



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA·PORTO·VISEU

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

### **A BIBLIOTERAPIA COMO INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA NO CUIDAR DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL**

### **BIBLIOTHERAPY AS A SPECIALIZED INTERVENTION IN CARING FOR PERSON WITH MENTAL ILLNESS**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Por João Pedro Afonso Gonçalves

LISBOA, junho de 2018



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO·VISEU

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

### **A BIBLIOTERAPIA COMO INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA NO CUIDAR DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL**

### **BIBLIOTHERAPY AS A SPECIALIZED INTERVENTION IN CARING FOR PERSON WITH MENTAL ILLNESS**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Por João Pedro Afonso Gonçalves

Sob orientação da Professora Doutora Olga Valentim

LISBOA, junho de 2018

*“Rir muito e com frequência;  
Granjeiar o respeito de pessoas inteligentes  
e o afecto dos filhos;  
Ser digno da admiração de críticos honestos...  
Saber que pelo menos uma vida foi mais fácil  
por nós termos vivido.  
Isto é ter êxito.”*

**Ralph Waldo Emerson (1803-1882)**

## AGRADECIMENTOS

Às pessoas doentes e seus familiares com quem tive oportunidade de partilhar alguns momentos significativos das suas vidas, que me permitiu desenvolver um pensar e um agir especializado.

Aos colegas orientadores que contribuíram com a sua disponibilidade, compreensão e saber em prol do meu processo de aprendizagem.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Olga Valentim pela orientação, suporte, disponibilidade e motivação contínua ao longo deste percurso académico.

A todos os outros colegas com quem me cruzei e que igualmente foram importantes no apoio, reflexão e discussão no dia-a-dia.

À minha família, especialmente aos meus pais, pela compreensão de me ter privado de “cuidar” de vós nos últimos tempos.

A vós, Silvina e Laura, por me acompanharem diariamente ao longo deste tenebroso percurso.

## RESUMO

A especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica exige do enfermeiro o desenvolvimento do seu autoconhecimento, demonstrando sensibilidade na análise, perspicácia na interpretação e capacidade de avaliação dos fenómenos complexos, na área da saúde mental, centrados na compreensão das necessidades singulares e globais da pessoa, família, grupo e comunidade ao longo do seu ciclo de vida.

No encontro interpessoal com estes, o enfermeiro especialista promove um agir intencional consciente, reflexivo e crítico, fundamentado na prática baseada na evidência científica, nos pressupostos ético-deontológicos e jurídicos da profissão na qual desenvolve habilidades, comportamentos e atitudes reconhecidas como competências especializadas.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica implementa cuidados de enfermagem especializados que visam a promoção da saúde mental, na prevenção da doença, na intervenção à pessoa em crise e no seu processo reabilitativo, mobilizando fundamentos próprios da disciplina de enfermagem através do desenvolvimento de intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

Estabelecendo uma relação de cuidado assente na dignidade de ambos, dá suporte e ajuda a pessoa na procura de mecanismos adaptativos eficazes ao longo do processo de transição saúde/ doença, na ótica dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Neste relatório de estágio recorre-se a uma abordagem metodológica descritiva, reflexiva e crítica, mobilizando os fundamentos científicos de uma revisão integrativa da literatura sobre a eficácia da biblioterapia como intervenção especializada de enfermagem no cuidar da pessoa com doença mental.

Estes fundamentos foram importantes no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. O módulo I- Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção decorreu numa Unidade de Residências de Reabilitação Psicossocial na área de Lisboa, foi dinamizada a biblioterapia numa das residências de vida apoiada, dando resposta a uma necessidade encontrada na equipa para enquadrar um espaço comunitário, que permitisse aos residentes a expressão de sentimentos e emoções para gerir atitudes e comportamentos de ajustamento psicossocial, onde se trabalharam aspetos da promoção da saúde e se deu

ênfase à importância da adesão ao regime terapêutico na prevenção do agravamento da doença mental.

No módulo II- Intervenção na crise no adulto foi mobilizada a biblioterapia como intervenção psicoterapêutica em pessoas com doença mental em fase aguda com o diagnóstico de enfermagem *ansiedade presente*, havendo ainda oportunidade de dinamizar outras intervenções especializadas como o relaxamento progressivo e a arteterapia.

O módulo III- Opcional foi desenvolvido numa unidade de Psiquiatria Forense onde foi mobilizada a biblioterapia a pessoas institucionalizadas (a cumprirem medida de segurança) para melhorar o *insight* sobre a doença mental como intervenção psicoeducacional com vista a melhorar a adesão ao regime terapêutico, ao longo do período de internamento. Foi ainda promovida a formação em serviço sobre esta intervenção como estratégia de fundamentação da prática baseada na evidência científica.

**Palavras-Chave:** ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA; ENFERMEIRO ESPECIALISTA; COMPETÊNCIA; BIBLIOTERAPIA, ADESÃO TERAPÊUTICA

## **ABSTRACT**

The specialization in Mental Health Nursing demands the development of self-knowledge, critical analysis, sharp interpretation and capacity to evaluate complex phenomenons in mental health, focused in the understanding of individual and global needs of the person, family, group and community, throughout the cycle of life.

In the interpersonal relationship, a specialist nurse promotes an intentional, conscious, reflective and critical analysis, with evidence based practice. It is also supported with ethical, deontological and legal assumptions of the nursing profession allowing the development of skills, behaviours, and attitudes recognised as specialised competences.

The Mental Health specialist Nurse implements specialised nursing care aiming the promotion of mental health and the prevention of disease, mobilising fundamentals of nursing to support the person in crisis and in the rehabilitation process, through the development of psychotherapeutical, psychosocial and psychoeducational interventions. Establishing a dignity based nursing care provides support and helps the person to find adaptive and efficient mechanisms throughout the process of transition from disease to health, in the perspective of nursing standards of quality.

In this report a methodological-descriptive, reflective-critical, approach is used, mobilising an integrative revision of literature about bibliotherapy's efficiency as a specialised nursing intervention in caring for the person with mental health.

These evidences were important in the development of competences of the specialist nurse. The first placement regarding Module I – Promotion of lifestyles, Diagnosis and Prevention, has happened in a Unit of Psychosocial Rehabilitation in Lisbon. Bibliotherapy was developed in one rehabilitation residence as a response of one of the needs found within the community team, allowing the residents to express feelings and emotions in order manage psychosocial attitudes and behaviours. In these moments the promotion of health is approached highlighting the importance of compliance with medication in the prevention of worsening mental disease.

In Module II – Intervention on the Adult in crisis, Bibliotherapy was used as a psychotherapeutical tool in persons with acute mental disease with the nursing diagnosis

present anxiety. Other specialised interventions as progressive relaxation and therapy art were used.

In Module III – Optional was developed in a Unit of Forensic Psychiatry mobilising Bibliotherapy with inpatients to improve the insight of Mental Health Disease as a psychoeducation intervention in order to improve compliance with the therapeutical plan. Also, developed an educational presentation as a theoretical ground for evidence based practice.

**Keywords:** MENTAL HEALTH NURSING; SPECIALIST NURSE; COMPETENCES; BIBLIOTHERAPY; MEDICATION COMPLIANCE

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

**APA-** *American Psychological Association*

**CIPE-** Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

**DeSC-** Descritores em Ciências da Saúde

**DGS-** Direção-Geral da Saúde

**EEESMP-** Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**ESMP-** Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**n.º-** Número

**OE-** Ordem dos Enfermeiros

**MMES-** *Mini Mental State Examination*

**MeSH-** *Medical Subject Headings*

**NOC-** *Nursing Outcomes Classification*

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**PII-** Plano Individual Integrativo

**REPE-** Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**UCP-** Universidade Católica Portuguesa

**URRP-** Unidade de Residências de Reabilitação Psicossocial

## ÍNDICE GERAL

<b>0- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....</b>	<b>5</b>
<b>2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: A EFICÁCIA DA BIBLIOTERAPIA NO CUIDAR EM ENFERMAGEM DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL.....</b>	<b>9</b>
<b>3. PERCURSO DA CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1- MÓDULO I- PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>3.2- MÓDULO III- OPCIONAL: PSIQUIATRIA FORENSE.....</b>	<b>35</b>
<b>3.3- MÓDULO II- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM UNIDADES DE INTERVENÇÃO NA CRISE.....</b>	<b>44</b>
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>49</b>
<b>5. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>53</b>

## ANEXOS

**ANEXO I-** Comprovativo de participação no *XI Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem- O Cuidado de Enfermagem: História e Inovação* com a **apresentação da Comunicação Oral** “A Eficácia da Biblioterapia no Cuidar em Enfermagem da Pessoa com Doença Mental: Revisão Integrativa da Literatura”

**ANEXO II-** Comprovativo de Formador na **Ação de Formação:** “Estudo de Caso: Um Contributo Particular no Cuidar”

**ANEXO III-** Comprovativo de Formador na **Ação de Formação:** “A Eficácia da Biblioterapia no Cuidar em Enfermagem da Pessoa com Doença Mental: Revisão Integrativa da Literatura”

**ANEXO IV-** Escala de *Insight de Marková e Berrios* (Validada para a versão portuguesa por *Vanelli et al.* 2010)

**ANEXO V-** *Escala Mini Mental State Examination*

**ANEXO VI-** Guião da **Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson**

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I-** **Artigo científico para publicação:** “A eficácia da biblioterapia no cuidar em enfermagem da pessoa com doença mental: revisão integrativa da literatura”

**APÊNDICE II-** **Projeto de Estágio**

**APÊNDICE III-** **Reunião Comunitária** na Unidade de Internamento I

**APÊNDICE IV-** **Reflexão Crítica** – Autoconhecimento

**APÊNDICE V-** **Programa de Biblioterapia** na Unidade de Internamento III

**APÊNDICE VI-** **Síntese da sessão de “Biblioterapia”** na Unidade de Internamento III

**APÊNDICE VII- Estudo de caso- Psiquiatria Forense**

**APÊNDICE VIII- Planejamento das sessões de “Biblioterapia”- Psiquiatria Forense**

**APÊNDICE IX- Grelhas de registo de hétero avaliação da sessão de “Biblioterapia”  
- Psiquiatria Forense**

**APÊNDICE X- Sessão de Formação em Serviço - Psiquiatria Forense**

**APÊNDICE XI- Estudo de Caso - Intervenção na Crise**

**APÊNDICE XII- Projeto de Biblioterapia- Intervenção na Crise**

**APÊNDICE XIII- Sessão de Relaxamento Progressivo de *Jacobson***

**APÊNDICE XIV- Sessão Psicoterapêutica de Arte Terapia.**

## **ÍNDICE TABELAS**

<b>TABELA 1-</b> Apresentação dos estudos da Revisão Integrativa da Literatura.....	12
<b>TABELA 2-</b> Recolha de dados dos estudos da Revisão Integrativa da Literatura.....	13
<b>TABELA 3-</b> Resultados da aplicação das escalas antes e depois das sessões de Biblioterapia.....	42
<b>TABELA 4-</b> Tabela de hétero avaliação das sessões de biblioterapia.....	43



## 1- INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se na avaliação da Unidade Curricular “Relatório” do Décimo Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do Instituto de Ciências a Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, no ano curricular de 2016 a 2018.

A especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica exige do enfermeiro o desenvolvimento do seu autoconhecimento, demonstrando sensibilidade na análise, perspicácia na interpretação e capacidade de avaliação dos fenómenos complexos, na área da saúde mental, centrados na compreensão das necessidades singulares e globais da pessoa, família, grupo e comunidade ao longo do ciclo de vida.

No contexto da prática clínica, no encontro interpessoal com o Outro, o enfermeiro especialista materializa um agir intencional consciente, reflexivo e crítico, fundamentado na prática baseada na evidência científica, balizado nos pressupostos jurídicos e ético-deontológicos da profissão, que lhe permite desenvolver habilidades, comportamentos e atitudes reconhecidas como competências especializadas.

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) legislado no n.º3 do Artigo 4º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro é circunscrita a definição do enfermeiro especialista, clarificando ser enfermeiro especialista “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar (...) cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017, p. 95).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) operacionaliza na sua *práxis* profissional intervenções autónomas que visam a promoção da saúde e a prevenção da doença mental. Mobiliza ainda fundamentos próprias da disciplina de enfermagem para intervir na pessoa em crise e no processo reabilitativo através de intervenções especializadas de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

Estabelecendo uma relação de cuidado assente na dignidade de ambos, dá suporte e ajuda a pessoa a desenvolver mecanismos adaptativos eficazes ao longo do processo de transição saúde/ doença, assumindo nas suas intervenções como um facilitador nos processos de transição ao longo do seu ciclo de vida. (Meleis, 2010).

Um relatório de estágio é definido por Cerqueira, Gomes da Costa, Leal e Nunes (2014) como um documento onde “(...) o estudante descreve e analisa o seu percurso, realizando uma análise crítica das competências desenvolvidas” (p.32). Segundo o Guia da Unidade Curricular “Relatório” da Universidade Católica Portuguesa (UCP) os objetivos deste trabalho circunscrevem-se em:

Analisar de forma crítica os objetivos de aprendizagem definidos pelo estudante no projeto de estágio em cada módulo, quanto à sua concretização; Avaliar de forma global e crítica o processo de desenvolvimento de competências em cada módulo de estágio; Fundamentar as opções de atividades na evidência científica disponível, que resultou das revisões da literatura realizadas no âmbito da temática transversal aos estágios ou outras (UCP, 2016, p.4).

Este relatório de estágio pretende destacar o percurso desenvolvido ao longo do período da Unidade Curricular “Estágio”, dando resposta aos objetivos gerais supracitados, iniciou-se este percurso desenhando um projeto de estágio, onde foram lavrados os objetivos individuais gerais e específicos, para cada local de estágio, como estratégia de maximizar o processo de aprendizagem, servindo de orientação para o percurso a desenvolver.

Ao longo do trabalho é identificada como objeto dos cuidados de enfermagem a Pessoa com doença mental, por considerar o conceito de Pessoa segundo Kant como detentora de “direitos e de responsabilidades” (Thompson, Melia & Boyd 2004, p.18) considerando-a um fim em Si mesma, mas que no seu ciclo de vida necessita de ser apoiada, cuidada e reabilitada de acordo com os processos de saúde/ doença com que se confronta, onde os enfermeiros intervêm. Contudo não se esgota o seu escopo na Pessoa, mas também no meio ambiente onde esta se insere, nomeadamente na família, grupos e comunidade, circunscrevendo o seu âmbito de intervenção.

Neste relatório de estágio recorre-se a uma abordagem metodológica descritiva, reflexiva e crítica, mobilizando os fundamentos científicos de uma revisão integrativa da literatura sobre a eficácia da biblioterapia como intervenção especializada de enfermagem no cuidar da Pessoa com doença mental. Para além desta área temática transversal ao longo deste percurso académico, foi ainda importante recorrer à pesquisa bibliográfica para fundamentar outras intervenções especializadas.

Para Valência e Magalhães (2015) a biblioterapia, quando mobilizada para a aplicabilidade clínica, visa abordar os problemas associados ao comportamento social, moral, emocional e físico, que objetive a mudança de atitudes e de comportamentos mais equilibrados ao meio cultural e social que a Pessoa integra.

A descoberta da biblioterapia como abordagem terapêutica surge no âmbito da minha prática profissional, onde a equipa de saúde implementara a biblioterapia no contexto assistencial à pessoa com doença mental em fase aguda (em crise), onde a figura do enfermeiro não estava incluído. Sendo a biblioterapia uma intervenção de enfermagem descrita por Bulechek, Butcher e Dochterman (2010), inquietou-me tal facto e motivou-me querer compreender a sua eficácia quando mobilizada para o contexto de cuidar em enfermagem da pessoa com doença mental.

Descrevendo a estrutura do trabalho, este inicia-se com a introdução, onde se define os objetivos do trabalho, de modo a facilitar a compreensão do percurso de ensino/aprendizagem desenvolvido. Nesta é abordado o tema da problemática estudada e justificada a organização do corpo do trabalho para facilitar a compreensão das intervenções especializadas desenvolvidas tendo em vista os resultados esperados.

No primeiro capítulo explana o enquadramento conceptual do trabalho onde são definidos alguns conceitos que visam enquadrar o leitor, fundamentando a importância da prática especializada na qualidade assistencial em saúde.

No segundo capítulo é descrita a revisão integrativa da literatura, com um enquadramento conceptual, o percurso metodológico, os resultados, a discussão e as conclusões, de modo a fundamentar a intervenção especializada desenvolvida.

Por conseguinte, surge o terceiro capítulo que descreve o desenvolvimento e consolidação de competências gerais e específicas de Mestre em Enfermagem na área de EEESMP. Neste são elaborados três subcapítulos que correspondem a cada módulo de estágio, explanados por ordem cronológica de concretização. Neste destaca-se o percurso de todo o processo de aprendizagem e de autodesenvolvimento, contextualizando-se o local de estágio, demonstrando as necessidades identificadas e as estratégias desenvolvidas, refletindo de modo crítico as competências alcançadas, como principais resultados de aprendizagem e os ganhos em saúde conseguidos.

Contextualizando, no Módulo I- Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção, este decorreu numa Unidade de Residências de Reabilitação Psicossocial na área de Lisboa, onde se implementou um programa de biblioterapia numa das residências de vida apoiada, dando resposta a uma necessidade encontrada na equipa para enquadrar

um espaço comunitário de expressão de sentimentos e emoções para trabalhar atitudes de ajustamento psicossocial e comportamentos que visam a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção do agravamento da doença mental.

O Módulo III- Opcional foi desenvolvido num serviço de Psiquiatria Forense de uma unidade hospitalar regional Portuguesa, onde foi mobilizada a biblioterapia a pessoas com doença mental institucionalizadas (a cumprirem medida de segurança) dirigido ao *insight* sobre a doença mental como intervenção de enfermagem que visou melhorar a aceitação do processo de doença e reforçar comportamentos sociais ao longo do período de internamento. Foi ainda promovida a formação em serviço e partilhados os resultados da sua aplicabilidade na prática clínica.

No Módulo II- Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise decorreu num serviço de saúde mental e psiquiatria de um hospital da periferia de Lisboa - internamento de Pessoas em crise. Neste contexto de cuidar foi mobilizada a biblioterapia como intervenção especializada a Pessoas com doença mental em crise com o diagnóstico de enfermagem de ansiedade presente, onde foi implementado um projeto de intervenção semanal, sendo realizada formação específica à equipa de enfermagem e integrando nas sessões desenvolvidas alguns dos enfermeiros do serviço. Houve ainda oportunidade de dinamizar outras intervenções especializadas, como sessões de relaxamento, de arteterapia e integrando outras atividades desenvolvida pela equipa do serviço.

A escolha destes locais de estágio enfatiza os contextos de aprendizagem que quis explorar, sendo que alguns deles me permitiu conhecer outras realidades do cuidar e outra tipologia de pessoas em diferente estadio de doença mental, dando resposta a expectativas pessoais de poder trabalhar futuramente nesse contexto.

Segue-se o capítulo da conclusão, onde se faz uma síntese analítica dos objetivos alcançados, identificando os aspetos centrais do percurso percorrido, as dificuldades e limitações encontradas com ímpeto nos resultados e se descreve o contributo alcançado para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

O trabalho finda com as Referências Bibliográficas, enunciadas com base na norma da *American Psychological Association sixth edition* (APA, 2010). São reportados para “anexos” e “apêndices” elementos documentais desenvolvidos ao longo do trabalho.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM**

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) é uma área de estudo específica da Enfermagem, do qual é esperado o desenvolvimento de um modelo terapêutico individualizado a cada pessoa/ grupo, na promoção da saúde e prevenção da doença mental, de âmbito preventivo, interventivo e reabilitador, que exige dos enfermeiros mais conhecimento e compreensão do comportamento humano, assim como de reforçadas capacidades e habilidades nos processos relacionais (Sá, 2010).

Em Portugal, tais habilidades e competências são reconhecidas aos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pelo seu órgão regulador que é a Ordem dos Enfermeiros, e que legisla que tais enfermeiros prestam cuidados especializados ao cliente com problemas reais ou potenciais de saúde mental, que consistem na implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicoeducacionais e psicossociais durante o processo de cuidar da pessoa, da sua família, grupo ou comunidade. (Ordem Enfermeiros, 2011)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde destacando o “bem-estar” na procura do indivíduo de um pleno equilíbrio físico, psicológico, social, cultural e espiritual. Este conceito de “bem-estar” incorpora também o constructo da definição de saúde mental, muito embora essa definição não seja unanimemente aceite e esta seja ajuizada como o oposto à doença mental (World Health Organization, 2001).

O conceito de Doença Mental” e a categorização de pessoas com doença mental são controversos e desaconselháveis, uma vez que vários fatores políticos, sociais, culturais e económicos moldam o significado da doença mental (Neville, 2013).

Enfatiza Amaral (2010) que “não se pode considerar que a doença mental seja somente a ausência de saúde, de Saúde Mental” (p.8) e que a saúde mental destaca a constante adaptação da pessoa ao meio que a rodeia numa relação de homeostasia.

Importando clarificar ambos para melhor sistematizar o pensamento, recorreremos à definição do conceito de Saúde Mental descrito em Townsend (2011) em que este visa “a adaptação bem-sucedida aos agentes agente *stressores* do ambiente externo e interno,

evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos apropriados à idade e congruentes com as normas locais e culturais” (p.15) tendo como suporte teórico nos processos de stress/ adaptação.

Paralelamente, o conceito de “Doença Mental” fundamenta-se em respostas mal adaptativas “evidenciadas por pensamentos, sentimentos e comportamentos incongruentes com as normas locais e culturais e que interfere com o funcionamento social, ocupacional e /ou físico do indivíduo” (Townsend, 2011, p.15).

O direito à saúde em Portugal é consagrado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, como explana a alínea n.º 1, onde circunscreve que todos têm direito à protecção da saúde, mas em igualdade proporcional, também todos têm o dever de a defender e promover. Assim, entendendo que a promoção da saúde se esbate na prevenção primária da doença, cabe aos profissionais de saúde operacionalizar essa missão, descrita na Lei de Bases da Saúde, como uma estratégia governamental nesta área específica, na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Segundo o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental, publicado no Regulamento n.º 356/2015 pela Ordem dos Enfermeiros (2015) os cuidados especializados em enfermagem de saúde mental promovem uma prática baseada na evidência científica, são fundamentados nas teorias de enfermagem, assim como em teorias psicológicas, neurobiológicas e psicossociais.

Estes materializam-se numa abordagem holística, com enfoque na relação de ajuda, como metodologia científica de chegar ao Outro para melhor identificar as suas necessidades, vulnerabilidades e capacidades, compreendendo os fatores contextuais dos processos de sofrimentos e das alterações do funcionamento mental. Perante tal avaliação, mede o impacto destas no seu projeto de vida, tendo como objetivo promover a saúde mental e prevenir a doença, potenciando a reabilitação psicossocial e o funcionamento global da pessoa, família, grupos e/ou comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A prevenção e a promoção da saúde mental fundamenta a Lei da Saúde Mental descrita na Lei n.º 36/98 de julho, alterada pela Lei n.º 101/99 de 26 de Julho, onde legisla na alínea 1 do artigo 2.º que “a protecção da saúde mental efectiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos” e adianta na alínea 2 que estas “(...) incluem acções de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da saúde mental das populações” descrito por Deodato (2012, p.98).

A Ordem dos Enfermeiros (2009) refere que “a expansão da clínica especializada em Enfermagem permite fomentar a investigação clínica em Enfermagem, clarificar e identificar o alvo de intervenção (...) assim como valorizar os ganhos em saúde da população nessas especialidades” (p.8).

Neste contexto, os estágios clínicos são determinantes nos processos de formação especializada, tendo como principais objetivos o desenvolvimento de “(...) capacidades, atitudes e competências” (Alarcão & Rua, 2005, p.376).

Não menos obstante, importa explorar a génese dos estudos em enfermagem que potenciaram uma abordagem especializada na área da saúde mental. Revendo os fundamentos da Teoria da Enfermagem Psicodinâmica, também conhecida pela teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard Peplau (considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica), esta teoria de médio alcance altera o foco de intervenção do enfermeiro, até aí centrado na substituição do funcionamento da pessoa doente, dando ênfase à prática de uma enfermagem centrado no processo de parceria relacional na construção da sua própria auto-realização (Tomey & Alligood, 2004).

Esta define quatro etapas, que fundamentam a interação do enfermeiro com a pessoa, firmada numa relação interpessoal, às quais nomeou de orientação, identificação, exploração e resolução, em que durante estas fases a enfermeira assume vários papéis, que enumera como o papel de estranha, papel de pessoa de recurso, papel de professora, papel de líder, papel de substituta e papel de conselheira. Concluiu a descrição da sua teoria com quatro experiências psicobiológicas presentes no processo interpessoal, que são as necessidades, a frustração, o conflito e a ansiedade (Tomey & Alligood, 2004).

Exemplifica esquematicamente na sua teoria em Tomey e Alligood (2004) que a pessoa com doença que atravessa um momento de convalescença e reabilitação está numa fase do seu ciclo de vida que pode percorrer as quatro etapas da sua teoria, o que justifica a mobilização desta teórica no contexto de estágio que adiante enquadro.

Contudo importou ainda recordar outros fundamentos teóricos que alicerçassem a minha intervenção especializada, sustentando a metodologia de análise nos estudos de caso realizados ao longo deste percurso. Relembrando os fundamentos teóricos de Betty Neuman na sua Teoria de Sistemas, onde a sua definição de pessoa vai para além do Homem que é um organismo que vive num equilíbrio instável, definido por Peplau, projectando a intervenção de enfermagem para o cliente/ sistema de cliente que pode ser o indivíduo, a família, grupo, comunidade ou questão social, com inferência direta à prática de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo esta, a definição de Enfermagem engloba a totalidade da pessoa, que tem inferência direta em todas as variáveis que interferem nas respostas do indivíduo ao stress. Esta classifica a Saúde como um “contínuo do bem-estar ao mal-estar de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança” e reforça que o bem-estar indica a satisfação das necessidades do sistema total (Tomey & Alligood, 2004, p. 340).

A mobilização da sua teoria para a prática de cuidados especializada permite compreender melhor o ambiente da pessoa cuidada, destacando as diferentes perceções dos agentes envolvidos no escopo do cuidados de saúde, o que permite ao enfermeiro elaborar um plano de cuidados individualizado e personalizado que dê resposta aos principais diagnósticos de enfermagem identificados centrados no objeto de cuidado.

O desenvolvimento da Enfermagem como disciplina e ciência funde-se no conceito de uma enfermagem avançada, defendido por Silva (2007), que enfatiza uma “maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e centralizada pela inter-relação pessoal baseado em teorias de enfermagem (...) e mais competências de tomada de decisão” (p.18).

O conceito de teoria resulta de uma articulação sistemática, coerente e organizada de aspectos da realidade que dizem respeito a uma disciplina, sendo que clarificam “uma representação simbólica descoberta ou inventada relativamente a aspectos da realidade, com o sentido de compreender, descrever, explicar, predizer ou prescrever” (Apóstolo & Gameiro, 2005, p.30). Os mesmos autores adiantam que, as teorias de médio alcance, permitem interpretar e explicar os fenómenos específicos da disciplina de Enfermagem, encontrando-se a sua génese na prática, sendo que esses fenómenos emergem da interação.

É na interação entre a pessoa e o ambiente que Meleis (2010) considera a chave do desenvolvimento de novas capacidades, comportamentos e atitudes do cliente. Também Mendes, Bastos e Paiva (2010) assumem que nesse processo interactivo de transição se dá “(...) a assunção de uma nova identidade, reformulada, assente na identidade anterior” (p.15), e este deverá ser o esboço dos cuidados de enfermagem, quando o cliente experiencia uma situação de saúde/ doença.

Após um enquadramento mais conceptual, destacamos no próximo capítulo a importância da prática baseada na evidência, explanando uma revisão integrativa da literatura sobre a biblioterapia, mobilizando os resultados da evidência científica na fundamentação desta intervenção terapêutica ao longo dos três módulos de estágio.

## **2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: A EFICÁCIA DA BIBLIOTERAPIA NO CUIDAR EM ENFERMAGEM DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL**

O recurso a estratégias não farmacológicas nos processos de cuidar da pessoa em contexto de doença mental e psiquiátrica tem-se revelado num importante contributo na ajuda desta, a explorar os seus problemas emocionais, a exprimir-se, potenciando a resolução de problemas internos, ajudando no processo de recuperação da doença mental.

O recurso à exploração de recursos literários (biblioterapia) como estratégia terapêutica em contexto de serviços de doença mental e psiquiatria não é recente, e é utilizada não só por enfermeiros, mas por outros técnicos de saúde como ferramenta importante de psicoterapia e como terapia cognitivo-comportamental.

O termo biblioterapia é definido por Cunha e Cavalcanti (2008) como a “utilização de livros e outros materiais de leitura em programas de leitura (...) para auxiliar no tratamento de problemas mentais e emocionais, bem como de desajustes sociais” (p. 55).

A definição unanimemente aceite do termo Biblioterapia é descrito pela Associação das Bibliotecas de Instituições e Hospitais dos Estados Unidos como a “utilização de materiais de leitura selecionados como coadjuvante terapêutico (...) na psiquiatria; a orientação de soluções de problemas pessoais através de leitura orientada; o tratamento de pessoas com dificuldades de adaptação de forma a promover a sua reinserção social” (Monteiro, 2004, p.14).

A biblioterapia como uma intervenção de enfermagem é descrita por Bulechek, Butcher e Dochterman (2010) como o “uso terapêutico da literatura para intensificar a expressão de sentimentos, resolução ativa de problemas, enfrentamento ou *insight*” (p.189). Sendo uma intervenção de cariz multidisciplinar esta revela-se num instrumento terapêutico versátil e flexível, estando disponível ao contributo de outros saberes e parcerias de âmbito psicoterapêutico.

Esta fundamenta-se no recurso a leitura de textos ou extractos literários, narrativa de contos, poesia e escrita criativa, permitindo ao terapeuta chegar ao outro e potenciar a partilha de emoções e sentimentos, ajudando-o a construir o seu “Eu” (Monteiro, 2004).

A aplicabilidade da biblioterapia no cuidar em enfermagem requer que o enfermeiro mobilize o seu saber especializado e científico, nos vários contextos de intervenção em saúde mental, através da sua ferramenta científica de trabalho que é a relação terapêutica, para chegar ao Outro que se encontra num momento de vulnerabilidade pessoal e de reajustamento funcional. Quando mobilizada para a aplicabilidade clínica visa abordar os problemas associados ao comportamento social, moral, emocional e físico, com o objetivo destes modificarem as suas atitudes e a adotarem comportamentos mais equilibrados ao meio cultural e social que integram (Valencia & Magalhães, 2015).

O objetivo deste estudo visou procurar a evidência científica que traduz a eficácia da biblioterapia como intervenção de enfermagem no cuidar da pessoa com doença mental, definiu-se a questão de investigação, que visa saber **“qual a eficácia da biblioterapia como intervenção de enfermagem, no cuidar da pessoa com doença mental?”**.

Pela imposição de limite de páginas neste trabalho, remetemos para o **APÊNDICE I** a íntegra deste estudo que se explana em modo de artigo científico, que se pretende submeter para publicação em revista científica da área de especialização. Descrevemos apenas neste capítulo o percurso metodológico, os resultados encontrados e a conclusão.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

No desenvolvimento deste trabalho de investigação decidiu-se proceder a uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de extrair da pesquisa uma maior compreensão e abrangência da evidência científica publicada sobre a problemática que pretendemos estudar.

Como materialização deste rigoroso processo optamos por percorrer as principais etapas metodológicas fundamentadas em Mendes, Silveira e Galvão (2008). Iniciamos este processo por definir o objeto do estudo, pelo que se definiu a questão de investigação, que visa saber **“Qual a eficácia da biblioterapia como intervenção de enfermagem, no cuidar da pessoa com doença mental?”**

Como instrumento de pesquisa recorreu-se à base de dados PubMed e à plataforma de pesquisa eletrónica EBSCOhost- Research Databases à qual está indexada as bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde, na qual foram selecionadas as bases de dados CINAHL® Complete, MEDLINE® Complete e Nursing & Allied Health Collection.

Em cada base de dados identificámos os descritores de pesquisa Medical Subject Headings (MeSH) e os Descritores em Ciências da Saúde (DeSC) de acordo com as

palavras-chave retiradas da pergunta de investigação e que foram respetivamente: “bibliotherapy”, “nurse” e “mental health”.

Da seleção destes termos conjugámos os operadores booleanos, de modo a encontrar a melhor evidência que respondesse à pergunta de partida, resultando a seguinte fórmula booleana: (bibliotherapy AND Nurse\* AND mental health).

A pesquisa realizou-se entre o dia 17 e o dia 21 de junho de 2017. Os limitadores de pesquisa seleccionados foram os artigos que se encontravam disponíveis em texto completo, no idioma Português e Inglês, e considerando o universo temporal dos últimos cinco anos (entre o ano 2012 a junho de 2017). Como a amostra encontrada apenas correspondia a cinco estudos, alargamos a pesquisa para os últimos dez anos para aumentar a compreensão da problemática.

Após eliminação dos artigos repetidos foram aplicados os critérios de inclusão e de exclusão. Considerou-se como critério de inclusão a realização da intervenção de biblioterapia dinamizada por enfermeiros ou estes estivessem inclusos no grupo de trabalho nos estudos encontrados, dirigida a pessoas com doença mental mas também aos seus familiares/ cuidadores.

