como enfoque evitar a desadaptação, podendo traduzir-se em programas de educação para a saúde, ensinamentos sobre técnicas de relaxamento e métodos de gestão da sua própria saúde. Desta forma, há uma proteção ou fortalecimento do organismo antes de surgir um stressor prejudicial. A prevenção **secundária** ocorre após um agente stressor ter ultrapassado a linha de defesa e causado uma reação, sendo o enfoque restabelecer a sua estabilidade e bem-estar. Por outras palavras, é importante haver um diagnóstico precoce e o tratamento dos sintomas. Por último, a prevenção **terciária** é na generalidade iniciada após a fase de tratamento e centra-se em manter e estabilizar o estado de saúde do indivíduo, com o intuito de evitar a recorrência de doença, recorrendo a atividades de manutenção e de caráter educacional, o que se aproxima da forma de atuação da primeira fase, contudo, neste caso em particular já existiu uma reação (Pearson & Vaughan, 1992).

Considerando os fatores stressores reconhecidos em meio prisional, esta abordagem sistémica e visão completa do indivíduo contribuiu para uma prestação de cuidados holística aos utentes, compreendendo melhor as suas necessidades e contribuindo para os níveis de prevenção primária, secundária e terciária, consoante a situação do indivíduo.

A relação terapêutica interpessoal é o meio através do qual os problemas são identificados e procuradas soluções. Centrando-nos na relação estabelecida com os utentes, baseámos a nossa intervenção na teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau. É inequívoca a importância da relação terapêutica criada entre enfermeira-utente em toda a área da saúde, mas torna-se ainda mais impactante na área da saúde mental.

Peplau (2002) identificou quatro fases que caracterizam a relação estabelecida entre enfermeira-utente: orientação, identificação, exploração e resolução. De acordo com Howk (2002) durante a fase de **orientação**, o indivíduo apercebe-se de uma necessidade e procura ajuda profissional. A enfermeira auxilia o indivíduo a

reconhecer e compreender o seu problema e a determinar as suas necessidades. Na fase de **identificação**, o indivíduo identifica-se com quem o pode ajudar, isto é, é iniciada uma relação de confiança. A enfermeira ajuda o indivíduo a passar pela experiência de doença, reorientando sentimentos, fortalecendo forças positivas da personalidade e fornecendo a satisfação necessária. Durante a **exploração**, o indivíduo retira da relação todas as mais-valias que lhe são oferecidas. A mudança do indivíduo é promovida, estabelecendo-se novos objetivos a atingir através do esforço pessoal. Por último, a fase de **resolução** é onde se assegura o encerramento da relação terapêutica. Nesta fase o indivíduo coloca de parte objetivos antigos, adotando novos. É um processo no qual o indivíduo se liberta da identificação com a enfermeira.

Peplau (2002) também descreveu seis papéis de enfermagem: papel de estranha, papel de pessoa de recurso, papel de professora, papel de líder, papel de substituta e papel de conselheira.

O primeiro papel, papel de estranha, subentende que a enfermeira não deve fazer juízos de valor sobre o indivíduo, mas aceitá-lo incondicionalmente. O indivíduo deve ser tratado como emocionalmente eficaz, até prova em contrário. Este papel insere-se na fase de identificação. No papel de pessoa de recurso, a enfermeira fornece respostas às questões e dúvidas existentes, explicando o plano de tratamento e cuidados. O papel de professora define-se como uma combinação de todos os papéis. O ensino separa-se em duas categorias: educativa e empírica. Educativa consiste em fornecer informação e a empírica centra-se no uso da experiência do indivíduo, como base a partir da qual são desenvolvidas outras aprendizagens. No papel de líder, a enfermeira auxilia o indivíduo a cumprir as tarefas através de uma relação de cooperação e de participação ativa. No papel de substituta, o indivíduo coloca a enfermeira no papel de substituta. As atitudes e comportamentos da enfermeira, criam sentimentos no indivíduo que reativam os sentimentos gerados numa relação anterior. A enfermeira ajuda o indivíduo a reconhecer as diferenças entre o papel da enfermeira e o da pessoa que o indivíduo recorda. Nesta fase utente e enfermeira definem área de dependência, independência e interdependência. O papel de conselheira é aquele que Peplau considerou como o papel de maior ênfase em enfermagem psiquiátrica. O aconselhamento funciona pela forma como as enfermeiras respondem aos pedidos dos utentes. Peplau defendeu que o propósito das técnicas interpessoais é ajudar o utente a compreender na totalidade o que lhe

está a acontecer na atualidade, de modo que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada (Howk, 2002).

Almeida, Lopes & Damasceno (2005) defendem que os pressupostos teóricos de Peplau são operacionalizáveis na prática de enfermagem atual, apesar de terem sido desenvolvidos em meados de século XX, servindo como uma referência na ciência do cuidar.

Em suma, o modelo sistémico de Neuman e a teoria das relações de Peplau, guiaram todo este percurso de estágio. Perspetivámos o indivíduo de forma holística, como um sistema aberto em constante interação com o ambiente circundante e condicionado pelo mesmo, seja positiva ou negativamente. Como referido em capítulos anteriores, o meio prisional é caracterizado pelos mais diversos stressores exigindo ao indivíduo uma adaptação constante em busca do seu bem-estar e por isso foi dada uma atenção especial ao meio normativo e contentor que caracteriza este espaço e os impactos que causava nos indivíduos. A teoria das relações de Peplau suportou a interação e relação criada entre enfermeiro-utente, que envolveu reconhecer, esclarecer e construir uma compreensão acerca do que estaria a acontecer com o utente. Esta teoria confere aos indivíduos um papel ativo e participativo na resolução de problemas, onde o enfermeiro tem um papel de parceiro de cuidados que culmina numa meta comum onde resultam o crescimento e desenvolvimento pessoal de ambos.

2. PERCURSO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.1. Natureza e âmbito do projeto

O presente relatório resulta da implementação de um projeto de estágio previamente pensado e delineado, com a necessidade de diversos ajustes de acordo com as necessidades encontradas em campo de estágio.

Considerando a problemática atual do aumento da depressão e do suicídio, previamente discutidos, quer a nível geral, quer a nível específico do contexto prisional, pensámos na pertinência da execução de um projeto sobre os comportamentos da esfera suicidária privilegiando as intervenções de enfermagem com recurso a mediadores expressivos. Os mediadores expressivos surgem como um meio de contribuir para a expressão de emoções, sentimentos e pensamentos, permitindo um acesso ao mundo interior do utente, fazendo com que seja possível ao enfermeiro, avaliar o seu humor, a esperança, a vontade de viver, o *insight* e a forma como interage em grupo.

O estágio foi desenvolvido em dois contextos: num internamento de psiquiatria de agudos num hospital no Ministério da Justiça e numa unidade funcional comunitária de um hospital da área metropolitana de Lisboa.

Apesar da tónica dada ao contexto prisional, evidenciada pelo projeto e consequentemente pelo relatório de estágio, foi também possível desenvolver competências de EESMP e implementar intervenções individualizadas com recurso a mediadores expressivos em campo de estágio comunitário.

2.2. Objetivos

Os objetivos definidos foram: 1) Caracterizar os comportamentos da esfera suicidária; 2) Compreender o papel dos comportamentos da esfera suicidária na história de vida dos indivíduos; 3) Adquirir competências na dinamização de grupos terapêuticos com recurso a mediadores expressivos; 4) Avaliar o impacto da utilização de mediadores expressivos na relação terapêutica.

2.3. Caracterização dos contextos

O serviço de internamento psiquiátrico em situação de crise onde foi desenvolvido o estágio pertence a um Hospital do Ministério da Justiça. Este estágio decorreu no ano de 2022, tendo uma duração de nove semanas. O internamento permite dar resposta à fase de agudização do quadro clínico, além de se apresentar como uma necessidade/ resposta para o estudo e avaliação de estados clínicos advindos de tribunais. Os utentes admitidos neste serviço provêm de estabelecimentos prisionais (EP) nacionais, de tribunais nacionais ou de serviços intra-hospitalares.

A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas na área de saúde mental, médicos, assistentes operacionais, psicóloga, assistente social, técnica superior de reeducação, terapeuta ocupacional e guardas prisionais.

O internamento é composto por duas alas. Uma masculina com capacidade para 18 homens (divididos por duas camaratas) e uma feminina com capacidade para 8 mulheres (divididas por três camaratas). Junto à ala masculina, ainda existe um quarto individual que é utilizado em casos que requerem maior vigilância tais como risco de agressão (auto ou hetero), suicídio, agudização do estado clínico ou outras alterações que o justifiquem.

A alta clínica dá-se após uma estabilização do quadro clínico, sendo cada pessoa encaminhada ao respetivo EP ou, em caso de inimizabilidade, encaminhada para determinadas instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A unidade funcional comunitária de saúde mental onde foi desenvolvido o estágio pertence ao departamento de psiquiatria e saúde mental de um hospital da zona metropolitana de Lisboa. Este estágio decorreu entre os anos de 2022 e 2023, tendo uma duração de nove semanas.

Esta equipa comunitária (EC) dá resposta a uma zona específica do concelho da qual faz parte, dividindo a sua área geográfica de responsabilidade com mais três equipas. Desta equipa fazem parte dois médicos psiquiatras, duas enfermeiras especialistas em saúde mental, uma psicóloga, uma assistente social e uma administrativa.

O espaço físico desta equipa está sediado nas instalações de uma unidade de saúde familiar da área geográfica correspondente, tendo em seu poder sete gabinetes que são utilizados pela equipa multidisciplinar acima descrita.

A equipa de enfermagem acompanha no total cerca de 160 utentes com doença mental realizando consultas de enfermagem, gestão de medicação semanal/quinzenal, administração de terapêutica injetável *depot* e visitas domiciliárias. Têm um papel fundamental na manutenção da doença de base e prevenção de recaídas, dado o seu papel de proximidade.

2.4. Caracterização dos participantes

O percurso de estágio realizado e conseqüentemente o presente relatório centra-se na utilização regular de mediadores expressivos e os seus resultados, apesar de terem sido realizadas outras intervenções/atividades que abordaremos num subcapítulo posterior e onde serão caracterizados devidamente os seus participantes.

Desta forma, em contexto de internamento, foram realizadas nove sessões com recurso a mediadores expressivos, em grupo terapêutico fechado, misto, composto por seis participantes, dos quais dois do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 24 e os 59 anos.

Os diagnósticos clínicos dos participantes eram: esquizofrenia, perturbação afetiva bipolar, depressão major e perturbação *borderline* da personalidade. As suas situações penais variavam entre a prisão preventiva e a inimputabilidade. Os crimes praticados variavam entre homicídio qualificado, homicídio agravado na forma tentada, violência doméstica, ofensa à integridade física qualificada e coação contra órgãos institucionais.

Dado o impacto positivo que estas intervenções trariam ao quotidiano dos utentes em internamento num hospital prisional, tentámos constituir um grupo heterogéneo, com pessoas com diferentes diagnósticos e situações penais, que apresentassem como critérios de inclusão: humor depressivo/ ansioso; dificuldades na expressão de emoções/ sentimentos; socialização comprometida; e que desejassem participar. Os critérios de exclusão foram: défice cognitivo acentuado; atividade alucinatória ou delirante exacerbada; agitação psicomotora; acuidade visual ou auditiva muito comprometida.

No contexto comunitário foram realizadas três sessões individuais com recurso a mediadores expressivos, com dois utentes, utilizando como critérios de inclusão: humor deprimido; história anterior de comportamentos da esfera suicidária; e que desejassem participar. Os critérios de exclusão foram: défice cognitivo acentuado;

atividade alucinatória ou delirante exacerbada; agitação psicomotora; acuidade visual ou auditiva muito comprometida.

2.5. Instrumentos e intervenções desenvolvidas

Antes de implementar intervenções em campo de estágio, foi elaborado um cronograma para cada um dos contextos, no sentido de organizar o percurso de estágio e todas as intervenções planejadas. Para cada contexto foi desenvolvido um programa de sessões de expressão plástica, que pode ser consultado no Apêndice I.

2.5.1. Intervenções desenvolvidas em contexto de internamento

Mediadores expressivos: desenho, pintura e modelagem/barro

Em meio prisional, atendendo à especificidade deste tipo de utentes e características do meio em que estes se encontram inseridos, em que muitas vezes a criação de uma relação terapêutica pode ser comprometida pela desconfiança, considerou-se pertinente a forma de expressão e revelação, através da arte, que contribuiu de forma particular para o estabelecimento de uma relação de confiança entre utente-enfermeiro.

O recurso a mediadores expressivos teve como foco a discussão do processo criativo e as emoções e sentimentos que emergiram durante o mesmo. Através da utilização de mediadores expressivos, nomeadamente a expressão plástica (desenho, pintura e barro), foi possível: avaliar o humor dos utentes; promover o autoconhecimento, a autoconsciência e o *insight*; promover a criatividade e imaginação; incitar o raciocínio sobre novas vias de resolução para as situações/problemas; promover o desenvolvimento da capacidade de socialização; avaliar/promover a vontade de viver e se perspetivar no futuro.

Neste contexto, foram desenvolvidas nove sessões de expressão plástica, uma a duas vezes por semana, tendo a duração de cerca de 50 minutos. Três destas sessões foram acrescentadas ao plano inicial, pela ideia de restauro de uma mesa dada por um dos elementos do grupo. Apesar do polimento não ser considerado um mediador expressivo, foi uma ideia bem recebida por nós, contribuindo para a observação da dinâmica e coesão grupal.

De seguida serão apresentadas as temáticas das nove sessões, podendo as respetivas planificações ser visualizadas de forma mais completa no Apêndice II:

- 1ª sessão: tema livre; técnica: desenho;
- 2ª sessão: “Quem sou eu?”; técnica: desenho;
- 3ª sessão: “Estado de alma”; técnica: desenho;
- 4ª sessão: “O futuro”; técnica: pintura;
- 5ª sessão: “Nós, o grupo” (1ª parte); técnica: polimento de mesa;
- 6ª sessão: “A minha estrada”; técnica: pintura;
- 7ª sessão: “Nós, o grupo” (1ª parte – continuação); técnica: polimento de mesa;
- 8ª sessão: “Espelho de mim”; técnica: modelagem.
- 9ª sessão: “Nós, o grupo” (2ª parte); técnica: pintura.

Sessão “Gestão da ansiedade”

Neste campo de estágio foi desenvolvida uma sessão psicoeducativa sobre a gestão da ansiedade com elementos da ala feminina, tendo tido a duração de vinte minutos. Apesar da sessão ter sido planeada para ser realizada em sala, com recurso a apresentação *PowerPoint* (que pode ser consultada juntamente com o plano de sessão no Apêndice III), não foi possível que se desenvolvesse dessa forma, tendo sido realizada ao ar livre. Dado esta alteração de última hora, tratei de ir imprimir os slides que previamente tinha feito de forma a ter um guião para abordar a temática oralmente e sem recurso a meios audiovisuais.

Townsend (2011) define stresse como sendo uma pressão externa exercida sobre o indivíduo, sendo necessária uma resposta de adaptação que pode ser física, mental ou emocional.

A ansiedade é, de acordo com a CIPE (2019), uma emoção negativa, que se caracteriza por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia.

A gestão do stresse e da ansiedade exige o desenvolvimento e utilização de estratégias de *coping* sendo elas, segundo Townsend (2011): sensibilização, relaxamento, meditação, comunicação interpessoal com uma pessoa que se preocupe, resolução do problema, convivência com animais de estimação e criar ou ouvir música.

Em contexto prisional, a utilização de estratégias de *coping* ganham uma dimensão importante dado o carácter ansiogénico de todo o ambiente.

Sessão “Relaxamento muscular modificado”

Neste contexto de estágio, foi possível realizar três sessões de relaxamento muscular modificado com os elementos da ala feminina, com a duração de 40 minutos cada uma, tendo uma periodicidade quinzenal. Estas sessões basearam-se no modelo apresentado por Bernstein & Borkovec (1973) citado por Sequeira & Sampaio (2020). No Apêndice IV pode ser consultado o planeamento de sessão.

Townsend (2011) define ansiedade como sendo uma resposta emocional (apreensão, inquietação, tensão) em antecipação ao perigo, cuja fonte é desconhecida ou não é reconhecida. Esta pode ser considerada patológica quando interfere com a vida diária e a satisfação das necessidades dos indivíduos. A mesma autora, refere que a gestão do stresse e da ansiedade requer a utilização de estratégias de *coping*, onde surge entre elas, o relaxamento.

Em contexto de saúde mental, é indiscutível a presença de ansiedade na vivência dos processos de doença, tornando-se por isso pertinente que sejam realizadas intervenções de carácter psicoeducativo e psicoterapêutico, que estimulem a sua gestão através da adoção de medidas não farmacológicas.

Segundo Payne (2000) citando Ryman (1995), o relaxamento é “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”. Esta técnica surge como uma forma de lidar com o stresse, acalmar a mente e permitir que o pensamento se torne mais eficaz.

De entre as técnicas de relaxamento existentes, são mais conhecidas: treino autogénico de Schultz, técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, técnica de relaxamento muscular modificado e relaxamento por imaginação guiada (Sequeira & Sampaio, 2020).

Sessão “Higiene Pessoal”

Esta sessão psicoeducativa foi realizada uma vez para os elementos da ala masculina e duas vezes para os elementos da ala feminina, tendo em conta o elevado número de infeções urinárias que iam surgindo. A duração de cada sessão foi de 30 minutos. No Apêndice V encontra-se o planeamento de sessão.

A necessidade de realizar esta sessão formativa, foi proposta pela equipa de enfermagem do serviço, visto ser uma problemática atual e pertinente naquele campo de estágio, onde o autocuidado de higiene era deficitário, tanto no que concerne à higiene corporal em si, como à lavagem da roupa interior que era da inteira

responsabilidade dos utentes. Para dar resposta a este fato estava a ser desenvolvido no serviço um novo protocolo de lavagem deste tipo de roupa, sendo uma mais-valia o desenvolvimento desta sessão, dando por um lado resposta às necessidades do serviço, como por outro contribuindo para o meu desenvolvimento de competências psicoeducacionais. Este novo protocolo, viria alterar o modo de atuação instituído naquele momento, permitindo que a roupa interior de cada recluso fosse em sacos individuais para a lavandaria da instituição.

Na segunda e última sessão psicoeducativa com os elementos da ala feminina, na fase final foi proporcionado um momento de autocuidado e interação entre as utentes, contribuindo para a sua autoimagem e autoestima, tendo em consideração a profissão de uma das utentes (cabeleireira). O planeamento da sessão “Cuidar de Si” encontra-se no Apêndice VI.

Os transtornos mentais graves têm impacto na qualidade de vida e funcionamento dos indivíduos. Os utentes diagnosticados com estas patologias, geralmente apresentam um comprometimento moderado a grave quer das atividades laborais quer das atividades de vida diária, bem como da função social e mobilidade básica (Chen, Chen, Huang, Yan & Zhu, 2022).

Considerando estes factos, o déficit no autocuidado é uma problemática recorrentemente presente no âmbito da prestação de cuidados em serviços de saúde mental. O autocuidado é definido pela CIPE (2019) como uma “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”. Desta forma, o autocuidado refere-se à prática de atividades que o utente realiza em prol de si próprio com vista a promover a sua saúde e bem-estar. Esta capacidade de cuidar de si próprio pode referir-se à higiene, ao vestir/despir, ao arranjar-se, à alimentação, ao ocupar-se, entre outras atividades de vida diárias.

O autocuidado, assume-se assim, de grande importância devido ao facto de fazer com que o utente se sinta autossuficiente e autónomo, sendo pertinente nesta área de cuidados o incentivo e a promoção do autocuidado. Assim sendo, é necessária neste âmbito a promoção da saúde que, segundo Andrade (1995), é considerada como um processo educativo, onde o cariz participativo dos indivíduos é crucial para obter resultados.

Em contexto de doença mental, a autonomia surge como um conceito fulcral, referindo-se não só à independência e autossuficiência, mas também às capacidades

de ajuste e adaptação aos desafios diários, assim como à necessidade de enfrentar as adversidades que surgem.

2.5.2. Intervenções desenvolvidas em contexto comunitário

Mediador expressivo: desenho

Em contexto comunitário foram realizadas três sessões individuais recorrendo ao desenho como mediador expressivo, com cada um dos participantes (Apêndice II).

Com o participante 1 foram desenvolvidas:

- 1ª sessão: “Estado de alma”;
- 2ª sessão: “Passado, presente e futuro”;
- 3ª sessão: “Kit da esperança”.

Com o participante 2 foram desenvolvidas:

- 1ª sessão: “A minha estrada”;
- 2ª sessão: “A linha da vida”;
- 3ª sessão: “Kit da esperança”.

Dinamização do grupo PREPARE

O projeto PREPARE é direcionado para utentes acompanhados por esta equipa comunitária com o diagnóstico de perturbação afetiva bipolar, que aceitem participar no programa e que sejam detentores de características individuais que facilitem uma boa integração em dinâmicas de grupo.

Este projeto pensado e implementado pela equipa de enfermagem, tem como objetivos gerais: proporcionar uma maior proximidade do utente com a equipa; ajudar os utentes a estabelecer objetivos pessoais significativos; promover a literacia acerca da doença mental, opções de tratamento e recursos disponíveis necessários; Promover a aquisição de competências para reconhecer precocemente sintomas, prevenir/ reduzir as recaídas e internamento, lidar com o stresse e gerir sintomas; Auxiliar os utentes no desenvolvimento ou melhoria dos seus suportes naturais para lidar com a doença e prosseguir com os seus objetivos; Melhorar o funcionamento social e ocupacional do utente, promovendo um aumento da qualidade de vida.

As sessões de grupo eram quinzenais sempre que possível, tendo uma duração de 45/60 minutos. No total eram 9 sessões, tendo como temas: Quebra-gelo;

Gestão do Quotidiano; Higiene do Sono; Adesão ao tratamento; Lidar com problemas e sintomas; Suporte familiar/ pessoas significativas; Para as famílias; Estigma; Encerramento/ entrega de questionário de satisfação. Todas as sessões são dirigidas aos utentes, excepto a sétima sessão, que é dirigida às famílias/ pessoas significativas.

O grupo a decorrer no momento de desenvolvimento do estágio era um grupo fechado e composto sete utentes.

Enquanto mestranda, tive oportunidade de assistir a duas sessões deste grupo: “Higiene do Sono” e “Adesão ao Tratamento”, tendo tido a possibilidade de moderar a sessão “Lidar com Problemas e Sintomas” (Apêndice VII), com a presença e apoio da enfermeira orientadora.

2.5.3. Jornais de Aprendizagem e Estudo de Caso

Durante o decorrer dos estágios foram realizados quatro diários de aprendizagem. Posteriormente no decorrer deste relatório, será descrita a importância que os mesmos tiveram na aquisição de competências de EESMP.

Em contexto de internamento, foi realizado um estudo de caso, onde foi efetuado um estudo aprofundado de uma pessoa com depressão major e perturbação *borderline* da personalidade, considerando a sua história de vida, problemas e necessidades para através de diversas intervenções, ajudá-la a atingir melhorias do seu estado clínico. No último capítulo poderá verificar-se a relevância que este estudo de caso teve na aquisição de competências.

2.6. Apresentação e análise de resultados

2.6.1. Resultados das intervenções desenvolvidas em contexto de internamento

Neste subcapítulo serão apresentados e evidenciados os resultados de todas as intervenções desenvolvidas neste contexto.

Mediadores expressivos: desenho, pintura e modelagem/barro

Começamos por descrever as nove sessões de expressão plástica realizadas.

Na **1ª sessão** (tema livre; técnica: desenho) o grupo entrou tranquilamente na sala e foi-se sentando. Notámos um ambiente de entusiasmo e curiosidade por parte de alguns elementos do grupo. Outros mantinham-se mais observadores e reservados.

Durante a sessão, constatámos que todos os participantes (seis no total) se mantiveram bastante focados e concentrados enquanto desenhavam. O silêncio imperava na sala, apenas interrompido pelo som da música. Aparentemente todos entenderam o tema da sessão, exceto uma utente que começou a escrever em vez de desenhar. Na altura foi orientada para o objetivo da sessão e a partir daí começou a desenhar.

No momento final de partilha, cada um falou de forma ordenada, sem que fosse interrompido. Foi interessante como todos explicaram o que tinham desenhado e o porquê, havendo algo presente na maioria dos desenhos e descrições: a saudade.

Ficámos de certa forma surpreendidas com muitas partilhas dos utentes, ficando a conhecê-los melhor. Por outro lado, ainda sentimos pouco à vontade e alguma reserva por parte de alguns elementos do grupo, o que pode ser justificado pela presença de uma enfermeira desconhecida. Foi questionado se a música que tocou ao longo da sessão era agradável ou se de certa forma poderia ser incomodativa, sendo que todos os utentes se sentiram bem com a mesma.

Nesta primeira sessão, o participante 6 deu a ideia de restaurar o tampo de uma mesa da sala que se encontrava em mau-estado. A ideia foi bem recebida por todos, tendo sido mais tarde clarificado junto da chefia, se era possível pintarmos a mesa. Obtendo resposta positiva, ficou planeado ser incluído no planeamento das atividades do grupo terapêutico.

Como dificuldade desta sessão surgiu a postura de um utente em particular que não conseguiu conter o riso perante algumas das descrições e partilhas de outros utentes.

Na **2ª sessão** (“Quem sou eu?”; técnica: desenho) o grupo foi inicialmente desafiado a andar pela sala livremente ao som da música. Foi-lhes solicitado que escolhessem pelo menos duas imagens, que previamente tínhamos espalhado numa mesa, com que se identificassem. No final ambos partilharam o motivo da escolha de

cada imagem. Notámos um ambiente tranquilo e descontraído, onde todos se ouviram.

No início da atividade de expressão plástica, foi constatado que a maioria dos elementos do grupo não conseguiram entender o tema da sessão, tendo sido clarificado. Constatámos que dois utentes demoraram a começar a desenhar, estando em silêncio e pensativos. Houve necessidade de intervir realizando esclarecimentos e incentivo. No desenrolar da atividade os utentes mantiveram-se bastante focados e concentrados enquanto desenhavam. Todos estavam em silêncio sem interrupção por parte de nenhum elemento do grupo.

No momento final de partilha, cada um falou de forma ordenada. Foi notória uma maior abertura por parte dos utentes em expor-se. Por outro lado, ainda sentimos pouco à vontade do grupo em interagir entre si.

Como dificuldade surgiu a postura de um utente que não conseguiu conter o riso perante algumas partilhas de outros utentes e o facto de um dos participantes se recusar a falar de forma aprofundada sobre o desenho criado.

Na **3ª sessão** (“Estado de alma”; técnica: desenho) um dos elementos do grupo (participante 3) não esteve presente devido à alteração do seu estado psicopatológico. Apresentava-se hostil e tenso, com delírios de envenenamento e risos imotivados, pelo que se considerou não reunir os critérios de inclusão nesta sessão.

Nesta sessão o grupo foi desafiado primeiramente a lançar um balão entre si, sendo que quem o apanhasse teria de responder numa primeira etapa à questão “Se fosse uma cor, qual seria? Porquê?” e numa segunda etapa “Se fosse uma estação do ano, qual seria? Porquê?”. Foi notório um maior à vontade entre os elementos do grupo perante a minha presença. Foi sentido também que os elementos do grupo estavam entusiasmados pela dinâmica realizada.

No desenrolar da atividade os utentes mantiveram-se bastante focados e concentrados enquanto desenhavam. Notou-se um maior à vontade e entusiasmo por parte de alguns utentes por se expressarem através do desenho. Todos estavam em silêncio sem interrupção por parte de nenhum elemento do grupo. Como som de fundo colocámos a música de Ludovico Einaudi.

No momento final de partilha, cada um falou de forma ordenada. A cada sessão, foi cada vez mais notória a abertura de cada elemento a expor-se, a descrever o que desenhou e os seus sentimentos e emoções. Por outro lado, ainda se sentia

pouco à vontade do grupo a interagir, sendo que se mantinham muito concentrados nos desenhos, sem estabelecer uma comunicação livre entre si, por exemplo.

Não foram sentidas dificuldades do desenvolvimento desta sessão.

Na **4ª sessão** (“O futuro”; técnica: pintura) foi notório um maior à vontade entre os elementos do grupo, cumprimentando-se de forma mais animada.

Nesta sessão o grupo foi desafiado primeiramente a escolher dois postais com os quais se identificassem, dos inúmeros que se encontravam espalhados em cima da mesa. Após a escolha, foram convidados a partilhar os motivos da mesma. Surgiram alguns elementos novos sobre cada participante, o que veio ajudar na coesão grupal. Surgiram alguns temas como a infância, o afeto, o Natal, a solidão, a esperança, a liberdade e a motivação.

Após o quebra-gelo foi explicado o objetivo da sessão. No desenrolar da atividade os utentes mantiveram-se bastante concentrados enquanto pintavam. De forma geral, penso que a pintura foi bem recebida e notámos um certo contentamento com esta técnica. Todos estiveram em silêncio e focados.

No momento final de partilha, cada um falou de forma ordenada. Com a passagem do tempo e do número de sessões, os utentes sentiam-se mais à vontade ao expor-se tanto na obra criada como na sua descrição.

Como dificuldade surgiu a postura de um utente que não conseguiu conter o riso perante uma partilha específica de outro utente.

Na **5ª sessão** (“Nós, o grupo” (1ª parte); técnica: polimento de mesa) três elementos do grupo não puderam estar presentes. Desta forma o grupo reduziu-se a três participantes.