Os critérios de exclusão aplicou-se aos artigos em que a biblioterapia era mobilizada por outros técnicos de saúde que não enfermeiros. Deste processo de análise, excluíram-se os que se encontravam repetidos e após leitura de todos os artigos na íntegra obteve-se a amostra de pesquisa.

## **RESULTADOS**

Com esta abordagem metodológica encontramos dez artigos disponíveis em texto completo, dos quais cinco artigos obtidos da pesquisa na plataforma informática da PubMed e outros cinco da plataforma de pesquisa EBSCOhost (desta identificamos que os cinco artigos encontrados estavam indexados na Medline, e destes dois artigos repetidos indexados na CINAHL e um artigo repetido na Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive).

Após análise do título identificámos que três artigos estavam repetidos, por se terem utilizado duas plataformas de pesquisa diferentes, pelo que se consideram sete artigos como amostra do nosso estudo, onde extraímos os dados mais relevantes, que é exposto na seguinte tabela (Tabela 1):

Estudo	Título	Autores	Revista/ Ano	Metodologia	Objetivo	Amostra
E1	The second Randomised Evaluation of the Effectiveness, cost-effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REEACT-2) trial: does the provision of telephone support enhance the effectiveness of computer-delivered cognitive behaviour therapy? A randomised controlled trial	Brabyn S, Araya R, Barkham M, Bower P, Cooper C, Duarte A, Kessler D, Knowles S, Lovell K, Littlewood E, Mattock R, Palmer S, Pervin J, Richards D, Tallon D, White D, Walker S, Worthy G, Gilbody S.	<a href="#">HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT 2016</a>	Este estudo foi um ensaio clínico multicêntrico controlado e randomizado de dois grupos paralelos, pragmático, aberto com uma avaliação econômica concomitante	Comparar a eficácia clínica e relação custo-eficácia da terapia cognitivo-comportamental informatizada com material de auto ajuda entregue habitualmente no NHS e da terapia cognitivo-comportamental informatizada com material de auto ajuda e apoio guiado por telefone.	Participaram 182 pessoas foram divididas aleatoriamente para participarem na terapia cognitivo-comportamental informatizada com um suporte mínimo habitual com pessoas deprimidas com score >10 no questionário PHQ-9e 187 pessoas participaram numa terapia cognitivo-comportamental informatizada com suporte por telefone.
E2	A Randomized Controlled Trial of Clinician-Supported Problem-Solving Bibliotherapy for Family Caregivers of People With First-Episode Psychosis.	Chien, Wai Tong; Thompson, David R.; Lubman, Dan I.; McCann, Terence V.	<a href="#">Schizophrenia Bulletin 2016</a>	Um estudo controlado randomizado foi realizado em 2 clínicas de intervenção na psicose precoce em Hong Kong	Avaliar os efeitos aos 5 meses da aplicabilidade da biblioterapia baseada na resolução de problemas com apoio clínico para cuidadores familiares chineses de pessoas com o primeiro episódio de psicose, ao nível da carga, na redução dos sintomas psicóticos e da duração de re-internamento, em comparação com apoio familiar habitual prestado	Participaram 116 cuidadores foram selecionados aleatoriamente e depois divididos aleatoriamente para o grupo de intervenção e para o grupo de base.
E3	Qualitative process evaluation of a problem-solving guided self-help manual for family carers of young people with first-episode psychosis.	McCann T.V.; Lubman D.I.	<a href="#">BMC Psychiatry 2014</a>	Estudo de ensaio controlado, randomizado, realizado em dois serviços de intervenção precoce na psicose, seguido de uma avaliação qualitativa do processo por entrevista individual ao grupo de intervenção e foi este grupo que estudaram	Avaliar a crença dos cuidadores sobre a utilidade da biblioterapia com o manual de auto-ajuda guiada para a resolução de problemas para os cuidadores/ familiares de jovens no primeiro episódio de psicose.	Participaram 124 cuidadores, dos quais 61 integraram a intervenção de biblioterapia /auto-ajuda guiada por problemas e 63 cuidadores o tratamento habitual. Também realizaram uma avaliação do processo qualitativo, utilizando entrevistas individuais, com uma amostra aleatória de 24 indivíduos do grupo de intervenção.
E4	Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: a randomised controlled trial.	Songprakun W.; McCann T.V	<a href="#">BMC Psychiatry 2012</a>	Estudo de ensaio controlado, randomizado.	Avaliar a eficácia da biblioterapia com um manual de auto-ajuda sobre os níveis de resiliência, a pessoas com depressão moderada que vivem na comunidade da província de Chiang Mai do norte da Tailândia	Participaram 56 pessoas com o diagnóstico de depressão moderada que foram atribuídos aleatoriamente a um grupo de intervenção (n = 27) e outro de controle (n = 29)
E5	Optimising treatment resources for OCD: a review of the evidence base for technology-enhanced delivery.	Lovell, Karina ; Bee, Penny	<a href="#">Journal Of Mental Health (Abingdon, England) 2011</a>	Revisão da Literatura	Realizar uma análise detalhada da base de evidências publicada para intervenções baseadas nas terapias cognitivo-comportamentais, incorporando uma tecnologia da saúde no tratamento da doença Obsessivo compulsivo.	Foram identificadas treze estudos sendo que destes, cinco recorreram à biblioterapia.
E6	The power of words: Books can help improve the confidence and self-esteem of people with mental health conditions	Walsh, Tina	<a href="#">Nursing Standard (Royal College Of Nursing) 2010</a>	Artigo de reflexão	Ler em grupo pode ajudar as pessoas com problemas de saúde mental a construir a sua auto-confiança.	Relatos de profissionais que trabalham com a biblioterapia
E7	The introduction of a healthy reading scheme for people with mental health problems: usage and experiences of health professionals and library staff.	Robertson, Roma; Wray, Steven J.; Maxwell, Margaret; Pratt, Rebekah J	<a href="#">Mental Health In Family Medicine 2008</a>	Entrevistas semi-estruturadas com bibliotecários e prescritores da equipa de saúde mental da comunidade.	Explorar a utilização de um serviço de "leitura saudável" e oferecer mais informações sobre a melhoria do processo de aceitação da prescrição de livros por profissionais de saúde.	Foram realizadas entrevistas telefônicas semi-estruturadas a dez profissionais de saúde e quatro bibliotecários ou assistentes de bibliotecas que prescreveram livros durante 12 meses.

**Tabela 1:** Apresentação dos estudos da Revisão Integrativa da Literatura

	Conclusões dos estudos	Eficácia da biblioterapia como intervenção
E1	A Biblioterapia foi disponibilizada informaticamente no programa MoodGYM com material de auto-ajuda como terapia cognitivo-comportamental a pessoas deprimidas seguidas em consulta de clínica geral com apoio telefónico no NHS. Após 4 meses da intervenção tinham a probabilidade de estar até 2 vezes menos deprimidas comparativamente com as pessoas que lhe eram disponibilizadas a mesma intervenção como terapia cognitivo-comportamental sem apoio telefónico, mas aos 12 meses os valores avaliados da depressão não eram estatisticamente significativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em ambos os grupos houve <u>diminuição do grau de depressão</u> avaliado com a escala Patient Health questionnaire-9 (PHQ-9);</li> <li>- Houve <u>melhoria do nível de ansiedade</u> ao longo dos 12 meses mais evidente no grupo de intervenção com apoio telefónico;</li> <li>- Houve <u>diminuição das queixas somáticas das pessoas</u>;</li> <li>- Há <u>ganhos em qualidade de vida em anos</u> avaliados pela escala European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D);</li> <li>- <u>Redução de custos económicos</u> como consequência aos menores períodos de interrupção de trabalho por doença;</li> <li>- <u>Diminuição do risco de depressão</u> a curto e médio prazo.</li> </ul>
E2	A biblioterapia dirigida a familiares/ cuidadores de pessoas que desenvolvem o primeiro episódio psicótico como intervenção na resolução de problemas relatou melhorias na carga familiar e na experiência de cuidar, e redução na gravidade dos sintomas psicóticos e duração dos reinternamentos, do que o grupo com o apoio familiar habitual. O uso da biblioterapia com terapia de resolução de problemas produz benefícios moderados a longo prazo para cuidadores e pessoas doentes, e é um complemento de baixo custo para o apoio de familiares após alta hospitalar.	Aos 5 meses da intervenção aos familiares/ cuidadores, o estudo demonstra: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Melhoria da carga familiar</u> (family barden) com <u>promoção do bem-estar familiar</u>;</li> <li>- Familiares relatam experiências na resolução de problemas com <u>desenvolvimento de estratégias de coping</u> eficazes;</li> <li>- <u>Diminuição da severidade dos sintomas psicóticos</u> do familiar/ pessoa significativa doente que tivera o primeiro episódio psicótico.</li> <li>- <u>Diminuição do número e da duração dos reinternamentos</u> deste ao longo de 12 meses;</li> </ul>
E3	Este estudo destaca a importância da intervenção de biblioterapia com manual de auto-ajuda guiada para a resolução de problemas demonstrando-se útil para informar e apoiar os cuidadores dos jovens com primeiro episódio psicótico e aumentou a capacidade destes se adaptarem a esta nova realidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Promoveu o bem-estar</u> dos cuidadores/ familiares;</li> <li>- <u>Melhorou significativamente a compreensão do processo de doença</u> e assim promoveu o apoio dos cuidadores/ familiares à pessoa doente;</li> <li>- Os cuidadores/ familiares sentem-se valorizados pela fácil acessibilidade em compreender e consultar o manual.</li> </ul>
E4	Os resultados evidenciam que o uso da biblioterapia com recurso a um manual de auto-ajuda aumenta a resiliência em pessoas tailandesas com depressão moderada. A biblioterapia é facilmente implementada como complemento de trabalho por enfermeiros de saúde mental na promoção da resiliência e favorece o processo de reabilitação de pessoas com depressão moderada, na comunidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstrou <u>melhoria da resiliência da pessoa doente</u> com depressão moderada.</li> <li>- Demonstra-se <u>eficaz na melhoria dos sintomas depressivos</u> em pessoas com depressão moderada.</li> </ul>
E5	Dos estudos encontrados para o tratamento da doença obsessiva-compulsiva encontrou 5 estudos com recurso à biblioterapia que descreve serem inconclusivos dados os vieses das limitações apresentadas, do baixo número de elementos por grupo estudado que não permite generalizar e qualificar esta intervenção terapêutica quanto à sua eficácia.	- Não há evidência científica suficiente que suporte a eficácia da biblioterapia como principal intervenção no cuidar de pessoas com doença obsessiva compulsiva, embora as limitações dos estudos encontrados se expressem pequenas classes amostrais de participante e um grande rácio de abandono a meio da intervenção que condiciona os resultados globais.
E6	Artigo reflexivo de uma jornalista que recebe testemunhos de uma enfermeira que desenvolve uma sessão semanal de biblioterapia no Reino Unido que implementa a biblioterapia numa ala psiquiátrica com doentes com psicoses e com perturbações da personalidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relata <u>melhoria da confiança e da auto-estima</u>, nos elementos do grupo com perturbações da personalidade e psicoses;</li> <li>- Enfatiza um doente onde a <u>biblioterapia melhorou a sua comunicação e interação social</u>.</li> </ul>
E7	17% dos empréstimos de livros previamente selecionados como recurso de auto-ajuda numa biblioteca escocesa onde este projeto foi implementado tem por base uma prescrição, do qual fazem parte 2 enfermeiros de saúde mental na comunidade.	-A prescrição de livros promove a <u>melhoria dos sintomas depressivos ligeiros</u> como alternativa a outras psicoterapias e revela-se eficaz nas pessoas com doença mental ligeira.

**Tabela 2:** Resultados dos estudos da Revisão Integrativa da Literatura

## CONCLUSÃO

O processo de cuidar da pessoa com doença mental e seus cuidadores/ familiares/ pessoas significativas evidencia-se num processo complexo que requer uma abordagem multiprofissional da qual o enfermeiro se assume como um elemento promotor, de suporte e capacitador, mobilizando habilidades ético-relacionais e conhecimento técnico-científico.

Ao longo deste trabalho pode-se concluir que os estudos encontrados abordam aspetos importantes da eficácia e dos benefícios que traz para a pessoa com doença mental a intervenção da biblioterapia na prática clínica, nomeadamente nos diagnósticos de enfermagem do humor depressivo, da ansiedade presente, da auto-estima diminuída, conhecimento sobre processo de doença diminuído e do isolamento social presente.

Os resultados encontrados nesta revisão integrativa da literatura dão fundamentos interessantes ao desenvolvimento do conhecimento científico, contudo consideramos como limitadores do estudo o reduzido número de estudos disponíveis nas plataformas de pesquisa selecionadas, e dos estudos analisados as conclusões vão de encontro aos resultados encontrados anteriormente por outros autores (Abreu, Zulueta & Henriques, 2013).

Consideramos que a seleção de outras bases de dados e outras plataformas de pesquisa poderia ter enriquecido os resultados encontrados, sugerindo o desenvolvimento de estudos qualitativos longitudinais que permitam fundamentar os resultados encontrados, contudo permitiu compreender os diferentes contextos de cuidar em que a biblioterapia tem potencial de aplicabilidade.

É de realçar os benefícios a quando da abordagem da intervenção de biblioterapia a cuidadores/ familiares de pessoas com doença mental, que revelou importantes ganhos na melhoria do seu bem-estar, promoveu o *insight* sobre o processo de doença, favorecendo a readaptação funcional da pessoa com doença mental. Em relação à família, a biblioterapia capacita-a nas respostas de apoio ao familiar doente ao longo do período da fase aguda da doença, reforçando os cuidados no pós-alta e na gestão de adesão ao processo terapêutico.

Em suma, encontramos na evidência científica que a biblioterapia, enquanto intervenção de enfermagem, é uma estratégia que requer baixos custos financeiros, tem aplicabilidade no cuidar da pessoa com doença mental em contexto hospitalar e desenvolvido por enfermeiros de saúde mental na comunidade, com importantes ganhos na melhoria da qualidade de vida e bem-estar, demonstrando-se eficaz quer com recurso a sessões de grupo, assim como com recurso a biblioterapia apoiada por suporte informático e telefónico ou com manuais informativos de auto-ajuda com apoio do enfermeiro.

### **3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NA PRÁTICA CLÍNICA**

Ao longo do estágio foi uma premissa potencializar as oportunidades de aprendizagem na prática de cuidados, onde se pôde mobilizar os conteúdos lecionados ao longo do percurso acadêmico e o conhecimento adquirido ao longo da minha experiência profissional, e assim aprofundar e materializar uma *práxis* de enfermagem especializada, ética e deontologicamente mais consciente, com fundamento na prática baseada na evidência, sendo imprescindível neste processo a metodologia de ensino com base na tríade estudante, orientador e professor.

Encontrados os fundamentos na literatura da intervenção terapêutica de enfermagem “biblioterapia”, estes foram mobilizados no desenvolvimento de competências específicas de EEESMP, onde a sua aplicabilidade ao longo do percurso de aprendizagem em diferentes contextos da prática clínica permitiu dar resposta a diagnósticos de enfermagem válidos com eficácia adiante comprovada.

Recorrendo-se ao método descritivo, com análise crítico-reflexiva dos objetivos específicos (indicadores de estrutura) e das ações planeadas (indicadores de processo) projetados no início de cada estágio, que serviram de orientação e suporte, para alcançar os indicadores de resultado, que se materializaram em competências de enfermeiro especialista, na área de especialização de Enfermagem de Saúde Mental (UCP, 2016).

Esta esquematização fundamenta-se no modelo de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde defendida por Donabedian (2003) quando considera que estes se podem avaliar através dos indicadores de estrutura, processo e resultado.

Segundo Lopes, Gomes e Almada-Lobo (2018) a especialização em enfermagem valoriza a prestação de cuidados de saúde, melhorando o atendimento da pessoa que operacionaliza cuidados de enfermagem mais personalizados e integrativos, mas também capacita o conhecimento da pessoa em relação às suas doenças, através do “(...) aconselhamento, ajuda na autogestão de doenças e promoção de boas práticas. A melhoria dos cuidados recebidos traduz-se (...) numa maior satisfação dos clientes relativamente aos cuidados recebidos” (p.31).

Sendo a prática especializada caracterizada pelo desenvolvimento de competências gerais e específicas do enfermeiro especialista, com ênfase na reflexão do seu agir, foi planeado no projeto de estágio (**APÊNDICE II**), o objectivo geral que se pretende transversal a todos os módulos de estágio, e deste se descrevem os respetivos objetivos específicos em cada módulo de estágio.

Assim, ao longo deste processo formativo foi meu Objetivo Geral: ***Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no cuidar da pessoa, família/ pessoa significativa grupos e/ ou comunidade ao longo do seu ciclo de vida.***

Estão explanados nos próximos subcapítulos os contextos da prática clínica onde tais competências foram desenvolvidas, destacando-se estas ao longo do texto.

### **3.1- MÓDULO I- PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO**

O presente módulo de estágio desenvolveu-se no período de 01 de setembro de 2017 a 26 de outubro de 2017, com a duração de 180 horas, numa Unidade de Residências de Reabilitação Psicossocial de um hospital público incluso no Serviço Nacional de Saúde Português, situado na grande Lisboa, onde estão integradas oito estruturas residenciais inclusas na instituição hospitalar e na comunidade.

Para facilitar a compreensão do percurso realizado, procede-se a uma breve descrição do contexto de estágio. A Unidade de Residências de Reabilitação Psicossocial contempla Unidades de Vida Apoiada, com estruturas residências de apoio elevado e moderado, que de modo a preservar a identidade dos utentes destas se descrevem como Unidades de Internamento as inclusas no hospital e as Unidades na Comunidade as que se encontram fora deste recinto.

As Unidades de Internamento I e II são classificadas como residências de apoio elevado, onde residem vinte utentes com doença mental de evolução prolongada com incapacidade de funcionamento psicossocial na comunidade, que integram um projeto individual de reabilitação agora designado de Plano Individual de Intervenção (PII).

A Unidade de Internamento III é outra das estruturas residenciais, de apoio elevado, onde residem doze utentes com doença mental de evolução prolongada que apresentam

compromisso da autonomia funcional por co-morbilidades físicas associadas às implicações da doença mental, que aumenta o seu grau de dependência.

As Unidades de Internamento IV e V são outras estruturas residenciais com doze e oito utentes respetivamente, que requerem apoio elevado da equipa multidisciplinar. Estas estruturas residenciais têm apoio de uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte dois enfermeiros, durante os dias uteis da semana, nos períodos das 8h às 15h30, sendo um dos enfermeiros da equipa especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Fora do recinto hospitalar encontram-se as estruturas residenciais de treino de vida autónoma, inclusas na comunidade, como é o caso da Unidade Comunitária I onde residem cinco utentes, e as duas Unidade Comunitária II e III onde residem três e dois utentes, que requerem um apoio moderado da equipa multidisciplinar.

O presente estágio desenvolveu-se na Unidade de Residências de Reabilitação Psicossocial, onde pude desenvolver competências gerais e específicas no âmbito da especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, com ênfase na promoção de estilos de vida, prevenção e promoção da saúde mental a pessoas, famílias, grupos e/ou comunidade que permitisse a mobilização de instrumentos terapêuticos de enfermagem na relação interpessoal e grupal.

A matriz legal que fundamenta o seu funcionamento é descrita no Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho e na Portaria n.º68/2017, de 16 de fevereiro da Lei Portuguesa, onde são legisladas as tipologias de Residências de Treino de Autonomia assim como a tipologia de Residências de Apoio Máximo, Moderado e Residência Autónoma de Saúde Mental que tendencialmente irão ser inclusas à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados como contempla os diplomas supracitados.

É de destacar que o legislador ao identificar os vários elementos que devem constituir a equipa multidisciplinar do respetivo apoio residencial, nesta integra sempre a figura do enfermeiro especialista na área da saúde mental e psiquiátrica, dando ênfase à importância da prática especializada neste contexto de cuidados.

Sendo objetivo deste Módulo I de estágio a “promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção” procurou-se direcionar a intervenção especializada, fundamentando-a nos pressupostos do paradigma salutogénico. Segundo Martins (2005) o conceito de promoção da saúde ancorado neste paradigma “valoriza os factores que interferem positivamente na saúde. A acção sobre aqueles factores, tem que ser multidireccional e multidimensional e deve fazer apelo ao contributo de diferentes disciplinas e sectores” (p. 2).

O paradigma salutogénico fundamentado na promoção da saúde é um fator que determina de modo positivo a saúde, contraria o paradigma de patogénese com ênfase no modelo biomédico (negativista), por se encontrar fundeado no modo de abordar a saúde pela presença ou procura centrada na doença ou lesão, contudo ambos complementam-se e permitem uma construção contínua do conceito de saúde e do conhecimento do ser humano que tanto tem contribuído para o aumento da esperança média de vida da população mundial (Martins, 2005).

No contexto deste módulo de estágio na Unidade de Reabilitação Psicossocial, o conceito de promoção da saúde assente no paradigma salutogénico parece uma abordagem mais proficiente e que traduz maiores ganhos em saúde para as pessoas cuidadas, procurando que estas encontrem os mecanismos internos para se desenvolverem na procura e na adoção de estratégias diárias, para lidar com as adversidades do quotidiano e promoverem a sua saúde.

Assim, assumindo um papel de parceria no cuidar, imbuído nos fundamentos teóricos de Meleis (2010), o enfermeiro intervém nos processos de transição de saúde/ doença, enquanto agente promotor de transições saudáveis, orientando a sua intervenção como facilitadora ao longo desse processo de cuidar. É nesta linha conducente, que surgem os objetivos específicos deste módulo de estágio que visaram enquadrar a intervenção desenvolvida.

Abordando os objetivos específicos projetados para este módulo de estágio que se sedimentam nos indicadores de estrutura, descreve-se de modo crítico e reflexivo os indicadores de processo com ênfase no percurso desenvolvido e nas intervenções realizadas em contexto de prática clínica, e se fundem nos indicadores de resultado reveladores de aprendizagem que se traduzem em competências adquiridas.

O primeiro objetivo específico definido para este módulo de estágio foi:

***- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença mental e seus familiares em processo de reabilitação psicossocial nas unidades de residências de vida apoiada com destaque na promoção da saúde e prevenção da doença.***

Para melhor conduzir o processo de aprendizagem foi importante explorar os principais construtos do objetivo, emergindo o conceito de “cuidados de enfermagem especializados” e o conceito de “processo de reabilitação”. Se por um lado, os cuidados de enfermagem especializados já foram devidamente fundamentados anteriormente, cabe agora clarificar o conceito de reabilitação psicossocial.

Desconstruindo o termo, reabilitar deduz-se ser um processo de voltar a habilitar alguém ou alguma coisa a recuperar aquilo que fora perdido ou ficara comprometido. Segundo Hesbeen (2003) a reabilitação assume uma prática de cariz multidisciplinar, fundamentada no conhecimento científico, tendo como finalidade “assegurar à pessoa incapacitada ou deficiente, bem como aos seus próximos, diferentes acções que permitem suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem” (pp. 53-54), nomeadamente os relacionados com os fatores ambientais (físicos, humanos ou administrativo-financeiros) e fatores individuais (de esperança, no reconhecimento e reinvestimento da própria pessoa, da sua auto-imagem e de hábito de vida) cujos principais meios de reabilitação este enuncia a reeducação funcional, a reinserção social e a reintegração escolar ou profissional (Hesbeen, 2003).

A reabilitação psicossocial tem especificamente como objetivos principais “a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração” (OMS 2002, p.62).

A clarificação desde conceito traduziu-se na sensibilidade de abordar e planificar este módulo de estágio, inicialmente na discussão dos objetivos específicos com o enfermeiro orientador e por seguinte na estruturação das atividades que foram planeadas, desenvolvidas e avaliadas. Ao longo deste subcapítulo as pessoas com doença mental vão ser descritas como residentes, pela importância de minimizar o estigma e reforçar a sua dignidade uma vez que o processo reabilitador é centrado nas suas capacidades de adaptação à doença.

Por conseguinte, foi imperativo desde o início do módulo de estágio integrar a equipa de trabalho, demonstrando uma postura profissional empática, receptiva e atenta, integrando as dinâmicas funcionais da unidade e compreendendo a articulação dos elementos da equipa multiprofissional no processo de reabilitação psicossocial, em complementaridade funcional, **demonstrando capacidade de trabalhar, de modo adequado, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Este processo foi célere, uma vez que a equipa de saúde era constituída por dois enfermeiros (um deles mestre e especialista em saúde mental e psiquiatria), duas médicas psiquiatras, duas assistentes sociais, nove assistentes operacionais, uma terapeuta ocupacional e duas psicólogas, que prontamente me acolheram, sentindo-me integrado e seguro, reconhecendo que é importante que o enfermeiro se sinta integrado, para poder maximizar a sua intervenção especializada, pois só assim poderá mobilizar para a prática

de cuidados os conhecimentos científicos adquiridos e desenvolver habilidades e capacidades que se traduzam em competências (Gonçalves, 2015).

Progressivamente o acolhimento por toda a equipa foi positivo, o que se revelou de grande importância para que progressivamente conseguisse ser aceite e acolhido pelos 60 residentes a quem a equipa de enfermagem presta cuidados diariamente.

Aproveitando os momentos de cuidado nas unidades residenciais e na sala de enfermagem, local onde grande parte dos residentes se deslocam, apresentava-me, cumprimentando-os e adequadamente, solicitava que me dissessem o seu nome para eu poder progressivamente chamá-los pelo nome reforçando a sua identidade, com a preocupação de respeitar a sua individualidade, inculcando uma intencionalidade relacional de cuidar humanizado e individual assente na dignidade e na autodeterminação de cada.

Neste âmbito mobilizei conhecimentos apreendidos na academia e da prática clínica, relativamente a técnicas de comunicação terapêutica, que como descreve Towswend (2011, p.138) a comunicação terapêutica “encoraja a exploração de sentimentos e fomenta o entendimento da motivação comportamental (...) desencoraja a atitude defensiva e promove a confiança”.

Demonstrando conhecimento sobre as técnicas de comunicação, estas dividem-se em técnicas de comunicação terapêutica e não terapêutica. Para Towswend (2011) as técnicas de comunicação não terapêutica são preponderantes no estabelecimento de uma relação interpessoal que servirá de base no processo integrativo (das quais destaco a escuta ativa, o feedback, controlando aspetos comportamentais da comunicação não-verbal transpondo para a ação a técnica com os acrónimos SOIER (sentar de frente para o cliente, observar uma postura aberta, inclinar-se para o cliente, estabelecer contacto visual e relaxar), permitindo estabelecer com o utente um padrão de interação. Para a mesma autora, as técnicas de comunicação terapêutica são uma segunda linha de intervenção específica e complementar, das anteriores, e devem servir para melhorar o desenvolvimento de uma relação terapêutica, como é a técnica do silêncio, a aceitação, o reconhecimento, a abertura, o reforço de pistas, fazendo observações o encorajamento, a repetição, a reflexão, a clarificação, a validação da mensagem e a descodificação de sentimentos, **demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação, na relação com o cliente, assente no respeito pela sua identidade, padrão de crenças e cultura.**

É na sala de enfermagem que os residentes cumprem a toma assistida da medicação como uma estratégia de promover o processo de adesão ao regime terapêutico, com impacto

significativo na prevenção da agudização da doença mental, uma vez que estes estão numa fase de estabilização da doença e esta intervenção minimiza a sua progressão e agudização.

Este momento relacional de cuidado fora importante no processo integrativo, pois facilitou-me a memorização da cara dos residentes ao seu nome, o que se tornou um desafio, que exigiu que desenvolvesse competências de gestão de tempo e estabelecimento de prioridades nos cuidados, pois estes entravam quase de modo contínuo na sala de trabalho para fazer a toma assistida no período do pequeno-almoço e do almoço. Nestes encontros foi importante demonstrar assertividade comunicacional, contendo alguns comportamentos desajustados e garantir a segurança dos cuidados. O treino da assertividade promove a autoconsciência, desencoraja a resignação e demonstra às pessoas que podem escolher o modo de se comportarem, em pé de igualdade com os outros (Seifert, 2009).

Fui progressivamente percebendo que a intervenção do enfermeiro neste momento específico de cuidado não se esgota na toma assistida da medicação, vai muito para além disso, pois é um momento único de intencionalidade relacional, onde pude explorar o meu campo de atuação, **demonstrando uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.**

Foi neste contacto relacional diário, fundamentado em momentos de avaliação inicial de modo formal e informal, com enfoque na entrevista de ajuda, que pude perceber as áreas de intervenção sensíveis aos cuidados de enfermagem que constituíam os principais problemas de enfermagem quer individuais quer do grupo residencial, o que facilitou a identificação de diagnósticos de enfermagem, que serviram de fundamento para as intervenções de enfermagem que fui desenvolvendo com vista a atingir resultados num período de tempo que pudesse avaliar e reestruturar o plano de cuidados de algumas pessoas doentes/ família/ grupos que ali recebem cuidados de enfermagem, **demonstrando capacidade de tomar decisões fundamentadas, tendendo às evidências científicas, e à responsabilidade social e ética.**

Neste âmbito identificaram-se como diagnósticos de enfermagem transversais a muitos deles, para além do compromisso na adesão ao regime terapêutico, a auto-imagem alterada com compromisso ao nível do autocuidado, com necessidade de apoio moderado na higiene pessoal, no tomar banho, no vestir e despir-se (nomeadamente na seleção do vestuário e a combinação face à estação do ano e à temperatura média ambiente) e na higiene oral.

É assente nesta matriz metodológica do processo de enfermagem que o enfermeiro desempenha as suas intervenções autónomas legisladas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (alterado e republicado no Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril) onde consta no n.º 2 do artigo 9º que as intervenções autónomas são as ações realizadas pelos enfermeiros “sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade (...) com os contributos na investigação em enfermagem” Ordem dos Enfermeiros (2016, p.98).

**Refletindo de modo crítico na e sobre a prática**, a participação na intervenção de supervisão da preparação individual da medicação prescrita realizada por cada residente, numa caixa com capacidade de individualizar as tomas diárias para uma semana, é uma abordagem metodológica diferente daquela que habitualmente eu pratico no serviço onde laboro, mas que permitiu promover momentos de estimulação da atenção, da concentração e da memória, onde o reforço positivo se revela importante para o processo de adesão em todo este processo.

Consciente de que partindo de uma intervenção interdependente, como é a prescrição da medicação (que é realizada pelo médico) emerge um leque diverso de intervenções autónomas do enfermeiro, nas diferentes etapas desse processo, destacando-se o treino, o acompanhar contínuo, o ensino, o reforço positivo contínuo, o reforço de comportamentos sinérgicos face à saúde/ doença mental, na capacitação do indivíduo a desenvolver habilidades e atitudes de aceitação do processo de doença para uma progressiva aquisição de competências na gestão do seu regime terapêutico.

Também, o facto de poder acompanhar as pessoas residentes com doença mental no seu processo de gestão terapêutico, permitiu responsabilizá-los sobre o seu Projeto Individual de Reabilitação (PIR) agora designado de Plano Individual de Intervenção (PII) e centra o seu cuidar nas capacidades do Outro.

**Estes momentos permitiram gerir e interpretar, de modo adequado, informação proveniente da formação inicial, mas também da experiência profissional e da vida, assim como da formação pós-graduada**, salientando que esta metodologia tende a facilitar o conhecimento do regime terapêutico por parte da pessoa com doença mental, num *continuum* integrante de um processo individual reabilitador, para o autonomizar para a alta ou na manutenção do seu processo de saúde/doença.

Se por um lado, o momento da gestão do regime medicamentoso é um cuidado singular e integrante na manutenção do processo de saúde/ doença de cada residente, é também um momento ímpar onde pude recolher dados através da observação, escuta ativa,

atitudes comportamentais na interação com os pares e técnicos de saúde, comunicação verbal e não-verbal, promovendo a identificação de necessidades prioritárias ou sensíveis à adequação de intervenções de enfermagem emergentes assumindo uma **perspetiva académica avançada na adequação e avaliação de diferentes métodos de análise de situações complexas.**

O impacto individual da doença mental com a qual lidam há muitos anos, destacando-se a esquizofrenia como a mais prevalente (aproximadamente 70% destes utentes), consequência de múltiplas recidivas e de internamentos prolongados, com progressiva destruturação ou comprometimento de resposta de apoio eficazes por parte da esfera familiar, social e/ou apoio na comunidade, em que o processo de pensamento, da percepção, do humor e da interação social se encontra alterado (de modo mais ou menos evidente).

Esta realidade é contextualizada pela Organização Mundial de Saúde [OMS] (OMS, 2002) quando descreve que a reabilitação psicossocial das pessoas com esquizofrenia abrange “diversas medidas que vão da melhoria da competência social e das redes de apoio ao apoio familiar” (p.69), reconhecendo que esta doença tem uma prevalência de cerca de 1% na população mundial, sendo considerada uma das dez doenças mais incapacitantes. Daí que considere que é preponderante a sensibilidade do enfermeiro nos momentos relacionais para perceber qual o impacto destes problemas no funcionamento cognitivo-comportamental, relacional e social no quotidiano da pessoa.