Foi explicado o objetivo principal da atividade, sendo o início da construção de um projeto que representará o grupo. Projeto resultante de uma ideia de um dos elementos do grupo, logo na primeira sessão.

Após terem sido dadas as lixas, máscaras e luvas, os utentes demonstraram-se interessados e motivados em polir a mesa. Imediatamente lançaram mãos ao trabalho.

Foi notório a diferença de movimentos e desempenho. A participante 2 apresentou movimentos mais rápidos, largos e eficazes, tendo rapidamente quase polido $\frac{1}{4}$ do tampo da mesa. O participante 5, embora com menos velocidade e

movimentos menos extensos, foi polindo a superfície de forma afincada. A participante 1, devido à lentificação psicomotora característica, realizava os movimentos de forma mais lenta, polindo apenas uma pequena superfície.

No final, o grupo apresentou-se agradado com a tarefa, tendo referido ter sido bom para a descarga de energia e alívio do stresse.

Nesta sessão não foi apurada nenhuma dificuldade. Foi solicitada à equipa de limpeza que assegurassem a manutenção do espaço devido à atividade ter causado pó e sujidade.

Na **6ª sessão** (“A minha estrada”; técnica: pintura) foi possível que todos os elementos do grupo estivessem presentes, inclusive o participante 3, dado a melhoria do quadro psicopatológico.

À entrada na sala foi perceptível que a maioria dos participantes estavam entusiasmados e curiosos por saber o tema desta sessão, questionando-o por várias vezes. Este acontecimento fez com que pensasse sobre o facto destas sessões de mediadores expressivos serem de extrema importância para os utentes.

Considerando que a fase de desenho nesta sessão seria mais demorada devido a contemplar uma reflexão e exteriorização/ desenho do passado, presente e futuro, foi planeado o quebra-gelo ser mais pequeno. Ao longo do mesmo, foi passada uma bola entre os participantes, onde cada um teve dizer, em voltas diferentes, o seu nome, profissão e comida favorita. Surgiram alguns dados novos sobre cada participante, o que veio ajudar na coesão grupal.

Após o quebra-gelo foi explicado o objetivo da sessão de forma bastante minuciosa devido à complexidade do desafio.

No desenrolar da atividade os utentes mantiveram-se concentrados enquanto refletiam e desenhavam. De referir que a sessão, tal como as anteriores, foi acompanhada de música relaxante e a mesma era apreciada pelo grupo. Esta é uma questão que foi colocada logo no início deste estágio por forma a assegurar que a mesma não era desagradável ou incomodativa no processo de concentração e desenho.

Notou-se no geral, um maior à vontade no desenho e na ocupação do espaço da folha, o que inicialmente não se verificava. Todos se mantiveram bastante focados e na maioria dos utentes foi notório o entusiasmo pelo ato de desenhar.

Para mim, foi extremamente interessante observar a evolução do grupo e nesta sessão em especial poder avaliar de que forma cada um se referiu ao seu trajeto passado, presente e futuro.

No momento final de partilha, cada um expôs-se de forma ordenada. Nesta fase o grupo respeitou o momento de partilha de cada participante, ouvindo e entreolhando-se de forma atenta.

De realçar, uma intervenção pertinente tida pela participante 2, após descrição do desenho realizada pelo participante 4, em que a mesma o tentou ajudar a refletir sobre a importância do internamento, do tempo de reflexão e “paragem” que ele proporciona, sobre o papel determinante da adesão à terapêutica e sobre o fato de haver uma vida à sua espera lá fora.

Nesta sessão não houve nenhuma dificuldade a sublinhar.

Na **7ª sessão** (“Nós, o grupo” (1ª parte – continuação); técnica: polimento de mesa) apenas estiveram presentes os participantes 4, 5 e 6. Foi explicado o objetivo da sessão e foram distribuídas lixas, máscaras e luvas pelos utentes.

Nesta sessão foi colocada música pop de forma a animar a atividade. Rapidamente os participantes iniciaram os movimentos notando-se novamente a diferença entre as prestações dos mesmos. O participante 6, exerceu os movimentos de forma rápida, profissional e leve, que parecia não ser a primeira vez que executava tal atividade, situação esclarecida com o fato de ter trabalhado na construção civil. Na sua expressão facial foi notório o agrado e a concentração por executar tal tarefa e a sua busca pelo perfeccionismo.

À semelhança da sessão anterior o participante 5 apresentava movimentos não tão rápidos e não tão extensos em comparação ao participante 6, por exemplo, mas conseguindo polir de forma funcional e afincada.

Relativamente ao participante 4, os seus movimentos eram lentificados e a intensidade mais leve realizando menor pressão no tampo da mesa.

No final, o grupo revelou preocupação por verificar que a mesa ficou bem polida e apresentou-se agradado com a tarefa, tendo referido ter sido bom para a descarga de energia. Foi visível também a preocupação do grupo em deixar a sala arrumada e minimamente limpa. Dada esta fase estar completa e a próxima ser a pintura, foi lançado o desafio de pensarem sobre o que desejam pintar no tampo da mesa na

futura sessão, de forma que cada elemento do grupo fique representado na mesa de forma equitativa.

Nesta sessão não foi apurada nenhuma dificuldade e foi dado conhecimento à equipa de limpeza que a atividade tinha deixado a sala com pó.

Na **8ª sessão** (“Espelho de mim”; técnica: modelagem) foi possível que todos os elementos do grupo estivessem presentes.

À semelhança do que vinha sendo habitual ao entrarem na sala foi perceptível que todos os participantes estavam entusiasmados e curiosos por saber o tema desta sessão, questionando-o por várias vezes.

Dado que a sessão seria para modelar o barro, foi estabelecido um quebra-gelo curto, devido à possibilidade de ser uma atividade mais exigente e demorada do ponto de vista da execução. Ao longo do mesmo, foi passada uma bola entre os participantes, onde cada um teve dizer, em voltas diferentes, o lugar onde nasceu e o que a palavra “barro” lhes trazia ou fazia lembrar. Neste último foi respondido, relativamente ao barro, as palavras: brincar; sujo; arte; comunidade; artesanato e hidratação. Desta forma pudemos deduzir no imediato que pelo menos a participante 2 estaria pouco à vontade a mexer no barro dada a característica “sujo” que verbalizou.

Após o quebra-gelo foi explicado o objetivo da sessão e foi oferecido a cada participante uma porção de barro. Neste momento foi também colocada uma música tranquila para promover o momento de concentração, de criação e ao mesmo tempo, de relaxamento, oferecido pelo toque deste material.

No desenrolar da atividade os utentes mantiveram-se concentrados e em silêncio enquanto moldavam o barro e refletiam sobre o desafio lançado. Os participantes foram tocando e moldando o barro, até encontrarem a textura ideal para o começarem a trabalhar. Senti alguma demora na definição do objeto que iriam fazer, muito provavelmente devido ao facto de o barro se apresentar como um material estranho para a maioria e de certa forma mais exigente do que por exemplo o desenho.

No que concerne à relação entre cada um com o barro, foi perceptível que a maioria dos participantes o manuseavam de forma entusiasmada, realizando movimentos e pressões diferentes, à exceção da participante 2, que pareceu apreensiva sugerindo que o toque estaria a ser desagradável.

Ao longo da sessão, foi perceptível a diferença da velocidade de movimentos entre os participantes, decorrente do seu estado psicopatológico e toma de terapêutica psiquiátrica.

Foi interessante observar que o participante 3 já sentado, no início da sessão, apresentava-se inquieto, movimentando incessantemente os pés. Após ter-lhe sido atribuída a porção de barro, concentrou-se de tal forma que o seu corpo ficou relaxado, absorvido por aquele momento.

Senti que a participante 1, apesar da lentificação e a falta de pressão/ força com que manuseava o barro, estava bastante entusiasmada, facto observado através da sua expressão sorridente. Foi a primeira vez que a mesma sorriu nestas sessões em grupo.

No momento final de partilha, cada um descreveu o objeto criado de forma ordenada enquanto se entreolhavam atentamente. A participante 1 perguntou se podia levar consigo a porção de barro restante, tal foi o seu gosto em trabalhar com este material, pelo que foi dada autorização pelo Chefe dos guardas. Este aparente pequeno pormenor, revela-se bastante importante, devido ao fato de ser uma utente com depressão major e de apresentar alguma anedonia.

Nesta sessão não houve nenhuma dificuldade a sublinhar.

Na **9ª sessão** (“Nós, o grupo” (2ª parte); técnica: pintura) todos os elementos do grupo terapêutico estiveram presentes. Esta sessão foi dividida em duas partes. Durante a manhã desenvolveu-se a primeira parte em que foi realizada a pintura da mesa. A segunda parte da sessão foi realizada à tarde tendo sido proporcionado um pequeno lanche, momento de partilha e despedida do grupo.

A ideia do restauro e pintura do tampo da mesa, como já mencionado anteriormente, surgiu do participante 6. Foi definido ser a última sessão/ atividade feita por este grupo, colocando um ponto final neste estágio e deixando uma marca bonita da existência e importância deste grupo terapêutico.

Na primeira parte da sessão, os participantes foram entrando na sala e notava-se a forte vontade que todos tinham de iniciar os trabalhos. Notou-se no ar uma sensação ambivalente e ouviram-se comentários entristecidos “esta é a última atividade consigo”.

Dado o tempo previsto para a pintura da mesa, cerca de 1h30min devido ao fato de ser uma superfície grande, foi decidido não ser realizado quebra-gelo nesta sessão.

Inicialmente o participante 5 mostrou-se preocupado por não conseguir pintar “bem”, fato que foi esclarecido tendo sido dado incentivo para que começasse a pintura sem receios. Notou-se a importância dada a esta atividade.

No desenrolar da atividade os utentes mantiveram-se concentrados e entusiasmados. Esta foi uma atividade bastante rica em que se observaram vários aspetos da relação interpessoal e da importância dada ao espaço do outro. Exemplo disso foi o facto de questionarem entre si e combinarem as cores com que as várias pinturas se iriam cruzar e tocar. Outro exemplo foi a participante 2 ter pedido ajuda ao participante 6 para pintar uns pormenores da pintura que tinha iniciado.

Constatou-se um clima descontraído na execução da pintura do tampo da mesa. Aspetos como a criatividade, uma maior utilização da área disponível e a utilização de variadas cores foram emergindo. Este resultado contrasta com as sessões iniciais, em que a maioria dos participantes desenhavam/ pintavam apenas uma pequena área da folha oferecida e utilizavam poucas cores.

Nesta sessão, destaca-se a postura e participação da participante 1 que inicialmente apresentou as suas produções com pouca cor e traços tímidos, sendo que nesta última atividade se revelou muito dinâmica, com menor lentificação de movimentos, pintando uma maior área do tampo da mesa comparativamente aos outros participantes. Notava-se no seu rosto o entusiasmo na atividade, apresentando uma expressão facial descontraída e esboçando sorrisos.

No final desta parte, todos se preocuparam em deixar a sala limpa e arrumada.

Na segunda parte desta atividade a sala foi preparada com chá, café e biscoitos, para que houvesse um momento de confraternização entre os participantes e a minha despedida enquanto enfermeira estagiária. Também foram expostas todas as suas produções para que cada um se confrontasse com a sua evolução ao longo do tempo.

Após visualizarem as suas produções, tiveram a oportunidade de tomar o lanche previamente preparado, sendo notória a satisfação de todos perante este momento diferente da sua rotina. Foi-lhes questionado um a um de que forma participar neste grupo terapêutico foi ou não importante e de que forma as diversas sessões os fizeram sentir.

A participante 1 referiu que estas sessões foram bastante importantes. A sua atividade preferida foi a do barro. A utente mostrou-se menos comunicativa e sorridente do que da parte da manhã, o que associei ao facto de ter recebido a sua sentença.

A participante 2 referiu que estas atividades a ajudaram a conhecer-se melhor a si própria e aos seus recursos. Verbalizou que foi bom sair da rotina e ter outros desafios. Refere ter gostado de todas as sessões e agradeceu o meu papel enquanto estagiária, não só neste grupo terapêutico, mas no global.

O participante 3 referiu que as sessões o ajudaram a conhecer-se melhor, a sair da monotonia e a pensar sobre o seu futuro. Refere ter gostado de todas as sessões, referindo ter pena por não continuarem.

O participante 4 referiu que estas sessões foram importantes para o seu autoconhecimento, mostrando alguma tristeza com o facto de as mesmas terminarem. Gostou de todas as atividades.

O participante 5 verbalizou que estas atividades foram importantes para o grupo se conhecer melhor, para sair da rotina e ajudou-o a conhecer-se melhor. Refere ter gostado de todas as sessões, exceto a atividade do barro, mostrando-se entristecido com o fim das sessões.

O participante 6 referiu que as atividades foram importantes para os elementos do grupo se conhecerem e apercebeu-se perante a visualização dos “objetos criados” da sua evolução da tristeza inicial para a alegria atual. Refere ter apreciado todas as sessões.

No final agradei a cada elemento a sua colaboração no meu percurso de estágio, referindo que aprendi imenso com todos eles. Agradei também o facto de dispenderem do tempo de recreio para estarem presentes nas sessões.

A expressão plástica mostrou-se um método promissor e enriquecedor, permitindo o acesso ao mundo interior do utente. Ao longo destas sessões foi possível avaliar o humor; promover o autoconhecimento, a autoconsciência e o *insight*; promover a criatividade e a imaginação; incitar o raciocínio sobre novas vias de resolução para as situações/ problemas; promover o desenvolvimento da capacidade de socialização; avaliar/ promover a vontade de viver e se perspetivar no futuro.

Ao utilizarmos os mediadores expressivos, nomeadamente os de expressão plástica (desenho, pintura e modelagem em barro), constatámos que a liberdade oferecida por estes mediadores, foi mais enriquecedora do que por exemplo uma

aplicação de entrevistas ou escalas que de certa forma poderiam, neste contexto específico, influenciar negativamente a relação terapêutica.

Sessão “Gestão da ansiedade”

A sessão psicoeducativa inicialmente planeada não foi realizada com recurso a *PowerPoint*, tendo sido adaptada à realidade e percalços existentes. Foi essencial desenvolver naquela fase de aprendizagem, a capacidade de adaptação e criatividade para lidar com alterações de última hora. A peculiaridade deste local de estágio, exigia-nos uma certa maleabilidade, tendo sido alcançados todos os objetivos apesar das adversidades encontradas.

A sessão acabou por decorrer dentro de outros moldes, sem meios audiovisuais, no recreio, mas teve uma boa receptividade e participação por parte dos elementos da ala feminina.

Após a apresentação desta sessão psicoeducativa, foi ainda realizada uma pequena sessão de relaxamento muscular modificado ao ar livre. As utentes mantiveram-se de olhos fechados, sentadas no chão e confortavelmente encostadas ao pequeno muro. O sol batia-lhes na face, um calor agradável que ajudava na sensação de relaxamento. Os cabelos voavam suavemente com a brisa do vento. Senti o grupo bastante concentrado e sereno. Não foi possível realizar a atividade com música relaxante, contudo o barulho suave do vento e o som da passagem dos carros fora da instituição, acabaram por criar um ambiente sonoro bastante adequado à atividade.

Na fase de comentários as utentes mostraram-se todas bastante agradadas com a atividade, tendo sido feitas observações como: “consegui relaxar” sic, “foi ótimo” sic e “temos que fazer mais vezes” sic.

Sessão “Relaxamento muscular modificado”

No que concerne às sessões de relaxamento realizadas com os elementos da ala feminina estas foram realizadas quinzenalmente, tendo no geral uma boa receptividade por parte das participantes. As sessões decorreram numa sala, acompanhadas de música relaxante e as utentes mantinham-se nos seus colchões deitadas, de olhos fechados, em silêncio e concentradas. Aparentemente todas as utentes se mostravam serenas e relaxadas. No final das sessões os comentários foram bastante positivos tais como “sinto-me mais relaxada” sic, “comigo resulta” sic,

tendo sido várias vezes referido pelas mesmas ser importante haver mais momentos/sessões de relaxamento no internamento.

Sessão “Higiene Pessoal”

A sessão psicoeducativa realizada na ala masculina, decorreu sem intercorrências, estando presentes todos os utentes de forma globalmente interessada e participativa. O sistema normativo que caracteriza este internamento e a existência de guardas prisionais na sessão, provavelmente contribuiu para uma postura mais serena e atenta por parte dos utentes.

As duas sessões realizadas na ala feminina também tiveram boa receptividade, em particular a última visto ter sido dada a hipótese de cuidarem da sua imagem e autoestima.

Na última sessão todas as utentes na ala feminina estiveram presentes. As utentes mostraram-se interessadas ao longo da apresentação de slides. Foi promovida uma reflexão conjunta ao longo dos tópicos abordados, de forma a não tornar a sessão demasiado escolarizada e de forma a captar o interesse das utentes.

As utentes na sua maioria tiveram intervenções pertinentes e foram colocando dúvidas ao longo da exposição. Foi visível que o facto das suas roupas interiores serem no futuro lavadas na lavandaria do hospital, devido ao novo protocolo, lhes trouxe bastante contentamento. Se por um lado as roupas iriam ser lavadas com detergente próprio, a temperaturas adequadas e trazidas secas e prontas a utilizar novamente, por outro, o facto de não serem estendidas na casa de banho ou em outros suportes desadequados, vem conferir uma dimensão humanizada ao internamento neste serviço, respeitando a privacidade e intimidade de cada uma.

Após a sessão foram incentivados os cuidados de higiene e oferecido material para depilação, que na sua maioria as utentes acederam. À posteriori foram oferecidos cremes hidratantes.

Após os cuidados de higiene, uma das utentes pediu que lhe depilasse o buço e outra que lhe cortasse e pintasse as unhas. Pedidos a que acedi de forma entusiasmada.

Foi com contentamento que vivenciei esta sessão, vendo o entusiasmo das utentes por exemplo a escolherem a espuma para o cabelo ou a mola/ gancho para o prender.

Uma das utentes do serviço, que pela sua situação de saúde (Parkinson) via a sua capacidade para as atividades de vida diária comprometida, começou a mexer

nos acessórios de cabelo, escolhendo e colocando uma bandolete. Após isso, encontrei-a a espalhar autonomamente base na sua face. Aquele momento para mim, foi um dos mais marcantes.

A utente cabeleireira de profissão cuidou do cabelo de duas utentes cortando e esticando. Notava-se a sua alegria e gosto em fazer esta atividade.

De forma geral, no final desta sessão foi notório o contentamento das utentes. O facto de se terem conseguido cuidar ou serem cuidadas com recurso a alguns materiais que nem sempre estão disponíveis devido à especificidade deste internamento/ instituição, trouxe-lhes um sorriso e um brilho do olhar muito especial. Senti em cada uma delas, a alegria de se ter proporcionado um momento onde puderam ficar mais arranjadas e sentirem-se mais bonitas, contribuindo para a sua autoestima.

2.6.2. Resultados das intervenções desenvolvidas em contexto comunitário

Mediador expressivo: desenho

De seguida iremos apresentar os resultados das sessões onde foi utilizado o desenho como mediador expressivo. Primeiramente, irão ser evidenciados os resultados destas sessões com a participante 1 e de seguida com o participante 2.

A participante 1 tinha 49 anos, tendo como diagnóstico clínico perturbação afetiva bipolar. Era acompanhada pela Equipa Comunitária quinzenalmente para realização de terapêutica antipsicótica de libertação lenta.

Na primeira vez que assisti à consulta da utente, esta apresentava-se com humor deprimido, lábil e aspeto descuidado. Referia espontaneamente “quero morrer” e “ponham veneno na injeção” sic. Naquele momento apesar de verbalizar ideias de morte, não foi apurada ideação suicida estruturada.

Soubemos que a utente fez uma ingestão medicamentosa voluntária com 20 comprimidos de uma benzodiazepina em Novembro de 2022, sendo que pensámos ser uma utente que beneficiaria de intervenções de enfermagem com recurso a mediadores expressivos como forma de se expressar e de reconhecer as suas emoções e como meio para proporcionar apoio emocional, escuta ativa, estabelecer uma relação de ajuda, instruir sobre estratégias de resolução de problemas e realizar psicoeducação sobre várias temáticas.

Na **1ª sessão** (“Estado de alma”) enquanto explicava à utente os objetivos da atividade e falava sobre as emoções humanas básicas, inspirando-me no livro “O monstro das cores”, a utente parecia bastante interessada.

Foi colocada música e o material à sua disposição para realizar a atividade. A utente questionou se eu iria deixar a imagem legendada consigo e eu respondi afirmativamente. Percebi o seu receio de não decorar o que cada cor significaria.

Enquanto pintava, notei que a sua atenção era bastante distrátil, tendo sido basicamente impossível haver silêncio durante a sessão. A utente falava de outros factos, tendo sentido que a utente tinha uma enorme necessidade de ser escutada. Além disso, apesar da sua idade, notei alguns lapsos de memória, visto ter feito a mesma pergunta diversas vezes.

Senti alguma dificuldade em lidar com a falta de silêncio e de concentração, temendo que isso comprometesse a sua produção, algo que a meu ver, no final acabou por não acontecer.

No final da sessão a utente verbalizou ter gostado da atividade e questionou-me de forma entusiasmada se eu iria realizar mais, referindo apenas para não lhe pedir para desenhar coisas difíceis pois isso ela não conseguiria fazer.

A sessão realizada não se centrou apenas na criação de um objeto, na sua descrição e partilha de emoções/ sentimentos/ pensamentos, tendo sido também um momento para iniciar uma relação de confiança com a utente, instruir sobre estratégias de resolução de problemas, instruir sobre estratégias de *coping* e realizar psicoeducação visto que a utente apresenta um consumo aumentado de cafeína diária, apesar de neste momento já ter diminuído o consumo para 5 cafés dia.

Ao contrário do expectável quando planeei a sessão, a utente não se apresentou com humor deprimido, nem verbalizou ideias de morte.

Na **2ª sessão** (“Passado, presente e futuro”) a utente apresentou-se inicialmente calma, humor eutímico, discurso espontâneo e coerente e com imagem cuidada.

Sendo que na primeira atividade, a utente pediu para não lhe pedir coisas demasiado “difíceis”, refleti acerca da importância e da exequibilidade de adaptar as sessões às características dos utentes. Nesta fase, pensámos ser vantajoso desenvolver a sessão já realizada com outros utentes denominada “A minha estrada”, mas por ser algo que poderia envolver um raciocínio mais abstrato, tentei simplificar a atividade, criando uma nova chamada “Passado, presente e futuro”.

Enquanto explicava à utente os objetivos da atividade, esta ouvia atentamente, apresentando-se apreensiva com o fato de não conseguir desenhar.

Foi colocada música, questionando-a sobre se era incomodativa para si, algo que não se verificou. Foi colocada à sua disposição o material para realizar a atividade.

Inicialmente a utente transparecia muita insegurança, referindo novamente que não iria ser capaz de desenhar. Tinha constatado que a utente O. apresenta períodos de procura de dependência e de validação o que me levava a pensar que poderia estar relacionado com uma baixa autoestima.

Desmistifiquei um pouco a situação e os objetivos da atividade para que ficasse tranquila. Percebi que um pouco de afastamento da minha parte, iria fazer com que ficasse em silêncio e se concentrasse na atividade proposta. Por momentos eu regresssei à sala, observando a sua postura e comportamento. Sozinha conseguiu concentrar-se e aparentemente pintava com agrado, dando importância à escolha das cores para transmitir o que estava a sentir.

Ao longo da sua descrição a utente apresentou momentos de labilidade, mas senti que conseguiu refletir e expressar-se acerca do seu percurso de vida. Apesar de ter tido um passado aparentemente difícil e doloroso, mostrava-se com alguma esperança no futuro.

Ao longo da atividade, presenciei muitos momentos de ambivalência. Apesar de referir que os seus pais não lhe deram afeto e teve maus-tratos físicos, apresenta-se lábil, referindo saudades dos pais já falecidos, mas de uma forma pueril na nossa perspetiva. Num outro momento, apesar de referir que o futuro poderá ser bom, refere que nunca foi feliz, nem nunca será. Ao ser questionada sobre tal afirmação, o seu pensamento e discurso apresenta-se pobre e pouco estruturado.

No final da atividade a utente referiu que se sentiu bem, porque conseguiu desenhar. Esta frase fez-me pensar também no impacto que esta realidade teve na sua autoestima. Também referiu que é bom pensar sobre a vida. O seu discurso denotava alguma pobreza de pensamento.

Na **3ª sessão** (“Kit da esperança”) a utente apresentou-se com imagem cuidada, inquieta, humor ansioso, discurso espontâneo, centrado na preocupação sobre o seu peso. Foram realizados ensinamentos sobre hábitos de vida saudável, nomeadamente relativos à alimentação.

Comecei por explicar à utente de forma clara e objetiva o que se pretendia com a atividade. No final da explicação, após ouvir atentamente, referiu “Só tenho coisas negativas, quero dizer, tenho mais negativas que positivas” sic.

A utente tinha vindo a mostrar ao longo das sessões, uma postura negativista perante o seu percurso de vida e perante a realidade que a rodeava. Para nós, já era expectável que houvesse algum comentário idêntico ao proferido no início da sessão. A utente não teve aparentemente um percurso de vida fácil, dando muito ênfase ao negativismo. A própria referia que preferia não criar grandes expectativas para depois não se desiludir.

Sabendo à priori o seu desconforto em desenhar, foi-lhe dada a possibilidade de escrever em vez de realizar algum desenho que simbolizasse uma experiência/momento de positividade e conquista do seu percurso de vida, transmitindo assim a ideia através de palavras.

Foi colocado à sua disposição o material para realizar a atividade e também uma música calma. Desta vez, senti a utente mais segura relativamente à proposta que lhe foi feita. Talvez porque lhe foi dada a hipótese de escrever em vez de desenhar. Provavelmente estaria mais confortável e menos insegura.

Ao longo da sessão apresentou uma postura concentrada, interessada e reflexiva. Durante a atividade verbalizou mais uma vez, as saudades que tem dos pais. O seu discurso demarcava a falta de afeto que teve no passado, contudo muita saudade.

Por outro lado, esta atividade fez com que reconhecesse conquistas na sua vida, como por exemplo a carta de condução e o aprender a cozinhar.

A forma animada com que contou ter sido uma das três pessoas numa sala cheia que teve nota positiva, transpareceu o orgulho e contentamento que teve nesse momento. Sendo uma utente com baixa autoestima torna-se uma mais valia recordar momentos de conquista, de forma a recordar que foi capaz de atingir um objetivo/marco importante.

Quanto ao aprender a cozinhar, perante o seu quadro psicopatológico e história de saúde, é importante que se mantenha motivada para novas tarefas, mantendo-se ocupada, sentindo-se útil e capaz de obter bons resultados em novos desafios.

No final da atividade, ficou combinado com a enf^a orientadora, que na próxima consulta, trouxesse a mesma caixa, mas que os papéis fossem substituídos por objetos que se pudessem atribuir às tais frases/ expressões. Desta forma, a

criatividade da utente seria colocada à prova, sendo um exercício que iria com certeza aumentar a sua esperança, devido à confrontação com momentos de sucesso e positividade da sua vida.

Questionada sobre como se sentiu com a atividade respondeu “Gostei. Puxei pelos neurónios e consegui fazer” sic. Mais uma vez, utilizou uma expressão que demonstrou a sua falta de confiança. Mas seria expectável para si não conseguir fazer algo?

Indagada sobre o facto de ter escrito sempre usando a caneta cor-de-rosa, referiu “Adoro a cor. É positiva.”

Em suma, no final da sessão a utente referiu “Foi importante pensar nas coisas boas. É importante para sermos felizes, melhorar a autoestima e diminuir o pessimismo”.

Ao longo da minha interação com a utente O., foi notória a pobreza de pensamento da mesma, apresentando um raciocínio muito superficial, pouco estruturado e por vezes repetitivo. Apesar desta característica julgo que foram obtidos bons resultados com as intervenções realizadas, tendo estas contribuído e permitido à utente aumentar o seu autoconhecimento e autoconsciência, refletir sobre o seu percurso de vida, trabalhar a esperança e projetos futuros, melhorar a autoestima e a autoconfiança, entre outros. Todos estes ganhos contribuem para um estado de equilíbrio da sua patologia de base, diminuindo a recorrência de humor depressivo, desesperança e ideação suicida.

O participante 2 tinha 32 anos tendo como diagnóstico clínico perturbação afetiva bipolar. Era acompanhado há cerca de um ano pela Equipa Comunitária. Mensalmente realizava terapêutica injetável *depot*.

O participante tinha um emprego, estando naquele momento de baixa médica por se encontrar a vivenciar uma fase depressiva. Pelo que foi apurado apresentava-se mais isolado, com anedonia, avolia e ideias de menos valia.

Além do descrito, o utente no passado já tinha apresentado tentativas de suicídio, pelo que se pensou ser um utente que beneficiaria de intervenção com recurso a mediadores expressivos.

Passaremos de seguida a apresentar as descrições das sessões do participante 2.

Na **1ª sessão** (“A minha estrada”) o participante manteve-se atento e interessado enquanto lhe explicava o tema e objetivos da mesma. De seguida, foi disponibilizado o material necessário para que o utente iniciasse o desenho, questionando-o se poderia colocar música, sendo a resposta positiva. Após os primeiros minutos de som, questionei sobre se a música lhe estaria a ser desagradável tendo sido a resposta negativa.