Estes diagnósticos de enfermagem condicionam ainda a presença de muitos outros como sendo a ansiedade, a tristeza, a agressividade, a raiva, o medo, o *coping* ineficaz, o isolamento social, o uso de substâncias, com repercussões negativas na interação social e na ocorrência de conflitos nas áreas residências em que ao longo deste módulo de estágio pode intervir como mediador e facilitador na resolução de conflitos, assumindo um papel ativo de modo a conter e gerir as emoções e assim atenuar o seu impacto no grupo residencial, **demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização.**

Neste âmbito, pode participar de forma ativa nas reuniões comunitárias (**APÊNDICE III**) organizadas nas diferentes residências, sendo um espaço onde se pôde partilhar as vivências semanais mais significativas das pessoas residentes com a equipa de saúde, em que pode compreender a importância deste momento de partilha comunitária na clarificação de emoções e sentimentos experienciados no convívio social do grupo residencial, e que importa conter e ajudar a resolver momentos de maior tensão emocional

entre os pares. Ao longo da reunião foi reforçada a importância de escutar o Outro, dando espaço e tempo para se expressar, promovendo a crítica construtiva e a partilha de estratégias adaptativas e mal adaptativas na construção de competências sociais eficazes, **demonstrando ao longo deste processo criatividade na interpretação e na resolução de problemas na área de especialização.**

Na dinâmica de gestão residencial houve a necessidade de treinar competências e dinâmicas organizacionais para a manutenção da casa, nomeadamente na limpeza e arrumação das áreas comuns do espaço residencial, assim como do quarto individual, na separação da roupa suja e limpa, a sua arrumação, implementando intervenções que promovem a distribuição de tarefas e implementação de rotinas que se revelem organizadoras, orientadoras e reforcem comportamentos mais ajustados às situações com que futuramente se confrontarão, promovendo o bem-estar social dos residentes.

Destacando a progressiva capacidade de compreender o padrão funcional, comportamental, relacional, afectivo de algumas das pessoas residentes pode-se discutir com a equipa de enfermagem (mais especificamente com o enfermeiro orientador e professora orientadora) situações de cuidado específicas relativas a situações clínicas/ sociais/ interpessoais, mobilizando conhecimentos da área de especialização, com consciência das problemáticas inerentes à prática profissional, e posterior partilha de informação relevante no que diz respeito aos clientes nas reuniões multidisciplinares semanais **demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos na área de especialização.**

**Zelando pelos cuidados prestados na área de especialização** descrevo algumas intervenções de enfermagem centradas no treino de aptidões sociais, conceptualizados por Loureiro (2011). Com o objetivo de promover a integração na comunidade, acompanhei alguns residentes em pequenos grupos a irem a um comércio comprar produtos de higiene, reforçando a importância de controlo da impulsividade (em centrarem as compras nos objetos previamente listados) e no treino de gestão financeira que terão de adquirir para se autonomizar.

Acompanhando a ida a uma cafetaria pude reforçar e validar competências individuais importantes como sendo autonomia e interação interpessoal com os demais clientes e funcionários quer no processo do pedido, no pagamento, reforçando os comportamentos socialmente adequados (sem criticar ou punir), salientando a importância de escolhas diárias em alimentos com baixo teor de açúcar e gordura assim como evitar bebidas açucaradas e estimulantes como o excesso de consumo de cafeína, tendo em vista

a promoção da saúde, reforçando estratégias de hábitos de vida saudáveis, desenvolvendo **um discurso pessoal adequado e fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde.**

Consciente de que o consumo abusivo de cafeína, tabaco e álcool se assumia como uma necessidade que estes diariamente sentem que tinham de satisfazer para se sentirem bem, mesmo conscientes do impacto significativo nas queixas de insónia inicial, como do aumento da ansiedade e de possíveis alterações do comportamento como a fácil irritabilidade e fraca tolerância à frustração, em que os comportamentos impulsivos comprometiam o bem-estar social residencial (registados no processo clínico, comprovado pela observação diária e discutido nos momentos da reunião comunitária) foi importante ensinar e reforçar ao longo destes contactos a importância de adotarem hábitos de vida mais saudável como caminhar (acompanhando-os ao exterior), promover o reforço da hidratação oral principalmente de água ou bebidas sem açúcar, explicando a sua importância para minimizar os efeitos secundários da medicação antipsicótica que estes devem manter para assegurarem a qualidade de vida alcançada e prevenirem o agravamento da(s) sua(s) doença(s).

Neste contexto de parceria de cuidados, o *empowerment* individual revela-se uma estratégia preponderante na promoção da saúde, sendo um processo que a pessoa treina a capacidade de controlo das decisões e ações que afetam a sua saúde (Souza, 2014).

Por conseguinte, estas atividades, desenvolvidas de modo apoiado, com vista ao desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes, obrigavam o enfermeiro a abrir a sua área funcional para o espaço comunitário, acompanhando as pessoas a sair do espaço residencial e institucional para o exterior, apoiando-os na satisfação de necessidades aparentemente simples, mas na perspetiva destas complexas, uma vez que as obriga a integrarem espaços sociais.

O segundo objetivo específico deste módulo de estágio teve como propósito desenvolver o auto conhecimento e a aquisição de competências pessoais para lidar com situações imprevistas e refletir de modo crítico sobre os sentimentos, emoções e comportamentos que adoto neste processo de cuidar relacional, pelo que pretendi:

***Desenvolver uma identidade profissional de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com capacidade de auto-análise reflexiva, promotora de autoconhecimento pessoal e profissional, enquanto instrumento terapêutico no processo de cuidar.***

A Unidade onde decorreu o módulo estágio revelou-se um surpreendente contexto de crescimento profissional e pessoal, em que houve necessidade de questionar as significativas experiências vivenciadas. Consciente da ágil capacidade de integrar equipas multidisciplinares, desenvolvida pelos vários contextos profissionais que integrei, este não foi exceção, o que me permitiu ganhar a confiança dos pares, das pessoas residentes e consecutivamente da equipa multidisciplinar.

Um dos primeiros sentimentos que experienciei foi rejeição na abordagem de alguns residentes quando entravam na sala da toma assistida da medicação, desviando o olhar nas primeiras semanas deste período de estágio, o que me fez sentir por vezes excluído e inútil, pois por mais que tentasse uma aproximação empática, nada parecia facilitar o processo relacional e me reconhecessem como um novo elemento da equipa que ali se encontrava para prestar cuidados de enfermagem. Consciente desta dificuldade, fui persistente nos vários momentos de cuidado, apresentava-me pelo nome e solicitava que me recordassem o seu, numa tentativa de comunicação verbal, uma vez que a sua postura tensa, reservada, desconfiada e contacto visual esquivo caracterizavam a sua comunicação não-verbal.

Questionei-me repetidas vezes sobre a minha postura e comportamento perante estes, uma vez que os outros residentes, eram afáveis comigo. Aos poucos fui reconhecendo que uma atitude mais hostil e esquiva por parte destes seria o seu normal funcionamento, caracterizado pelos traços adaptativos ao seu processo de doença, que se manifestava de modo residual nesses comportamentos, para lidar com situações novas na interação interpessoal com desconhecidos. Este processo mereceu uma reflexão crítica de aprendizagem que pode ser consultado no **APÊNDICE IV**.

Ao longo deste período de estágio reconheci que foi nos momentos de contacto fora daquela sala de trabalho que consegui uma aproximação relacional com estes utentes, percebendo que estes se sentem supervisionados e se amedrontam com a hiperestimulação sensorial (quer sonora quer visual) que os deixa vulneráveis e tensos, não sendo este o ambiente terapêutico mais favorável para intervir de modo individualizado, o que **demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais e novos, relacionados com o cliente, especialmente na área de especialização.**

Demonstrando uma boa capacidade empática, procurei de forma autêntica e ativa o encontro com o Outro, valorizando a sua importância e o valor terapêutico do momento relacional. **Mantendo de forma contínua e autónoma o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional** foi preponderante a sensibilidade ética na abordagem à pessoa em reabilitação psicossocial, demonstrando segurança verbal e

promovendo o respeito mútuo em momentos de maior complexidade, nomeadamente no cuidar quando este se apresentava hostil/ reativo/ reivindicativo, com dificuldade em aceitar orientações e conseqüentemente não cumprindo o contrato terapêutico, com impacto no processo de gestão de conflitos.

Identifico que neste caso complexo de cuidar, foi importante desenvolver mecanismos internos de controlo das emoções, nomeadamente do medo, da raiva, com a preocupação de controlar fenómenos de transferência e contratransferência, procurando desenvolver sentimentos de compaixão pela necessidade de ajuda do Outro, demonstrando confiança e antecipação de mediar e conter certas atitudes que podem desencadear respostas físicas comportamentais desajustadas, como a agressividade.

Lidar com a agressividade de alguns residentes, com comportamentos por vezes desafiantes e provocadores tem-se revelado um desafio para mim. Por um lado porque percebi que a minha personalidade é mais permissiva e tento evitar momentos agressivos, recorrendo a estilos de respostas passivas, reconhecendo que é um mecanismo de defesa interno, mas também não ter sido exposto a lidar com esta realidade ao longo da minha vida desencadeia uma sensação de receio e medo, por não ter desenvolvido mecanismos adaptativos eficazes para lidar com esta nova situação, como realça Back e Back (2005).

Consciente deste facto, percebi que diariamente na minha prática profissional lidar e gerir comportamentos mais agressivos exige um crescimento pessoal e profissional em que tem sido importante procurar na literatura estratégias para aplicar nessas circunstâncias descritas por Grilo (2012). O contacto com esta literatura valida a importância de adotar uma comunicação assertiva para melhorar a forma como me posiciono e abordo este tipo de comportamentos, o que me tem permitido sentir-me mais confiante e adotar uma linguagem verbal e não-verbal mais congruente. Para isso também contribuiu os momentos de reflexão individual ao longo dos últimos anos, no contacto permanente em cuidar de pessoas com doença mental em fase aguda, no local da minha prática profissional.

Confrontado com pessoas com uma inquietação psicomotora constante, hiperfonia, discurso rápido e repetitivo em tom elevado faz-me sentir muitas das vezes irritado, desconfortável e ao longo dos períodos de interação, com dificuldade em intervir para conter aquele crescente expoente de ansiedade que eu sentia e possivelmente transmitia na minha comunicação não-verbal.

Refletindo sobre estes momentos, percebi que estava perante um processo de transferência e contratransferência, em que eu estava a experienciar alguns dos sentimentos e emoções da pessoa que tinha necessidade de se expressar e ser ouvida, mas que as suas

limitações comunicacionais a impediam de ter estes momentos expressivos com outros residentes que lhe viravam as costas.

Perante esta clarificação do meu sentir, tive a capacidade de nos demais momentos de contacto procurar um espaço reservado e com pouco ruído, usando uma postura empática e receptiva, preocupava-me em interromper o discurso deste solicitando que clarifica-se a ideia que estava a expressar e isso possibilitou-me assumir o controlo comunicacional, o que me permitiu compreender o meu “eu” terapêutico, pois notava que a velocidade, o débito do discurso diminuía e a coerência deste melhorava. A pessoa ficava progressivamente menos ansiosa, sentindo-se acolhida e respeitada, e houve momentos em que referiu que se sentia bem depois de falar comigo, porque dizia *“você é diferente dos outros, tem paciência para me ouvir e isso tem-me ajudado muito”*(sic).

Ao longo do estágio identifico uma necessidade de explorar conhecimentos em técnicas de comunicação que até então nunca tinha tido a necessidade de desenvolver, uma vez que foi integrado numa das residências uma pessoa que não se expressava oralmente e tinha uma acentuada diminuição da acuidade auditiva, usando a linguagem gestual para interagir com os técnicos e restantes pessoas.

Nos momentos em que foi importante acolhê-lo, integrá-lo no espaço residencial e implementar o processo de enfermagem tive uma enorme dificuldade em realizar a avaliação inicial, pois eu nunca me tinha confrontado com esta nova realidade. Pensei o quão seria complexo poder prestar cuidados, sem que tivesse as capacidades necessárias para compreender e ser compreendido.

Inseguro e amedrontado, iniciei a avaliação inicial, na presença do enfermeiro orientador, após consultar alguma da informação do processo clínico que o acompanhava. Não tem família ou outras pessoas significativas. Apercebi-me que a estratégia de falar calmamente e com expressividade labial as palavras facilitava a sua compreensão, em que ele era extremamente perspicaz, mas ele respondia-me em linguagem gestual e eu tinha dificuldade de interpretar, e adoptei inicialmente a estratégia de questões fechadas (sim e não).

Numa abordagem mais integrativa solicitei a colaboração do enfermeiro orientador (este já desenvolvera algum conhecimento deste tipo de linguagem quando confrontado com outros doentes com as mesmas necessidades, o que me fez sentir mais confortável), pois tinha medo que a pessoa sentisse que a sua limitação teria impacto na qualidade da relação terapêutica que estava a esforçar-me em estabelecer, demonstrando-lhe interesse pela mensagem que estava a transmitir.

Esta dificuldade foi constante nas interações que tive com este residente, mas procurava momentos de partilha com o enfermeiro orientador para me ensinar alguns aspetos da linguagem gestual para poder interagir. Progressivamente, quando ambos estavam a interagir eu próprio é que me sentia excluído desta esfera relacional, o que me deixava frustrado, contudo o enfermeiro traduzia oralmente o resumo do discurso gestual e ensinou-me alguns conceitos gestuais de cumprimentar, o saudar, os dias da semana, masculino e feminino, alguns sinais como descrevem as pessoas sem ser pelo nome mas sim por características específicas que facilmente nos permite identificá-las. Para mim, estes momentos foram verdadeiros desafios que encarei como oportunidades de aprendizagem e desenvolvi autoconhecimento para lidar com situações novas e imprevistas, que futuramente poderei mobilizar a nível pessoal ou profissional.

Com os residentes tive a objectivo de procurar, de modo ativo e autêntico, momentos de contacto relacional, demonstrando capacidades comunicacionais revelando uma boa capacidade empática, através de aspetos da comunicação verbal e não-verbal, procurando de forma autónoma, sistemática e crítica valorizar a importância da relação de ajuda no processo terapêutico de reabilitação, demonstrando assim compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência (Phaneuf, 2005). Nesta perspetiva foi-me proposta integrar uma actividade organizada pela equipa multidisciplinar em acompanhar alguns residentes à visita ao “Badoka Parque”.

Centrando a minha intervenção na promoção de saúde no combate ao sedentarismo, esta actividade teve como objetivo potenciar a atividade física ao ar livre, promover a interação das pessoas com a natureza e com os animais em ambiente selvagem, conferindo momentos de bem-estar e expressão de sentimentos e emoções, em que pude compreender como estas atividades lúdicas são reveladoras de experiências gratificantes por parte da pessoa com doença mental em fase de reabilitação psicossocial.

A Ordem dos Enfermeiros (2011) realça que são competências especializadas do enfermeiro na área da enfermagem saúde mental o reforço das relações de confiança e parceria com o cliente, permitindo-o experienciar vivências gratificantes na relação intrapessoal e nas relações interpessoais, tendo em vista a sua autonomia e a sua reinserção.

Tornou-se assim importante ao longo desta atividade destacar tais competências e treinar outras, como é a mediação de expectativas, promover a gestão de comportamentos e a interação interpessoal ao longo da viagem, promover o autocuidado no uso do sanitário e gerir momentos de maior ansiedade e impulsividade.

Ao longo deste dia estive responsável por seis residentes, o que me deixou inicialmente tenso e preocupado por assumir uma responsabilidade acrescida pelos mesmos, mas progressivamente fui-me sentindo mais seguro e pude partilhar com estes as minhas expectativas face à actividade, estabelecer limites para assegurar a integridade do grupo até ao final da actividade, treinar laços de união de grupo, de interajuda com os pares para promover a confiança e a segurança (por estarem num ambiente desconhecido). No final da actividade reuni com o meu grupo questionando-os sobre esta experiência um afirmou “*este dia revelou-se num excelente momento de relaxamento, partilha e liberdade emocional, que nos deviam proporcionar mais vezes*”(SIC).

No final da actividade constatei que estes momentos de promoção da saúde e de contacto com a natureza traz ganhos importantes para a qualidade de vida destas pessoas, onde o contacto com os animais demonstrou momentos de partilha de recordações, servindo como um contexto comunicacional entre eles, uma vez que estes se confrontaram com uma realidade que apenas viram na televisão ou em fotografias.

Reconhecendo que tenho algum medo em me assumir como o líder de um determinado grupo, neste dia tive a percepção que venci essa barreira criada por mim ao assumir a responsabilidade de cuidar destas pessoas num ambiente que me era desconhecido, em que a imprevisibilidade era constante, sendo um momento de autoconhecimento para lidar também com as minhas expectativas. No final do dia senti uma grande alegria por me ter superado e tudo ter corrido sem precalços.

No decorrer deste módulo de estágio foram vários os momentos em que me pude conhecer melhor, os momentos de reflexão pessoal e de partilha com o enfermeiro orientador e docente foram de grande riqueza pessoal e profissional, em que tomei consciencia de aspetos internos que interferem com a qualidade da relação terapêutica que desenvolvi com os residentes e familiares, nos diversos momentos do processo reabilitativo.

Estes momentos dão ênfase á importância do EESMP demonstrar **a competência de deter um elevado conhecimento e consciência de si, enquanto pessoa e profissional, uma vez que é parte integrativa do processo relacional** e condicionante dos resultados esperados nas intervenções especializadas que executa, como defende a Ordem dos Enfermeiros (2011).

Dando ênfase à importância de desenvolver competências de âmbito psicoterapêutico fundamentado na revisão da literatura, foi desenvolvido o último objetivo específico deste estágio que visou:

**Desenvolver competências de planeamento, treino e execução de intervenções psicoterapêuticas que promovam a mudança de atitudes e comportamentos face à promoção da saúde e prevenção do agravamento da doença das pessoas em reabilitação psicossocial.**

A génese de estabelecer este objetivo específico neste estágio funde-se com a importância do EEESMP demonstrar competências em “desenvolver processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação” (OE, 2015, p.8673).

Segundo a mesma orientação legislada pela OE (2015), neste âmbito específico, e de acordo com o objetivo geral deste módulo de estágio, pretendeu-se dinamizar técnicas psicoterapêuticas que promovam a mudanças positivas nos estilo de vida dos residentes, os ajude a libertar tensões emocionais e a vivenciar experiências gratificantes.

Nesta ótica, foi discutida com o enfermeiro orientador e com a equipa de saúde que os fundamentos da revisão integrativa da literatura sobre a biblioterapia poderiam dar um contributo importante se mobilizados para a sua aplicabilidade clínica, como destaca o estudo de Valência e Magalhães (2015) em que refere que a biblioterapia visa trabalhar os problemas associados ao comportamento social, moral, emocional e físico, com o objetivo destes modificarem as suas atitudes e adotarem comportamentos mais equilibrados ao meio cultural e social que integram.

Enfatiza Correa, Santos e Erdmann (2013) que a biblioterapia mobilizada pelo enfermeiro como uma intervenção especializada de enfermagem na área da saúde mental, demonstrou melhoria da qualidade de vida do cliente, enquadrada num processo psicoeducacional como estratégia da promoção da saúde mental e prevenção da depressão.

Deste modo identificou-se que numa das residências de vida apoiada não havia implementado uma intervenção semanal estruturada, à semelhança das outras em que era dinamizada pela equipa de saúde na pessoa do Enfermeiro, uma reunião comunitária. Desta forma, foi-me lançado o desafio de estruturar uma intervenção especializada, embuda nos fundamentos da biblioterapia, para intervir naqueles residentes com vista a dar resposta a diagnósticos de enfermagem válidos.

Ancorado nos fundamentos teóricos de Chalifour (2009) na aplicabilidade da psicoterapia dirigida para o processo de resolução de problemas, percorreram-se as etapas definidas pelo autor, preocupandome em conhecer e caracterizar a população-alvo. Procurando momentos formais de cuidado e consultando o processo clínico pude perceber

que se tratava de uma população residente com uma média de idade superior aos 65 anos, em que a doença mental mais prevalente era a esquizofrenia, e que alguns deles se encontravam a residir em ambiente institucinal por falta de recursos familiares, sociais e profissionais há mais de 5 anos, em que um deles já ultrapassara os 30 anos deste tipo de apoio residencial.

Confrontado com esta realidade procurei encontrar no grupo residencial os principais diagnósticos de enfermagem em que a intervenção grupal pudesse trazer resultados positivos para a resolução destes. Assim, percorrendo o processo clínico de cada utente, conjugado com a avaliação inicial desenvolvida, encontrei como diagnósticos de enfermagem mais prevalentes (segundo o *International Council of Nurses (ICN)* na Versão 2015 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2016)): o abuso de álcool presente, o abuso de tabaco presente, insónia presente, comunicação comprometida, adesão ao regime terapêutico comprometido, memória comprometida, comping ineficaz e aceitação do estado de saúde comprometido.

Segundo Townsend (2011) a terapia de grupo é uma “forma de tratamento psicossocial no qual diversos clientes se encontram com um terapeuta com o propósito de partilhar, desenvolver conhecimento pessoal e melhorar as estratégias de *coping* interpessoais” (p.168).

A mobilização da biblioterapia como intervenção de grupo tem como finalidade um espaço de dinâmica de grupo terapêutico em que segundo a autora, a abordagem é centralizada nos processos do grupo, nomeadamente na relação e interação entre os elementos com destaque na apreciação da problemática selecionada para discutir (Townsend, 2011).

Assim, **incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização** elaborou-se um Programa de Intervenção da Biblioterapia que foi aprovado pelo enfermeiro orientador e professora orientadora, que pode ser consultado no **APÊNDICE V**, e foi comunicado semanalmente ao grupo residencial que era constituído por doze elementos. Os critérios de inclusão para incluir o grupo terapêutico foram: elementos residentes Unidade de Internamento III, descrita no início deste subcapítulo; residentes expressarem verbalmente o seu consentimento livre e esclarecido em integrar o grupo após lhe ser explicado os objetivos do mesmo; aceitarem guardar confidencialidade sobre as temáticas abordadas no grupo e comprometerem-se a estar presente nas sessões programadas. Os critérios de exclusão prendem-se na não-aceitação dos residentes descritos nos critérios de inclusão.

Neste âmbito, foi implementado semanalmente às segundas-feiras, com a duração de 60 minutos, com o objetivo principal de melhorar atitudes de alguns residentes face ao abuso de álcool e tabaco com impacto na sua qualidade de vida, nas queixas de insónia mas também melhorar comportamentos disruptivos de interação social e de dinâmica residencial que era importante conter a alguns elementos do espaço residencial.

O objetivo secundário desta intervenção foi promover um momento de interação grupal, onde fosse promovido o treino de competências sociais, nomeadamente a aceitação do espaço e do tempo do outro, num ambiente que favorece-se a partilhar de sentimentos e emoções com o propósito de melhorar a interação social, e por outro sua vez, segundo Mendes (2012) a leitura e a interpretação do texto selecionado unifica o grupo e promove a estimulação cognitiva com impacto no treino da atenção, da memória e da concentração, uma vez que a cognição e a falta de treinos específicos prejudicam o funcionamento individual de cada residente no desempenho de tarefas diárias simples.

**Gerindo os cuidados na área de especialização**, foi solicitada a ajuda ao enfermeiro orientador no início da implementação da intervenção psicoterapêutica, para promover a adesão dos doze residentes que incluíram o grupo. A estes foi importante solicitar autorização para incluir novos elementos, como sendo o enfermeiro orientador como co-terapeuta, a assistente operacional e dois estudantes de licenciatura em enfermagem (**colaborando na integração de novos profissionais** na equipa de saúde), com o consentimento informado dos residentes.

Penso que trabalhar estes aspetos de índole ética reforçou a confiança e melhorou o processo relacional e comunicacional. Para clarificar os conteúdos e as temáticas abordadas em cada sessão é descrito no **APÊNDICE VI** uma síntese de uma das sessões de biblioterapia com recurso à leitura de narrativas, pelo que todas as sessões foram registadas no processo clínico de cada utente, e as suas interações ficaram descritas individualmente, demonstrando os sentimentos e as emoções expressas ao longo da sessão.

A avaliação da intervenção implementada foi realizada no final de cada sessão. Pela limitação de alguns elementos não saberem ler e escrever, optou-se pela expressão oral individual dos contributos que a biblioterapia teve, em que dava a possibilidade de cada elemento avaliar a sessão e o que representou para si.

Os elementos do grupo realçam que ao longo das sessões se sentiram: “menos ansioso”; “mais confortável a dizer o que penso sobre a problemática trazida para o contexto”; “ao longo das sessões foi mais fácil identificar as ideias do texto o que facilitou a forma de me expressar”; “senti-me acolhido pelos restantes elementos do grupo e isso

reforçou a coesão”. Dois dos elementos reforçaram a importância de se abordar os efeitos adversos do consumo de álcool e de tabaco e como isso teve impacto na vontade de reduzir o seu consumo mas reforça que já tentou e não consegue. Aquele que tem consumo de álcool reconheceu perante os elementos do grupo “que fico mais desorganizado e isso tem impacto nos conflitos que crio na casa pois não consigo controlar o comportamento”(sic).

Na última sessão referiram sentirem-se tristes pelo facto destas sessões acabarem, pois reforçaram que ali conseguiram expor alguns sentimentos e emoções que guardavam dentro de si e que achavam difícil partilhar com os elementos do grupo com quem residem diariamente. Destacam que a interação grupal proporcionou momentos de bem-estar pessoal e que teve impacto positivo em como encaravam a semana, com curiosidade no tema escolhido para a semana seguinte.

O enfermeiro orientador achou esta abordagem psicoterapêutica tão enriquecedora para estas pessoas residentes que deu seguimento semanal ao grupo, no mesmo horário, reconhecendo o contributo positivo que a biblioterapia mobilizada neste contexto pode melhorar atitudes e comportamentos que visam promover a saúde e a prevenção da doença pela melhoria de adesão ao regime terapêutico dos residentes.

Percebendo a relevância dos conteúdos encontrados na literatura e os ganhos reconhecidos pelos elementos do grupo terapêutico propus-me participar com os resultados da Revisão Integrativa da Literatura (exposta no segundo capítulo deste trabalho) no “XI Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem- O Cuidado de Enfermagem: História e Inovação” (ANEXO D), em que o trabalho de submissão e de aceitação para ser apresentado em Comunicação Oral foi desenvolvido ao longo deste módulo de estágio.

A partilha dos conteúdos encontrados na revisão integrativa da literatura sobre a eficácia da biblioterapia com o enfermeiro orientador, que é EEESMP, **promoveu igualmente o seu desenvolvimento pessoal e profissional** e este encontrou motivação para dar continuidade ao grupo terapêutico mobilizando a biblioterapia, compreendendo os pressupostos científicos que reforçam esta intervenção de enfermagem.

Globalmente senti-me muito satisfeito com o contributo demonstrado com o meu estudo e empenho pelos cuidados de enfermagem especializados desenvolvido com os residentes desta Unidade de Residências de Reabilitação Psicossocial que me permitiram cimentar competências de EEESMP, mas também pelo facto de saber que o trabalho implementado teve seguimento.

Com a dinamização das sessões de biblioterapia assumo que melhorei aspetos de comunicação interpessoal e intrapessoal, sinto-me mais confiante em dinamizar as reuniões

comunitárias semanais no meu serviço, e estes momentos de dinâmica de grupo contribuiu positivamente para me sentir mais seguro em assumir um cuidar especializado neste âmbito de intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

### **3.2- MÓDULO III- OPCIONAL: PSIQUIATRIA FORENSE**

Este estágio teve início a 27 de outubro de 2017 até 19 de dezembro de 2017 num Serviço Regional de Psiquiatria Forense em Portugal. Pela relevância em salvaguardar a identificação do local onde decorreu este módulo de estágio, e fazendo cumprir os princípios éticos de salvaguarda da identidade das pessoas que ali se encontram internados, pela fácil identificação do local (por haverem tão poucos serviços com estas características no nosso país), opto por não fazer a devida descrição física e estrutural do espaço onde decorreu o estágio, uma vez que a maior relevância deste se prende com as competências de EEESMP que ali foram desenvolvidas.

Contudo procedo a um resumido enquadramento da filosofia dos cuidados de saúde a que estes serviços específicos se destinam.

O Serviço Regional de Psiquiatria Forense é um serviço de internamento que tem como objetivo principal prestar cuidados de saúde a pessoas com doença mental, consideradas inimputáveis para um ou vários atos de índole criminal que cometeram, encontrando-se sob custódia judicial para cumprimento de medida de segurança sob obrigatoriedade de tratamento especializado de saúde, tendo em vista o cumprimento da pena judicial. Este visa proporcionar condições de estabilização do processo de doença mental e sua reabilitação, promovendo o desenvolvimento de competências psicossociais da pessoa doente para integrar a comunidade após findar a pena judicial aplicada (Rocha e Cruz, 2017).

Importa dar ênfase ao facto de que o tempo de internamento poder ser prorrogado por entendimento de análise de perícia médico-legal por imposição judicial, dependendo da avaliação da perigosidade que a pessoa doente representa para terceiros ou de terceiros para com ele, salvaguardando os interesses da pessoa doente e da comunidade que o acolhe após cumprimento da pena judicial (Rocha e Cruz, 2017).

Este conceito de “perigosidade” da pessoa com doença mental dá suporte à implementação do cumprimento de medida de segurança, que integra o Direito Penal e a Psiquiatria, sendo descrito por Rocha e Cruz (2017) como uma necessidade de suporte a uma reintegração social, destacando a importância da “enfermaria de segurança como um espaço de produção de saúde e não um lugar de mera gestão de doenças (...) tentando assim ajudar a resolver problemas do delinquente portador de doença mental” (p.533).

Neste âmbito de intervenção, é descrito pelos mesmos autores que compete às equipas de enfermagem a “monitorização dos protocolos terapêuticos (...), da reabilitação ao nível das atividades de vida diária básicas (autocuidado), supervisão dos comportamentos clínicos, e a responsabilidade pelos doentes e pela criação do espaço terapêutico comum” (Rocha & Cruz 2017, p. 532).

Importando neste contexto balizar as características específicas que apresenta o objeto dos cuidados de enfermagem, que é a pessoa com doença mental a quem lhe foi imposto judicialmente tratamento psiquiátrico, perante demonstração por perícia médico-legal inimputabilidade para o crime cometido, por anomalia psíquica no momento do ato que não lhe permita ter a capacidade de análise e consciência da realidade para medir os resultados do seu comportamento.

O presente módulo de estágio desenvolveu-se numa tipologia de internamento de psiquiatria forense, acima designada de “enfermaria de segurança”, onde pude desenvolver os meus objetivos de estágio.

É comum encontrar na literatura a identificação deste tipo de pessoas como “delinquente portador de doença mental” por Vieira, Cabral e Saraiva (2017), contudo ao longo deste subcapítulo importou-me nomeá-lo de pessoa com doença mental, como estratégia de salvaguardar a sua dignidade na esfera de se tratar de pessoas que mesmo estando a atravessar aquele período de transição carecem de cuidados de enfermagem que dêem suporte e os ajude a desenvolver mecanismos eficazes para se reabilitarem e se adaptarem a lidar com as limitações potenciadas pela doença mental.

Foi com muita expectativa que escolhi este local de estágio, por ser uma realidade por mim desconhecida e que sabia que poderia trazer um contributo importante para o meu crescimento profissional mas também pessoal. Reconhecendo que tinha um pré-conceito negativo sobre a tipologia de pessoas ali internadas, consciente de que se tratava de pessoas presas, que cometeram num certo período de tempo um crime como o resultado mais grave, no meu entender, das manifestações das doenças mentais ou da sua progressão, sem que lhe fosse dado o apoio e encaminhamento adequado por parte da família, da

própria comunidade e sociedade, através da promoção da saúde mental e na prevenção do desenvolvimento ou agravamento da doença, como estratégia de intervenção primária.

Consciente desta problemática, procurei ao longo deste período de contacto de cuidados mudar esse pré-conceito e esse estereótipo que a sociedade me imprimiu, inculcando um estigma que molda a minha forma inconsciente de ajuizar este tipo de pessoas com doença mental. Assim, cedo me preocupei com este sentir-me vulnerável, com medo, que inconscientemente se apoderava do meu pensamento nos primeiros dias que entrei naquele serviço e que progressivamente foi superado após os contactos relacionais de cuidado que ia tendo com os utentes.

Estando descrito no início do anterior subcapítulo o objetivo geral, explano os três objetivos específicos para este estágio, uma vez que todos eles foram parte integrante de todo o percurso desenvolvido, e se interligam no desenvolvimento das competências específicas de EEESMP:

- *Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa institucionalizada a cumprir medida de segurança por doença mental e seus familiares;*
- *Desenvolver uma identidade profissional de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria com capacidade de autoanálise reflexiva promotora de autoconhecimento pessoal e profissional, enquanto instrumento terapêutico no processo de cuidar;*
- *Desenvolver competências de planeamento, treino e execução de intervenções psicoterapêuticas que é demonstrada evidência científica para os diagnósticos de enfermagem identificados.*

Iniciando este novo processo integrativo neste campo de intervenção da enfermagem, foi importante compreender as dinâmicas do serviço, as características das pessoas ali instituídas, as suas principais necessidades em cuidados de saúde e mais especificamente em cuidados de enfermagem. Deste modo, nos primeiros contactos de cuidado que tive com os utentes senti-me uma pessoa estranha ao serviço, muitos deles tinham uma abordagem esquiva e desconfiada, eram breves, não permitiam que eu falasse com eles, e foi importante o apoio inicial do enfermeiro orientador, nessa primeira semana.

Intrigado com este comportamento, esta dificuldade revelou-se um desafio para mim, pois fez-me desenvolver estratégias para chegar a eles. Senti que tinha que conhecer um pouco melhor o seu processo de doença e compreender que as pessoas ali se sentem presas da sua liberdade, em que as rotinas diárias são monótonas e que ainda havia a agravante dos sintomas da doença mental que aglutina estes comportamentos.