Enquanto pintava, o utente manteve-se em silêncio, concentrado e aparentemente entusiasmado, pintando com agrado e dando importância à escolha das cores.

Na fase final da sessão, quando o utente descreveu o seu desenho e partilhou a sua história de vida, a forma como se foi sentindo ao longo do tempo e se sente neste momento, foi apurado/ diagnosticado humor deprimido, risco de suicídio (apesar de não verbalizar ideação suicida atualmente), ausência de capacidade para se projetar no futuro, desesperança e isolamento social.

Aquela sessão foi importante para conhecer melhor o utente, iniciar uma relação terapêutica, realizar escuta ativa, valorizar as suas partilhas e emoções/sentimentos, ensinar sobre o humor depressivo, incentivar a socialização e incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis.

O utente aceitou a realização de uma próxima sessão de expressão plástica.

A postura interessada do utente ao longo da sessão facilitou a minha intervenção e considerámos naquele momento que trabalhar a esperança com o utente fosse uma prioridade.

Na **2ª sessão** (“A linha da vida”) o utente apresentou-se na EC cerca de uma hora mais cedo, o que refletiu o seu interesse/ valorização destas sessões de mediadores expressivos.

Na consulta, questionado como se sentia, o utente referiu melhoria do seu quadro, dizendo “já me forço a sair do quarto e a cozinhar para mim” sic. O utente apresentava o humor tendencialmente eutímico, calmo, colaborante e, ao contrário da sessão anterior, já com capacidade de pensar sobre o seu futuro e mais esperançoso.

Inicialmente, foi explicado o tema e objetivos da sessão, os quais ouviu atentamente. De seguida, procurei que o mesmo associasse uma cor ao seu gosto a cada dimensão/ linha que iria realizar. De seguida, foi disponibilizado o material necessário para que o utente iniciasse a atividade e coloquei uma música calma.

Enquanto pintava, o utente manteve-se em silêncio, concentrado e interessado na atividade.

Na fase final da sessão, após o utente descrever a sua produção, foi questionado sobre o que foi importante para si nesta sessão, como se sentiu e o que trouxe de positivo. O utente referiu que através desta atividade foi fácil para si pensar sobre o seu percurso de vida e futuro, explicando os seus projetos. Foi também uma forma mais simples de se expressar. Referiu que estes momentos são importantes para ele, sentindo-se bem ao vir a estas sessões.

Apesar de se apurar uma maior esperança e abertura para se projetar no futuro, o utente mantinha algumas ideias de menos-valia, referindo que ninguém tinha orgulho em si. Após esclarecimento, referiu que a sua mãe tem orgulho em si. Foi também utilizado o elogio e o reforço positivo para atitudes/ comportamentos que vem vindo a ter, no sentido de se manter afastado de situações e pessoas que pudessem induzir uma recaída no consumo de cannabinoídes.

O utente aceitou a realização de uma última sessão de expressão plástica.

A postura interessada e permeável do utente ao longo da sessão facilitou a minha intervenção, sendo evidente a melhoria do seu estado clínico.

Na **3ª sessão** (“Kit da esperança”) o participante apresentou-se na EC, encontrando-se calmo, humor eufórico, expressivo, discurso espontâneo e coerente. Questionado sobre como se sentia, o utente referiu melhorias do seu estado e referiu ter dito ao seu médico que desejava terminar a baixa e regressar ao trabalho e que manter-se ocupado iria fazê-lo sentir-se bem. Como tal, na próxima semana já iria regressar ao emprego. Contou também com bastante contentamento sentir-se menos triste e “desleixado” sic, tendo mais iniciativa, nomeadamente para cozinhar, tendo feito no dia anterior massada de perca.

De forma a introduzir a atividade, começámos por lhe apresentar o tema da mesma e descrever os seus objetivos, os quais ouviu atentamente. De seguida, foi disponibilizado o material necessário para que o utente iniciasse a atividade e coloquei uma música calma.

Enquanto desenhava, o utente manteve-se em silêncio, concentrado e interessado na atividade. Notei alguns momentos de paragem e reflexão, expectável nesta atividade. O utente deu importância à escolha das cores, tornando os elementos do desenho o mais próximo da realidade possível e desta forma multicoloridos.

Na fase final da sessão, após o utente descrever os objetos criados, referiu que as três sessões de mediadores expressivos realizadas foram importantes para se expressar e para pensar sobre o seu percurso de vida e sobre o seu futuro. Referiu que agora conseguia ter a capacidade de analisar as aprendizagens de vida de forma positiva, mesmo que no momento tenham sido causadoras de sofrimento. Referiu também que as atividades o tornaram mais esperançoso.

No início da interação com o utente e após exame breve do seu estado mental, foram visualizadas em si características e potencial para que os resultados da aplicação deste tipo de intervenção fossem bastante positivos e enriquecedores, quer para o próprio utente, quer para a minha própria aprendizagem e desenvolvimento de competências. Ao longo das descrições das suas produções e interações foi visível que estas atividades contribuíram para o utente aumentar o seu autoconhecimento e autoconsciência, refletir sobre o seu percurso de vida, projetar-se no futuro, melhorar a autoestima e aumentar a esperança. Todos estes ganhos contribuíram para uma melhoria do seu estado clínico, proporcionando ao utente a aquisição de ferramentas e estratégias para no futuro conseguir realizar uma adequada manutenção da sua patologia de base, diminuindo a recorrência de fases de descompensação, desesperança e ideação suicida.

Dinamização do grupo PREPARE - “Lidar com Problemas e Sintomas”

Nesta sessão estiveram presentes quatro utentes. Apesar de faltarem três elementos do grupo, os utentes presentes foram pontuais e mantiveram uma postura interessada, adequada e participativa ao longo da sessão.

Para dar início à interação foi lançada a questão sobre se tinham algo a referir ou partilhar acerca do tema da sessão (visto que os utentes têm acesso à sequência de temas logo na sessão inicial desta dinâmica de grupo). Dado o silêncio, foi dado o mote para “o que mais vos preocupa neste momento?” tendo surgido as questões da importância do autocontrolo, do autoconhecimento e da evicção de situações de stresse partilhada de forma unânime pelo grupo.

Seguindo a mesma linha de pensamento questioneei o grupo sobre “quais os sintomas da vossa doença que mais infere com o dia-a-dia?” sendo que foram abordados essencialmente a hiperatividade, a insónia, a irritabilidade, a labilidade e a ansiedade.

À questão “como lidam com as contrariedades/ frustrações?” essencialmente foi referida a necessidade e importância do distanciamento em determinadas situações geradoras de stresse como estratégia para encontrar novas formas de resolução do problema e evitar posturas/ comportamentos mais impulsivos. Outro ponto referido pelo grupo foi a importância de quando se deparam com um problema, objetivá-lo e resolvê-lo, não sofrendo por antecipação.

Questionados sobre “qual o primeiro sinal/ sintoma de descompensação?” alguns utentes referiram o aumento de energia, a insónia, a sensação de cabeça vazia e outro utente referiu-se ao isolamento, ao “andar mais calado” (sic) e à anedonia.

Para encerrar a sessão foi lançada a questão “como reagem à presença de sinais/ sintomas?” tendo sido evocadas várias estratégias como: “forço-me a dormir” (sic), caminhar, passear, procurar não entrar em situações de conflito e pedir ajuda à equipa.

De seguida, foram distribuídos panfletos informativos sobre a temática, fornecidos pela ADEB (Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares).

Foi a primeira vez que participei como moderadora numa dinâmica de grupo, sentindo algum nervosismo apesar de ter a presença e apoio da enfermeira orientadora. Senti também alguma dificuldade em não perder o foco e fui tentando agarrar nas palavras que iriam sendo partilhadas pelos utentes, dando o mote para a introdução de uma nova questão, exercício este que achei um pouco difícil. Apesar de tudo, após o feedback da orientadora penso que fui bem-sucedida.

Considero estas dinâmicas interessantes e benéficas para os utentes, sendo um modo de realizar psicoeducação e promover a literacia em saúde mental, não de uma forma “escolarizada” mas de forma mais informal, numa dinâmica ativa de partilha de experiências e conhecimentos.

2.7. Considerações Éticas

Na área da saúde em geral e na área de enfermagem em particular, cada ação deve ser norteada por aspetos basilares de carácter ético e deontológico.

Da bioética fazem parte quatro princípios básicos que devem nortear o trabalho dos profissionais da área da saúde: Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça.

Nunes (2013) aborda seis princípios éticos essenciais em investigação em enfermagem: Beneficência, Não Maleficência, Fidelidade, Justiça, Veracidade e Confidencialidade.

Por Beneficência entende-se fazer o bem, remetendo-nos para a humanização do cuidar. A Não Maleficência refere-se ao ato de não causar dano, avaliando sempre os riscos possíveis e previsíveis das ações. A Justiça remete-nos para a necessidade de proceder com equidade e imparcialidade. A Veracidade refere-se a oferecer informação real, tendo em conta riscos e benefícios. Associa-se à obtenção do consentimento informado. Confidencialidade refere-se a resguardar toda a informação obtida durante o estudo. Este último conceito é diferente do anonimato que se define como a não divulgação de dados pessoais que possam levar ao apuramento da identidade do participante (Nunes, 2013).

Os princípios supracitados cruzam-se indiscutivelmente com os da bioética, sendo importante também referir que a Autonomia do utente deverá estar sempre salvaguardada quer num estudo, quer na prestação de cuidados de saúde, referindo-se ao direito de escolha, ao poder de decisão livre e informada, ou seja, à sua autodeterminação.

Ao longo deste percurso de estágio e do desenvolvimento deste relatório foram tidos em conta estes aspetos de forma geral, mas em particular o anonimato por forma a respeitar a identidade dos participantes.

3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica tem como foco a promoção da saúde mental, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (OE, 2018).

Ao longo deste percurso académico foram desenvolvidas, de forma aprofundada, as quatro competências específicas do EESMP, preconizadas pela OE (2018). Este desenvolvimento de competências esteve implícito em todas as intervenções e reflexões realizadas.

Seguidamente, será feita referência a cada uma das competências específicas do EESMP, enquadrando-as no processo de aprendizagem.

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

O desenvolvimento da consciência de mim e do autoconhecimento ao longo deste percurso tiveram um impacto direto na qualidade das intervenções realizadas. Enquanto futura EESMP, ao identificar emoções, sentimentos, valores, crenças e outros fatores pessoais, que pudessem ter impacto na relação terapêutica, fez com que fosse possível refletir sobre os mesmos e fazer com que não interferissem nos cuidados prestados.

A realização de diários de aprendizagem foi uma ferramenta importante no desenvolvimento desta competência, contribuindo para um crescimento enquanto pessoa e profissional, proporcionando reflexão e análise sobre cada situação/problema, oferecendo a hipótese de olhar para uma questão de outro prisma e refletindo sobre estratégias de melhoria.

Durante as intervenções, houve uma tomada de consciência da envolvimento exigida e da responsabilidade que é cuidar da pessoa com doença mental, não permitindo que fenómenos de transferência e contratransferência interferissem de modo negativo nas intervenções desenvolvidas.

As discussões com as enfermeiras orientadoras em campo de estágio, assim como com o docente orientador de estágio, também foram enriquecedoras para um tomar consciência de mim enquanto pessoa e profissional, sendo possível a

confrontação com aspetos importantes e impulsionando cada vez mais a capacidade reflexiva.

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

As intervenções realizadas ao longo do estágio tiveram como enfoque a promoção e a otimização da saúde mental de cada pessoa, trabalhando a prevenção da recaída, da instalação do humor depressivo/ comportamentos da esfera suicidária e empoderando cada utente na adoção de estratégias de *coping* e na reestruturação cognitiva, modificação do pensamento e do comportamento.

O papel das entrevistas também se destaca, uma vez que esta ferramenta, fez com que fosse possível realizar diagnósticos de enfermagem e realizar intervenções que culminassem nos resultados esperados.

A realização do estudo de caso de uma utente, ajudou-me a compreender melhor o impacto da sua história de vida, do seu diagnóstico psiquiátrico, do seu contexto familiar e social, na sua saúde mental, contribuindo para o apuramento das suas necessidades e otimização dos cuidados de enfermagem.

As intervenções realizadas em grupo, tenham sido de carácter psicoeducacional, psicoterapêutico ou com recurso a mediadores expressivos, contribuíram para a promoção e otimização da saúde mental de cada participante.

Pelas características inerentes a cada campo de estágio, bem como pelo pouco tempo de duração dos mesmos, não foi possível intervir diretamente com as famílias. No entanto, importa referir que foi constatada diversas vezes, a existência de uma frágil rede de apoio familiar, ou mesmo a sua inexistência.

c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto

Ao longo do estágio e das intervenções/ sessões, foi promovido o *empowerment* permitindo aos utentes trabalhar o seu autoconhecimento e a autoconsciência, a expressão de emoções, a autoestima e a esperança. As estratégias de *coping* também foram abordadas, em particular em contexto de internamento, onde o tipo específico do mesmo e as regras e normas instituídas, assim o exigiam.

As dinâmicas grupais, em especial aquelas com recurso a mediadores expressivos, proporcionaram o “sentido de pertença”, o aumento da coesão grupal e o desenvolvimento de competências relacionais tão importantes ao longo de todo o ciclo vital e com importante impacto no bem-estar humano e na sua saúde mental.

O acesso ao mundo interior dos utentes, atingido por meio dos mediadores expressivos, auxiliou-os também na organização dos seus projetos de vida e a pensar no seu futuro.

- d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde

O EESMP coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação, com vista a promover a saúde mental e reduzir o risco de perturbações mentais. No sentido de restaurar a saúde mental desenvolve processos psicoterapêuticos e socio terapêuticos prevenindo a incapacidade, promovendo a reabilitação psicossocial, com o intuito de atingir a máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social.

A minha intervenção enquanto mestranda e futura EESMP, baseou-se na realização de sessões psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Foram desenvolvidos planos de intervenção baseados em evidência científica e foram desenvolvidas ao longo do estágio capacidades de âmbito terapêutico, sempre auxiliada pelas minhas orientadoras, que me permitiram progredir não só a nível profissional, mas também ao nível pessoal e do meu autoconhecimento.

A intervenção em grupo constituiu um grande desafio, dada a minha reduzida experiência nesta área. Apesar de todas as sessões terem sido devidamente planeadas e teoricamente fundamentadas, apresentaram uma componente natural de interação, na qual ocupei o papel de moderadora. O papel de líder, descrito por Peplau, também surge neste âmbito trazendo novos desafios à minha vivência enquanto mestranda.

No que concerne às competências do grau de Mestre, a investigação contínua inerente ao desenvolvimento deste relatório, guiada pelo professor orientador, resulta num percurso que permite prestar cuidados de excelência, com base em evidência científica atual.

No futuro, além da contínua aquisição de conhecimento realizada de forma autônoma e auto-orientada enquanto Mestre, o conhecimento adquirido deverá ser aplicado de forma adequada, baseando a minha prática clínica especializada em evidência científica, desenvolvendo competências de diagnóstico e resolução de problemas, em situações novas e em contextos multidisciplinares.

Ao grau de Mestre, também surgem como cruciais o desenvolvimento do autoconhecimento e a reflexão contínua sobre as práticas e as suas implicações e responsabilidades éticas e sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando nos propusemos a trabalhar esta problemática, desconhecíamos a sua verdadeira dimensão. Foi, por isso, primeiramente realizada uma exaustiva pesquisa e reflexão acerca da mesma, para que pudéssemos sustentar e nortear as nossas intervenções em estágio e desenvolver as pretendidas competências de EESMP, adaptadas à realidade e especificidade de cada utente.

A elaboração do presente documento pretendeu caracterizar, de forma sistematizada, o processo de formação realizado, mobilizando conhecimentos, experiências pessoais e profissionais, aprendizagens e reflexões ao longo do percurso de estágios enquadrados no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Sabemos que, associados aos comportamentos da esfera suicidária estão fatores de risco e fatores protetores que podem tornar um indivíduo mais ou menos suscetível ao desenvolvimento desses comportamentos. O sofrimento mental associado aos mesmos, requer uma presença sensível, uma avaliação minuciosa e atenta, inclusive do contexto familiar e social onde o indivíduo com conduta suicida se insere. Surge neste âmbito a primazia da relação terapêutica, caracterizada pela disponibilidade, aceitação incondicional, empatia e autenticidade.

Estar em situação de reclusão, é por si só um fator de risco para o desenvolvimento dos comportamentos da esfera suicidária, considerando todas as características do contexto, nomeadamente as condições e normas opressivas que são causadoras de um intenso e constante stresse. Questões como a perda de identidade, perda de autonomia, rotura com a vida afetiva e social exterior, sobrelotação que resulta na falta de privacidade e higiene e a vitimização entre reclusos (violência e *bullying*) poderão culminar na instalação da depressão e dos comportamentos suicidas.

Pensámos que a utilização de escalas neste contexto clínico específico e temática abordada, poderiam influenciar negativamente a criação de uma relação terapêutica. Desta forma optámos por intervenções de enfermagem com recurso a mediadores expressivos, mais concretamente a expressão plástica, surgindo como um facilitador da relação terapêutica, aproximando-nos de uma forma mais efetiva da realidade interna de cada utente. Em suma, podemos afirmar que atingimos de forma positiva os objetivos propostos inicialmente, nomeadamente a aquisição de

competências na dinamização de grupos terapêuticos, constatando o impacto positivo das intervenções com recurso à expressão plástica na relação terapêutica.

Ao longo das sessões foram sido observados importantes ganhos para os utentes, nomeadamente: maior facilidade na expressão de emoções, sentimentos e pensamentos; aumento do autoconhecimento e autoconsciência; aumento do *insight*; desenvolvimento da criatividade e raciocínio sobre novas vias de resolução para as situações; desenvolvimento de competências sociais; aumento da esperança e da capacidade de se perspetivar no futuro.

O EESMP inserido numa equipa multidisciplinar, tendo como base a evidência científica especializada, o juízo clínico e a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, torna-se uma mais-valia nos cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, uma vez que detém conhecimentos científicos, psicoterapêuticos, psicoeducacionais, relacionais e comunicacionais que o coloca numa posição privilegiada.

Penso que ao longo deste percurso foram sendo desenvolvidas as competências de EESMP, tendo no momento presente um maior autoconhecimento e autoconsciência de mim, estando mais desperta para o quanto o meu Eu poderá influenciar a qualidade dos cuidados. Creio que foram desenvolvidas competências a nível psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, que permitem prestar melhores cuidados à pessoa com doença mental, trabalhando no sentido da otimização da sua saúde e na diminuição dos episódios de descompensação.

Este percurso de mestrado mudou-me enquanto pessoa e enfermeira e tenho a noção da importância de continuar a atualizar não só os meus conhecimentos científicos, resultando numa melhor prestação de cuidados, mas também o meu trabalho interno em busca de um mais completo autoconhecimento.

Em tom de conclusão, sugerimos a implementação e o desenvolvimento deste tipo de intervenções junto de pessoas com conduta suicida, bem como a indivíduos com outras condições psiquiátricas, dado os resultados enriquecedores que as mesmas trazem à relação terapêutica e à condição de saúde dos utentes, resultando na melhoria dos cuidados prestados e caminhando no sentido da Excelência do Cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida V., Lopes, M. & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 39(2). 202-210.
- Andrade, M. I. (1995). *Educação para a saúde – Guia para professores e educadores*. Lisboa: Texto Editora.
- Assumpção, G., Oliveira, L. & Souza, M. (2018) - Depressão e suicídio: uma correlação. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*. 3(5). 312-333.
- Aylward, P. (2001). Betty Neuman – The Neuman Systems Model and Global Applications. In: Parker, M. (Coord.) *Nursing Theories and Nursing Practice*. (pp. 330 – 341). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Barbosa, P. Silva, S., Madeira, N. & Pires, A. (Coord). (2020). Prevenção do suicídio - manual para profissionais de saúde. Acedido a 24 de fevereiro de 2023 em <https://prevenirsuicidio.pt/manual-para-profissionais-de-saude/>
- Bastos, L., Ferreira, D. & Guerra, A. (2014) Perturbação depressiva. In: Figueira, M., Sampaio, D. & Afonso, P. (coord.) *Manual de psiquiatria clínica*. (pp. 53 – 77). Lisboa: Lidel.
- Caldas, M., Arcoverde, R., Santos, T., Lima, M., Macedo, L. & Lima, M. (2009). Condutas autolesivas entre detentas da colônia penal feminina do Recife. *Psicologia em estudo*. 14 (3). 575-582.
- Chen, C., Chen, Y., Huang, Q., Yan, S. & Zhu, J. (2022). Self-Care Ability of Patients With Severe Mental Disorders: Based on Community Patients Investigation in Beijing, China. *Frontiers in Public Health*.10. 1-9.
- Ciasca, E. (2017). *Arteterapia e depressão: efeitos da arteterapia como terapia complementar no tratamento da depressão em idosos*. (Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- CIPE (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2019-2020.
- Direção Geral de Saúde. (2013). Plano nacional de prevenção do suicídio 2013-2017.
- Direção Geral de Saúde. (2017). Programa nacional para a saúde mental.

- Direção Geral de Saúde. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*.
- DSM-5. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª Ed.)*. Porto Alegre: Artmed Editora
- Durkheim, E. (2000). *O Suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Livraria Martins Fortes Editores Ltda. (Trabalho original “Le Suicide” publicado em 1897)
- Erickson, B. J. & Young, M. E. (2010). Group Art Therapy With Incarcerated Women. *Journal of Addictions & Offender Counseling*. 31. 38-51.
- Ferraz, M. (2009) (org.) *Terapias expressivas integradas*. (1ªed.) Venda do Pinheiro: Tuttirév editorial, Lda.
- Foucault, M. (1984). *Vigiar e Punir*. Rio de Janeiro: Petropolis. (Trabalho original “Surveiller et punir” publicado em 1975)
- Freese, B. T. (2002). Modelo de Sistemas. In: Tomey, A. M. & Alligood, M. R. *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de Enfermagem*. (pp. 335-375). Loures: Lusociência.
- Furtado, I. & Filho, O. (2021). Depressão como fator de risco para suicídio: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*. 10(6). 1-10.
- Gabbard, G. O. (2016). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda.
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva. (Trabalho original “Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates” publicado em 1961)
- Gonçalves, R. A. (2002). Vitimação em contexto prisional. In: Gonçalves, R. A. & Machado, C. (Coord.) *Violência e vítimas de crimes*. Vol. 1 – Adultos. (pp. 241-266). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gussak, D. (2007). The Effectiveness of Art Therapy in Reducing Depression in Prison Populations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 51 (4). 444-460.
- Henley, D. (2002). *Clayworks in art therapy – Plying the sacred circle*. London and Philadelphia: Jessica kingsley publishers.
- Howk, C. (2002). Enfermagem Psicodinâmica. In: Tomey, A. M. & Alligood, M. R. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de Enfermagem*. (pp.423-444). Loures: Lusociência.

- Kernberg, O. F. (1995). *Transtornos graves da personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda - Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Martins, D. (2012). *Arte-terapia e as potencialidades simbólicas e criativas dos mediadores artísticos* (Dissertação de Mestrado em educação artística). Universidade de Lisboa - Faculdade de belas artes. Lisboa.
- Moraes, L., Lopes, M. & Braga, V. (2006). Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paulista de Enfermagem*. 19 (2). 228-233.
- Moraes, S. (2007). *Descobrir as texturas da essência da terra: formação inicial e práxis criadora do professor de arte* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo – Faculdade de Educação. São Paulo.
- Moreira, N. A. C. (2010). *Suicídio nas prisões*. Porto: Legis Editora.
- Nunes, A. M. (2018). Suicídio em Portugal: um retrato do país. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*. 67(1). 25-33.
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. Setúbal.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2022). *Prevenir o Suicídio – O Papel dos Psicólogos e Psicólogas*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Regulamento n.º 515/2018. Assembleia da República, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018, 21427- 21430.
- Pain, S. & Jarreau, G. (1996). *Teoria e técnica da arte terapia: A compreensão do sujeito*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Payne, R. A. (2000). *Técnicas de relaxamento – um guia prático para profissionais de saúde*. Loures: Lusociência.
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Nursing Models for Practice*. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd.

- Pedrosa, C. (2003). *Suicídio em meio prisional: caracterização, avaliação, intervenção*. In Pires, C. M. L., Costa, J. C., Brites, S. & Ferreira, S. (Coord.) *Psicologia, Sociedade & Bem-estar*. Lisboa: Editorial Diferença e ISLA.
- Peplau, H. (2002). *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: Palgrave Macmillan.
- Pereira, M. (2009). *Arteterapia na depressão: o resgate do equilíbrio emocional*. (Monografia para obtenção do grau de especialista em arteterapia em educação e saúde). Universidade Cândido Mendes. Niterói. Rio de Janeiro.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Repo, V. (2020). *Confined To Space - Perspectives on Carceral Geography*. University of Turku. Finland.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho*. (12ª Ed.). Lisboa: Caminho.
- Santos, J. C. & Moreira, N. (2014). Atos suicidas e outros comportamentos autolesivos na prisão. In: Saraiva, C. B., Peixoto, B. & Sampaio, D. (Coord.). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos - dos conceitos à prática clínica*. (pp. 415 – 424). Lisboa: Lidel
- Santos, M. M., Barros, C. R. S. & Andreoli, S. B. (2019) Fatores associados à depressão em homens e mulheres presos. *Revista Brasileira Epidemiologia*. 22 (E190051). 1-14.
- Saraiva, C. B. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*. 31 (3). 185-205.
- Saraiva, C. B. & Gil, N. P. (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In: Saraiva, C. B., Peixoto, B. & Sampaio, D. (Coord) *Suicídio e Comportamentos Autolesivos - dos conceitos à prática clínica*. (pp. 41 – 54). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.). (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Lidel.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (2013). Tentativa de Suicídio e Para-Suicídio. Acedido a 24 de fevereiro de 2023 em <https://www.spsuicidologia.com/index.php/sobre-o-suicidio/questoes-frequentes/28-tentativa-de-suicidio-e-para-suicidio>
- Speranza, V. (2010) *Uso do barro – “um revelar de nossa natureza primitiva”* (Monografia para obtenção do grau de especialista em arteterapia em educação e saúde). Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro.

- Stengel, E. (1980). *Suicídio e tentativa de suicídio*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
(Trabalho original "Suicide and Attempted Suicide" publicado em 1964)
- Townsend (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (6ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. (1992). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- World Health Organization. (2019). Suicide in the world: Global Health Estimates.
<https://arttherapy.org/> acedido a 2022/10/6
<https://arte-terapia.com/> acedido a 2022/10/6

APÊNDICES

APÊNDICE I

Programas das sessões de expressão plástica

PROGRAMA DAS SESSÕES DE EXPRESSÃO PLÁSTICA

Contexto de internamento

TEMÁTICAS DAS SESSÕES:

- 1.^a Sessão: Tema livre (desenho).
- 2.^a Sessão: “Quem sou eu?” (desenho).
- 3.^a Sessão: “Estado de alma” (desenho).
- 4.^a Sessão: “O futuro” (pintura).
- 5.^a Sessão: “Nós, o grupo” (1^a parte) (polir).
- 6.^a Sessão: “A minha estrada” (pintura).
- 7.^a Sessão: “Nós, o grupo” (1^a parte – continuação) (polir).
- 8.^a Sessão: “Espelho de mim” (modelagem/barro).
- 9.^a Sessão: “Nós, o grupo” (2^a parte) (pintura).

METODOLOGIA:

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

LOCAL: Sala de terapia ocupacional.

PERIODICIDADE: Uma a duas sessões por semana.

DATA: Não se coloca para não situar no tempo.

DURAÇÃO: 50 minutos.

PROGRAMA DAS SESSÕES DE EXPRESSÃO PLÁSTICA

Contexto comunitário – Participante 1

TEMÁTICAS DAS SESSÕES:

- 1.^a Sessão: “Estado de Alma” (desenho).
- 2.^a Sessão: “Passado, presente e futuro” (desenho).
- 3.^a Sessão: “Kit da esperança” (desenho).

METODOLOGIA:

- Utilização da técnica de observação participativa;
- Utilização da expressão plástica (desenho) como mediador expressivo.

LOCAL: Gabinete de enfermagem.

PERIODICIDADE: Quinzenalmente.

DATA: Não se coloca para não situar no tempo.

DURAÇÃO: 50 minutos.

PROGRAMA DAS SESSÕES DE EXPRESSÃO PLÁSTICA

Contexto comunitário – Participante 2

TEMÁTICAS DAS SESSÕES:

- 1.^a Sessão: “A minha estrada” (desenho).
- 2.^a Sessão: “A linha da vida” (desenho).
- 3.^a Sessão: “Kit da esperança” (desenho).

METODOLOGIA:

- Utilização da técnica de observação participativa;
- Utilização da expressão plástica (desenho) como mediador expressivo.

LOCAL: Gabinete de enfermagem.

PERIODICIDADE: Quinzenalmente.

DATA: Não se coloca para não situar no tempo.

DURAÇÃO: 50 minutos.

Apêndice II
Planos das sessões de expressão plástica

PLANOS PARA CONTEXTO DE INTERNAMENTO

1ª SESSÃO

Tema: Tema livre

Objetivos terapêuticos: Conhecer o grupo terapêutico; integrar cada elemento no grupo; promover e desenvolver a relação interpessoal; promover o autoconhecimento e a autoconsciência; promover a criatividade; favorecer a criação de um clima de confiança.