Assim, através da consulta do processo clínico, da discussão de casos com o enfermeiro orientador e outros pares, fui conhecer as principais doenças do foro psiquiátrico mais prevalentes, os diagnósticos de enfermagem presentes, para mais facilmente estabelecer planos de cuidados de enfermagem personalizados.

As doenças mais prevalentes das pessoas internadas naquele serviço era a esquizofrenia, a doença bipolar, a perturbação do desenvolvimento intelectual (antes descrito como debilidade mental). A idade variava dos 28 anos aos 91anos, em que a média se situava nos 53 anos. Os principais diagnósticos de enfermagem reportam para o risco de agressão presente, autocuidado comprometido, auto-imagem comprometida, interação social comprometida, pensamento comprometido, perceção comprometida, auto-estima comprometida, risco de eliminação intestinal presente, conhecimento sobre processo de doença diminuído, atividade física diminuída.

Para completar este estudo, consultei o processo judicial de cada pessoa, não por uma mera curiosidade, mas para compreender as repercussões comportamentais dos sintomas da doença mental, e perceber o impacto que isso teve na sua qualidade de vida e no seu projeto de vida.

Deste estudo compreendi que a minha intervenção enquanto estudante passava por dar um contributo no pequeno período de estágio para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem supracitados. Deste modo, paralelamente à necessidade de desenvolver competência específicas de enfermeiro especialista de enfermagem de saúde mental, percebi que a minha intervenção devesse ir de encontro às possibilidades reabilitativas das pessoas ali internadas.

Transpondo para o meu agir aquilo que compete a responsabilidade das equipas de enfermagem descritas anteriormente por Rocha e Cruz (2017), procurei momentos de relação com as pessoas internadas, indo ao seu encontro, expondo técnicas de relação de ajuda, demonstrando-me disponível e permanecendo nos espaços comuns onde eles passavam o dia.

Pude perceber que havia atividades programadas e organizadas pela equipa de saúde, onde as pessoas internadas assumiam responsabilidades de gestão do bar, o que lhes permitia manter uma ocupação socioprofissional ainda que limitada às circunstâncias da realidade institucional.

Nestes encontros procedi á realização de entrevistas, com um duplo propósito, por um lado conhecer as pessoas ali internadas, identificar as suas principais necessidades, interesses e objetivos pessoais, fomentando a importância da interação terapêutica numa

tentativa de estabelecer uma relação de confiança, respeito, ajuda, escuta ativa e interesse pelo Outro. Foi igualmente importante promover a verbalização de ideias, pensamentos e emoções num processo contínuo de encontro e descoberta com o Outro.

Imbuído nos fundamentos de Chalifour (2008) em que considera que a relação de ajuda é por si só uma intervenção psicoterapêutica, em que o enfermeiro se mobiliza a si como instrumento ativo na relação e no processo de cuidar, também eu tive esse ímpeto de trazer intencionalidade terapêutica nesses momentos de cuidado.

Estes momentos de interação com estas pessoas internadas contribuíram de um modo expressivo para me sentir mais confiante, integrado, motivado a atingir os objetivos a que me tinha proposto inicialmente. A necessidade sentida no início deste estágio para refletir sobre os meus preconceitos, estereótipo e ideias pré-concebidas permitiu-me desde cedo adotar uma postura profissional mais segura, esforçando-me no início para que não se percebe-se nas minhas intervenções com as pessoas internadas.

Destaco que nas primeiras duas semanas tinha algum receio de estar no espaço social dos utentes, sem qualquer profissional por perto, preocupando-me em ficar perto das portas de saída, sentia-me vulnerável e em sobressalto sempre que havia um conflito entre eles, não me sentia capaz de intervir de modo ativo porque não me sentia seguro para tal, mas progressivamente os momentos de cuidado que fui estabelecendo fui percebendo que esse medo que sentia estava na génese dos meus pensamentos pré-concebidos antes deste estágio. Reconhecendo-me como uma ferramenta importante no processo de cuidar foi importante desenvolver este autoconhecimento para moldar o meu agir e a minha comunicação não-verbal.

Destaco os estudos de Phaneuf (2005) que é no espaço relacional que os aspetos da comunicação verbal e não verbal entre o enfermeiro e o Outro, permite criar o ambiente favorável para que essa pessoa possa encontrar a coragem, desenvolver capacidades de tomada de decisões sobre si e assim evoluir.

Preocupado em desenvolver competências comunicacionais procurei trazer para a acção algumas das técnicas de comunicação verbal descritas por Chalifour (2008) das quais destaco a capacidade de síntese, as questões simples direcionadas com uma finalidade de conhecer a pessoa e o seu funcionamento cognitivo de uma forma mais objetiva, o *feedback*, o aconselhamento e a informação, devolvendo ao outro as respostas e reconhecendo-lhe o direito de ser esclarecido.

Igualmente, foi importante compreender e implementar técnicas de comunicação não-verbal, também descritas em Chalifour (2008) como a segurança no olhar, a escuta

(ênfatizando a congruência e a ênfase que a pessoa dá sobre o que expressa e como o expressa), a tónica de fazer respeitar os momentos de silêncio, também ele pode ser entendido como fundamental no respeito como o Outro sente o momento relacional e como percente a minha atenção, servindo de facilitador da expressão de emoções e sentimentos para o contexto relacional.

Das múltiplas interações de cuidado pude perceber que estes apresentavam uma dificuldade de comunicação interpessoal e interação social, não me conseguiam explicar porque estavam internados num serviço de internamento e não num estabelecimento prisional (alguns deles nem reconheciam que eram portadores de uma doença mental) e falar disso, denotei que havia um estigma interno pra aceitarem o seu processo de doença. Refletindo, percebi que seria importante trabalhar este estigma e melhorar a perceção destes sobre a doença mental, o que me fez direccionar a minha intervenção para os ganhos em saúde mobilizando a biblioterapia para melhoria do *Insight*. Dando ênfase aos resultados da revisão integrativa da literatura descrita anteriormente, pude constatar que existem resultados positivos na aplicação da biblioterapia para trabalhar o *insight* nos estudos de McCann e Lubman (2014), e Walsh (2010) nos quais se destaca a importância da biblioterapia na melhoria da expressão verbal e da interação social.

Perante a mobilização destas ferramentas de trabalho, discuti com o enfermeiro orientador e a professora orientadora a importância de elaborar um estudo de caso a um doente que me pareceu muito isolado e pouco comunicativo, pouco disponível para a interação, e por vezes esquivo no contacto. Percebendo que seria um grande desafio, como se de um teste das minhas competências se tratasse, ia progressivamente interagindo com ele, procurava disponibilizar-me para ir ao seu encontro, quando este estava a ver televisão, e progressivamente consegui estabelecer uma relação de confiança.

Posteriormente, pedi o seu consentimento para elaborar uma entrevista, fundamentada na entrevista de ajuda, para elaborar um estudo de caso, explicando em que consistia e os principais objetivos. Após o seu assentimento, encontrei um espaço que promove-se a comunicação e explico no **APÊNDICE VII** um estudo de caso que fosse de encontro às suas reais necessidades, considerando que teve importante destaque no meu processo de aprendizagem. Ao longo deste módulo de estágio tive a preocupação de o incluir nos grupos psicoterapêuticos que fui dinamizando. Este estudo de caso foi discutido em equipa de enfermagem numa reunião de formação em serviço, como se encontra exposto o comprovativo em **ANEXO II**.

Com vista a implementar as sessões de biblioterapia foi importante desenvolver outras intervenções especializadas que promovessem a interação social e a expressão verbal, e discutindo com o enfermeiro orientador as motivações e as potencialidades reabilitativas dos utentes, desenvolvi momentos de dinâmicas de grupo, algumas delas descritas em Manes (2014) nomeadamente o “N.º1- Auto apresentação” (p.25) e o “N.º5- Como é que me vêem... e eu, como é que me vejo? (Anna Maria Becattini)” (p. 33) com o objetivo de desenvolver a comunicação e a autoconsciência..

Como refere Manes (2014) os pequenos grupos (de 8-25 pessoas) são um “contexto psico-social rico em estímulos e em potencialidades (...) indicado para favorecer o desenvolvimento do crescimento pessoal (...) e a aprendizagem” (p. 5).

Para ir de encontro ainda a outras necessidades específicas destes utentes, percebi que o grupo se interessava por futebol, embora nunca os tivesse visto no campo de futebol nem no ginásio que o serviço dispunha, pelo que programei e desenvolvi duas atividades de âmbito lúdico-recreativo com a necessidade de promover a saúde, com a implementação de hábitos de vida saudáveis, prevenir o sedentarismo e promover bem-estar (pois percebi que estes no final dos jogos se sentiam mais calmos e mais interactivos), segundo a aplicação da grelha de registo de hétero avaliação que pode ser consultado na primeira página do **APENDICE VIII**.

Reconheço que estas atividades reforçaram a esfera da relação de ajuda que estabeleci com estes doentes e permitiram que conseguisse manter o grupo com quem implementara a intervenção psicoterapêutica da biblioterapia.

Dando ênfase à importância de melhorar o *insight* tornou-se importante definir o seu conceito. Segundo Vanelli, Chendo, Levy et al. (2010) o conceito de *insight* emerge do facto de quando “o doente apercebe-se não só da forma como é afectado pela doença, mas também de como esta modifica as suas interações com o mundo”(p.1012). Ainda seguindo os mesmos autores, estes referenciam Markova e Berrios (1992) como os mentores do desenvolvimento de uma escala que pretendia auto-avaliar o *insight*, considerando-o estes como uma subcategoria da consciencialização do sujeito. Esta escala foi validada para a população portuguesa (**ANEXO IV**) por Vanelli et al. (2010), e foi aplicada no início e no final, das sessões de biblioterapia, permitindo avaliar os ganhos relativamente ao *insight*.

Dando destaque à importância de quantificar as competências cognitivas do grupo foi aplicado o teste *Mini Mental State Examination* que se expões no **ANEXO V**.

Foi aplicado o plano de sessões de biblioterapia (**APÊNDICE IX**) aos utentes, que foram descritos por letras do abecedário, para impedir a sua identificação, apresentando-se

apenas a sua idade. Os resultados foram expostos na seguinte tabela (Tabela 3) para facilitar a sua compreensão. Destaca-se a sombreado o doente a quem foi desenvolvida o estudo de caso.

Utentes / Idade	MMSE	Escala <i>Insight</i>	Identifica a sua Doença	Escala <i>Insight</i>	Identifica a sua Doença
	(Valor)	Início das sessões de Biblioterapia		Final das sessões de Biblioterapia	
<b>A (40A)</b>	30	7	Não	8 <sup>(+1)</sup>	Não
<b>B (26A)</b>	30	11	Sim	11 <sup>(=)</sup>	Sim
<b>C (37A)</b>	30	14	Sim	16 <sup>(+2)</sup>	Sim
<b>D (45A)</b>	30	7	Não	8 <sup>(+1)</sup>	Não
<b>E (40A)</b>	30	6	Não	8 <sup>(+2)</sup>	Não
<b>F (33A)</b>	30	15	Não	17 <sup>(+2)</sup>	Não
<b>G (37A)</b>	30	8	Sim	8 <sup>(=)</sup>	Sim
<b>H (35A)</b>	30	8	Sim	9 <sup>(+1)</sup>	Sim
<b>I (41A)</b>	<b>30</b>	<b>11</b>	<b>Não</b>	<b>11<sup>(=)</sup></b>	<b>Sim</b>

**Tabela 3-** Resultados da aplicação das escalas do MMSE e de *Insight* antes e depois das sessões de biblioterapia

Os resultados globais demonstram uma ligeira melhoria no nível do *insight* e importa destacar o doente I (a sombreado) no final da intervenção já reconheceu o nome da sua doença, demonstrando interesse no que foi partilhado no grupo ao longo das sessões.

Os momentos de interação anteriores as sessões de biblioterapia foram importantes para eu conhecer as necessidades e especificidades do grupo, o que me despertou para a necessidade de encontrar uma grelha de hétero avaliação para medir algumas comportamentos e atitudes de interação grupal e os ganhos em saúde (**APÊNDICE VIII**) utilizando indicadores de avaliação *Nursing Outcomes Classification* [NOC] (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010).

Perante a aplicação das escalas de hétero avaliação que abaixo se explanam os resultados, pode-se comprovar que as sessões de grupo, adotando a metodologia de intervenção da biblioterapia, traz ganhos não só para a melhoria do *insight*, como também proporcionou o desenvolvimento de competências interpessoais, no que diz respeito ao comportamento, à capacidade participativa, à atenção e na memória, indo de encontro aos resultados descritos por Mendes (2012).

Também houve impacto positivo na satisfação pessoal dos doentes, por se terem sentido privilegiados por terem ingressado este grupo, expressando na última sessão que naquele grupo se abordaram temas importantes, que alguns deles desconheciam ou não

queriam aceitar alguns sintomas da doença, mas que a partilha potenciou momentos de identificação e aceitação do seu processo de doença. Os principais resultados descrevem-se na seguinte tabela (Tabela 4), cronologicamente de acordo com a identificação dos doentes descritos na tabela anterior e nas quatro sessões de biblioterapia.

Utentes	Comportamento				Participação				Atenção				Memória				Satisfação			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
A	2	5	3	5	2	4	4	5	3	5	4	5	3	5	5	5	3	4	4	5
B	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5
C	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	3	5	5	5
D	2	5	5	5	2	5	4	5	3	5	5	5	3	3	5	5	3	4	4	4
E	3	5	3	5	2	5	4	4	3	5	4	5	2	4	4	4	3	4	3	4
F	2	5	5	5	4	4	5	5	3	5	5	5	2	4	4	4	4	4	4	5
G	3	3	3	4	4	2	4	4	4	4	4	5	4	3	4	4	3	3	3	4
H	1	1	2	4	4	2	5	5	3	2	3	4	3	2	5	4	4	3	4	4
I	5	3	3	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	4	5

Tabela 4- Tabela de hetero avaliação das sessões de biblioterapia.

Destaco ainda que foi no início deste módulo de estágio que apresentei a Comunicação Oral no encontro científico internacional, em que o comprovativo da participação pode ser consultado no ANEXO I, o que motivou a que mobiliza-se os conteúdos dessa formação e a apresenta-se no serviço, encontrando-se exposta no APÊNDICE X. Foi-me atestado o comprovativo dessa formação em serviço, que pode ser consultado no ANEXO III.

Estas atividades permitiram-me demonstrar capacidade de **promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros**, identificando **necessidades formativas na área de especialização, colaborar na integração de novos profissionais** (porque se encontravam em ensino clínico quatro estudantes de outra escola de enfermagem que também assistiram), mas também demonstrei ter capacidade de **comunicar os resultados da investigação aplicada e audiências especializadas**.

Destaco como principais aspetos positivos neste estágio os ganhos demonstrados com as minhas intervenções especializadas aos utentes ali internados, aos seus familiares com quem pontualmente pude contactar, aos enfermeiros do serviço por ter contribuído com o meu saber em prol da sua autoformação, e à comunidade científica no geral que participou no encontro internacional. Destaco igualmente o meu autodesenvolvimento e as competências que o estágio me permitiu adquirir, em que foram múltiplos os momentos de partilha com os pares, com o enfermeiro orientador e a professora orientadora, que foi um

modelo profissional que certamente influenciará o meu perfil profissional especializado nesta área de enfermagem.

### **3.3- MÓDULO II- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM UNIDADES DE INTERVENÇÃO NA CRISE**

O estágio do Módulo II- intervenção na crise, teve início a 5 de fevereiro de 2018 até 06 de abril de 2018 num serviço de internamento do departamento de Saúde Mental Psiquiatria de um hospital público da periferia de Lisboa. Este serviço encontra-se incluso à unidade hospitalar, localizado no piso 0 desta unidade hospitalar, e articula-se com o serviço de urgência geral, a consulta externa de psiquiatria e o Hospital de Dia da Psiquiatria e outros serviços de exames complementares de diagnóstico.

O serviço de psiquiatria (internamento) é constituído por onze quartos duplos e três quartos individuais (que funcionam como quartos de isolamento e de maior vigilância onde são alocadas pessoas com doença mental em situação de crise com alterações graves do comportamento e agressividade, que põem em causa a segurança de si e dos outros utentes e profissionais), perfazendo um total de vinte e cinco camas de internamento. Todos os quartos têm incluso, uma casa de banho.

A equipa multiprofissional é constituída por médicos psiquiatras, enfermeiros (dos quais se destaca a presença de 4 enfermeiros especialistas), assistentes operacionais, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga, entre outros, que diariamente assistem os doentes ali internados.

A admissão ao serviço das pessoas doente faz-se directamente do serviço de urgência, da consulta externa ou de outros serviços do hospital, mas comumente muitas das vezes, advém de outros hospitais centrais, que pela distribuição geográfica da população assistencial se preconiza que o internamento seja o mais próximo da área de residência da pessoa internada, numa tentativa de manter a proximidade à comunidade onde se insere.

A motivação para desenvolver este estágio neste serviço, prende-se com o facto de ser um serviço recente, que funciona num modelo assistencial como está projectado o futuro dos cuidados de saúde mental, a funcionarem dentro das unidades de saúde de cuidados diferenciados. Estando eu já familiarizado com a especificidade de cuidar das pessoas com doença mental em crise, pela minha experiência profissional ao longo dos últimos dois anos no meu contexto profissional, este estágio foi projectado numa vertente

de consolidação de competências já adquiridas e promover uma intervenção mais especializada.

Contextualizando, as situações de crise vivenciada pelas pessoas são marcadas por processos de dificuldade adaptativa desta em interação com o ambiente que a integra. O seu funcionamento resulta portanto dos mecanismos sensoriais, perceptivos, de pensamentos, emoções e necessidades constantes. Para Caplan (1961) citado por Chalifour (2009):

um estado de crise produz-se quando uma pessoa afronta um obstáculo a um objectivo importante da sua vida que, por um certo tempo, é intransponível pelo recurso aos métodos habituais de resolução de problemas. Segue-se um período de desorganização e de desconforto, durante o qual diferentes tentativas de resolução são utilizadas em vão (p. 185).

As pessoas que tem mais dificuldade a ultrapassar estas crises tem maior vulnerabilidade psíquica. Para Chalifour (2009) são múltiplos os contextos que potenciam estados de crise, desde experiências situacionais ou acidentais traumáticas, a experiência relacionadas com etapas do desenvolvimento individual e familiar em que se poderá agravar nos acontecimentos de perda (quer de pessoas ou de capacidades individuais), acontecimento de mudança, dificuldades relacionais e conflitos.

Para Townsend (2011) os principais fatores que medeiam uma situação de crise relativamente a um acontecimento stressor, acima descritos, prende-se com a perceção do acontecimento pelo indivíduo, a disponibilidade de suporte de apoios situacionais e a disponibilidade de mecanismos de *coping* adequados.

Ambos os autores descrevem os estudos de Caplan, em 1962, relativamente às quatro fases que os indivíduos podem percorrer quando expostos a um agente *stressor*. É congruente o aumento dos níveis de ansiedade ao longo do escalonamento das mesmas, indo de uma ansiedade ligeira na primeira fase a um nível de ansiedade de pânico na quarta fase, e nesta as funções cognitivas desorganizam-se, repercutindo em comportamentos e emoções instáveis e imprevisíveis o que pode refletir alterações da forma e modo de perceber, pensar e agir (Chalifour, 2009; Townsend, 2011).

Compreendendo as repercussões da ansiedade no bem-estar da pessoa e na importância do seu controlo para o desenvolvimento de mecanismos adaptativos eficazes, foi importante ao longo deste estágio ter uma intervenção ativa neste diagnóstico de enfermagem que estava presente em todas as pessoas doentes naquele serviço, pelo que importou quantificá-la, utilizando escalas de auto-avaliação e implementando intervenções especializadas que dessem resposta ao diagnóstico de enfermagem presente.

Para Sampaio, Araújo, Sequeira, Canut e Martins (2018) as intervenções psicoterapêuticas implementadas por enfermeiros têm ganhos significativos na diminuição e controlo da ansiedade. Enfatizam a importante dos enfermeiros avaliarem e vigiarem sentimentos de angústia, inquietação, movimento corporal, sono, nervosismo e preocupação, reconhecendo que a ansiedade tem repercussões multifactoriais e que interfere com o funcionamento intra e interpessoal, condicionando a sua expressão verbal e a interação pessoal.

Neste âmbito, foi projetado para este estágio uma intervenção psicoterapêutica especializada no cuidar da pessoa com ansiedade, mobilizando os fundamentos encontrados na revisão integrativa sobre a biblioterapia, nomeadamente nos estudos de Brabyn, et al. (2016) e de Abreu, et al. (2013) em que é demonstrada eficácia desta intervenção de enfermagem no cuidar de pessoas com doença mental em crise. Deste modo, estruturou-se este estágio descrevendo os objetivos específicos a desenvolver:

- *Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação de crise na doença mental e seus familiares.*
- *Desenvolver uma identidade profissional de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria com capacidade de auto análise reflexiva promotora de autoconhecimento pessoal e profissional, enquanto instrumento terapêutico no processo de cuidar.*
- *Desenvolver competências de planeamento, treino e execução de intervenções psicoterapêuticas que é demonstrada evidência científica para o diagnóstico de enfermagem “ansiedade presente”, identificados nas situações de crise.*

No contacto inicial com as pessoas doentes, equipa de saúde e ambiente físico do serviço senti-me integrado, uma vez que já estivera naquele serviço num outro momento deste estágio, mas por situações pessoais tivera que desistir e voltei agora com uma capacidade de trabalho mais estruturada. Reconhecendo os principais problemas de enfermagem desta área de intervenção foi-me fácil chegar ao Outro na vertente relacional.

Destaco as qualidades pessoais que beneficiam a relação terapêutica do enfermeiro, que reconheço que tenho desenvolvido ao longo do meu percurso profissional e académico. Estas são congruentes com as descritas na literatura nos estudos de Pereira e Botelho (2014) como sendo o altruísmo, a compaixão, a solidariedade, a gentileza, a simpatia, a autenticidade, o interesse genuíno, a atitude reflexiva, a compreensão e a disponibilidade.

Para estas autoras, as qualidades pessoais que beneficiam a relação terapêutica são muitas vezes utilizadas na interação social, contudo importa distinguir as fronteiras da relação terapêutica e da relação social na prática de enfermagem, em que o uso destas qualidades tem uma intencionalidade terapêutica pelo que exige do enfermeiro perícia, experiência, conhecimento técnico-profissional e elevado grau de autoconhecimento, para controlar os limites relacionais (Pereira e Botelho, 2014).

Consciente da necessidade relacional de chegar ao Outro, era autêntico no contacto relacional, respeitava o espaço e o limite do outro e era perspicaz na interpretação da comunicação verbal e não-verbal, pois para Chalifour (2009) o próprio processo relacional tem por si só intencionalidade terapêutica. Esta atitude de escuta e disponibilidade facilitou a implementação das quatro fases de intervenção na crise descritas por Aguilera (1998) in Townsend (2011) que se equiparam aos passos do processo de enfermagem, das quais se destacam a apreciação, o planeamento da intervenção terapêutica, a intervenção e a avaliação da resolução da crise.

Na fase da apreciação procurei realizar entrevistas de ajuda, procurava espaços menos movimentado e falava em tom diminuído para a pessoa sentir privacidade e respeito, procurava perceber o seu estado mental e compreender o seu sofrimento, dando ênfase ao que sentia e expressava como estratégia de resolução de problemas.

Nos doentes que pude proceder à sua admissão ao serviço procurei encontrar uma sala que conferisse um ambiente sereno e calmo, demonstrando calma e disponibilidade de escuta, onde pude desenvolver competências comunicacionais, de análise e interpretação da comunicação não-verbal como importante contributo para a recolha de dados. Contudo considero que esta colheita de dados à pessoa em crise não deve ser estanque à admissão, mas deve ser uma intencionalidade contínua do enfermeiro nos momentos de interação relacional com a pessoa, para melhor ajuizar o seu plano de cuidados.

Destes dados recolhidos pude elaborar diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções, dando resposta aos problemas identificados, e deste modo fundamentar a intervenção especializada. Destaco a importância de ter implementado um estudo de caso a uma pessoa internada, por ter realizado uma tentativa de suicídio grave na sequência da agudização da sua doença mental, que pode ser consultado no **APÊNDICE X**.

Ao longo deste estudo de caso senti muitas dificuldades no processo de entrevista, na recolha de dados ao fazer a história de vida da pessoa doente, e percebi as limitações do funcionamento cognitivo quando a pessoa se encontra no momento de crise, que comparativamente ao estudo de caso anterior, pelo que a entrevista foi contínua ao longo

de vários dias e vários momentos de contacto, em que a mobilização dos fundamentos teóricos de Betty Neuman permitiu uma prática especializada avançada.

Pude participar nas reuniões multidisciplinares de discussão de casos, onde pude intervir de modo ativo no programa integrado cuidados, onde se debatiam o projeto terapêutico do doente, contribuindo com a minha apreciação relativamente aos cuidados de enfermagem implementados de acordo com as suas necessidades individuais.

Mobilizei nos vários momentos de contacto com as pessoas em sofrimento psicológico e emocional algumas estratégias terapêuticas fundamentadas nas intervenções breves centrada na identificação da dimensão do problema, no aconselhamento, na orientação, descritas por Rosa, Abreu e Barroso (2015) dando ênfase a aspetos específicos de intervenções simples na contenção de comportamentos disruptivos e autocontrole da raiva e da ansiedade, aconselhamento breve sobre comportamentos de adesão ao regime terapêutico e na gestão do regime medicamentos e intervenções de âmbito educacional, com vista ao reforço do *insight* e do conhecimento sobre processo de doença da pessoa com doença mental e sua família.

Enquadrando o conceito de ansiedade, este pode ser abordado por várias perspetivas de intervenção. A ansiedade define-se como sendo “uma apreensão difusa que é vaga na sua natureza e está associada com sentimentos de incerteza e impotência” (Townsend, 2011, p. 17).

A pessoa em situação de crise atinge níveis elevados de ansiedade que compromete o modo e a forma como percebe o ambiente, como o interpreta e como reage perante esse estímulo. Por um lado, é importante uma abordagem estruturada que vise, por um lado reduzir a ansiedade através de estratégias farmacológicas, mas isso não resolve o problema que está na génese do agente stressor, e é aí nesse ponto que ganha relevo a intervenção psicoterapêutica mobilizado pelo enfermeiro (Sampaio, et al., 2018)

Deste modo, pude desenvolver um projeto de biblioterapia a implementar no serviço, que se explana no **APÊNDICE XII**, com os respetivos métodos de avaliação do problema, medindo a ansiedade e a depressão, como dois fenómenos que se auto influenciam, medindo a ansiedade antes e depois das intervenções de biblioterapia e fazendo o respectivo registo de interação e participação na atividade como pode ser consultado nos anexos do mesmo. Nas sessões dinamizadas pretendeu-se diminuir a ansiedade através do desenvolvimento de satisfação das relações interpessoais, em que a biblioterapia serviu de meio de interação interpessoal, com enfoque na psicoeducação sobre estratégias de lidar com a ansiedade através da melhoria do conhecimento destes.

Para além de ter sido integrados alguns enfermeiros do serviço numa das sessões de biblioterapia dinamizadas por mim, fiz uma sessão de formação em serviço onde partilhei os resultados da revisão integrativa da literatura e criei uma pasta no serviço com artigos científicos sobre esta temática, que pode ser facilmente consultada pela equipa de enfermagem.

Não obstante de uma abordagem especializada sobre o problema de enfermagem “ansiedade presente” programei duas sessões de relaxamento, como estratégia de capacitação da pessoa em crise desenvolver mecanismos de autocontrolo para lidar com a ansiedade. Explana-se no **APÊNDICE XIII** o planeamento, execução e avaliação da primeira sessão de relaxamento segundo a técnica de relaxamento progressivo de *Jacobson* citado por Payne (2003), em que se aplicou na segunda sessão um guião desta técnica, adaptado por Valentim e Rocha (2007), que pode ser consultado no **ANEXO VI**.

Pela relevância científica demonstrada em promover a expressão de sentimentos e emoções à pessoa em crise, como estratégia psicoterapêutica, mas também promover a sua socialização e interação interpessoal, ajudando-a a descentralizar a sua atenção para o meio interpessoal, pelo que dinamizei ainda uma sessão se “arte terapia”, que expus o seu planeamento, execução e avaliação no **APÊNDICE XIV**.

A fundamentação científica específica da arte terapia engloba a psicopatologia expressiva e as teorias da criatividade, em particular as referentes ao desenvolvimento psíquico, à interação objeta e à estratificação da mente, designadas genericamente como psicodiagénesis. (Carvalho, 2017).

Dos múltiplos momentos de cuidados ao longo deste estágio, descritos anteriormente, pode perceber-se a riqueza na aprendizagem e o reconhecimento das pessoas doentes da presença relacional e terapêutico com quem participou nas sessões psicoterapêuticas desenvolvidas. Considero que os ganhos obtidos foram bilaterais, uma vez que me sinto mais consciente e confiante das minhas competências terapêuticas, o que me motiva a descobrir e implementá-las na minha práxis quotidiana.

As dificuldades sentidas ao longo do estágio foram superadas com o apoio dos pares o que igualmente contribuiu para o meu processo de autodesenvolvimento e autoconhecimento. Este processo tem um impacto significativo de como abordava a pessoa em crise no meu serviço e percebo agora que reúno mais competências e mobilizo outras ferramentas especializadas no cuidar, o que considero ter melhorado exponencialmente a minha prática profissional.

#### 4. CONCLUSÃO

Findando este processo académico, em que o contexto clínico é parte integrante da aplicabilidade do conhecimento teórico, este trabalho pode expor os principais momentos de aprendizagem e de desenvolvimento de competências gerais e específicas de enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Reconhecendo os importantes momentos de contacto com as pessoas com doença mental, em várias fases do seu ciclo vital, nestes locais de estágio, pude refletir e encontrar respostas de cuidado válidas para melhorar a sua qualidade de vida e o seu bem-estar.

Ter ingressado neste curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promoveu um maior interesse na investigação em enfermagem, na reflexão do meu agir e na fundamentação das constantes premissas a considerar nas tomadas de decisão, consciencializando-me das responsabilidades que suportam a *práxis* profissional do enfermeiro.

Assim, devo inferir que progressivamente me assumo como um enfermeiro mais competente, sensível, atento, responsável, seguro e proficiente no cuidar das pessoas/ grupo/ comunidade com quem diariamente assumo um compromisso de cuidado, pois o percurso percorrido fez-me crescer e uniformizar a minha forma de pensar enfermagem, mobilizando conhecimentos válidos na fundamentação ético-deontológica, científica e relacional para o meu agir profissional que me permite assumir uma nova identidade profissional, referenciada também no seio da equipa de saúde que integro.

Considero que, o já me serem reconhecidas competências de enfermeiro especialista noutra área do conhecimento em enfermagem, foi um aspeto facilitador para este percurso formativo, em que pude intervir de uma forma mais estruturada, e assim maximizar as oportunidades de aprendizagem, consciente das competências específicas a desenvolver.

O desenvolvimento profissional é um percurso diário, longo e sem fim, cabendo a cada um definir metas e ultrapassar obstáculos conscientes de que o benefício não será apenas pessoal mas em prol de um Outro, com quem o enfermeiro interage e estabelece uma relação de cuidado e ajuda, responsabilizando-se pelos atos que pratica e delega,

firmado no compromisso ético-jurídico que assume perante um Outro, a sociedade e a própria classe profissional.

Globalmente, considero ter atingido os objetivos estabelecidos para este relatório, conseguindo descrever, analisar e refletir criticamente o processo de aquisição de competências gerais e específicas de enfermeiro especialista na área da Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica nos três locais de estágio, mas também demonstrei ter atingido os vinte e nove objetivos específicos da unidade curricular “Relatório” que são preponderantes na obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem.

Destaco o contributo dos fundamentos da revisão integrativa da literatura como um importante contributo na prestação de cuidados de enfermagem especializados, pois deu suporte a área de intervenção sobre a biblioterapia e a sua aplicabilidade em diversos contextos, demonstrando os ganhos em saúde para as pessoas cuidadas.

Estes resultados foram mobilizados igualmente para em momentos de partilha com os pares no meu serviço, mas igualmente nos vários locais de estágio e em conferências especializadas, contribuindo de modo ativo na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem baseados na evidência. No âmbito do meu local de trabalho, fui convidado a partilhar os resultados aos elementos do grupo que constituem a dinamização do projeto de biblioterapia, e igualmente a ingressar nesse projeto, fazendo jus a um dos objetivos pessoais traçados inicialmente, e que muito me orgulha.

Reconhecendo a importância de ter demonstrado iniciativa, proatividade, dinamismo e capacidade relacional, destaco como elementos facilitadores deste estágio o modo como fui acolhido nos vários serviços; o contributo das reflexões com os enfermeiros orientadoras, que através do seu saber, capacidade de reflexão e análise de situação me conseguiram nortear; a disponibilidade constante da tutora (Professora) no apoio e motivação ao longo deste processo.

Os aspetos limitadores prenderam-se com o facto da dificuldade em articular os horários de trabalho com os horários praticados nos locais de estágio e a vida pessoal; o pouco tempo excedente para estudar e cimentar conhecimentos técnico-científicos; a distância que me separou da minha família por não ter disponibilidade para os ir visitar e por fim o sofrimento existencial de querer fazer melhor e ter a perceção de não conseguir.

Concluo este trabalho com a sensação de que ainda tenho muitas competências a desenvolver em termos de crescimento profissional e pessoal, e que este percurso não é um fim em si mesmo, mas um meio de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem que presto na ajuda ao Outro ao longo do seu ciclo de vida.