Descrição da atividade:

Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão/ objetivos. Realizar quebra-gelo inicial. Distribuir uma folha A4 por cada participante. De seguida, cada um terá de realizar um desenho cujo tema é livre, ou seja, cada utente é convidado a desenhar o que entender. No final, cada participante partilha o que desenhou, o porquê da escolha e expressa os pensamentos, emoções e sentimentos vivenciados ao realizar a atividade.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Desenho (lápis de cor, canetas de filtro e folhas de papel A4); computador e colunas de som.

Avaliação: avaliar/ registar a motivação e interesse dos participantes: expressão facial, envolvimento, concentração, participação, comentários finais.

2ª SESSÃO

Tema: Quem sou eu?

Objetivos terapêuticos: Conhecer o grupo terapêutico; integrar cada elemento no grupo; promover e desenvolver a relação interpessoal; promover o autoconhecimento e a autoconsciência.

Descrição da atividade:

Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão/ objetivos. Realizar quebra-gelo inicial. Distribuir uma folha A4 por cada participante. De seguida, cada um terá de realizar um desenho que exprima a perceção que tem de si próprio. No final, cada participante partilha a forma como se vê e como se sente com a realidade observada e expressa os pensamentos, emoções e sentimentos vivenciados ao realizar a atividade.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Desenho (lápiz de cor, canetas de filtro e folhas de papel A4); computador e colunas de som.

Avaliação: Avaliar/ registar a motivação e interesse dos participantes: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

3ª SESSÃO

Tema: Estado de alma

Objetivos terapêuticos: Promover a expressão de emoções; promover o autoconhecimento e autoconsciência; aumentar a coesão do grupo; avaliar o humor de cada participante.

Descrição da atividade:

Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão/ objetivos. Realizar dinâmica de quebra-gelo inicial. Iniciar a apresentação de diapositivos sobre a temática das emoções inspirada no livro “O monstro das cores”. De seguida, distribuir uma folha A3 por cada participante onde cada um terá de pintar/ transpor de um lado da folha as emoções que tinham antes da entrada no estabelecimento prisional e no lado contrário da folha as emoções que vivenciam no presente enquanto reclusos num hospital prisional. No final, cada participante partilha os pensamentos, emoções e sentimentos vivenciados ao realizar a atividade.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Desenho (lápis de cera, folhas de papel A3; folha A4 com as diferentes emoções (utilizando o monstro das cores)); computador e colunas de som.

Avaliação: Avaliar/ registar a motivação e interesse dos participantes: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

4ª SESSÃO

Tema: O futuro

Objetivos terapêuticos: Promover o autoconhecimento e autoconsciência; avaliar o humor de cada participante; perceber a capacidade de cada participante se projetar no futuro; promover a esperança; aumentar a coesão do grupo; estimular a capacidade cognitiva; desenvolver a motricidade fina.

Descrição da atividade:

Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão/ objetivos. Realizar quebra-gelo inicial. Distribuir uma folha A3 por cada participante. De seguida, cada um terá de pintar como se perspectiva no futuro. No final, cada participante partilha o que desenhou e os pensamentos, emoções e sentimentos acerca da temática.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Pintura (tintas, pincéis, paletas, frascos e folhas de papel A3); computador e colunas de som.

Avaliação: Avaliar/ registar a motivação e interesse dos participantes: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

5ª SESSÃO

Tema: Nós, o grupo (1ª parte)

Objetivos terapêuticos: Aumentar a coesão do grupo; promover o espírito de trabalho em equipa; promover o alívio do stresse; desenvolver a motricidade fina.

Descrição da atividade:

Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão/ objetivos. Polir o tampo da mesa que no futuro será pintada pelo grupo. No final da sessão, cada participante partilha como se sentiu ao realizar a atividade.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Polir (lixas); computador e colunas de som.

Avaliação: Avaliar/ registar a motivação e interesse dos participantes: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

6ª SESSÃO

Tema: A minha estrada

Objetivos terapêuticos: Promover o autoconhecimento e autoconsciência; avaliar o humor; avaliar o *insight*; recordar o passado; refletir sobre o percurso de vida; avaliar a projeção no futuro; avaliar a existência de ideação suicida; promover a esperança; promover a estimulação cognitiva; desenvolver a motricidade fina; aumentar a coesão do grupo.

Descrição da atividade:

Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão/ objetivos. Realizar quebra-gelo inicial. Distribuir uma folha A3 por cada participante. De seguida, cada um terá de realizar o desenho de uma estrada que exprima o seu percurso de vida. No final, cada participante descreve o desenho criado e os pensamentos, emoções e sentimentos acerca da temática.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Desenho (lápiz de cor, canetas de filtro e folhas de papel A3); computador e colunas de som.

Avaliação: Avaliar/ registar a motivação e interesse dos participantes: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

7ª SESSÃO

Tema: Nós, o grupo (1ª parte – continuação)

Objetivos terapêuticos: Aumentar a coesão do grupo; promover o espírito de trabalho em equipa; promover o alívio do stresse; desenvolver a motricidade fina.

Descrição da atividade:

Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão/ objetivos. Polir o tampo da mesa que no futuro será pintada pelo grupo. No final da sessão, cada participante partilha como se sentiu ao realizar a atividade.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Polir (lixas); computador e colunas de som.

Avaliação: Avaliar/ registar a motivação e interesse dos participantes: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

8ª SESSÃO

Tema: Espelho de mim

Objetivos terapêuticos: Promover o autoconhecimento e autoconsciência; avaliar o humor; avaliar o *insight*; promover a estimulação cognitiva; desenvolver a motricidade fina; promover o alívio do stresse; recordar a infância; aumentar a coesão do grupo.

Descrição da atividade:

Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão/ objetivos. Realizar quebra-gelo inicial. Distribuir uma porção de barro por cada participante. De seguida, cada um terá de transpor a percepção que tem de si próprio para o barro. No final, cada participante descreve o objeto criado e partilha os pensamentos, emoções e sentimentos vivenciados ao realizar a atividade.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: modelagem (barro, copos com água); computador e colunas de som.

Avaliação: Avaliar/ registar a motivação e interesse dos participantes: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

9ª SESSÃO

Tema: Nós, o grupo (2ª parte)

Objetivos terapêuticos: aumentar a coesão do grupo; promover o espírito de grupo; promover a criatividade e imaginação; estimular a capacidade cognitiva; desenvolver a motricidade fina.

Descrição da atividade:

Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão/ objetivos. Iniciar a pintura do tampo da mesa previamente polido. O intuito é que o grupo terapêutico se represente nela, de forma que todos tenham o seu contributo de forma equitativa. No final, cada sessão cada participante partilha os pensamentos, emoções e sentimentos vivenciados ao realizar a atividade.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Pintura (tintas, pinceis); computador e colunas de som.

Avaliação: Avaliar/ registar a motivação e interesse dos participantes: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

PLANOS PARA CONTEXTO COMUNITÁRIO

PARTICIPANTE 1

1ª SESSÃO

Tema: Estado de alma

Objetivos terapêuticos: Promover a expressão de emoções; promover o autoconhecimento e autoconsciência; avaliar o humor da utente; avaliar a existência de ideação suicida; promover a estimulação cognitiva; desenvolver a motricidade fina.

Descrição da atividade:

Realizar uma breve explicação sobre a temática das emoções inspirada no livro “O monstro das cores” e os objetivos da sessão.

De seguida, oferecer uma folha A4 à utente onde esta terá de pintar/ transpor as emoções que se encontra a vivenciar no presente.

No final, a participante partilha os pensamentos, emoções e sentimentos vivenciados ao realizar a atividade.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Desenho (lápis de cera, folha de papel A4; folha A4 com as diferentes emoções (utilizando o monstro das cores)); telemóvel e coluna de som.

Avaliação: Avaliar/ registar a motivação e interesse do participante: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

2ª SESSÃO

Tema: Passado, presente e futuro

Objetivos terapêuticos: Promover o autoconhecimento e autoconsciência; avaliar o humor; avaliar o *insight*; recordar o passado; refletir sobre o percurso de vida; avaliar a projeção no futuro; avaliar a existência de ideação suicida; promover a esperança; promover a estimulação cognitiva; desenvolver a motricidade fina.

Descrição da atividade:

Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão/ objetivos. Oferecer uma folha A3 à utente. De seguida, a utente terá de realizar faseadamente três desenhos que simbolizem o seu passado, presente e futuro. No final, a participante descreve os desenhos criados e os pensamentos, emoções e sentimentos que emergiram nesta sessão.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Desenho (lápiz de cor, canetas de filtro e folha de papel A3); telemóvel e coluna de som.

Avaliação: Avaliar/ registar a motivação e interesse do participante: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

3ª SESSÃO

Tema: Kit da esperança

Objetivos terapêuticos: Promover o autoconhecimento e autoconsciência; avaliar o humor; avaliar o *insight*; recordar o passado; refletir sobre o percurso de vida; avaliar a projeção no futuro; avaliar a existência de ideação suicida; promover a esperança; promover a estimulação cognitiva; desenvolver a motricidade fina.

Descrição da atividade:

Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão/ objetivos. A utente terá de desenhar objetos ou escrever palavras que simbolizem momentos de positividade e conquista do seu percurso de vida. De seguida terá de recortar esses desenhos/ palavras e terá de os guardar numa caixa que levará consigo com o intuito de rever o conteúdo da caixa sempre que se sentir entristecido ou sem esperança.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Desenho e recorte (caixa, lápis de cor, canetas de filtro, folhas de papel A4, tesoura); telemóvel e coluna de som.

Avaliação: Avaliar/ registar a motivação e interesse do participante: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

PLANOS PARA CONTEXTO COMUNITÁRIO

PARTICIPANTE 2

1ª SESSÃO

Tema: A minha estrada

Objetivos terapêuticos: promover o autoconhecimento e autoconsciência; avaliar o humor; avaliar o *insight*; recordar o passado; refletir sobre o percurso de vida; avaliar a projeção no futuro; avaliar a existência de ideação suicida; promover a esperança; promover a estimulação cognitiva; desenvolver a motricidade fina.

Descrição da atividade:

Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão/ objetivos. Oferecer uma folha A4 ao utente. De seguida, o utente terá de realizar o desenho de uma estrada que exprima o seu percurso de vida. No final, descreve o desenho criado e os pensamentos, emoções e sentimentos acerca da temática.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Desenho (lápiz de cor, canetas de filtro e folha de papel A4); telemóvel e coluna de som.

Avaliação: Avaliar/ registar a motivação e interesse do participante: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

2ª SESSÃO

Tema: A linha da vida

Objetivos terapêuticos: Promover o autoconhecimento e autoconsciência; avaliar o humor; avaliar o *insight*; recordar o passado; refletir sobre o percurso de vida; avaliar a projeção no futuro; avaliar a existência de ideação suicida; promover a esperança; promover a estimulação cognitiva; desenvolver a motricidade fina.

Descrição da atividade:

Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão/ objetivos. Oferecer uma folha A3 ao utente. De seguida, o utente terá de desenhar as linhas referentes à variação/ progressão das necessidades humanas básicas: vinculação, autonomia, autoestima/autoafirmação, identidade, prazer/ bem-estar e transcendência ao longo do seu passado, presente e futuro.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Desenho (lápiz de cor, canetas de filtro e folha de papel A3); telemóvel e coluna de som.

Avaliação: Avaliar/ registar a motivação e interesse do participante: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

3ª SESSÃO

Tema: Kit da esperança

Objetivos terapêuticos: Promover o autoconhecimento e autoconsciência; avaliar o humor; avaliar o *insight*; recordar o passado; refletir sobre o percurso de vida; avaliar a projeção no futuro; avaliar a existência de ideação suicida; promover a esperança; promover a estimulação cognitiva; desenvolver a motricidade fina.

Descrição da atividade:

Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão/ objetivos. O utente terá de desenhar objetos ou escrever palavras que simbolizem momentos de positividade e conquista do seu percurso de vida. De seguida terá de recortar esses desenhos/ palavras e terá de os guardar numa caixa que levará consigo com o intuito de rever o conteúdo da caixa sempre que se sentir entristecido ou sem esperança.

Metodologia: Técnica de observação participativa.

Recursos: Desenho e recorte (caixa, lápis de cor, canetas de filtro, folhas de papel A4, tesoura); telemóvel e coluna de som.

Avaliação: Avaliar/ registar a motivação e interesse do participante: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

Apêndice III

Plano de sessão e apresentação em *PowerPoint* da sessão “Gestão da Ansiedade”

PLANO DE SESSÃO

Tema: Gestão da ansiedade

Objetivos terapêuticos: Sensibilizar para a importância da gestão da ansiedade; ensinar sobre estratégias de *coping*; impulsionar a reflexão sobre recursos pessoais; adquirir estratégias de autocontrole na ansiedade.

Descrição da atividade: Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão e a sua pertinência. Proceder à apresentação de diapositivos que abordam as temáticas: stresse, ansiedade, estratégias de *coping* e a pertinência da utilização dos mediadores expressivos. Refletir em conjunto sobre a temática e encorajar a partilha.

Recursos necessários: Tempo previsto (20 minutos); material (computador, cabos de ligação, TV/ projetor).

Avaliação: Avaliar/registar a motivação e interesse da população-alvo: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

Referências Bibliográficas:

Ciasca, E. (2017). *Arteterapia e depressão: efeitos da arteterapia como terapia complementar no tratamento da depressão em idosos* (Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo.

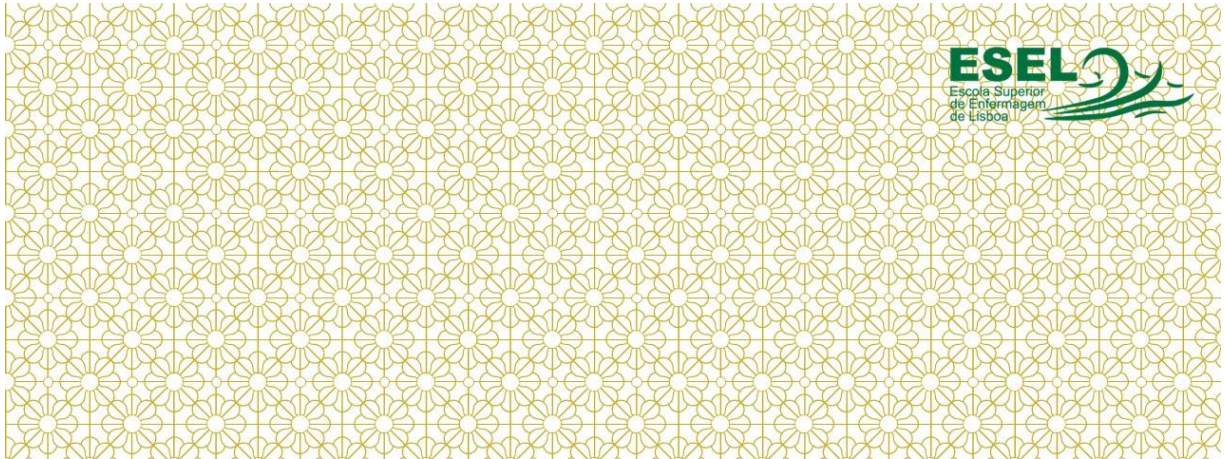
CIPE (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2019-2020.

Ferraz, M. (2009) (org.). *Terapias expressivas integradas*. (1ªed.) Venda do Pinheiro: Tuttirév editorial, Lda.

Pereira, M. (2009). *Arteterapia na depressão: o resgate do equilíbrio emocional* (Monografia para obtenção do grau de especialista em Arteterapia em Educação e Saúde). Universidade Candido Mendes. Rio de Janeiro.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed.) Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

APRESENTAÇÃO EM POWERPOINT



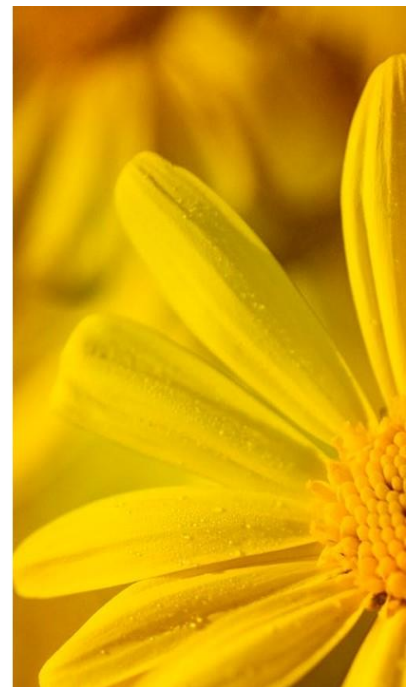
GESTÃO DA ANSIEDADE

13º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica

Discente: Inês Gomes 11013

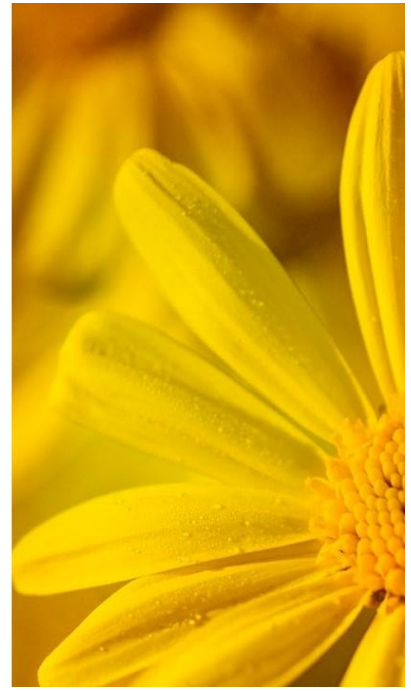
STRESS

- Pressão externa que é exercida sobre o indivíduo.
- Reação do indivíduo a uma mudança que exija uma adaptação/resposta que poderá ser física, mental ou emocional.



ANSIEDADE

- Uma resposta emocional (apreensão, inquietação, tensão) em antecipação ao perigo, cuja fonte é desconhecida ou não é reconhecida.
- Pode ser considerada patológica quando interfere com a vida diária.
- Para uma eficiente gestão da ansiedade são necessárias **estratégias de coping**.



ESTRATÉGIAS DE COPING



São o conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem a circunstâncias adversas ou stressantes.



ESTRATÉGIAS DE COPING

Sensibilização	Relaxamento	Meditação
Comunicação interpessoal com uma pessoa que se preocupa	Resolução do problema	Música

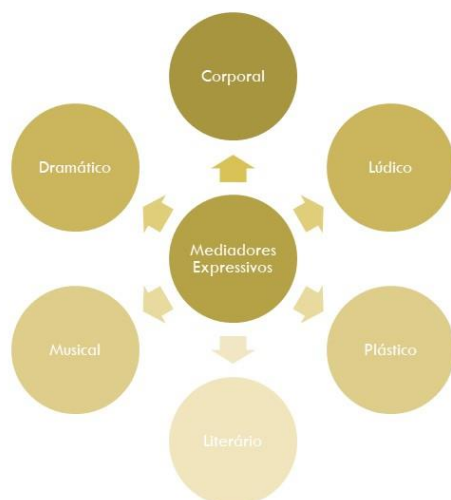


ESTRATÉGIAS DE COPING

Sensibilização	<ul style="list-style-type: none">• O primeiro passo é perceber os fatores que originam o stress e os sentimentos associados à resposta stressante.
Relaxamento	<ul style="list-style-type: none">• Fazer desporto e exercício físico; exercícios respiratórios e técnicas de relaxamento.
Meditação	<ul style="list-style-type: none">• Implica assumir uma posição confortável, fechar os olhos e afastar todos os pensamentos. Pode ser feito 1- 2x dia.
Comunicação interpessoal com uma pessoa que se preocupa	<ul style="list-style-type: none">• Debater o problema com outra pessoa; escrever sobre sentimentos num diário ou utilizar mediadores expressivos também pode ser terapêutico.
Resolução do problema	<ul style="list-style-type: none">• Visualizar a situação objetivamente e tentar solucioná-la.
Música	<ul style="list-style-type: none">• Criar e ouvir musica, estimula a motivação, a diversão e o relaxamento.



MEDIADORES EXPRESSIVOS



MEDIADORES EXPRESSIVOS

- Estas atividades permitem ao indivíduo exprimir-se, mobilizar pensamentos, comportamentos, pulsões, emoções e sentimentos.
- Ajudam o indivíduo tomar consciência de si e dos seus sentimentos.



DEBATE REFLEXIVO



OBRIGADA PELA VOSSA PRESENÇA

Apêndice IV
Plano de sessão “Relaxamento muscular modificado”

PLANO DE SESSÃO

Tema: Relaxamento muscular modificado

Objetivos terapêuticos: Reduzir a ansiedade; promover a melhoria do padrão de sono; promover a aquisição de estratégias de autocontrolo na ansiedade.

Descrição da atividade: Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão/ objetivos. Avaliar TA e FC. Solicitar aos participantes que se deitem no colchão, em decúbito dorsal, fechem os olhos e sigam as indicações dadas ao longo da leitura do guião. No final da sessão, avaliar novamente TA e FC. Concluir solicitando a cada participante a partilha de pensamentos e sensações sobre a atividade e possíveis ganhos em saúde.

Recursos necessários: Tempo previsto (40 minutos); material (colchões, telemóvel, coluna de som, dinamap, tabela de sinais vitais e caneta).

Avaliação: Avaliar/registar a motivação e interesse da população-alvo: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

Guião:

Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si. Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior.

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços e da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada e serena. Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz. Agora, a sua respiração é totalmente suave, relaxada, em paz, e todos os seus músculos se encontram relaxados.

Testa: Concentre-se agora nos músculos da testa e esqueça os restantes músculos do corpo. Enrugue a sua testa subindo-a para cima... Sinta a forte tensão sobre a

ponta do nariz e ao redor das sobrancelhas...(pausa). Agora, pode relaxar muito lentamente, focando a sua atenção sobre os pontos que estavam mais tensos... É como se os seus músculos tivessem desaparecido, estando totalmente relaxados.

Olhos: Feche os olhos, apertando-os com força...Sinta a tensão em toda a zona à volta dos olhos, em cada pálpebra...Concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe lentamente e note as diferenças de sensações... os músculos estão relaxados, sem tensão.

Face: Force um sorriso, todos os músculos da face e da boca estão tensos...Os seus lábios e as bochechas estão tensos e rígidos... (pausa). Relaxe agora esses músculos... Note as sensações nos diferentes músculos, sem pressão, sem tensão.

Queixo: Aperte os dentes com força...Sinta os músculos contraídos, tensos...(pausa). Pouco a pouco, relaxe a boca, sinta como os músculos se apagam e relaxam.

Pescoço: Contraia os músculos do pescoço... Sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço...os músculos estão tensos... (pausa). Relaxe lentamente o pescoço... Os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.

Membros superiores: Levante o seu braço direito e, com o punho fechado, faça força... O seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro... Concentre-se na forma como aumenta a tensão... (pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial... Sinta como os seus músculos estão perdidos, apagados... completamente relaxados.

Levante o seu braço esquerdo e, com o punho fechado, faça força... O seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro... Concentre-se na forma como aumenta a tensão... (pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial

Membros inferiores: Contraia os músculos da sua perna direita, esticando o seu pé direito, exercendo a máxima tensão... Sinta a contração do pé até à coxa... (pausa). Relaxe lentamente a sua perna direita e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

Contraia os músculos da sua perna esquerda, esticando o seu pé esquerdo, exercendo a máxima tensão... Sinta a contração do pé até à coxa... (pausa). Relaxe

a sua perna esquerda e o joelho...Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

Região dorsal: Arqueie as suas costas para a frente, se necessário com a ajuda dos braços... Sinta a tensão em toda a coluna, nos ombros e ao fundo das costas... Concentre a sua atenção nas zonas de tensão... (pausa). Relaxe-se gradualmente, voltando à posição inicial... Note o desaparecimento da tensão nos músculos envolvidos... Estão completamente relaxados.

Região torácica: Faça força no seu peito, torne-o mais rígido tentando contrai-lo como se quisesse reduzir os pulmões...Concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe gradualmente o seu peito...Sinta a sensação dos músculos soltos, sem tensão.

Região abdominal: Contraia fortemente os músculos da barriga, até que a sinta dura como uma tábua... Sinta a tensão em redor do umbigo...(pausa). Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza...Todos os músculos estão completamente relaxados.

Região sacrococcígea: Concentre-se nos músculos abaixo da cintura... Contraia todos os músculos dessa zona em contacto com o chão... Contraia as nádegas e as coxas com toda a força... (pausa). Pode relaxar lentamente todos os músculos... Sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento.

Está completamente relaxado... Todos os músculos estão leves... O seu corpo está solto e totalmente relaxado... Mantenha os olhos fechados... Inspire a expire lentamente, relaxando todo o seu corpo, da cabeça até aos pés... Inspire novamente... Expire o ar lentamente...

Permaneça deitado, apreciando o seu estado de relaxamento.

Agora, tome consciência do local onde está, abra os olhos calmamente. Sinta o espaço e o seu corpo. Mexa os dedos das mãos e dos pés. Ao seu ritmo retorne à posição sentado.

(adaptado de Sequeira & Sampaio, 2020; Bernstein & Borkovec, 1973)

Referências Bibliográficas:

Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.). (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Lidel.

Apêndice V
Plano de sessão da sessão “Higiene Pessoal”

PLANO DE SESSÃO

Tema: Higiene Pessoal

Descrição da atividade: Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão e a sua pertinência. Proceder à apresentação de diapositivos que abordam a temática da higiene pessoal, lavagem de roupa interior e novo protocolo do serviço. Refletir em conjunto sobre a temática e encorajar a partilha.

Objetivos terapêuticos: Sensibilizar para a importância da higiene pessoal; promover o autocuidado; prevenir o desenvolvimento de doenças e a sua propagação; promover a autoestima, autonomia e bem-estar; estimular a função cognitiva; apresentar o novo protocolo do serviço; alertar para os riscos para a saúde que advém da falta de higiene; criar hábitos de mudança da roupa interior.

População-alvo: Ala feminina e ala masculina.

Critérios de exclusão: défice cognitivo acentuado, atividade alucinatória ou delirante exacerbada, agitação psicomotora, acuidade auditiva reduzida.

Recursos necessários: Tempo previsto (30 minutos); material (computador, cabos de ligação, TV/ projetor, saco de rede, peças de roupa lavada); dinamizadores (Enf^a Inês e Enf^a orientadora).

Avaliação: Avaliar/registar a motivação e interesse da população-alvo: expressão facial, envolvimento, participação, comentários finais.

Apêndice VI
Plano de sessão “Cuidar de si”

PLANO DE SESSÃO

Tema: Cuidar de si

Objetivos terapêuticos: Sensibilizar para a importância da higiene pessoal; promover o autocuidado; prevenir o desenvolvimento de doenças e a sua propagação; estimular a função cognitiva; apresentar o novo protocolo do serviço; alertar para os riscos que advém déficit de higiene; abordar a necessidade e pertinência de realizar a mudança de roupa interior diariamente; promover a autoestima, autonomia e bem-estar; aumentar a coesão do grupo; promover o espírito de entreajuda.

Descrição da atividade: Realizar primeiramente uma breve descrição da sessão e a sua pertinência. Proceder à apresentação de diapositivos que abordam a temática da higiene pessoal, lavagem de roupa interior e novo protocolo do serviço. Refletir em conjunto sobre a temática e encorajar a partilha. Tendo em consideração a profissão de uma das utentes (cabeleireira), será disponibilizado material para corte e arranjo de cabelo, assim como material de estética, depilação, manicure e pedicure proporcionando um momento de autocuidado e interação social, onde serão mobilizadas as competências de cada utente e o espírito de entreajuda.

População-alvo: Ala feminina

Critérios de exclusão: défice cognitivo acentuado, atividade alucinatória ou delirante exacerbada, agitação psicomotora, acuidade auditiva reduzida.

Recursos necessários: Tempo previsto (40 minutos); material (computador, cabos de ligação, TV/ projetor, sacos de rede, secador, escovas, tesoura, molas, cortanhas, vernizes, maquilhagem, bandas de cera, giletes).

Avaliação: Avaliar/registar a motivação e interesse da população-alvo: expressão facial, envolvimento e participação.

Apêndice VII

Plano de sessão “Lidar com Problemas e Sintomas”

PLANO DE SESSÃO

Sessão de Psicoeducação inserida no projeto PREPARE

Tema: Lidar com os problemas e sintomas

Objetivos terapêuticos: promover a expressão de emoções; promover o autoconhecimento e autoconsciência; avaliar o humor de cada utente; avaliar a existência de ideação suicida; ensinar sobre estratégias adaptativas; promover a esperança.

Descrição da atividade:

Será lembrado o tema da sessão ao grupo e cada elemento fará as suas partilhas, sendo as mesmas guiadas pelas questões “O que mais vos preocupa neste momento?”; “Quais os sintomas da vossa doença que mais interfere com o vosso dia-a-dia?”; “Como lidam com as contrariedades/ frustrações?”; “Identificação de sinais/ sintomas da doença/ estratégias”; “Como reagem à presença de sinais/ sintomas?”. Na sequência de cada intervenção há a possibilidade de realizar psicoeducação.

Método: Interrogativo.

Crítérios de exclusão: défice cognitivo acentuado, atividade alucinatória ou delirante exacerbada; agitação psicomotora, acuidade auditiva reduzida.

Crítérios de inclusão: grupo fechado de sete utentes com diagnóstico de PAB seguidos na E. C.

Recursos necessários: Tempo previsto (40 minutos).

Avaliação: Avaliar/ registar a motivação e interesse dos utentes: participação/ intervenções realizadas.