## 5. REFERÊNCIAS

- Abreu, A. C., Zulueta, M. Á., & Henriques, A. (2013). Biblioterapia- Estado Da Questão. *Cadernos BAD, 1 (2)*, 95-111.
- Alarcão, I., Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto Contexto de Enfermagem, 14 (3)*, 373-382. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*. Loures: Lusociência.
- Apóstolo, J.L.A. & Gameiro, M.G.H. (2005)- Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: uma análise crítica. *Revista de Enfermagem Referência, II (1)*, 29-37. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388242123003>
- Back, K., & Back, K. (2005). *Assertiveness at work. A practical guide to handling awkward situations*. London: McGraw-Hill Publishing Company
- Brabyn, S., Araya, R., Barkham, M., Bower, P., Cooper, C., Duarte, A., & Littlewood, E. (2016). The second Randomised Evaluation of the Effectiveness, cost-effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REEACT-2) trial: does the provision of telephone support enhance the effectiveness of computer-delivered cognitive behaviour therapy? *Health Technology Assessment, NIHR Journals Library, 20 (89)*, 1-63. DOI: 10.3310/hta20890
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. (S. I. al, Trad.) Rio de Janeiro: Elsevier.
- Caldin, C. F. (2001). A Leitura como Função Terapêutica: Biblioterapia. *Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação, 6 (12)*, 32-44. Doi: <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2001v6n12p32>.
- Carvalho, R. (2017)- Arte Terapia/ Psicoterapia Polimórfica- A evolução conceptual. *Revista Portuguesa de Arte Terapia, 17*, 49-106. Obtido de [http://arte-terapia.com/wp-content/uploads/2013/09/Arte\\_Viva\\_2017\\_2018\\_FINAL-2-1.pdf](http://arte-terapia.com/wp-content/uploads/2013/09/Arte_Viva_2017_2018_FINAL-2-1.pdf)

- Cerqueira, A., F.; Gomes da Costa, F.; Leal, F.P.; & Nunes, L. (2014). *Didática em Enfermagem: Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS. 65p. Obtido de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14207/1/Didatica\\_em\\_Enfermagem\\_Documento\\_Orient.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14207/1/Didatica_em_Enfermagem_Documento_Orient.pdf)
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (G. Toletti, & M. Vieira, Trans.) Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção*. (G. Toletti, & M. Vieira, Trans.) Loures: Lusodidacta.
- Chien, W. T.; Thompson, D. R.; Lubman, D. I.; & McCann, T. V. (2016). A Randomized Controlled Trial of Clinician-Supported Problem-Solving Bibliotherapy for Family Caregivers of People With First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 42 (6), 1457–1466. doi:10.1093/schbul/sbw054.
- Cladin, C. F. (2004). A aplicabilidade terapêutica de textos literários para crianças. *Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciências da Informação*, 18, 72-89. Obtido de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/147/14701806.pdf>
- Correa, A. A.; Santos, J. L.; & Erdmann, A. L. (2013). Biblioteapia como tecnologia de cuidado de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. *Saúde & Transformação Social*, 1 (4), 39-46. Obtido de <http://www.redalyc.org/html/2653/265325753008/>
- Cunha, M. B.; & Cavalcanti, C. R. (2008). *Dicionário de biblioteconomia e arquivologia*. Brasília: DF: Briquet de Lemos/ Livros.
- Deodato, S. (2012). *Direito da Saúde*. Coimbra: Edições Almedina.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- Ferraz, M. (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Venda do Pinheiro: Tuttirév.
- Fonseca, K. H. (2014). A leitura dos clássicos, uma possibilidade biblioterapêutica: por um viver melhor. *Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina* 19 (1), 6-12.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: a guide to teaching and learning methods*. Oxford Further Education Unit, Oxford Polytechnic.
- Grilo, A. M. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 283-297. Obtido de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862012000200011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200011&lng=pt&tlng=pt).

- Gonçalves, J. P. (2015). *Relatório de Estágio- Cuidar da família da pessoa doente em situação crítica que vivencia uma situação de stress: Estratégia facilitadora dos processos de transição*. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa, Lisboa.
- Gonçalves, J. P., Moura, S. M., & Rabiais, I. C. (2017). Integrative Literature Review- Nursing Interventions in the Stress Control of the Family of the Sick Person in a Critical Condition. *International Journal of Nursing*, 4 (1), 27-37. <https://doi.org/DOI: 10.15640/ijn.v4n1a5>
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos Caminhos*. (Martins, M. Trad). Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade: Emergir como o autor do seu próprio pensamento*. (Martins, M.M. Trad.) Loures: Lusociência.
- International Council of Nurses (ICN) (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)- Versão 2015*. (Severino, Sandy Trad) Edição Portuguesa- Ordem dos Enfermeiros. Loures- Lusodidacta. 278p.
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Porto: INESC-TEC- Ordem dos Enfermeiros. Obtido de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inesctecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf)
- Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 7-14. Obtido de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n6/n6a02.pdf>
- Lovell, K., & Bee, P. (2011). Optimising treatment resources for OCD: a review of the evidence base for technology-enhanced delivery. *Journal Of Mental Health (Abingdon, England)*, 20(6), 525–542. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.608745>.
- Manes, S. (2014). *83 Jogos Psicológicos para dinâmicas de grupos*. (Serra, J. Trads) 11<sup>a</sup> Ed. Lisboa: Paulus.
- Martins, M. D. (2005). A Promoção da saúde: percursos e paradigma. *Revista de saúde Amato Lusitano*, 22 (4), 42-46.
- McCann, T. V. & Lubman, D. I. (2014). Qualitative process evaluation of a problem-solving guided self-help manual for family carers of young people with first-

- episode psychosis. *BMC Psychiatry*, 14 (168), 1–17. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-168>.
- Meleis, A. (2010). *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, A.P.; Bastos, F. & Paiva, A. (2010). A pessoa com Insuficiência cardíaca. Factores que facilitam/ dificultam a transição saúde/ doença. *Revista de Enfermagem Referência*, III (2), 7-16. Obtido de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a01>
- Mendes, C. S. (2012). *Intervenções Psicoterapêuticas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria: Caso Particular da Biblioterapia*. Tese de Mestrado, ESEL, Lisboa.
- Mendes, K.; Silveira, R.; & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17 (4), 768-764.
- Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M.; & Swanson, E. (2010)- *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. (Garcês, R.M.; et al. trads)4ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier
- Monteiro, A. P. (2004). Biblioterapia como intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Hospitalidade* 264, 13-17. Obtido de [https://www.researchgate.net/publication/257879900\\_Biblioterapia\\_como\\_forma\\_d\\_e\\_Intervencao\\_de\\_Enfermagem\\_de\\_saude\\_mental\\_e\\_Psiquiatria](https://www.researchgate.net/publication/257879900_Biblioterapia_como_forma_d_e_Intervencao_de_Enfermagem_de_saude_mental_e_Psiquiatria)
- Mullen, A. (2009). Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 83-90. Doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00578.x.
- Neville, P. (2013). Prose not Prozac? The role of book prescription schemes and healthy reading schemes in the treatment of mental illness in Ireland. *Health Sociology Review*, 22 (1), 19-36.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001, Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde: Direção-Geral de Saúde.
- Ordem Dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Caderno Temático. Obtido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematico\\_s2.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematico_s2.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 129/2011- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. *Diário da República, 2ª Série - N.35*. Diário da República, 2ª Série - N.35. Obtido de: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentao%20129\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfSMental.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentao%20129_2011_CompeticenciasEspecifEnfSMental.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 356/2015- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados. Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República, 2ª Série - N.122- 25 de junho de 2015*. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4907/regulamento\\_356\\_2015\\_padroesqualidadecuidadosespenfsaudemental.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4907/regulamento_356_2015_padroesqualidadecuidadosespenfsaudemental.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Tadinense-Ordem dos Enfermeiros. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe\\_estatuto2016\\_versao03-05-17.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf)
- Payne, A. (2003). *Técnicas de relaxamento: Um guia Prático para Profissionais de Saúde*. Loures: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (1ª ed.) Loures: Lusociência.
- Pereira, P., & Rebelo Botelho, M. A. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem, 18 (2)*, 61-73
- Robertson, R., Wray, S. J., Maxwell, M., & Pratt, R. J. (2008). The introduction of a healthy reading scheme for people with mental health problems: usage and experiences of health professionals and library staff. *Mental Health In Family Medicine, 5 (4)*, 219–228.
- Rocha, B.; Cruz, M. (2017). Psiquiatria Forense e Enfermarias de Segurança. IN Vieira, F.; Cabral, A.S.; Saraiva, C. B. (Coord.). *Manual de Psiquiatria Forense* (pp.519-533). Lisboa: Pactor.
- Rocha, R. C., Pereira, E. R., Silva, R. M., Bulnes, A. M., Sora, A. B., & Cunha, S. H. (2016). The Bibliotherapy in the Humanization of Care: Contributions to Nursing Practice. *International Archives Of Medicine, 9 (274)*, 1-7. Doi:10.3823/2145.
- Rosa, N.; Abreu, Â.; & Barroso, T. (2015). Efeito das intervenções breves na redução do consumo de risco nos utentes em tratamento com metadona. *Revista de*

- Enfermagem Referência*, serIV(6), 27-34. Obtido de <https://dx.doi.org/10.12707/RIV14082>
- Sá, L. (2010). Saúde Mental versus Doença Mental. In C. Sequeira, & L. Sá, Do diagnóstico à intervenção em saúde mental (pp. 15-18). Porto: SPESM.
- Sampaio F.M.C., Araújo O., Sequeira C., Lluch Canut M.T., Martins T. (2018). A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety on adult psychiatric outpatients. *Journal of Advanced Nursing*, 75 (5), 1-13. <https://doi.org/10.1111/jan.13520>
- Seifert, L.(2009). *Treino em assertividade*. Lisboa: Monitor.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir* (55), 11 - 20.
- Songprakun, W., & McCann, T. V. (2012). Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12 (12), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-12>.
- Souza, J. M., Tholl, A. D., Córdova, F. P., Heidemann, I. T., Boehs, A. E., & Nitschke, R. G. (2014). Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19 (7), 2265-2276. Obtido de <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.10272013>
- Thompson, I.E., Melia, K.M. & Boyd, K.M. (2004). *Ética em Enfermagem*. (Pereira, H.& Rosa, M.C. Trads), Loures: Lusociência.
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.) Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª edição ed.). Loures: Lusociência.
- Universidade Católica Portuguesa (UCP) (2016). *Guia da Unidade Curricular “Relatório”*. Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. 18p.
- Valentim, O. S.; & Monteiro, M. (2012). Movimento e relaxamento: uma estratégia no contexto da intervenção de enfermagem. In B. Santos & F. Sampaio (Edts) *E-book do III Congresso Internacional da SPESM - Da Investigação à Prática Clínica Em Saúde Mental*, 438-450.

- Valentim, O. S. & Rocha, L. (2006). Guião de Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson. IN Seabra, P. (2009). *Relatório de estágio*. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa: ICS.
- Valencia, M. C.; & Magalhães, M. C. (2015). Biblioterapia: Síntese das modalidades terapêuticas utilizadas pelo profissional. *Biblos: Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação*, 1 (29), 5-27.
- Vieira, F.; Cabral, A.S.; Saraiva, C. B. (2017). *Manual de Psiquiatria Forense*. Lisboa: Pactor.
- Xavier, M.; Paixão, I.; Mateus, P.; Goldschmidt, T.; Pires, P.; Narigão, M.; Carvalho, Á.; & Leuschner, A. (2017, julho)- Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020: *Ministério da Saúde- Comissão Técnica De Acompanhamento Da Reforma Da Saúde Mental*.  
Obtido de:  
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
- Walsh, T. (2010). The power of words: Books can help improve the confidence and self-esteem of people with mental health conditions. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987)*, 24(49), 20–21.
- World Health Organization. (2001). *World Health Report - Mental Health: New Understanding*. New Hope.



# **ANEXOS**



## **ANEXO I**

COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO NO *XI ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ENFERMAGEM- O CUIDADO DE ENFERMAGEM: HISTÓRIA E INOVAÇÃO*  
APRESENTAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ORAL “**A EFICÁCIA DA BIBLIOTERAPIA NO CUIDAR EM ENFERMAGEM DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**”



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

## DECLARAÇÃO

### **XI ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ENFERMAGEM - O CUIDADO DE ENFERMAGEM: HISTÓRIA E INOVAÇÃO -**

Para os devidos efeitos se declara que, **JOÃO GONÇALVES, SILVINA MOURA, RUI GOMES, OLGA VALENTIM, PAULO SEABRA**, apresentaram a comunicação oral “**A Eficácia Da Biblioterapia No Cuidar Em Enfermagem Da Pessoa Com Doença Mental: Revisão Integrativa Da Literatura**”, no **XI Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 03 de novembro de 2017.

Lisboa, 03 de novembro de 2017.

O Diretor  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

**Sérgio Deedato, BJD/ERN**  
Professor Auxiliar



## **ANEXO II**

**COMPROVATIVO DE FORMADOR NA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO:  
“ESTUDO DE CASO: UM CONTRIBUTO PARTICULAR NO CUIDAR”**





Ministério da Saúde



SRPF

FORMAÇÃO PROFISSIONAL CONTÍNUA EM ENFERMAGEM

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**CERTIFICADO**

Declara-se que **Enfermeiro João Pedro Afonso Gonçalves,**  
participou como dinamizador/formador na iniciativa formativa:

*Acção de formação*

com o tema:

*"Estudo de Caso - Um Contributo Particular no Cuidar"*

Esta iniciativa foi realizada em 18-12-2017 e teve a duração de 80 minutos.

quarta-feira, 14 de Fevereiro de 2018

*Enfermeiro Responsável pela Organização da  
Formação em Serviço*

José Rodrigues

*Enfermeiro Chefe /  
Coordenador do Serviço*

Enf.<sup>a</sup> Coordenadora

Unidade Internamento  
Cristina Canastra  
Psiquiatria Forense



## **ANEXO III**

**COMPROVATIVO DE FORMADOR NA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO:  
“A EFICÁCIA DA BIBLIOTERAPIA NO CUIDAR EM ENFERMAGEM DA  
PESSOA COM DOENÇA MENTAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA  
LITERATURA”**





Ministério da Saúde



---

**SRPF**  
**FORMAÇÃO PROFISSIONAL CONTÍNUA EM ENFERMAGEM**  
**FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

---

**CERTIFICADO**

---

Declara-se que **Enfermeiro João Pedro Afonso Gonçalves,**  
participou como dinamizador/formador na iniciativa formativa:

***Ação de formação***

com o tema:

*"A eficácia da biblioterapia no cuidar em enfermagem da pessoa com doença mental:  
Revisão integrativa da literatura"*

Esta iniciativa foi realizada em 24-11-2017 e teve a duração de 60 minutos.

---

*quinta-feira, 5 de Abril de 2018*

*Enfermeiro Responsável pela Organização da  
Formação em Serviço*

  
José Rodrigues

*Enfermeiro Chefe /  
Coordenador do Serviço*  
**Cristina Canastra**  
*Enf. Coordenadora*  
Unidade Internamento  
Psiquiatria Forense  
Cristina Canastra



## **ANEXO IV**

ESCALA DE *INSIGHT* DE MARKOVÁ E BERRIOS (1992)  
(Validada para a população portuguesa por Vanelli, *et al* (2010))



**ESCALA DE INSIGHT MARKOVÁ E BERRIOS (1992)**  
**adaptado de Vanelli, et al (2010)**

Leia cada uma das afirmações abaixo enunciadas e responda **SIM** ou **NÃO**.  
 Lembre-se que esta é a sua opinião e que não existem respostas certas ou erradas.

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1.Sinto-me diferente do que sou normalmente	1	0
2.Não há nada de errado comigo	0	1
3.Estou doente	1	0
4.As pessoas à minha volta parecem diferentes	1	0
5.Não me sinto parte de nada	1	0
6.Tudo parece desorganizado	1	0
7.A mente não se pode tornar doente, só o corpo	0	1
8.Os meus sentimentos em relação aos outros parecem estar diferentes	1	0
9.Sinto-me pouco à vontade	1	0
10.Tenho dificuldade em pensar	1	0
11.Sofro de problemas dos nervos	1	0
12.Tudo à minha volta está diferente	0	1
13.Estou a perder o contacto comigo mesmo	1	0
14.É difícil sentir-me à vontade com as pessoas que conheço	1	0
15.Algo de estranho me está a acontecer	1	0
16.Quero saber porque me sinto assim	1	0
17.Não pareço ser capaz de funcionar normalmente	1	0
18.As doenças mentais podem acontecer em qualquer pessoa na população	1	0
19.Parece que não tenho assim tanto controlo sobre os meus pensamentos	1	0
20.Não estou doente, mas estou cansado	0	1
21.Sinto que a mente me está a fugir	1	0
22. Estou a perder o contacto com aquilo que me rodeia	1	0
23.Tudo me parece agora mais claro do que nunca	0	1
24.Sinto que coisas estranhas estão a acontecer em torno de mim	1	0
25.Sei que os meus pensamentos são estranhos mas não posso fazer nada	1	0
26.Tudo parece diferente à minha volta	1	0
27.As coisas já não fazem sentido	1	0
28.O meu problema principal é a minha saúde física	0	1
29.Sinto que o meu estado actual foi causado deliberadamente por qualquer coisa	0	1
30.Acho que preciso de algum tipo de ajuda	1	0
<b>Total (Insight) = SOMA (SIM+NÃO)</b>		

Ins The insight is deemed present for positive responses to items 1, 3-6, 8-11, 13-19, 21-22, 24-27, 30 and negative responses to items 2, 7, 12, 20, 23, 28-29

**Fonte:** Vanelli, I.; Chendo, I., Levy, P. Figueira, M.; Góis, C.; Santos, J. & Markova, I. (2010). Adaptação para Português da Escala de Insight Marková e Berrios. *Acta Medica Portuguesa* 23(6), p. 1011-1016.

Sabe o nome da sua doença? \_\_\_\_\_

Se respondeu sim, qual? \_\_\_\_\_



# **ANEXO V**

*ESCALA MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)*



## Mini Mental State Examination (MMSE)

### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_24\_21\_18\_15\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_



## **ANEXO VI**

GUIÃO DE TÉCNICA DE RELAXAMENTO PROGRESSIVO DE *JACOBSON*

(adaptado por Valentim, Rocha, et al., 2007)



# **Técnica de relaxamento**

**Adaptação do Método de Relaxamento Progressivo do Dr. Edmund  
Jacobson**

**“Dentro de um corpo relaxado não pode existir uma mente nervosa”  
(Jacobson)**

## **ACTIVIDADE:**

**Ponham-se o mais confortável possível... descansem as PERNAS...  
deitem os BRAÇOS ao longo do corpo...**

**Podem manter os OLHOS abertos ou fecha-los se o desejarem...**

**QUERO QUE DIRIJAM A VOSSA ATENÇÃO PARA A RESPIRAÇÃO...  
Respirem lentamente, deixando o ar entrar pelo NARIZ... a chegar  
aos PULMÕES... a sair pela BOCA suavemente...**

**Deixem que a respiração siga o seu ritmo natural: SUAVE e  
LENTO... tornando-o MAIS SUAVE e MAIS LENTO...**

**AGORA VÃO RESPIRAR LENTAMENTE, fazendo uma**

**INSPIRAÇÃO PROFUNDA – 3”**

**Pausa – 2”**

**EXPIRAÇÃO PROFUNDA – 3”**

**} 2 VEZES**

**Retomem o ritmo de RESPIRAÇÃO natural: CALMO, LENTO,  
DESCONTRAÍDO...**

Dirijam a vossa atenção para os **MÚSCULOS DA FACE**... sintam qualquer tensão: na **FACE**... nos **OLHOS**... descerrem os **DENTES**... sintam a **LÍNGUA** na boca... sintam a **SALIVA**...

Sintam a **FACE** e os **OLHOS** a tornarem-se descontraídos...

Agora **CONTRAIAM** com força os **OLHOS**, apertando as **PÁLPEBRAS** e enruguem o **NARIZ**... com força...

**DESCONTRAIAM** e sintam o relaxamento a espalhar-se...

### **RESPIRAÇÃO**

**CONTRAIAM** os **MAXILARES**... com força... apertem os **DENTES**... força... força...

**DESCONTRAIAM** e sintam o relaxamento a espalhar-se...

### **RESPIRAÇÃO**

Estão calmos... repousados...

Agora **CONTRAIAM** os **MÚSCULOS DO PESCOÇO**, encolhendo os **OMBROS** com força... com força... mais força...

**DESCONTRAIAM**, relaxem... deixem cair os ombros... sintam uma onda de relaxamento espalhar-se pelo corpo...

### **RESPIRAÇÃO**

**CONTRAIAM** os **MÚSCULOS DAS COSTAS**... **COMPRIMAM** os músculos contra o chão... com força... força...

**DESCONTRAIAM**, relaxem... sintam o relaxamento espalhar-se pelo corpo...

### **RESPIRAÇÃO**

**EMPURREM** os **COTOVELOS** contra o chão... com força... sintam a tensão que isso causa nos **BRAÇOS**...

**Agora DESCONTRAIAM, deixem cair os braços... sintam o relaxamento...**

### **RESPIRAÇÃO**

**ESTIQUEM os BRAÇOS... FECEM as MÃOS em punho...**

**CONTRAIAM as mãos com força... força... mais força...**

**RELAXEM... abram as mãos... afastem os dedos um a um...**

**Descontraiam... sintam as mãos... os braços... os ombros relaxarem...**

### **RESPIRAÇÃO**

**Agora CONTRAIAM os MÚSCULOS DA BARRIGA... com força... força...**

**DESCONTRAIAM e sintam o relaxamento espalhar-se pelo corpo...**

### **RESPIRAÇÃO**

**CONTRAIAM os MÚSCULOS DAS COXAS... com força... mais força...**

**RELAXEM... Sintam as coxas mais descontraídas...**

### **RESPIRAÇÃO**

**Agora DOBREM os PÉS para cima, sem tirar os CALCANHARES os chão... com força... e sintam a tensão que isso causa na BARRIGA DAS PERNAS...**

**DESCONTRAIAM... deixem as pernas repousar no chão...**

### **RESPIRAÇÃO**

**ENCOLHAM os DEDOS DOS PÉS e CONTRAIAM... força... mais força...**

**DESCONTRAIAM e sintam os pés, as pernas mais leves... mais relaxadas...**

## **RESPIRAÇÃO LENTA 7''**

**Concentrem-se agora na respiração...**

### **RESPIRAÇÃO PROFUNDA 2 VEZES**

**Ao expirarem é como se deitassem para fora todas as TENSÕES e PROBLEMAS...**

**Estão CALMOS... DESCONTRAÍDOS... REPOUSADOS...**

**Agora vão sentir os PONTOS DO CORPO QUE ESTÃO EM CONTACTO COM O CHÃO... sentir as costas... as pernas...**

**Vão agora sentir uma sensação de peso... como se AFUNDASSEM NO CHÃO... SENTEM-SE PESADOS...**

**Sentem os MÚSCULOS DAS COSTAS a CONTRAÍREM-SE... as PERNAS a APERTAREM-SE CONTRA O CHÃO... força... força...**

**RELAXEM... descontraíam as costas... deixem cair os ombros... descontraíam as pernas...**

**Sintam uma onda de relaxamento percorrer o vosso corpo...**

**Estão CALMOS... REPOUSADOS... DESCONTRAÍDOS... CONFORTÁVEIS...**

**Agora DESCONTRAÍAM OS MÚSCULOS DAS PÁLPEBRAS...**

**Preparem-se para ABRIR OS OLHOS...**

**Tomem consciência da sala... ABRAM OS OLHOS... MEXAM AS MÃOS... MEXAM AS PERNAS...**

**Levantem-se calmamente.**

# APÊNDICES



# **APÊNDICE I**

**ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO: “A EFICÁCIA DA BIBLIOTERAPIA NO  
CUIDAR EM ENFERMAGEM DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL: REVISÃO  
INTEGRATIVA DA LITERATURA”**



# **A EFICÁCIA DA BIBLIOTERAPIA NO CUIDAR EM ENFERMAGEM DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

## **RESUMO**

*Introdução:* O recurso à biblioterapia enquanto intervenção terapêutica no cuidar em enfermagem, na área da saúde mental e psiquiátrica, potencia o processo de tomada de consciência de “Si” e do reconhecimento singular da dimensão do “Outro”, ajudando a Pessoa encontrar as ferramentas necessárias para desenvolver estratégias de  *coping*  mais eficazes que promovam a resiliência e a readaptação funcional. A biblioterapia define-se como uma forma de terapia de apoio com recurso a materiais de leitura selecionados como coadjuvante terapêutico na medicina e na psiquiatria.

O objetivo deste estudo é conhecer a eficácia da biblioterapia como intervenção de enfermagem, no cuidar da pessoa com doença mental.

*Metodologia:* Foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura para identificar a evidência sobre esta temática. A pesquisa foi desenvolvida entre os dias 17 e 21 de junho de 2017, recorrendo à base de dados PubMed e à plataforma eletrónica de pesquisa EBSCOHost. Utilizamos os descritores de pesquisa MeSH e DeCS que foram conjugados com operadores booleanos, tendo resultado na fórmula de pesquisa (bibliotherapy AND Nurse\* AND mental health). Os critérios de inclusão foram os artigos disponíveis em texto completo, no idioma Português e Inglês, e num espaço temporal dos últimos cinco anos. Por se encontrarem apenas cinco estudos, alargamos a pesquisa para os últimos dez anos para aumentar a compreensão da problemática em estudo. Outro critério de inclusão era a realização da intervenção por enfermeiros. Após exclusão dos estudos, por estarem repetidos, ficámos com uma amostra de sete artigos que constituiu a amostra de pesquisa.

*Resultados:* Os estudos encontrados demonstraram eficácia da biblioterapia no cuidar de pessoas com doença mental e na promoção do seu bem-estar, nomeadamente, em pessoas com depressão ligeira e moderada, potenciando a resiliência, diminuindo o

nível de ansiedade e reduzindo o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos a curto e médio prazo. Nas pessoas doentes com psicose e perturbações da personalidade houve melhoria da confiança e da auto-estima, potenciando a comunicação e a interação social.

Esta intervenção também se mostrou eficaz no cuidar de familiares/ cuidadores de doentes que experienciam o primeiro episódio psicótico, demonstrando alívio da carga familiar, promovendo o bem-estar com a melhoria do *insight* sobre a doença, potenciando o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes, com diminuição da severidade dos sintomas psicóticos do familiar doente, do número e duração dos reinternamentos no primeiro ano.

Conclusões: Os estudos encontrados dão ênfase à aplicabilidade da biblioterapia realizada por enfermeiros, como uma intervenção terapêutica eficaz, realçando que a sua implementação requer baixos custos e tem vantagens, quer para as pessoas com doença mental, quer para os seus cuidadores/ familiares.

Pela amostra encontrada, verificamos poucos estudos realizados por enfermeiros explorando esta temática. No entanto, esta análise, requer mais pesquisa em outras bases de dados para reforço e clarificação dos resultados encontrados, o que constitui uma limitação desta revisão.

**Palavras-chave:** BIBLIOTERAPIA; INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM; SAÚDE MENTAL; EFICÁCIA

## INTRODUÇÃO

A enfermagem assume-se num importante contributo nos sistemas de saúde mundiais, a quem lhe é reconhecida autonomia e responsabilidade de cuidar das pessoas, famílias e/ou comunidade na promoção da saúde, prevenção da doença, no tratamento, reabilitação, reinserção social e no suporte dos processos de fim de vida.

O recurso a estratégias não farmacológicas nos processos de cuidar da pessoa em contexto de doença mental e psiquiátrica tem-se revelado num importante contributo na ajuda desta, a explorar os seus problemas emocionais, a exprimir-se, potenciando a resolução de problemas internos, ajudando no processo de recuperação da doença mental. O recurso à exploração de recursos literários (biblioterapia) como estratégia terapêutica em contexto de serviços de doença mental e psiquiatria não é recente, e é

utilizada não só por enfermeiros, mas por outros técnicos de saúde como ferramenta importante de psicoterapia e como terapia cognitivo-comportamental.

O termo biblioterapia é definido por Cunha e Cavalcanti (2008) como a “utilização de livros e outros materiais de leitura em programas de leitura (...) para auxiliar no tratamento de problemas mentais e emocionais, bem como de desajustes sociais” (p. 55). A definição unanimemente aceite do termo Biblioterapia é descrito pela Associação das Bibliotecas de Instituições e Hospitais dos Estados Unidos “a utilização de materiais de leitura selecionados como coadjuvante terapêutico na medicina e na psiquiatria; a orientação de soluções de problemas pessoais através de leitura orientada; o tratamento de pessoas com dificuldades de adaptação de forma a promover a sua reinserção social” (Monteiro, 2004, p.14).

A definição de biblioterapia como uma intervenção de enfermagem é descrita por Bulechek, Butcher e Dochterman (2010) como o “uso terapêutico da literatura para intensificar a expressão de sentimentos, resolução ativa de problemas, enfrentamento ou *insight*” (p.189).

Esta fundamenta-se no recurso a leitura de textos ou extractos literários, narrativa de contos, poesia e escrita criativa, permitindo ao terapeuta chegar ao outro e potenciar a partilha de emoções e sentimentos, ajudando-o a construir o seu “Eu”. Sendo uma intervenção de cariz multidisciplinar esta revela-se num instrumento terapêutico versátil e flexível, estando disponível ao contributo de outros saberes e parcerias de âmbito psicoterapêutico (Monteiro, 2004).

O objetivo deste estudo visou procurar a evidência científica que traduz a eficácia da biblioterapia como intervenção no cuidar da pessoa com doença mental, definiu-se a questão de investigação, que visa saber **“qual a eficácia da biblioterapia como intervenção de enfermagem, no cuidar da pessoa com doença mental?”**.

Para melhor fundamentar a temática em estudo foi desenvolvido o seguinte capítulo onde se dá ênfase à fundamentação teórica com base na evidência científica como uma área de intervenção importante no cuidar da pessoa com doença mental em várias abordagens neste processo.

## **A BIBLIOTERAPIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**

A biblioterapia é um termo que sempre acompanhou o desenvolvimento da humanidade, enquanto estratégia de mobilizar saberes para a construção de

conhecimento e construção da sociedade. Segundo Monteiro (2004) foi no século XIX que nos Estado Unidos se começa a prescrever livros, que eram cuidadosamente selecionados e que tinham efeitos terapêuticos, numa altura da história em que a epidemia da tuberculose obrigava a longos períodos de internamento. O recurso a esta metodologia, para ocupar os doentes e por sua vez leva-os através de textos para experiências, sensações e emoções para além dos espaços físicos que estavam condicionados, acreditava-se que traziam importantes contributos na sua recuperação.

Depois da Segunda Grande Guerra Mundial associa-se a biblioterapia no cuidar de pessoas com doenças mentais, muito pelos resultados alcançados na ajuda em ultrapassar traumas de guerra de sofrimento físico e psicológico em soldados feridos, dando um importante impulso na criação de bibliotecas hospitalares (Monteiro, 2004).

Foi Caroline Shrodes que fez o primeiro estudo experimental sobre a biblioterapia em 1949 (citado por Monteiro 2004) que identifica dois tipos de literatura para fins terapêuticos: a “literatura didática” com abordagem educacional e instrutivo que a mudança de comportamentos, e uma outra, a que chamou de “literatura imaginativa” que será a mais indicada para garantir uma experiência mais emocional, com importante potencial de transformações pessoais significativas, utilizando conceitos da linha da psicanálise como “a identificação, projecção, catarse e o *insight*”.

Podemos identificar nos trabalhos de Caldin (2001) a base dos fundamentos defendidos por Caroline Shrodes onde refere que a biblioterapia tem como objetivos a introspeção para o crescimento emocional, melhorar o entendimento das emoções, permite verbalizar e exteriorizar os problemas e assim analisá-los objetivamente, afastar a sensação de isolamento pois todos os elementos do grupo são incentivados pelo terapeuta a participar.

Quando mobilizada para o contexto da prática clínica no cuidar de Pessoas com doença mental, é destacado por Rocha, Pereira, Silva, Bulnes, Sora, e Cunha (2016), como sendo uma intervenção promotora da humanização no cuidar em enfermagem, por esta facultar momentos de encontro entre Pessoas, proporcionar uma oportunidade de interação interpessoal que visa o bem-estar onde a troca das diferentes experiências, potencia a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A revisão da literatura desenvolvida por Mendes (2012) demonstra que o recurso à biblioterapia como intervenção terapêutica complementar, no tratamento das doenças mentais, é suportada pela evidência científica. A autora cita os resultados do estudo de

Marrs (1995) que concluiu que não há diferença significativa entre a biblioterapia e outras abordagens psicoterapêuticas, com resultados positivos desta na ansiedade, moderados na depressão e menos positivos no abuso de álcool.

Sendo a biblioterapia um momento de interação, Ferraz (2009) classifica-a como uma terapia expressiva, destacando que esta promove a comunicação interpessoal mas também intrapessoal, através de técnicas que o terapeuta mobiliza, valorizando o sentir, a memória, os sentidos e as emoções, despertando consciência das capacidades que cada pessoa detém e assim desenvolver novas competências.

Para Chalifour (2008) numa terapia expressiva o terapeuta assume um papel de facilitador, ajudando a pessoa a aceder aos seus processos internos e a desenvolver uma maior consciência de Si, de modo a que se torne mais apto na gestão das dificuldades que vive. Ao longo da segunda metade do século XX emergiram diversas disciplinas que desenvolveram teorias, que explicam estratégias que estimulam a mudança segundo uma visão do *caring*, e especifica que no domínio da enfermagem foram os estudos de Betty Newman, Parse, Rogers e Jean Watson que valorizam este tipo de abordagem, tentando procurar métodos menos centrados nas doenças e mais direcionados à pessoa, como reforça Chalifour (2009), em que “mobilizem ao máximo a participação do cliente” p.158 no seu processo de saúde e doença.

A aplicabilidade da biblioterapia no cuidar em enfermagem requer que o enfermeiro mobilize o seu saber especializado e científico, nos vários contextos de intervenção em saúde mental, através da sua ferramenta científica de trabalho que é a relação terapêutica, para chegar ao Outro que se encontra num momento de vulnerabilidade pessoal e de reajustamento funcional. Quando mobilizada para a aplicabilidade clínica visa abordar os problemas associados ao comportamento social, moral, emocional e físico, com o objetivo destes modificarem as suas atitudes e a adotarem comportamentos mais equilibrados ao meio cultural e social que integram (Valencia & Magalhães, 2015).

Na biblioterapia, o enfermeiro usa o texto como o primeiro mediador da relação que pretende estabelecer com o grupo, unindo-o, o que facilita a interpretação pessoal do mesmo, proporcionando a cada participante a procura do próprio sentido para o texto de acordo com as suas próprias experiências, permitindo libertar o que já viveu mas com um distanciamento e num ambiente protegido, numa perspectiva de observador (Mendes, 2012).

Ao dinamizar a intervenção o enfermeiro realça o momento de partilha, de ajuda e não de avaliação ao que cada um expressa. Isso traz-lhe aceitação por parte do grupo e aumenta o nível da confiança e da auto-estima dos intervenientes (Walsh, 2010).

Nestes momentos, o enfermeiro tenta potenciar as capacidades de cada um através do processo de facilitar a expressão de sentimentos e emoções, com intencionalidade de diminuir a ansiedade, potenciar a confiança e o bem-estar do grupo. Para além disso, este momento psicoterapêutico favorece o treino de atenção, da memória, da capacidade de escuta e de aceitar opiniões de outros, melhorando assim capacidades de interação sociais e comunicacionais (Mendes, 2012).

Baseado em Mullen (2009) é importante a implementação de intervenções psicoterapêuticas (como a biblioterapia) na fase aguda da doença mental, embora se suporte em alguns estudos para justificar porque é que os enfermeiros nestes serviços se envolvem tão pouco neste tipo de intervenções mais específicas, e descreve como sendo os curtos períodos de internamento, a subvalorização da terapia medicamentosa no controlo dos sintomas, a falta de tempo justificada pelo elevado número de doentes e a sua grande rotatividade, o défice de habilidades pessoais e conhecimento especializado que por sua vez desvaloriza este tipo de intervenções específicas.

A biblioterapia é descrita como uma tecnologia no cuidado em enfermagem como estratégia de saúde familiar em contexto de cuidados de saúde primários onde Correa, Santos e Erdmann (2013) desenvolveram um estudo onde trabalharam com 17 mulheres que apresentavam sintomatologia depressiva potenciada com a perda de um familiar há mais de 2 anos e esta revelou-se num importante instrumento capacitador da sua saúde mental, promotor da melhoria da qualidade de vida familiar e também ao longo dos encontros o enfermeiro trabalhou a psicoeducação como estratégia da promoção da saúde da sua área de intervenção.

Os fundamentos da biblioterapia como uma abordagem de intervenção terapêutica psicossocial são defendidos por Fonseca (2014) em que este considera:

a utilização da literatura orientada para o desenvolvimento pessoal pode ser considerada como um fator determinante na maturação da personalidade pela prevenção de problemas futuros (...) levando ao autoconhecimento, ao ajustamento social e ao equilíbrio mental, onde cada pessoa ou grupo recebe um tratamento de acordo com suas especificidades (p.8).

Em suma, o recurso à biblioterapia como intervenção de enfermagem potencia o reconhecimento da pessoa/ cliente/ família ou comunidade, ancorada numa relação de

terapêutica, que se pretende chegar ao Outro e ajudá-lo a encontrar em Si as ferramentas mais eficazes para se adaptar aos diferentes estímulos ambientais a que está sujeito, desenvolvendo estratégias de *adaptativas* eficazes para lidar com os seus problemas e se revelem promotoras de resiliência.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

No desenvolvimento deste trabalho de investigação decidiu-se proceder a uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de extrair da pesquisa uma maior compreensão e abrangência da evidência científica publicada sobre a problemática que pretendemos estudar.

Como materialização deste rigoroso processo optamos por percorrer as principais etapas metodológicas fundamentadas em Mendes, Silveira e Galvão (2008). Iniciamos este processo por definir o objeto do estudo, pelo que se definiu a questão de investigação, que visa saber “Qual a eficácia da biblioterapia como intervenção de enfermagem, no cuidar da pessoa com doença mental?”

Como instrumento de pesquisa recorreu-se à base de dados PubMed e à plataforma de pesquisa eletrónica EBSCOhost- Research Databases à qual está indexada as bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde, na qual foram selecionadas as bases de dados CINAHL® Complete, MEDLINE® Complete e Nursing & Allied Health Collection.

Em cada base de dados identificámos os descritores de pesquisa Medical Subject Headings (MeSH) e os Descritores em Ciências da Saúde (DeSC) de acordo com as palavras-chave retiradas da pergunta de investigação e que foram respetivamente: “bibliotherapy”, “nurse” e “mental health”.

Da seleção destes termos conjugámos os operadores booleanos, de modo a encontrar a melhor evidência que respondesse à pergunta de partida, resultando a seguinte fórmula booleana: (bibliotherapy AND Nurse\* AND mental health).

A pesquisa realizou-se entre o dia 17 e o dia 21 de junho de 2017. Os limitadores de pesquisa selecionados foram os artigos que se encontravam disponíveis em texto completo, no idioma Português e Inglês, e considerando o universo temporal dos últimos cinco anos (entre o ano 2012 a junho de 2017). Como a amostra encontrada apenas correspondia a cinco estudos, alargamos a pesquisa para os últimos dez anos para aumentar a compreensão da problemática.

Após eliminação dos artigos repetidos foram aplicados os critérios de inclusão e de exclusão. Considerou-se como critério de inclusão a realização da intervenção de biblioterapia dinamizada por enfermeiros ou estes estivessem inclusos no grupo de trabalho nos estudos encontrados, dirigida a pessoas com doença mental mas também aos seus familiares/ cuidadores.

Os critérios de exclusão aplicou-se aos artigos em que a biblioterapia era mobilizada por outros técnicos de saúde que não enfermeiros. Deste processo de análise, excluíram-se os que se encontravam repetidos e após leitura de todos os artigos na íntegra obteve-se a amostra de pesquisa.

## **RESULTADOS**

Com esta abordagem metodológica encontramos dez artigos disponíveis em texto completo, dos quais cinco artigos obtidos da pesquisa na plataforma informática da PubMed e outros cinco da plataforma de pesquisa EBSCOhost (desta identificamos que os cinco artigos encontrados estavam indexados na Medline, e destes dois artigos repetidos indexados na CINAHL e um artigo repetido na Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive).

Após análise do título identificámos que três artigos estavam repetidos, por se terem utilizado duas plataformas de pesquisa diferentes, pelo que se consideram sete artigos como amostra do nosso estudo, onde extraímos os dados mais relevantes, que é exposto na seguinte tabela (Tabela 1):

Estudo	Título	Autores	Revista/ Ano	Metodologia	Objetivo	Amostra
E1	The second Randomised Evaluation of the Effectiveness, cost-effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REEACT-2) trial: does the provision of telephone support enhance the effectiveness of computer-delivered cognitive behaviour therapy? A randomised controlled trial	Brabyn S, Araya R, Barkham M, Bower P, Cooper C, Duarte A, Kessler D, Knowles S, Lovell K, Littlewood E, Mattock R, Palmer S, Pervin J, Richards D, Tallon D, White D, Walker S, Worthy G, Gilbody S.	<a href="#">HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT 2016</a>	Este estudo foi um ensaio clínico multicêntrico controlado e randomizado de dois grupos paralelos, pragmático, aberto com uma avaliação econômica concomitante	Comparar a eficácia clínica e relação custo-eficácia da terapia cognitivo-comportamental informatizada com material de auto ajuda entregue habitualmente no NHS e da terapia cognitivo-comportamental informatizada com material de auto ajuda e apoio guiado por telefone.	Participaram 182 pessoas foram divididas aleatoriamente para participarem na terapia cognitivo-comportamental informatizada com um suporte mínimo habitual com pessoas deprimidas com score >10 no questionário PHQ-9e 187 pessoas participaram numa terapia cognitivo-comportamental informatizada com suporte por telefone.
E2	A Randomized Controlled Trial of Clinician-Supported Problem-Solving Bibliotherapy for Family Caregivers of People With First-Episode Psychosis.	Chien, Wai Tong; Thompson, David R.; Lubman, Dan I.; McCann, Terence V.	<a href="#">Schizophrenia Bulletin 2016</a>	Um estudo controlado randomizado foi realizado em 2 clínicas de intervenção na psicose precoce em Hong Kong	Avaliar os efeitos aos 5 meses da aplicabilidade da biblioterapia baseada na resolução de problemas com apoio clínico para cuidadores familiares chineses de pessoas com o primeiro episódio de psicose, ao nível da carga, na redução dos sintomas psicóticos e da duração de re-internamento, em comparação com apoio familiar habitual prestado	Participaram 116 cuidadores foram selecionados aleatoriamente e depois divididos aleatoriamente para o grupo de intervenção e para o grupo de base.
E3	Qualitative process evaluation of a problem-solving guided self-help manual for family carers of young people with first-episode psychosis.	McCann T.V.; Lubman D.I.	<a href="#">BMC Psychiatry 2014</a>	Estudo de ensaio controlado, randomizado, realizado em dois serviços de intervenção precoce na psicose, seguido de uma avaliação qualitativa do processo por entrevista individual ao grupo de intervenção e foi este grupo que estudaram	Avaliar a crença dos cuidadores sobre a utilidade da biblioterapia com o manual de auto-ajuda guiada para a resolução de problemas para os cuidadores/ familiares de jovens no primeiro episódio de psicose.	Participaram 124 cuidadores, dos quais 61 integraram a intervenção de biblioterapia /auto-ajuda guiada por problemas e 63 cuidadores o tratamento habitual. Também realizaram uma avaliação do processo qualitativo, utilizando entrevistas individuais, com uma amostra aleatória de 24 indivíduos do grupo de intervenção.
E4	Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: a randomised controlled trial.	Songprakun W.; McCann T.V	<a href="#">BMC Psychiatry 2012</a>	Estudo de ensaio controlado, randomizado.	Avaliar a eficácia da biblioterapia com um manual de auto-ajuda sobre os níveis de resiliência, a pessoas com depressão moderada que vivem na comunidade da província de Chiang Mai do norte da Tailândia	Participaram 56 pessoas com o diagnóstico de depressão moderada que foram atribuídos aleatoriamente a um grupo de intervenção (n = 27) e outro de controle (n = 29)
E5	Optimising treatment resources for OCD: a review of the evidence base for technology-enhanced delivery.	Lovell, Karina ; Bee, Penny	<a href="#">Journal Of Mental Health (Abingdon, England) 2011</a>	Revisão da Literatura	Realizar uma análise detalhada da base de evidências publicada para intervenções baseadas nas terapias cognitivo-comportamentais, incorporando uma tecnologia da saúde no tratamento da doença Obsessivo compulsivo.	Foram identificadas treze estudos sendo que destes, cinco recorreram à biblioterapia.
E6	The power of words: Books can help improve the confidence and self-esteem of people with mental health conditions	Walsh, Tina	<a href="#">Nursing Standard (Royal College Of Nursing) 2010</a>	Artigo de reflexão	Ler em grupo pode ajudar as pessoas com problemas de saúde mental a construir a sua auto-confiança.	Relatos de profissionais que trabalham com a biblioterapia
E7	The introduction of a healthy reading scheme for people with mental health problems: usage and experiences of health professionals and library staff.	Robertson, Roma; Wray, Steven J.; Maxwell, Margaret; Pratt, Rebekah J	<a href="#">Mental Health In Family Medicine 2008</a>	Entrevistas semi-estruturadas com bibliotecários e prescritores da equipa de saúde mental da comunidade.	Explorar a utilização de um serviço de "leitura saudável" e oferecer mais informações sobre a melhoria do processo de aceitação da prescrição de livros por profissionais de saúde.	Foram realizadas entrevistas telefônicas semi-estruturadas a dez profissionais de saúde e quatro bibliotecários ou assistentes de bibliotecas que prescreveram livros durante 12 meses.

**Tabela 1:** Apresentação dos estudos da Revisão Integrativa da Literatura

	Conclusões dos estudos	Eficácia da biblioterapia como intervenção
E1	A Biblioterapia foi disponibilizada informaticamente no programa MoodGYM com material de auto-ajuda como terapia cognitivo-comportamental a pessoas deprimidas seguidas em consulta de clínica geral com apoio telefónico no NHS. Após 4 meses da intervenção tinham a probabilidade de estar até 2 vezes menos deprimidas comparativamente com as pessoas que lhe eram disponibilizadas a mesma intervenção como terapia cognitivo-comportamental sem apoio telefónico, mas aos 12 meses os valores avaliados da depressão não eram estatisticamente significativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em ambos os grupos houve <u>diminuição do grau de depressão</u> avaliado com a escala Patient Health questionnaire-9 (PHQ-9);</li> <li>- Houve <u>melhoria do nível de ansiedade</u> ao longo dos 12 meses mais evidente no grupo de intervenção com apoio telefónico;</li> <li>- Houve <u>diminuição das queixas somáticas das pessoas</u>;</li> <li>- Há <u>ganhos em qualidade de vida em anos</u> avaliados pela escala European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D);</li> <li>- <u>Redução de custos económicos</u> como consequência aos menores períodos de interrupção de trabalho por doença;</li> <li>- <u>Diminuição do risco de depressão</u> a curto e médio prazo.</li> </ul>
E2	A biblioterapia dirigida a familiares/ cuidadores de pessoas que desenvolvem o primeiro episódio psicótico como intervenção na resolução de problemas relatou melhorias na carga familiar e na experiência de cuidar, e redução na gravidade dos sintomas psicóticos e duração dos reinternamentos, do que o grupo com o apoio familiar habitual. O uso da biblioterapia com terapia de resolução de problemas produz benefícios moderados a longo prazo para cuidadores e pessoas doentes, e é um complemento de baixo custo para o apoio de familiares após alta hospitalar.	<p>Aos 5 meses da intervenção aos familiares/ cuidadores, o estudo demonstra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Melhoria da carga familiar</u> (family barden) com <u>promoção do bem-estar familiar</u>;</li> <li>- Familiares relatam experiências na resolução de problemas com <u>desenvolvimento de estratégias de coping</u> eficazes;</li> <li>- <u>Diminuição da severidade dos sintomas psicóticos do familiar/ pessoa</u> significativa doente que tivera o primeiro episódio psicótico.</li> <li>- <u>Diminuição do número e da duração dos reinternamentos</u> deste ao longo de 12 meses;</li> <li>- <u>Promoveu o bem-estar</u> dos cuidadores/ familiares;</li> <li>- <u>Melhorou significativamente a compreensão do processo de doença</u> e assim promoveu o apoio dos cuidadores/ familiares à pessoa doente;</li> <li>- Os cuidadores/ familiares sentem-se valorizados pela fácil acessibilidade em compreender e consultar o manual.</li> </ul>
E3	Este estudo destaca a importância da intervenção de biblioterapia com manual de auto-ajuda guiada para a resolução de problemas demonstrando-se útil para informar e apoiar os cuidadores dos jovens com primeiro episódio psicótico e aumentou a capacidade destes se adaptarem a esta nova realidade.	
E4	Os resultados evidenciam que o uso da biblioterapia com recurso a um manual de auto-ajuda aumenta a resiliência em pessoas tailandesas com depressão moderada. A biblioterapia é facilmente implementada como complemento de trabalho por enfermeiros de saúde mental na promoção da resiliência e favorece o processo de reabilitação de pessoas com depressão moderada, na comunidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstrou <u>melhoria da resiliência da pessoa doente</u> com depressão moderada.</li> <li>- <u>Demonstra-se eficaz na melhoria dos sintomas depressivos</u> em pessoas com depressão moderada.</li> </ul>
E5	Dos estudos encontrados para o tratamento da doença obsessiva-compulsiva encontrou 5 estudos com recurso à biblioterapia que descreve serem inconclusivos dados os vieses das limitações apresentadas, do baixo número de elementos por grupo estudado que não permite generalizar e qualificar esta intervenção terapêutica quanto à sua eficácia.	- Não há evidência científica suficiente que suporte a eficácia da biblioterapia como principal intervenção no cuidar de pessoas com doença obsessiva compulsiva, embora as limitações dos estudos encontrados se expressem pequenas classes amostrais de participante e um grande rácio de abandono a meio da intervenção que condiciona os resultados globais.
E6	Artigo reflexivo de uma jornalista que recebe testemunhos de uma enfermeira que desenvolve uma sessão semanal de biblioterapia no Reino Unido que implementa a biblioterapia numa ala psiquiátrica com doentes com psicoses e com perturbações da personalidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relata <u>melhoria da confiança e da auto-estima</u>, nos elementos do grupo com perturbações da personalidade e psicoses;</li> <li>- Enfatiza um doente onde a <u>biblioterapia melhorou a sua comunicação e interação social</u>.</li> </ul>
E7	17% dos empréstimos de livros previamente selecionados como recurso de auto-ajuda numa biblioteca escocesa onde este projeto foi implementado tem por base uma prescrição, do qual fazem parte 2 enfermeiros de saúde mental na comunidade.	-A prescrição de livros promove a <u>melhoria dos sintomas depressivos ligeiros</u> como alternativa a outras psicoterapias e revela-se eficaz nas pessoas com doença mental ligeira.

**Tabela 2:** Resultados dos estudos da Revisão Integrativa da Literatura

## DISCUSSÃO

O recurso à biblioterapia como intervenção psicoterapêutica é uma abordagem multidisciplinar desenvolvida por enfermeiros, médicos, psicólogos entre outros técnicos da saúde, com recurso à abordagem em grupo ou à terapia individual, e ao longo dos últimos anos tem-se demonstrado enfoque às novas tecnologias como uma ferramenta que não deve ser esquecida no processo de cuidar e acompanhar pessoas com problemas de doença mental. (Brabyn, Araya, Barkham, Bower, Cooper, Duarte, et al., 2016)

Surgem alguns estudos que enquadram a biblioterapia como uma possível intervenção de prescrição do bibliotecário citando Robertson, Wray, Maxwell e Pratt (2008) mas esta prática enquadra-se numa ténue fronteira dos seus limites funcionais, por este ter uma estreita ligação com a literatura e ser da sua função ajudar a orientar a leitura de alguém para, mas não lhe é reconhecida competência biblioterapêutica, nomeadamente para trabalhar problemas associados às situações de doença, como fundamenta Abreu, Zulueta e Henriques (2013).

Dos artigos que constituem a nossa amostra, cinco destes encontram-se publicados em revistas científicas da área da saúde mental, o que revela a importância científica atribuída a esta intervenção terapêutica no cuidar de pessoas com doença mental.

Dos estudos encontrados pudemos constatar que a biblioterapia como intervenção na área da saúde, quando mobilizada para o contexto da doença mental, foi classificada como uma terapia cognitivo-comportamental com recurso a material de auto-ajuda e mesmo com outro facilitador de comunicação como por exemplo o telefone, desenvolvido por Brabyn, et al. (2016) mas também no cuidar de pessoas com sintomas de depressão e por Lovell e Bee (2011) no cuidar de pessoas com doença obsessiva-compulsiva com benefícios na adesão à intervenção.

Destaca-se o recurso da biblioterapia no cuidar de pessoas com depressão moderada em ambulatório, no estudo de Brabyn, et al. (2016) e de Songprakun e McCann (2012) mas também no cuidar de pessoas com perturbação da personalidade e de psicose num serviço de internamento de doença aguda (Walsh, 2010) e mesmo a cuidadores/ familiares de pessoas internadas com o primeiro surto psicótico desenvolvidos por McCann e Lubman (2014) e por Chien, Thompson, Lubman, e McCann (2016).

Uma nota importante dos resultados deste estudo foi encontrar artigos em que a intervenção biblioterapêutica foi dirigida a familiares/ cuidadores de pessoas com doença mental grave, como é o caso de pessoas que têm o primeiro episódio psicótico, que causa uma significativa carga familiar, e esta intencionalidade de cuidar demonstrou vantagens na dinâmica adaptativa da família (Chien, Thompson, Lubman, & McCann, 2016, McCann & Lubman, 2014).

Destes destaca-se como aspetos positivos, que se traduz na eficácia da biblioterapia enquanto intervenção, a melhoria do bem-estar familiar, com diminuição da carga familiar pelo aumento do insight do processo de doença por parte do cuidador (com repercussão no apoio disponibilizado ao seu familiar doente) e na diminuição do número e período de reinternamento deste ao longo do primeiro ano (Chien, Thompson, Lubman, & McCann, 2016, Songprakun & McCann, 2012).

A eficácia da biblioterapia destacada por Brabyn, et al. (2016) é descrita na melhoria do grau de depressão e do nível de ansiedade experienciado, com diminuição das queixas somáticas e assim menores custos económicos com as despesas de incapacidade para o trabalho, traduzindo-se em ganhos de qualidade de vida em anos com a diminuição do risco de desenvolver sintomas depressivos a curto e médio prazo.

Por sua vez Songprakun e McCann (2012) concluíram que a biblioterapia demonstrou melhoria da resiliência de pessoas com depressão moderada na Tailândia, melhorando os sintomas depressivos ao longo da intervenção, com suporte a um manual de auto-ajuda. Robertson, Wray, Maxwell e Pratt (2008) concluíram que a prescrição de livros por parte de enfermeiros na comunidade demonstra-se eficaz na melhoria dos sintomas depressivos em pessoas com depressão ligeira. Também Walsh (2010) enfatiza a melhoria da confiança e da auto-estima em pessoas com psicose e com perturbações da personalidade, indicando mesmo benefícios ao nível da expressão verbal e da interação social.

Um aspeto que merece destaque é a classificação de vários autores relativamente à aplicabilidade da biblioterapia como uma terapia cognitivo-comportamental, como é o caso de Songprakun e McCann (2012), Brabyn, et al. (2016) e Lovell e Bee (2011), ancorando-a a uma intervenção psicoterapêutica de suporte, defendida por Chalifour (2009). O estudo de McCann e Lubman (2014) dá ênfase à sua aplicabilidade como uma intervenção psicoterapêutica fundamentado por Chalifour (2009) com base num processo de resolução de problemas.

Estes resultados fundem-se nas conclusões de estudos anteriores descritos por Abreu, Zulueta, e Henriques (2013) sobre a eficácia da biblioterapia enquanto intervenção de enfermagem no cuidar de pessoas com doença mental onde a sua aplicabilidade demonstra melhoria nos diagnósticos de enfermagem de humor depressivo, ansiedade presente, auto-estima diminuída, fobia e/ou isolamento social presente.

## **CONFLITOS DE INTERESSES E CONSIDERAÇÕES**

Reconhece-se que na realização deste trabalho não existiram conflitos de interesse. Clarifica-se ainda que ao longo do seu desenvolvimento se cumpriu à identificação dos autores utilizados no suporte científico do trabalho, procedendo à sua referência como forma de fazer jus à propriedade intelectual dos mesmos.

## **CONCLUSÃO**

O processo de cuidar da pessoa com doença mental e seus cuidadores/ familiares/ pessoas significativas evidencia-se num processo complexo que requer uma abordagem multiprofissional da qual o enfermeiro se assume como um elemento promotor, de suporte e capacitador do Outro, mobilizando habilidades ético-relacionais e conhecimento técnico-científico.

O recurso à biblioterapia enquanto intervenção de enfermagem no desenvolvimento de um efeito biblioterapêutico deve ser equacionado pelos enfermeiros que cuidam de pessoas com doença mental, como descreve a literatura, servindo de facilitador no desenvolvimento de estratégias adaptativas eficazes às exigências dos estímulos ambientais com o qual está em constante interação.

Ao longo deste trabalho pode-se concluir que os estudos encontrados abordam aspetos importantes da eficácia e dos benefícios que traz para a pessoa com doença mental a intervenção da biblioterapia na prática clínica, nomeadamente nos diagnósticos de enfermagem do humor depressivo, da ansiedade, da auto-estima diminuída e do isolamento social presente.

Os resultados encontrados nesta revisão integrativa da literatura dão fundamentos interessantes ao desenvolvimento do conhecimento científico, contudo consideramos como limitadores do estudo o reduzido número de estudos disponíveis nas plataformas

de pesquisa selecionadas, e dos estudos analisados as conclusões vão de encontro aos resultados encontrados anteriormente por outros autores.

Consideramos que a seleção de outras bases de dados e outras plataformas de pesquisa poderia ter enriquecido os resultados encontrados, sugerindo o desenvolvimento de estudos qualitativos longitudinais que permitam fundamentar os resultados encontrados, contudo permitiu compreender os diferentes contextos de cuidar em que a biblioterapia tem potencial de aplicabilidade.

É de realçar os benefícios a quando da bordagem da intervenção de biblioterapia a cuidadores/ familiares de pessoas com doença mental, que revelou importantes ganhos na melhoria do seu bem-estar, promoveu o conhecimento sobre o processo de doença, favorecendo a readaptação funcional da pessoa com doença mental e em relação à família esta ter a capacidade de apoiar o seu familiar ao longo do período da fase aguda da doença, reforçando o apoio no pós-alta e na manutenção da adesão terapêutica.

Em suma, encontramos na evidência científica que a biblioterapia enquanto intervenção de enfermagem é uma estratégia que requer baixos custos financeiros, tem aplicabilidade no cuidar da pessoa com doença mental em contexto hospitalar e desenvolvido por enfermeiros de saúde mental na comunidade, com importantes ganhos na melhoria da qualidade de vida e bem-estar, demonstrando-se eficaz quer com recurso a sessões de grupo, assim como com recurso a biblioterapia apoiada por suporte informático e telefónico ou com manuais informativos de auto-ajuda com apoio do enfermeiro.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, A. C., Zulueta, M. Á., & Henriques, A. (2013). Biblioterapia- Estado Da Questão. *Cadernos BAD 1 (2)*, 95-111.
- Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*. Loures: Lusociência.
- Brabyn, S., Araya, R., Barkham, M., Bower, P., Cooper, C., Duarte, A., Littlewood, E. (2016). The second Randomised Evaluation of the Effectiveness, cost-effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REACT-2) trial: does the provision of telephone support enhance the effectiveness of computer-delivered cognitive behaviour therapy? *Health Technology Assessment, NIHR Journals Library, N° 20 (89)*, 1-63. DOI 10.3310/hta20890.

- Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. (S. I. al, Trad.) Rio de Janeiro: Elsevier.
- Caldin, C. F. (2001). A Leitura como Função Terapêutica: Biblioterapia. *Revistas Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, 32-44. Obtido de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/36>
- Caldin, C. F. (2004). A aplicabilidade terapêutica de textos literários para crianças. *Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciências da Informação*, 18, 72-89. Obtido de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/147/14701806.pdf>
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda (Volume I)*. (G. Toletti, & M. Vieira, Trans.) Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção (Volume II)*. (G. Toletti, & M. Vieira, Trans.) Loures: Lusodidacta.
- Chien, W. T., Thompson, D. R., Lubman, D. I., & McCann, T. V. (2016). A Randomized Controlled Trial of Clinician-Supported Problem-Solving Bibliotherapy for Family Caregivers of People With First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 42 (6), 1457–1466. doi:10.1093/schbul/sbw054.
- Correa, A. A., Santos, J. L., & Erdmann, A. L. (2013). Biblioteapia como tecnologia de cuidado de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. *Saúde & Transformação Social*, 39-46.
- Cunha, M. B., & Cavalcanti, C. R. (2008). *Dicionário de biblioteconomia e arquivologia*. Brasília: DF: Briquet de Lemos/ Livros.
- Ferraz, M. (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Venda do Pinheiro: Tuttirév.
- Fonseca, K. H. (2014). A leitura dos clássicos, uma possibilidade biblioterapêutica: por um viver melhor. *Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina* 19 (1), 6-12. .
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: a guide to teaching and learning methods*. Oxford Further Education Unit, Oxford Polytechnic.
- Lopes, M. A., Gomes, S. C. & Almada-Lobo, B. (fevereiro de 2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Obtido em 18 de maio de 2018, de INESC-TEC- Ordem dos Enfermeiros: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inesc-tecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesc-tecabril2018.pdf)
- Lovell, K., & Bee, P. (2011). Optimising treatment resources for OCD: a review of the evidence base for technology-enhanced delivery. *Journal Of Mental Health (Abingdon, England)*, 20(6), 525–542. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.608745>.
- McCann, T. V., & Lubman, D. I. (2014). Qualitative process evaluation of a problem-solving guided self-help manual for family carers of young people with first-episode psychosis. *BMC Psychiatry*, 14 (168), 1–17. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-168>.

- Meleis, A. (2010). *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company,, 664p.
- Mendes, C. S. (2012). *Intervenções Psicoterapêuticas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria: Caso Particular da Biblioterapia*. Tese de Mestrado, ESEL, Lisboa.
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17 (4), 768-764.
- Monteiro, A. P. (2004). Biblioterapia como intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Hospitalidade* 264, 13-17. Obtido de [https://www.researchgate.net/publication/257879900\\_Biblioterapia\\_como\\_forma\\_de\\_Intervencao\\_de\\_Enfermagem\\_de\\_saude\\_mental\\_e\\_Psiquiatria](https://www.researchgate.net/publication/257879900_Biblioterapia_como_forma_de_Intervencao_de_Enfermagem_de_saude_mental_e_Psiquiatria)
- Mullen, A. (2009). Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 83-90. Doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00578.x. Obtido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0349.2008.00578.x/pdf>
- Neville, P. (2013). Prose not Prozac? The role of book prescription schemes and healthy reading schemes in the treatment of mental illness in Ireland. *Health Sociology Review*, 22 (1), 19-36.
- OMS. (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001, Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde: Direção-Geral de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 129/2011- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. *Diário da República, 2ª Série - N.35*. Diário da República, 2ª Série - N.35. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfSMental.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompeticenciasEspecifEnfSMental.pdf)
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. (1ª ed.) Loures: Lusociência*, 633p. ISBN 972-8383-84-3.
- Robertson, R., Wray, S. J., Maxwell, M., & Pratt, R. J. (2008). The introduction of a healthy reading scheme for people with mental health problems: usage and experiences of health professionals and library staff. *Mental Health In Family Medicine*, 5 (4), 219–228.
- Rocha, R. C., Pereira, E. R., Silva, R. M., Bulnes, A. M., Sora, A. B., & Cunha, S. H. (2016). The Bibliotherapy in the Humanization of Care: Contributions to Nursing Practice. *International Archives Of Medicine*, 9 (274), 1-7. doi:10.3823/2145.
- Sá, L. (2010). Saúde Mental versus Doença Mental. In C. Sequeira, & L. Sá, Do diagnóstico à intervenção em saúde mental (pp. 15-18). Porto: SPESM
- Songprakun, W., & McCann, T. V. (2012). Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12 (12), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-12>.

- Souza, J. M., Tholl, A. D., Córdova, F. P., Heidemann, I. T., Boehs, A. E., & Nitschke, R. G. (2014). Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19 (7), 2265-2276. Obtido de <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.10272013>
- Valencia, M. C., & Magalhães, M. C. (2015). Biblioterapia: Síntese das modalidades terapêuticas utilizadas pelo profissional. *Biblos :Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação*, 1 (29), 5-27.
- Walsh, T. (2010). The power of words: Books can help improve the confidence and self-esteem of people with mental health conditions. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987)*, 24(49), 20–21.
- World Health Organization. (2001). *World Health Report - Mental Health: New Understanding*. New Hope.



# **APÊNDICE II**

PROJETO DE ESTÁGIO





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

## **PROJETO DE ESTÁGIO**

Projeto de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Por  
João Pedro Afonso Gonçalves

Lisboa, julho 2017





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

## **PROJETO DE ESTÁGIO**

Projeto de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Por:

João Pedro Afonso Gonçalves

Estudante n.º: 192016073

Sob orientação da Professora Doutora Olga Valentim

Lisboa, julho 2017



*“Você não pode mudar o vento, mas pode ajustar  
as velas do barco para chegar onde quer”*

**Confúcio**



# ÍNDICE

<b>0- INTRODUÇÃO</b> .....	IX
<b>1- PERCURSO PROFISSIONAL</b> .....	XI
<b>2- OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER</b> .....	XII
<b>2.1- MÓDULO I- Promoção de estilos de vida, Diagnóstico e Prevenção – na Comunidade</b> .....	XIII
<b>2.2- MÓDULO III- Psiquiatria Forense: Cuidar de pessoas com doença mental e psiquiátrica sob sentença judicial</b> .....	XVI
<b>2.3- MÓDULO II- Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do Adulto</b> .....	XVIII
<b>3- NOTAS CONCLUSIVAS</b> .....	XXII
<b>4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	XVI
<b>ANEXOS</b>	
<u>ANEXO I- Cronograma Geral Dos Módulos De Estágio</u>	
<u>ANEXO II- Cronograma de Atividades do Módulo I</u>	
<u>ANEXO III- Cronograma de Atividades do Módulo III</u>	
<u>ANEXO IV- Cronograma de Atividades do Módulo II</u>	
<u>ANEXO V- Pedido de Autorização de Registo do Projeto de Estágio</u>	

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho emerge na necessidade de delinear os objetivos a desenvolver ao longo do estágio programado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem (de Natureza Profissional) na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Reconhecendo a curiosidade e motivação de cuidar de pessoas com doença mental e psiquiátrica, desde o contexto de ensino clínico do curso de licenciatura em Enfermagem, cuja experiência vivida foi para mim tão positiva, que sempre despertou em mim uma sensibilidade profissional para estar atento não só para cuidar do sofrimento psicológico dos processos de doença, mas perceber e apoiar as transformações e repercussões psicológicas e sociais que estas instigam na qualidade de vida da Pessoa.

Recorro ao longo do trabalho ao termo “*pessoa*” projetando a sua interpretação para o “*cliente*” que recebe os cuidados mas também “*utente*”, “*família*”, sendo este o âmbito de intervenção do enfermeiro.

Segundo Ruivo e Ferrito (2010) um projeto é um plano de trabalho que contempla um conjunto de técnicas e procedimentos que visam abordar um aspeto da realidade, permitindo assim prever e orientar todo o caminho a percorrer ao longo da realização do mesmo.

Este projeto tem como principal objetivo descrever os principais objetivos específicos que pretendam maximizar a aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e de futuro mestre em enfermagem nesta área do conhecimento.

Recorreu-se à metodologia descritiva como ferramenta da projeção do trabalho.

Início este documento explanando a motivação que permitiu que ingressa-se neste Curso, depois esboço o percurso que pretendo percorrer ao longo dos três períodos de estágio e por fim as notas conclusivas do trabalho.

O plano de estudos do curso contempla a realização de três módulos de estágio, que serão desenvolvidos em contexto hospitalar e de comunidade, em instituições especializadas na área da saúde mental e psiquiátrica com acordo institucional com o Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Deste modo, dividirei em três subcapítulos os respetivos módulos de estágio onde me proponho fazer um breve enquadramento dos mesmos, e o seu contributo na aquisição de competências especializadas na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Partindo de um objetivo geral transversal a todos os módulos de estágio, descrevo os objetivos específicos mais operacionais que serão os indicadores de estrutura, seguidos das atividades planeadas para o cumprimento do mesmo como indicadores de processo e por fim os critérios de avaliação como indicadores de resultado. Esta estruturação projeta-se que seja facilitadora no processo crítico-reflexivo a desenvolver no relatório final de estágio na área do cuidar em enfermagem da Pessoa com doença mental e psiquiátrica.

O tema que pretendo desenvolver como uma das estratégias de intervenção terapêutica na aquisição de competências no cuidar em enfermagem da pessoa com doença mental e psiquiátrica é entre outras, a biblioterapia, direcionada nos diferentes tipos de contexto de estágio, dada a sua aplicabilidade no desenvolvimento de competências psicoterapêuticas, psicoeducacionais e psicossociais específicas do enfermeiro especialistas em Enfermagem e Saúde Mental e Psiquiátrica, pelo que será este o tema que norteou uma revisão integrativa da literatura.

Como define Chalifour (2009) as estratégias terapêuticas são desenvolvidas pelo terapeuta e consistem num programa geral, traduzidos em procedimentos, métodos, técnicas e normas de atuação, em que este assume a função de reestabelecer condições para que a pessoa possa mobilizar as suas habilidades do melhor modo possível com a finalidade de resolver o seu problema.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental legislado no Regulamento n.º 129/2011 (2011, pág.8669) as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESM):

visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objectivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família (p.8669).

Para a elaboração deste trabalho foi mobilizada a norma de referenciação bibliográfica APA, como suporte bibliográfico ao longo do texto.

## **PERCURSO PROFISSIONAL**

Trabalhando desde 2006 num serviço de internamento de Pneumologia, no Hospital de Santa Marta em Lisboa, percebi que o equilíbrio físico e mental são preponderantes à readaptação funcional do indivíduo que experiencia uma situação transaccional saúde-doença, o que me motivou a acumular funções em tempo parcial numa Casa de Saúde particular, onde se prestam cuidados de enfermagem a pessoas com doença mental e psiquiátrica aos vários níveis de intervenção.

Desta situação profissional considero ter sido importante para a minha identidade profissional a mobilização das competências adquiridas entre ambos os contextos, como uma estratégia promotora de desenvolvimento da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes a meu cuidado.

As múltiplas vivências e dúvidas diárias que surgiram da prática clínica tornaram-se reveladoras de um processo de aprendizagem, desenvolvimento e maturidade profissional, tornando-me um enfermeiro mais eficaz e eficiente no processo de tomada de decisão. Sem me aperceber, passaram sete anos nesta situação, mas em Setembro de 2013 ingressei no mestrado em enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, motivou que suspendesse funções na casa de saúde.

Com a conclusão desta especialidade foi notório o processo de transformação pessoal, tendo sido um período de auto-reflexão e de sedimentação do conhecimento que detinha com uma atualização científica que se revelou preponderante na capacidade de fundamentação da minha prática de cuidados assim como moldou a forma como vejo e penso Enfermagem nos seus três domínios (como disciplina, como ciência e como profissão da área da saúde)

Contudo, transformado e realizado pela minha nova identidade profissional mas com uma ideação de direcionar a minha intervenção na outra área do saber que também foi a minha realidade durante sete anos, concorri ao processo concursal aberto em junho de 2015 para o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, tendo sido admitido e iniciado funções em janeiro de 2016, momento este em que senti necessidade de desenvolver outro saber mais diferenciado e outra especificidade de cuidar destas pessoas, pela necessidade de recordar o léxico perdido e desenvolver competências específicas que me tragam segurança, consciência no agir e autonomia na minha prática diária de cuidar.

Propus-me assim abraçar outro desafio, e em setembro de 2016 inscrevi-me no Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Universidade Católica Portuguesa.

## **OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER**

O plano de estudos do Curso contempla a realização de três módulos de estágio distintos, com vista à maximização da aquisição de competências nesta área de especialização em Enfermagem, explanando de seguida o percurso que se planeou desenvolver.

Vai ser desenvolvido estágio no Módulo I- Promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção, programado para ser desenvolvido na Unidade de Residências de Reabilitação Psicossocial de um Hospital Psiquiátrico, entre os dias 01 de setembro de 2017 a 26 de outubro de 2017 (completando no total 180 horas de contacto na prática clínica e 25 horas de orientação tutorial).

De seguida irá ser desenvolvido o estágio do Módulo III- Estágio de Opção, que irá decorrer num serviço Regional e Psiquiatria Forense Português a decorrer do dia 27 de outubro a 19 de dezembro de 2017 (completando no total 180 horas de contacto na prática clínica e 25 horas de orientação tutorial).

Por último, realizarei o Estágio do Módulo II- Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise, previamente planeado para ser desenvolvido num hospital da periferia da Grande Lisboa, no período de fevereiro a abril de 2018 (completando no total 180 horas de contacto na prática clínica e 25 horas de orientação tutorial).

Ao longo dos três módulos de estágio (ANEXO I) delineei como objectivo geral: *Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, no âmbito da Enfermagem e Saúde Mental e Psiquiátrica, no cuidar da pessoa e sua família/ pessoa significativa em contexto de internamento e na comunidade.*

Descrevo abaixo os objetivos específicos a desenvolver em cada módulo de estágio com as respetivas atividades e critérios de avaliação.

## **2.1- MÓDULO I- Promoção de estilos de vida, Diagnóstico e Prevenção – na Comunidade**

O estágio do módulo I vai ser desenvolvido numa das unidades de reabilitação, que se localiza na Unidade de Treino de Autonomia, onde se desenvolvem programas de Reabilitação Psicossocial, designadamente de Treino de Actividades de Vida Diária, Terapia Ocupacional, Formação Profissional e de Emprego Protegido.

Esta Unidade de Reabilitação integra duas Unidade de Treino de Autonomia, cinco Unidades de Apoio Moderado, duas Unidades de Vida Autónoma e três Unidades de Vida Autónoma na Comunidade, neste último caso, em três apartamentos localizados fora do perímetro Hospitalar, em bairros residenciais.

Para este módulo de estágio proponho-me desenvolver três objetivos específicos e as principais atividades, tendo realizado um planeamento em cronograma que remeto para o anexo II.

**OBJETIVO 1:** *Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença mental e seus familiares em processo de reabilitação psicossocial nas unidades de residências de vida apoiada com destaque na promoção da saúde e prevenção da doença.*

#### ATIVIDADES:

- Integra a equipa multidisciplinar e potencia a capacidade de intervenção ao longo do período do estágio;
- Estabelece uma relação terapêutica com as pessoas doentes em reabilitação e seus familiares;
- Integra a família das pessoas com doença mental no processo de reabilitação;
- Discute com a equipa as impressões observacionais das pessoas doentes que cuida;
- Realiza avaliação inicial com fundamentação na entrevista de ajuda;
- Participa nos processos de acompanhamento e treino de competências sociais das pessoas doentes da comunidade, promovendo a sua participação de forma ativa no seu projeto terapêutico;
- Participa com a equipa multidisciplinar no planeamento, execução e avaliação dos programas terapêuticos, desenvolvendo a capacidade de discutir problemas complexos.

#### INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Registo de momentos de interação com o utente e seus familiares;
- Portefólio reflexivo.

**OBJETIVO 2:** *Desenvolver uma identidade profissional de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria com capacidade de autoanálise reflexiva promotora de autoconhecimento pessoal e profissional, enquanto instrumento terapêutico no processo de cuidar.*

#### ATIVIDADES:

- Integra a equipa multidisciplinar e dinâmica do serviço;
- Discute com o enfermeiro orientador estratégias que promovam o meu autoconhecimento na prática de cuidados;
- Toma iniciativa e é proactivo na interpretação de prevenção de problemas complexos da prática de cuidados;

- Discute problemáticas e projetos terapêuticas com a equipa;
- Identifica áreas de intervenção que promovam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e partilhá-las à equipa de enfermagem;

#### INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Elabora portefólio reflexivo;

**OBJETIVO 3:** Desenvolver competências de planeamento, treino e execução de intervenções psicoterapêuticas que promovam a mudança de atitudes e comportamentos face à promoção da saúde e prevenção do agravamento da doença das pessoas em reabilitação psicossocial.

#### ATIVIDADES:

- Discutir com o enfermeiro orientador e professor tutor as intervenções psicoterapêuticas a dinamizar;
- Planeia e executa atividades de acompanhamento terapêutico individual ou de grupo;
- Dinamiza a intervenção de biblioterapia para desenvolver competências psicossociais e psicoeducacionais.
- Participa em eventos científicos internacionais onde partilha os resultados da revisão integrativa da literatura sobre a eficácia da biblioterapia como intervenção especializada de enfermagem.

#### INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Regista as interações das pessoas que integram as sessões de biblioterapia;
- Avalia o impacto desta intervenção nas pessoas que integrarem a intervenção através de indicadores NOC.
- Elabora portefólio reflexivo.
- Publica resumo da participação no evento científico internacional.

## 2.2- MÓDULO III- OPCIONAL- Psiquiatria Forense

O local onde este estágio vai ser realizado situa-se num Serviço Regional de Psiquiatria Forense Português, onde funde competências de gestão partilhadas pelo Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça.

O local onde este estágio vai ser realizado situa-se num Serviço Regional de Psiquiatria Forense Português, onde funde competências de gestão partilhadas pelo Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça.

O Serviço Regional de Psiquiatria Forense dispõe de um internamento, para tratamento sob custódia judicial, de pessoas com doença mental inimputáveis, a cumprir medidas de segurança por sentença judicial. Cabe ainda a este serviço, a realização de exames e perícias médico-legais solicitadas pelos Serviços Judiciais. Este tem como principais valências o internamento, a reabilitação e a análise pericial médico-legal.

Para este estágio proponho-me desenvolver três objetivos específicos e as principais atividades destes fiz um planeamento em cronograma que remeto para o anexo III.

**OBJETIVO 1:** *Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa institucionalizada a cumprir medida de segurança por doença mental e seus familiares.*

ATIVIDADES:

- Integra a equipa multidisciplinar e potencializa a minha capacidade de intervenção ao longo do período do estágio;
- Estabelece uma relação terapêutica com as pessoas com doença mental e seus familiares;
- Discute com a equipa as impressões observacionais das pessoas doentes que cuida;
- Realiza avaliação inicial com fundamentação na entrevista de ajuda;
- Identifica os principais diagnósticos de enfermagem das pessoas com doença mental e seus familiares;
- Implementa um plano de cuidados individualizado fundamentado nos diagnósticos de enfermagem identificados e os resultados esperados;

- Elabora um estudo de caso.

#### INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Regista em diário clínico momentos de interação com o utente e seus familiares;
- Elabora um estudo de caso;
- Elabora portefólio reflexivo.

**OBJETIVO 2:** *Desenvolver uma identidade profissional de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria com capacidade de autoanálise reflexiva promotora de autoconhecimento pessoal e profissional, enquanto instrumento terapêutico no processo de cuidar.*

#### ATIVIDADES:

- Integra a equipa multidisciplinar e dinâmica do serviço;
- Discute com o enfermeiro orientador estratégias que promovam o meu autoconhecimento na prática de cuidados;
- Demonstra iniciativa e proatividade na interpretação de prevenção de problemas complexos da prática de cuidados;
- Discute problemáticas e propostas terapêuticas na equipa;
- Identifica áreas de intervenção que promovam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e partilha-as na equipa de enfermagem;

#### INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Elabora portefólio segundo a metodologia do ciclo de Gibbs;

**OBJETIVO 3:** *Desenvolver competências de planeamento, treino e execução de intervenções psicoterapêuticas que é demonstrada evidência científica para os diagnósticos de enfermagem identificados.*

#### ATIVIDADES:

- Implementa atividades de acompanhamento terapêutico individual ou de grupo;

- Discute com o enfermeiro orientador e professor tutor as intervenções psicoterapêuticas a dinamizar;
- Dinamizar 4 sessões de biblioterapia com recurso à leitura de narrativas com objetivo de promover o conhecimento sobre o processo de doença, melhorar o *insight* e a interação social;
- Promove um ambiente propício à dinamização da intervenção, preocupando-se pelo respeito da privacidade e confidencialidade dos intervenientes;
- Realiza uma sessão de formação em serviço com os resultados da Revisão integrativa da literatura desenvolvida sobre a biblioterapia como intervenção de enfermagem.

#### INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Regista as interações das pessoas com doença mental que integram as sessões de biblioterapia;
- Descreve nos registos de enfermagem os resultados da intervenção desenvolvida;
- Avaliação da sessão de formação desenvolvida com recurso a um formulário;
- Avalia a sessão de formação em serviço;
- Elabora portefólio reflexivo.

### **2.3- MÓDULO II- Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do Adulto.**

Como já fora anteriormente descrito, este estágio vai realizar-se no serviço de Psiquiatria (internamento) de um hospital da periferia de Lisboa. Este serviço situa-se no piso 0 desta unidade hospitalar, e articula-se com o serviço de urgência geral, a consulta externa de psiquiatria e o Hospital de Dia da Psiquiatria e outros serviços de exames complementares de diagnóstico.

O serviço de psiquiatria (internamento) é constituído por quartos duplos e quartos individuais que funcionam como quartos de intervenção para pessoas com doença mental em situação de crise com alterações do comportamento e agressividade, que põem em causa a segurança de si e dos outros utentes e profissionais.

As situações de crise vivenciada pelas pessoas são marcadas por processos de dificuldade adaptativa desta em interação com o ambiente que a integra. O seu funcionamento resulta portanto dos mecanismos sensoriais, perceptivos, de pensamentos, emoções e necessidades constantes. Para Caplan (1961) citado por Chalifour (2009)

um estado de crise produz-se quando uma pessoa afronta um obstáculo a um objectivo importante da sua vida que, por um certo tempo, é intransponível pelo recurso aos métodos habituais de resolução de problemas. Segue-se um período de desorganização e de desconforto, durante o qual diferentes tentativas de resolução são utilizadas em vão (p. 185).

Salienta o mesmo autor que as pessoas que tem mais dificuldade a ultrapassar estas crises tem maior vulnerabilidade psíquica (Chalifour, 2009).

Descreve-se o planeamento deste estágio em cronograma que remeto para o anexo IV.

**OBJETIVO 1:** *Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação de crise na doença mental e seus familiares.*

ATIVIDADES:

- Integra a equipa multidisciplinar e potencializa a capacidade de intervenção ao longo do período do estágio;
- Estabelece uma relação terapêutica com as pessoas com doença mental e m situação de crise e seus familiares;
- Discute com a equipa as impressões observacionais das pessoas doentes que cuida;
- Realiza avaliação inicial com fundamentação na entrevista de ajuda;
- Identifica os principais diagnósticos de enfermagem das pessoas com doença mental em situação de crise e seus familiares;
- Implementa um plano de cuidados individualizado fundamentado nos diagnósticos de enfermagem identificados e os resultados esperados;
- Implementa a avaliação do risco de suicídio através de uma escala a todos os utentes a quem presto cuidados.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Registo de Interação com o utente e seus familiares em diário cínico;

- Registo da avaliação inicial;
- Registo aplicabilidade das escalas utilizadas;
- Portefólio reflexivo.

**OBJETIVO 2:** *Desenvolver uma identidade profissional de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria com capacidade de autoanálise reflexiva promotora de autoconhecimento pessoal e profissional, enquanto instrumento terapêutico no processo de cuidar.*

ATIVIDADES:

- Integra a equipa multidisciplinar e dinâmica do serviço;
- Discute com o enfermeiro orientador estratégias que promovam o meu autoconhecimento na prática de cuidados;
- Demonstra iniciativa e é proactiva na interpretação de prevenção de problemas complexos da prática de cuidados;
- Discute estratégias de intervenção indo de encontro à resolução de problemas complexos da prática de cuidados;
- Identifica áreas de intervenção que promovam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e partilha-as à equipa de enfermagem;

INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Elaborar portefólio reflexivo;

**OBJETIVO 3:** *Desenvolver competências de planeamento, treino e execução de intervenções psicoterapêuticas que é demonstrada evidência científica para os diagnósticos de enfermagem ansiedade presente, identificados nas situações de crise.*

ATIVIDADES:

- Implementa atividades de acompanhamento terapêutico individual ou de grupo;

- Discute com o enfermeiro orientador e professor tutor as intervenções psicoterapêuticas a dinamizar;
- Dinamiza 4 sessões de biblioterapia com recurso à leitura de narrativas com objetivo de promover o controlo da ansiedade, facilitar a expressão de sentimentos, de emoções e melhorar a interação social;
- Promove um ambiente propício à dinamização da intervenção, preocupando-se pelo respeito da privacidade e confidencialidade dos intervenientes;
- Apresenta numa sessão de formação em serviço com os resultados da revisão integrativa da literatura desenvolvida sobre a biblioterapia como intervenção de enfermagem.

#### INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Regista as interações das pessoas que integram as sessões de biblioterapia;
- Descreve nos registos de enfermagem os resultados da intervenção desenvolvida;
- Avalia a sessão de formação desenvolvida com recurso a formulário individual da instituição;
- Elabora portefólio reflexivo.

## NOTAS CONCLUSIVAS

A elaboração deste projeto de estágio permitiu-me desenvolver a capacidade de planejar um caminho que pretendo percorrer ao longo dos três períodos de estágio, com vista a maximizar o meu processo de aprendizagem em que seja facilitador na mobilização dos conhecimentos científicos adquiridos na Universidade para a prática de cuidados.

Da projeção dos objetivos a atingir ao longo deste estágio, estou consciente que um projeto não é um documento estanque, podendo vir a sofrer alterações de acordo com as oportunidades formativas que forem surgindo e que se revelem promotoras da aquisição e desenvolvimento de competências especializadas.

Contudo, importa ressaltar que como futuro enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, é importante conseguir transpor as competências desenvolvidas na área da prestação de cuidados à pessoa com doença e sua família posteriormente para a prática, contribuindo assim para uma contínua melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e garantindo às pessoas maior confiança e segurança relativamente aos cuidados de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ✓ Chalifour, Jacques (2009). *A Intervenção Terapêutica: estratégias de intervenção*. Volume 2, Loures: Lusodidacta.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 129/2011- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. *Diário da República, 2ª Série - N.35*. Diário da República, 2ª Série - N.35. Obtido de Ordem dos Enfermeiros:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfSMental.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompeticenciasEspecifEnfSMental.pdf)
- ✓ Ruivo, M.A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. Nº 15, p.1-15.



**ANEXOS**  
**(Do Projeto de Estágio)**



**ANEXO I- Cronograma Geral Dos Módulos De Estágio**







**ANEXO II- Cronograma de Atividades do Módulo I  
(Promoção de estilos de vida, Diagnóstico e Prevenção – na Comunidade)**







**ANEXO III- Cronograma de Atividades do Módulo III  
(Psiquiatria Forense)**







**ANEXO IV- Cronograma de Atividades do Módulo II  
(Intervenção na crise do Adulto)**







## **APÊNDICE III**

SÍNTESE DA REUNIÃO COMUNITÁRIA NA UNIDADE DE INTERNAMENTO I



# REUNIÃO COMUNITÁRIA NA UNIDADE DE INTERNAMENTO I

**Data da Reunião - 11/10/2017 das 12h00 - 13h00**

**Dinamizador:** Enf.º Esp. Orientador e Estudante João Gonçalves

**Participantes:** Os dez utentes residentes da Unidade de Internamento I, a assistente operacional e a psicóloga da Unidade.

**Objetivo Geral:** Promover um momento psicoterapêutico e psicoeducacional fundamentado na descrição da narrativa das experiências e estilos de vida dos utentes da Unidade de internamento I.

## **Objetivos Específicos:**

- Desenvolver a capacidade de expressão oral;
- Explorar as estratégias de *coping* desenvolvidas pelos utentes nas dificuldades sentidas e narradas na reunião;
- Melhorar a comunicação interpessoal;
- Explorar habilidades bem-adaptativas na resolução de problemas descritos;
- Reforçar ensinamentos sobre importância de hábitos de vida saudáveis (alimentação, prevenir o sedentarismo, diminuir o consumo de substâncias adictas)

## **Resultados Esperados:**

- Os utentes conseguissem expressar as suas vivências e dificuldades de modo objetivo;
- Os utentes identificassem uma estratégia adaptativa eficaz, com impacto na melhoria das relações interpessoais dos residentes;
- Os utentes demonstrassem conhecer um comportamento alimentar que deveriam adotar diariamente para melhorar a sua saúde.

A actividade decorreu na Unidade de Internamento I, no dia 12 de outubro de 2017. Está afixado o horário da sessão de biblioterapia com duração de 60 minutos, com início às 12h.

### **Descrição:**

A reunião iniciou com a presença de todos os participantes, em que o enfermeiro Especialista informou o grupo que quem iria dinamizar a intervenção seria o Estudante João Gonçalves.

De seguida apresentaram-se os intervenientes, expôs-se os objetivos e as metas a definir nesta intervenção que teria uma objectividade psicoeducacional.

Foi reforçada a importância da confidencialidade da informação produzida no grupo, salvaguardando o respeito pelo Outro, promovendo a sua autonomia e a liberdade individual de expressão.

Exposto isto, foi dada a palavra a cada um dos intervenientes, iniciando pelos utentes, onde se promoveu um espaço que reforça-se a comunicação verbal e a relação de ajuda, em que cada um poderia descrever a última semana, relativamente a realizações pessoais, as principais dificuldades sentidas, como as ultrapassou, quais os momentos em que o grupo residencial foi importante ou, pelo contrário, foi comprometedor do seu bem-estar e quais os estilo de vida adotado na última semana, para promover a sua saúde.

Ao longo da intervenção foi importante clarificar ideias, emoções e sentimentos expressados, reforçando comportamentos de adesão ao projeto de intervenção individual de cada utente, intervindo como mediador de silêncios e de comportamentos de interação mais desajustados ao momento psicoterapêutico.

Durante a reunião foram abordados hábitos de vida saudáveis, como perspectiva de melhorar a saúde mental dos intervenientes. Foi abordado o tema dos consumos de substâncias adictas legais e não legais, descrevendo o quão são nefastas para a saúde e particularmente na saúde mental, pelo efeito colateral e de fácil dependência. Ouve uma sensibilização para a importância de hábitos alimentares que promovam a promoção da saúde e de uma correta hidratação pelos efeitos adversos da medicação que diariamente ingerem para a estabilidade da doença mental. Foi abordada a importância do sono e repouso no equilíbrio emocional e do humor para a saúde, e a necessidade de muitas vezes ter de ser programado e cumprido.

No final da intervenção foi devolvida a palavra ao residentes para identificarem os principais momentos que dominaram a reunião, quais os ganhos alcançados neste processo relacional e permitiu identificar os resultados que inicialmente foram projectados alcançarem, tendo-se sintetizado os conteúdos trabalhados para facilitar a assimilação.

Neste momento de intervenção especializada foi descrito pelos utentes que estas reuniões comunitárias são preponderantes para harmonizar o ambiente relacional da residência, em que é importante clarificar e discutir momentos de maior tensão e de comportamentos mais desajustados de alguns residentes, que se repercutiu em períodos de de maior ansiedade e comprometeu o bem-estar dos Outros, como ferramenta de melhoria das interações interpessoais e no treino das competências sociais.

Findou-se a reunião projectando os temas da próxima semana, solicitando que cada interveniente auto-avaliasse a sessão e as capacidades do terapeuta, numerando a escala de Lickert, como se esquematiza:

- 1- Péssima
- 2- Má
- 3- Nem boa nem má
- 4- Boa
- 5- Muito Boa

Deu-se por terminada a reunião comunitária agradecendo aos intervenientes o seu tempo, vontade e interação grupal, reforçando a relação de ajuda, que já estabelecera com este, fundamentando comportamentos de coesão social e habitacional.



# **APÊNDICE IV**

**REFLEXÃO CRÍTICA - AUTOCONHECIMENTO**



## **REFLEXÃO CRÍTICA COM RECURSO AO CICLO DE GIBBS**

(Realidade integrativa)

No âmbito do curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é proposto o desenvolvimento de três módulos de estágio.

No período de 1 de setembro a 26 de outubro de 2017 decorreu o Módulo I- “Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção na comunidade”, na unidade de Residências de Reabilitação Psicossocial num Hospital Psiquiátrico na área de Lisboa.

É uma unidade com várias estruturas físicas, sendo que na unidade de convalescença estão institucionalizadas pessoas com doença mental que reúnem condições favoráveis para projeto de reabilitação psicossocial.

A Unidade de Reabilitação Psicossocial subdivide-se em estruturas residências de apoio elevado, nomeadamente numa das unidades residem 20 utentes com doença mental de evolução prolongada com incapacidade de funcionamento psicossocial na comunidade.

Existe outra estrutura residencial de apoio elevado onde residem 12 doentes com doença mental de evolução prolongada que apresentam maior grau de dependência física. Mais duas das estruturas residenciais têm 12 e 8 utentes e requerem apoio elevado da equipa multidisciplinar.

Fora do recinto hospitalar encontram-se as estruturas residenciais de vida autónoma, inclusas na comunidade, uma em Marvila onde residem 5 utentes, e as duas em Alvalade onde residem 3 e 2 utentes, que requerem um apoio moderado da equipa multidisciplinar.

O presente estágio desenvolve-se maioritariamente na unidade de reabilitação psicossocial, onde o objetivo principal é desenvolver competências gerais e específicas de enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, potenciando o desenvolvimento de competências psicossociais na promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção na comunidade.

Estas estruturas residenciais têm apoio de uma equipa multidisciplinar da qual faz parte dois enfermeiros, um dos quais é especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, durante os dias uteis da semana, nos períodos das 8h às 15h30.

Estes maximizam a sua intervenção nos processos de adesão ao regime terapêutico, promovendo o treino de competências na preparação assistida da medicação, capacitando-os para a autonomia da sua gestão diária na manutenção do seu processo de doença, dos utentes residentes, supervisionam a toma dos mesmos e gerem os processos de cuidados de saúde necessários à manutenção e readaptação funcional dos utentes residentes como sendo o encaminhamento nos cuidados de saúde da comunidade, orientação e motivação na adesão aos grupos de terapia ocupacional, entre outros cuidados mais específicos de acordo com as necessidades identificadas diariamente.

Pela necessária presença diária assumem uma posição privilegiada no processo de reabilitação e readaptação funcional destes utentes, assumindo-se como a principal referência de cuidados de saúde, o qual é evidenciado pelo complexo processo relacional de aliança terapêutica que assumem com todos estes utentes ao seu cuidado.

A primeira reflexão crítica deste estágio vai ser desenvolvida tendo em conta o meu processo de integração neste serviço e na análise reflexiva que faço deste momento, que considero ser preponderante para o desenvolvimento do meu projeto de estágio.

Deste modo vou recorrer à metodologia do ciclo reflexivo de Gibbs (Gibbs, 1988), percorrendo as suas 6 etapas, nomeadamente a descrição da situação a refletir, os principais pensamentos e sentimentos experienciados, a avaliação da situação, a sua análise, as conclusões e por fim planear a ação futura como estratégia de melhoria.

Estas etapas estarão descritas de modo cronológico embora não as separe em subcapítulos para favorecer a construção semântica.

Início este processo por realçar a importância de refletir sobre o passado, pois permite-me voltar à ação e rever o desempenho e extrair aspetos positivos e menos positivos, realçando as potencialidades de melhoria, reforçando a consciência da experiência vivida para cimentar o desenvolvimento de habilidades futuras.

O momento que vou refletir é o período de integração nesta unidade, do qual eu estabeleço um espaço temporal de duas semanas.

Quando iniciou o estágio fui bem acolhido pela equipa de enfermagem e depois por toda a equipa multidisciplinar da unidade, onde considero que o facto de eu ser um profissional que exerce funções no mesmo hospital tenha contribuído positivamente neste processo.

O que realmente me deixou inseguro e receoso de não me conseguir integrar e desenvolver o meu estágio foi quando me confrontei com o facto de aqueles enfermeiros terem ao seu cuidado 60 utentes, divididos por várias estruturas físicas, e como eu iria conseguir conhecê-los e relacionar-me com eles para poder prestar cuidados especializados de enfermagem.

Se por um lado, este número de utentes me possibilitasse a oportunidade para desenvolver o meu projeto de estágio, por outro revelou-se um desafio diário em conseguir identificá-los pelo nome e situá-los em cada casa onde residiam, pois só assim eu conseguiria sentir-me integrado.

O processo de integração visa adquirir competências de enfermeiro especialista, pois é sua competência demonstrar capacidade de trabalho de forma adequada, na equipa multidisciplinar, e para isso é imprescindível que este se sinta integrado, de modo a potenciar uma intervenção autónoma e especializada.

Progressivamente fui sendo apresentado aos utentes nos principais momentos de cuidado, nomeadamente no período da toma assistida da terapêutica, após o pequeno-almoço e almoço, em que eu por minha iniciativa procurava acolher os utentes, potenciava o processo relacional e cumprimentava-os com um aperto de mão e percebia a receptividade que cada um tinha para a relação. Destes momentos percebi que muitos destes evitavam o toque, trocando a minha estratégia relacional para o conforto verbal e pedia a sua colaboração para me dizer o seu nome para eu poder entregar a respetiva caixa de medicação.

Este processo intensificou a minha rápida integração, e revelou-se eficaz na medida em que em duas semanas já conseguia identificar cada utente e chamá-los pelo seu nome, conseguia já situá-los em cada casa de apoio o que se revelou um importante contributo na relação de ajuda que estabeleço diariamente com cada um deles.

Um aspeto que me importou refletir prende-se com o facto de eu saber que tenho imensa dificuldade em conseguir decorar os nomes e associá-los à cara das pessoas,

sendo uma dificuldade que reconheço pelo meu próprio autoconhecimento, permitindo-me perceber que teria que me esforçar e mesmo superar, pois era extremamente importante para o estabelecimento de um processo relacional, em que a dignificação da identidade do Outro, o respeito pela sua autodeterminação, pelo seu espaço e tempo relacional, dando enfoque à empatia e à linguagem verbal e não-verbal, potenciam a confiança ao longo do tempo (Phaneuf, 2005).

Estes aspetos são preponderantes no estabelecimento de uma relação terapêutica de ajuda, fundamentada na construção de uma aliança terapêutica em que o enfermeiro, ao longo da sua intervenção se assume como um facilitador nos processos de transição, como realça Meleis (2010) na teoria de médio alcance das transições.

Reflico ainda na minha postura e na minha linguagem corporal no início deste percurso de estágio, em que é uma competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica de ter “...um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8670).

Esta competência é um processo contínuo ao longo do percurso pessoal e profissional do enfermeiro especialista, pois, também este, está em mudança e é influenciado continuamente por condicionantes internas e externas do ambiente que o rodeia. A capacidade deste se autoconhecer é portanto um desenvolvimento profissional importante, pois sendo este um agente preponderante no processo relacional, a percepção de si interfere directamente na capacidade de estabelecer uma relação terapêutica, quando desenvolve intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducativas com inferência nos resultados esperados.

Nesta lógica avalio a minha postura inicial insegura, ansiosa e apreensiva pelo facto dos outros que não me conhecem ficarem com uma boa percepção minha. Percebi que desta necessidade de transmitir uma boa impressão do meu desempenho e de querer demonstrar que consigo mobilizar para a prática os conhecimentos científicos desenvolvidos em contexto académico, tomei consciência que estes sentimentos eram normais neste contexto.

Fiquei muitas vezes sem saber como colocaria as mãos quando estava a falar com os elementos da equipa multidisciplinar e com os utentes, reconheci que costumo tocar

muitas vezes nas costas das pessoas que cumprimento, o que denotei desconfortável na linguagem não-verbal de alguns utentes, e isso foi um aspeto que tenho vindo a corrigir ao longo do estágio.

Embora tenha consciência que assumo uma postura calma, que demonstro segurança e confiança aos utentes com quem me relaciono de modo terapêutico, tenho desenvolvido um esforço em manter uma postura de escuta ativa, demonstrando disponibilidade para ouvir e evitar processos de transferência e contra transferência no processo relacional, trazendo para o momento relacional autenticidade e segurança verbal.

Ao nível das competências comunicacionais verbais sinto necessidade de melhorar a assertividade e a capacidade de impor limites na relação que desenvolvo, sem que isso interfira negativamente na relação terapêutica. Embora denote que o pouco período de contacto relacional com estes utentes seja um fator que mitiga este processo, vou tentar melhorar esta competência, mesmo na minha prática diária de cuidados e procurar junto dos pares uma heteroavaliação do mesmo, e discutir estratégias que possa melhorar estas respostas comportamentais com o enfermeiro orientador e a professora orientadora.

Concluo esta reflexão crítica com alegria por ter transposto para a escrita alguns dos meus medos, o que me permitiu tomar consciência de sentimentos e emoções que diariamente não valorizo ou tento não explorar como estratégia protectora do meu Eu.

Pelo esforço desenvolvido até então parece-me importante referir que o modo como me consegui integrar na equipa multidisciplinar e na relação de cuidado que até então estabeleci com os utentes residentes me facilitará o desenvolvimento futuro de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas programadas no projeto de estágio ou noutros momentos que se revelem oportunos na prática diária de cuidados ao longo do estágio.

## **Referências**

- ✓ Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: a guide to teaching and learning methods*. Oxford Further Education Unit, Oxford Polytechnic.
- ✓ Meleis, A. (2010). *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company,, 664p.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 129/2011- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Diário da República, 2ª Série - N.35. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129\\_2011\\_CompetenciasEspecificEnfSMental.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompetenciasEspecificEnfSMental.pdf)
- ✓ Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (1ª ed.) Loures: Lusociência, 633p. ISBN 972-8383-84-3.

## **APÊNDICE V**

**PROGRAMA DE BIBLIOTERAPIA NA UNIDADE DE INTERNAMENTO III**





## PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES DO PROGRAMA DE “BIBLIOTERAPIA”

Critérios de seleção	Recursos Materiais	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Critérios de Avaliação	Calendarização
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidade de se expressar oralmente e/ou mímica mantida;</li> <li>- Capacidade de estar em grupo;</li> <li>- Apresentar doença mental em evolução prolongada;</li> <li>- Residente na Unidade de Internamento III;</li> <li>- Organizar um grupo com 6 a 12 pessoas;</li> <li>- Não apresentar deficits auditivo grave;</li> <li>- Estabilidade da doença mental grave;</li> <li>- Consentimento informado verbal dos participantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala ampla com acústica mantida;</li> <li>- Material literário: textos previamente selecionados, que abordem temas como: o Amor, a Adversidade, a Felicidade e a Bondade;</li> <li>- Cadeiras, em círculo, uma para cada elemento do grupo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver competências de âmbito terapêutico psicossocial no grupo.</li> <li>- Promover o desenvolvimento de competências intrapessoais e interpessoais do grupo.</li> <li>- Promover no grupo interesse por hábitos de vida saudáveis;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a expressão de sentimentos e emoções;</li> <li>- Desenvolver competências de escuta ativa;</li> <li>- Envolver os utentes em respeitar o Outro;</li> <li>- Refletir sobre o processo de mudança de comportamentos;</li> <li>- Enfatizar os processos de adesão terapêutica;</li> <li>- Ensinar sobre a prevenção e promoção da saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumo da interação dos utentes ao longo do processo psicoterapêutico;</li> <li>- Registo das principais metas alcançadas pelos intervenientes;</li> <li>- Registo global escrito da intervenção desenvolvida no processo clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quatro sessões de Biblioterapia;</li> <li>- Frequência semanal</li> <li>- Segundas-feiras das 12h00 : 13h00;</li> </ul>



## **APÊNDICE VI**

**SÍNTESE DA SESSÃO DE “BIBLIOTERAPIA”- Unidade de Internamento III**



<b>Considerações Iniciais</b>	<b>Estruturação da sessão</b>	<b>Tempo Programado</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Metas alcançadas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivar os residentes a participarem na actividade;</li> <li>- Procurar consentimento verbal;</li> <li>- Adequar o espaço da sala de estar;</li> <li>- Dispor cadeiras em círculo para favorecer a linguagem verbal e não-verbal;</li> <li>- Minimizar ruídos e prevenir acontecimentos que perturbem a actividade;</li> <li>- Escolher texto de fácil compreensão com mensagem positiva;</li> </ul>	- Explicar objetivo da actividade;	2 minuto	Descritiva	Atenção do Grupo
	- Esclarecer que cada um é livre de intervir durante a actividade;	1 minuto	Descritiva	Liberdade de se expressar
	- Propor apresentação breve de cada participante;	5 minutos	Participativa	Promover a consciência de Si e da sua identidade
	- Leitura do texto selecionado em voz alta;	2 minutos	Expositiva	Atenção, Memória e Concentração através da identificação e exploração das ideias do tema
	-Discussão sobre o tema Selecionado;	35 minutos	Participativa	Capacidade de se expressar e exprimir, reflexão sobre sentimentos e emoções, capacidade de escuta, concentração, memória, aprendizagem, controlo de comportamentos, gestão de conflitos e definição de limites.
	- Resumo e clarificação do conteúdo partilhado pelo grupo.	15 minutos	Descritiva	Capacidade de síntese, reforço da informação a refletir e responsabilidade para alterar comportamentos futuros

**Programa De Biblioterapia:**

**01ª Sessão- 02/10/2017 Das 12h00 - 13h00**



## **RESUMO DA 1ª SESSÃO DA INTERVENÇÃO “EXECUTAR BIBLIOTERAPIA”:**

**01ª Sessão- 02/10/2017 das 12h00 - 13h00**

**Dinamizador:** Estudante João Gonçalves

**Co-Terapeuta:** Enf.º Esp. Rui Gomes

**Objetivo Geral:** Desenvolver estilos de vida saudáveis, promotores de bem-estar, aos residentes da Unidade de internamento III.

**Objetivos específicos:**

- Desenvolver a capacidade de expressão de sentimentos e emoções;
- Melhorar a comunicação interpessoal;
- Desenvolver habilidades de interação social;
- Reforçar comportamentos sociais adequados entre os residentes;

A actividade decorreu na Unidade de Internamento III, no dia 2 de outubro de 2017. Foi afixado o horário da sessão de biblioterapia com duração de 60 minutos, com início as 12h.

O texto seleccionado para este primeiro encontro terapêutico foi uma expressão da autoria de Laura Ingalls Wilder (1867-1957) citada por Helen Exley (2003) que diz:

“SÃO AS COISAS SIMPLES DA VIDA QUE FAZEM COM QUE VALHA A PENA VIVÊ-LA, COISAS BOAS E FUNDAMENTAIS, COMO O AMOR E O DEVER, O TRABALHO E O REPOUSO E VIVER EM COMUNHÃO COM A NATUREZA”.

### **JUSTIFICAÇÃO DO TEXTO:**

Era importante trabalhar um texto que promovesse a comunicação interpessoal entre os membros e unifica-se o grupo para abordar aspetos importantes que reforcem as aptidões sociais.

Esta residência de treino psicossocial aloca utentes com doença mental grave, com um grau elevado de dependência nas atividades de vida diárias. Estes requerem

supervisão e orientação na gestão de conflitos interpessoais que emanam na realização de tarefas pré definidas a cada residente, que influencia directamente o seu desempenho relacional, a sua interação social e algumas vezes agudizam o seu processo de doença mental residual, com comportamentos mais disruptivos que põem em causa a estabilidade emocional e o bem-estar social dos seus residentes.

Tal instabilidade conduz a que adoptem comportamentos compensatórios com recurso a abuso de álcool, aumento do consumo de cafeína e da carga tabágica dos que já são fumadores, o sedentarismo e o isolamento social, tendo como foco secundário promover estratégias adaptativas com enfoque na promoção da saúde. Houve ainda interesse em seleccionar um texto curto para promover o envolvimento, a atenção, a memória e a concentração uma vez que é importante promover a estimulação cognitiva individual de modo a potenciar as suas capacidades intelectuais e psíquicas.

A curiosidade dos utentes era grande, mas por outro lado estavam receosos, pois estes já não participavam numa actividade de grupo há algum tempo, pelo que foi importante motivá-los na participação. Após preparação do espaço físico, em relação há harmoniosa distribuição das cadeiras em roda para favorecer a linguagem verbal e não-verbal, da temperatura, da acústica da sala e do espaço envolvente que transmitisse serenidade e confiança, iniciei a sessão.

Após aplicabilidade dos critérios de seleção dos intervenientes a participarem na sessão, foi pedido o consentimento verbal, livre e esclarecido aos utentes de modo oral, apresentando os objetivos da sessão, o tempo e a liberdade de cada um participar, reforçando a importância de cada um respeitar a confidencialidade da partilha de informação que ali iria ser desenvolvida, que os 10 elementos expressaram que concordavam. Para além destes utentes, estava presente o enfermeiro orientador e uma assistente operacional.

Iniciou-se a sessão solicitando que cada interveniente se apresente ao grupo, de modo livre e todo o grupo participou ativamente.

De seguida foi solicitado abertamente ao grupo que se disponibilizar a ler o texto previamente selecionado, tendo-se disponibilizado de imediato dois utentes, mas entre ambos concordaram qual o que teria essa possibilidade. Após leitura do texto foi solicitado que repetisse a leitura do mesmo, pois sendo a primeira vez que se confrontavam com esta actividade houve utentes que manifestaram não ter compreendido bem o que tinha sido lido.

Foi solicitado ao grupo um comentário sobre o texto, e o elemento que o leu direccionou de imediato a sua interpretação do mesmo para a importância de viver com amor e a importância de amar.

Foi disponibilizado aos vários elementos do grupo o que entendiam sobre este sentimento, aleatoriamente e sem uma ordem foram expressando que o amor assumia uma ligação à relação sexual, outra relacionou o amor por uma pessoa amiga, com quem se desentendeu no passado, outro expressa o amor a uma relação conjugal em que este deve ser o motivo de união e partilha, outro expressa o amor que sente pela sua família e uma outra aborda o facto de que não se opões ao amor homo e heterossexual.

O tema que dominou a sessão foi explorar este sentimento em cada um, respeitando os silêncios e dando liberdade de cada um expressa-se e exprimir o que sentia. Falar sobre o “AMOR” proporcionou uma experiencia significativa de interação, pois denotou-se uma necessidade destes serem ouvidos sobre o que pensam, mas também foi interpretado como uma necessidade de partilharem do que sentem uns com os outros.

Este texto veio acrescentar uma tónica ao presente, ao facto da doença e as circunstâncias da vida os terem junto naquele espaço residencial, e aí foram encorajados a identificar sentimentos positivos que proporcionavam bem-estar e que seria importante os elementos do grupo conhecerem que o bem-estar era entendido de modo diferente para cada um deles.

Neste âmbito, houve referência à pontualidade das refeições, o respeitar o silêncio quando estavam a tentar descansar, o respeito pelo cumprimento das tarefas distribuídas para o bem-estar do grupo, o reforço de manter hábitos de vida saudáveis como caminha diariamente 30 minutos pelo parque, evitarem o consumo de cafeína e tabaco, prevenir o sedentarismo. Foi abordada a importância destes manterem a sua funcionalidade e procurarem os recursos de saúde necessários para prevenir o agravamento e progressão da sua doença, reconhecendo que daí advém importantes ganhos para o seu bem-estar, uma vez que as perdas de capacidades físicas e cognitivas, tem uma repercussão significativa na sua autonomia e qualidade de vida.

No final da interação foi realizado um resumo síntese do que foi debatido. Foi solicitado o contributo do enfermeiro orientador, como co-terapeuta, em que deu destaque aos ganhos que aquela atividade trouxe para o grupo.

Os residentes avaliaram a sessão, oralmente e da interpretação da comunicação não-verbal que pude perceber foi muitos daqueles com marcado embotamento afetivo e isolamento social participaram com a escuta e breves intervenções pobres, mas não abandonaram a atividade, outros demonstraram progressivamente uma postura menos tensa e a ansiedade percebida nas suas interpelações foi diminuindo e o fluxo da comunicação foi respeitado, havendo necessidade de intervir para conter alguma impulsividade de resposta no início da atividade, mas progressivamente o respeito pelo tempo do Outro em se expressar foi ganhando sentido.

### **AUTO-AVALIAÇÃO DO TERAPEUTA:**

Sendo a primeira vez que dinamizei uma sessão de biblioterapia, devo referir que me senti desconfortável, pois nunca tinha assistido à aplicabilidade na prática desta intervenção de enfermagem. Tudo o que tentei implementar foi a descrição que encontrei na literatura sobre a mobilização desta intervenção para a prática de cuidados.

No início, senti muita dificuldade em explicar os objetivos da sessão, embora a minha presença de cuidado com estes utentes já durasse há um mês, ainda não sentia que o nosso espaço relacional de ajuda estava fortalecido com todos os residentes.

Realço o apoio do enfermeiro orientador para me ajudar a mobilizar o grupo para aderir à sessão, como uma intervenção autónoma de enfermagem que se enquadra no diagnóstico de enfermagem: “Adesão ao regime terapêutico comprometido”, em que é necessário várias intervenções de enfermagem que dêem uma resposta efetiva para os resultados esperados na resolução deste.

Ao longo da sessão fui progressivamente ganhando a confiança e o respeito do grupo, tomei progressivamente compreensão das emoções que estava a sentir no início da sessão e pude modelar a minha comunicação verbal e não-verbal, adotando uma postura mais calma e segurança verbal quando intervi, e isso contribuiu progressivamente para melhorar o trabalho desenvolvido no espaço terapêutico.

No final da sessão discuti estes aspetos com o enfermeiro orientador, que me fez perceber que nós, enquanto instrumentos terapêuticos é importante conhecermos as nossas limitações, os nossos medos e anseios para que isso não se reflecta no grupo terapêutico, e que ao longo da intervenção percebi que soube conter esses sentimentos e isso teve um impacto positivo no momento terapêutico dinamizado e nos ganhos reconhecidos pelos residentes e por ele na intervenção dinamizada.



## **APÊNDICE VII-**

ESTUDO DE CASO NA PSIQUIATRIA FORENSE





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.

**ESTÁGIO MÓDULO III- Estágio de Opção**

**Psiquiatria Forense**

## **ESTUDO DE CASO**

Elaborado Por:

**Estudante:** João Pedro Afonso Gonçalves n.º 192016073

**Orientação Clínica:** Enf.º Especialista José Rodrigues

**Orientação Tutorial:** Prof.ª Doutora Olga Valentim

Lisboa, dezembro de 2017

## **0- INTRODUÇÃO**

No âmbito do curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é proposto o desenvolvimento de três módulos de estágio.

O desenvolvimento deste trabalho insere-se no âmbito do estágio do módulo III- estágio opcional que decorreu entre os dias 27 de outubro de 2017 a 19 de dezembro de 2017 num Serviço Regional de Psiquiatria Forense em Portugal.

De modo a proteger a identidade da pessoa a quem é desenvolvida a metodologia de estudo de caso, criámos um nome fictício para a mesma. A entrevista com a pessoa internada estudada foi realizada a 8 de novembro de 2017.

Como método de recolha da informação que iremos explicar recorreremos à técnica da entrevista de ajuda e da observação, onde constam os principais dados da avaliação inicial, a história pessoal, social e afetiva.

Foi completada a informação recolhida no processo clínico e judicial do doente e a discussão de aspetos comportamentais com os pares. Por se tratar de uma pessoa que apenas tem a possibilidade de comunicar telefonicamente com a sua mãe que está no estrangeiro, não foi possível validar todos os dados do processo de doença da pessoa estudada.

Desta informação permitiu identificar os principais problemas de enfermagem, elaborar os principais diagnósticos de enfermagem e um plano de cuidados que dessem resposta aos resultados esperados.

Globalmente, tentou-se estruturar este estudo de caso de modo a descrever, analisar e compreender os principais fenómenos específicos e situações concretas, que permitiram aumentar a compreensão da dimensão global dos problemas identificados, as suas características únicas mas também as suas características comuns a outros casos.

O estudo de caso está descrito apresentando inicialmente os principais dados sociodemográficos, posteriormente a descrição da história pessoal e social, seguida das características da avaliação do estado mental com os dados da observação objetiva e por conseguinte a elaboração do plano de cuidados adequado à pessoa de acordo com os problemas identificados e os resultados esperados.

# **1- HISTÓRIA CLÍNICA DE ENFERMAGEM ATUAL**

## **1.1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:**

**Nome:** Jacobson André Rodrigues (JAR) – (Nome fictício)

**Data de Nascimento:** 24 de junho de 1976 (Hospital Nossa Sr<sup>a</sup>. do Carmo- Campo Grande)

**Idade:** 41 anos

**Gênero:** Masculino

**Estado Civil-** Solteiro

**Nacionalidade:** Brasileira

**Naturalidade:** Rio de Janeiro

**Escolaridade:** Bacharel em Direito (5anos); Pós-graduado em Direito Público (1ano e 8meses) e Mestrado em administração de empresas (2 anos que não terminou)

**Profissão:** Professor de Ensino Superior

**Coabitação:** Mãe (Pessoa de Referência) que reside no Brasil em casa própria.

**Centro de Cuidados de Saúde Primários:** Centro de Aplicação Psicossocial Lima Barreto (Brasil)

**Religião:** Espírita (Dogma Espiritual)

## **1.2. MOTIVO DO INTERNAMENTO**

Internado no Serviço Regional de Psiquiatria Forense (SRPF) desde o dia 16 de outubro de 2013 para cumprimento de medida de segurança por um período mínimo de 3 anos, por ser considerado “inimputável perigoso” pela prática do crime de incêndio posto e crime de sequestro, puníveis no Código Penal Português no artº 272º, nº1 a) e no artº 158º, nº1 respectivamente.

Factos que remontam a 30 de junho de 2012, data em que foi detido pelas forças policiais, e ingressou posteriormente no Hospital Prisional a 17 de julho de 2012.

### 1.3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (Dados colhidos no processo clínico e na entrevista de ajuda)

O Sr. JAR é um homem com 41 anos, que viveu no Brasil até janeiro de 2012. Refere que sempre foi uma pessoa introvertida e reservada desde a infância com maior significância desde a adolescência. Descreve um padrão relacional interpessoal frígido, relata muitos relacionamentos amorosos com pessoas do sexo feminino, mas não descreve relações de amizade ou de grupo, reforçando que teve pouco amigos significativos nesse período.

Destes relacionamentos partilha que não era pessoa de demonstrar e expressar os seus sentimentos, emoções, ideias e projeto de vida, tendo até à idade adulta muitos namoros *“sempre tive vício de mulheres, tive muitas namoradas (...) chegava a ter cinco ao mesmo tempo(...) todas tinham que ser livres e desimpedidas(...) elas sabiam que eu tinha uma que era a verdadeira, e assim nunca tinha problema porque se eu não atendesse o telefone elas sabiam que eu estava com a verdadeira (...) era muito fácil eu conquistar mulheres e isso me fascinava”*(sic), caracterizando-se como *“um bom vivã”*.

Nesse período nega tristeza, labilidade emocional, adinamia, clinofilia, insónia, angústia, diminuição da necessidade de dormir, gastos excessivos, aumento da energia vital ou bem-estar excessivo.

Descreve que até aos 33 anos sempre esteve bem, *“trabalhava e estudava muito”* e a coisa que mais o realizava pessoalmente era dar aulas na Faculdade. A certa altura, num contexto da sua actividade laboral quando *“leccionava na Faculdade de Direito”*, *“havia uma aluna de 25-27 anos muito bonita que se começou a insinuar para mim”* (sic) não percebe esse movimento da aluna, uma vez que ele não a conhecia. Adianta que ela tinha um amigo *“gay”* que lhe foi levando recados dela, a convidá-lo para ir ao centro comercial. Sobre esta insinuação/sedução da aluna realça o provérbio: *“quando a esmola é muita o santo desconfia...”*(sic) ela queria andar com um professor, eu ganhava mais dinheiro.

Sem explicar como teve conhecimento que essa aluna era casada com uma pessoa da polícia militar *“eu pensei, eu é que não me envolvo mais...”*(sic) depois ela ligava muitas vezes à noite para o seu telemóvel, e uma vez quando atendeu ela estava a chorar, pedindo para irem beber um copo e este acaba por ir. Aí ela conta-lhe que se tinha separado há 15 dias *“disse-me que me queria, mas eu falei-lhe que estava*

*namorando, e 15 dias de separação não era nada para os 5 anos de casamento que esta tinha, e eu ia justificando não querer nada com ela e nunca tive nada íntimo com ela.”(sic).*

Cerca de 15 dias mais tarde, vim saber pelo amigo “gay”, que tinham acabado porque ela pedia coisas para o marido que ele não lhe podia dar, salientando que ela era mulher de polícia, e adianta *“estes são milicianos, e diz que cornos se paga com sangue... e o meu medo aí fora maior que tudo”(sic).*

Sem identificar como, diz que uma vez a viu sair com um colega da turma dela e disse para consigo *“esta mulher não me interessa, porque esta se é dele então será de qualquer um”(sic)* e descobriu que a aluna contara tudo ao contrário ao marido, *“que tinha sido eu a seduzi-la e não como eu contei” (sic)* e desde então fica com a convicção que o seu marido *“por uma questão de honra”* começa por encetar uma perseguição contra si com intenção de o eliminar.

Destaca-se desta situação que o doente possa ter desenvolvido convicções passionais delirantes e ilusões com a aluna (com possível rejeição por parte dela) que não se consegue validar por não haver outras fontes sem ser a narrativa do doente, motivo este que possa ter despoletado o quadro delirante actual por fixação ao acontecido e resolução da situação com inversão de motivos pois este a certa altura diz *“não sou eu que o persigo mas é o marido dela que me persegue para evitar o que seria inevitável”(sic).*

Estas ideias nunca mais lhe saíram da cabeça, e descreve que um dia quando saía da escola parou atrás de si um carro que copiara e anotara a matrícula, e desde esse dia diz que apenas conseguiu ir mais uma vez à Faculdade passado alguns dias, isolado na casa da mãe onde morava, trancado no quarto, e relata ter pedido atestado médico por doença psicológica no médico de família e depois foi a uma perícia médica e ficou de baixa durante 3 meses.

Estas ideias delirantes sistematizadas fundamentam-se sobretudo em interpretações delirantes da realidade descrevendo *“eu sei que eles me perseguem por vários indícios (...) a forma como põem o boné que estava sempre virado na minha direcção (...) a forma como se vestiam e como me olhavam (...) eu sei que são da inteligência (...) em Portugal eles põem os agentes na rua (...) no Brasil não (...) eu captava-os porque eles*

*colocavam bandeiras nos carros com espécie de código para encenarem a minha perseguição*”(sic), esclarece que a “inteligência” é tipo uma Maçonaria que conspiram.

Relata que durante esse período encontrava-se fechado em casa da mãe, no início tratava de trabalhos pendentes da faculdade e enviava pela internet os mesmos, mas trabalhava no seu quarto (que descreve não ter janelas e trabalhava às escuras), passava assim dia e noite sempre com medo de sair ou ser descoberto para o matarem.

Após 3 meses refere “*surtei, comecei a ouvir vozes que diziam: vou-te matar, uma voz masculina*”(sic). Nessa altura diz que dormia mais de dia e à noite deambulava sem rumo pela casa, ouvia muitas sirenes dos carros de polícias e pensava que lhe vinham fazer mal e refere sentir-se muito ansioso e sempre tenso, mas na sua cabeça aquilo não era nenhuma doença.

Neste contexto identifica-se presença de alterações da percepção com pseudoalucinações auditivo-verbais com vozes na 2ª pessoa que o ameaçavam e deixavam num estado de grande vulnerabilidade emocional e psicológica, com inferência no seu funcionamento físico e cognitivo.

Adianta que nessa altura a sua mãe já não conseguia vê-lo assim, descuidado, sem tomar banho e sem desfazer a barba, triste, assustado e levou-o à urgência onde ficou internado voluntariamente num serviço de psiquiatria, tendo pedido alta no 3º dia que recorda ser o dia do seu aniversário (34 anos) e desde então refere ser seguido por um psiquiatra e um psicólogo no serviço de saúde privado. Desconhece o nome dos medicamentos que tomava, mas realça que não tivera mais capacidade para voltar para a Faculdade trabalhar, mas conseguia sair de casa, mantendo a convicção que se sentia perseguido mas refere que sofria menos.

Andou assim 2 anos, e um dia descreve que contactou via “ORKUT” uma ex-namorada que estava a viver em Portugal (agora casada com um homem português que estava a trabalhar na França de quem tinha um filho) e contou-lhe o que se passara e esta prontificou-se a ajudá-lo. Então o doente comprou um voo para Lisboa em Janeiro de 2012, despediu-se da sua mãe e pede-lhe para esta o levar ao aeroporto e partiu.

Essa ex-namorada foi busca-lo ao aeroporto e hospedou-o num quarto da sua casa, nos arredores de Lisboa. Nega qualquer tipo de aproximação íntima com esta, e que ela depois foi viver com o seu marido para a França, perdendo o seu contacto, contudo há história que ela veio uma vez visitá-lo ao SRPF, mas que o doente nega!

Refere que desde que veio para Lisboa deixou de tomar a medicação e que se sentia livre. Consegue um emprego em abril 2012 como ajudante de cozinha num restaurante em Alfama, fazia um pouco de tudo e trabalhava muito, ficava no restaurante até este fechar. Ficou desde então com uma maior proximidade ao Chefe de cozinha do restaurante, que também era brasileiro fica amigo deste.

Passado algum tempo, com o acumular de cansaço refere voltar a ouvir vozes que o ameaçam que o vão matar, mais durante a noite quando fechava os olhos, e durante o dia volta novamente a sentir-se perseguido e ameaçado.

Num desses dias, no final de fechar o restaurante disse ao amigo (o Chefe de Cozinha) que estava muito cansado e tinha muito medo de ir para casa aquela hora da noite, este convida-o para ir até ao Bairro Alto beber um copo, e como o doente se sentia muito perseguido aceita a acompanhá-lo. No final da noite mantém esta ideia persecutória e o amigo aconselha-o a dormir essa noite num hotel nos Anjos, e que na manhã seguinte o iria lá buscar para o levar consigo até ao restaurante, para trabalhar, ao que o doente concordou.

Nessa noite diz não ter conseguido dormir nada, com alucinações auditivo-verbais mais intensas, assustado, convicto que estavam pessoas à entrada do hotel que o queriam matar, trancou a porta e fechou todo o quarto.

De manhã, mantendo-se neste estado e refere que enquanto esperava desesperadamente pela vinda do amigo relata *“pareceu-me que vi um homem nas escadas do hotel com uma faca na mão a escondê-la atrás das costas, e eu tranquei-me no quarto ainda mais assustado, e quando o meu amigo entra no quarto tranco de imediato a porta e fecho-o na casa de banho para o proteger não o deixei sair, peguei fogo ao quarto e tinha já umas toalhas molhadas no chuveiro para pormos na boca para não inalarmos fumo(...)”*(sic) relata que esteve barricado no quarto sem que permitisse que o amigo saísse para o proteger cerca de 20 minutos.

Descreve que o fogo era pra atear fumo e assim criar muita confusão no hotel para conseguir fugir com o amigo. Quando saíram do hotel foram andando os dois em direção à Baixa-Chiado/ Rossio e descreve que nesse percurso *“eu via as pessoas se entreolhando e eu pensava que era comigo”* (sic) e descreve que eram elementos à paisana com facas para o matarem e justifica *“pela colocação dos chapéus e a forma*

*como me olhavam e se orientavam*”(sic). Já no Rossio refere ter sido preso e conduzido pela polícia judiciária até ir ao juiz e depois conduzido para o hospital prisional.

## **1.4. HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL**

### **1.4.1. História Pré-Natal**

O cliente nasce de uma gravidez não planeada de uma relação extraconjugal do qual a mãe era solteira e o seu pai era casado e já tinha 3filhos. O início da gravidez (até ao 3º mês) relata que a sua mãe lhe disse ter sido conturbada mas que depois foi “aceite” pelo seu pai embora nunca o tivesse assumido para a sua cónjuge (que só soube da sua existência há cerca de 5 anos, depois deste ter falecido).

Nasce aos 9 meses de gestação, de parto normal, sem complicações. Desconhece intercorrências durante a gravidez da mãe, relativamente a problemas de saúde de etiologia infecciosa ou outras.

### **1.4.2. Historia da Primeira Infância (0-3 anos)**

Refere ter sido alimentado de leite materno até aos 15 dias de idade, segundo relato da sua avó materna, *“chorava muito e o médico disse à tua mãe que era fome, o leite que tem não o satisfaz”* e desde então ela começa por lhe dar leite artificial e deixou de o amamentar. Diz que desde que saiu da maternidade foi logo para casa da sua avó, a sua mãe não tinha condições de o criar, vivia na sua casa que era no bairro ao lado mas trabalhava muito como costureira, e vinha mais tempo era aos fins-de-semana.

Descreve a avó materna como a pessoa que mais amou na vida *“era afável e doce comigo, amava-me, era carinhosa e eu a chamava de mãe”*(sic). Descreve que teve uma infância feliz, que vivia bem a ver a sua mãe apenas ao fim de semana.

Desconhece com que idade começou a andar e a falar. Diz ter tido um desenvolvimento normal, sem relato a qualquer atraso comparativamente às crianças da sua idade, com desenvolvimento psicomotor normal, da aquisição da marcha, linguagem e do controlo dos esfíncteres. Nega outras alterações sugestivas de sintomas psicopatológicos, tais como enurese, encoprese, tiques ou alterações da alimentação ou do sono. Mantém onicofagia (hábito de roer as unhas) desde a infância até ao presente.

### 1.4.3. História Segunda Infância

Refere ter cumprido o plano de vacinação do seu País, recorda-se de ter tido ao longo da infância varicela “*Catapora*”(sic) e papeira “*Cachumba*”(sic), desconhece idade destas.

Inicia a vida escolar aos 4 anos, relata que fazia amigos com relativa facilidade embora fosse muito tímido e reservado, preferindo sempre os últimos lugares da sala de aula e quando ia ao quadro ou era chamado para intervir ficava cheio de medo e tremia muito.

Entrou para a escola primária com 6 anos, recordando que evidenciava dificuldades nos relacionamentos interpessoais, promovendo relações preferencialmente com crianças mais velhas e que potenciava conflitos, porque gostava que as coisas seguissem a sua maneira, mas relata que depois estes lhe batiam porque eram mais velhos e “*não aceitavam as coisas do meu jeito, podia ser que eu quisesse chamar a atenção porque não tinha pai*”(sic).

Viveu com a avó materna até aos 8 anos de idade numa vivenda, porque segundo diz a mãe trabalhava como costureira e não tinha disponibilidade de cuidar dele, mas morava num bairro próximo e ia vê-lo diariamente, e depois estava com ela aos fins de semana, mantendo a vinculação. Posteriormente com essa idade a mãe abre em sua casa um negócio próprio de confecção e ele vai viver com ela, era um apartamento, e foi complicado eu adaptar-me ao espaço, pois estava habitado a outro padrão de vida, nessa altura vais apenas ao fim de semana ver a avó. Salienta que a sua mãe tinha um registo mais autoritário, e agora percebe que desde essa altura se tornou mais triste e mais fechado.

Refere que o seu pai esteve próximo dele e deu apoio à sua mãe (financeiramente) até aos 8 anos “*a partir dessa idade não quis mais saber de mim, mudou-se para outro estado*”(sic), nunca procurou estabelecer qualquer tipo de relação afectiva ou procurou uma aproximação.

Relata que com 8 anos foi trabalhar para uma barraca na feira, aos domingos, levantava-se cedo, das 6h às 16h, porque descreve que sempre gostou de ter dinheiro para si e para as suas coisas, desde cedo procurava a independência.

Quando tinha 10 anos a sua mãe casa-se com o seu padrasto, mas refere que a sua integração na casa foi pacífica e todo o processo correu bem, sempre teve uma boa relação com ele.

Reprova no 5º ano de escolaridade com 10 anos, relacionando esse facto por ter entrado numa escola privada, e deixou-se deslumbrar pelo que a escola lhe oferecera, mas os outros alunos tinham pais ricos e ele sentia-se o patinho feio, era diferente deles porque não tinha dinheiro para estar naquele meio, achava que era fácil passar mas tinha muitas disciplinas, e depois desse ano volteou para a escola publica que *“fez de mim o homem que sou hoje, não voltei a reprovar, tinha um aproveitamento mediano, estudava pouco mas tomava atenção nas aulas”*(sic).

No final da segunda infância e início da adolescência, quando tinha cerca de 12-13 anos morreu a sua avó materna *“ai não foi fácil, ela era tudo para mim, não fiquei de luto muito tempo e consegui superar, entendi que era a lei natural das coisas”*(sic) lembrando-se dela ainda com ternura.

#### **1.4.4. Adolescência**

Descreve que ao longo da adolescência teve mais empenhado na escola, e passou a estar mais próximo de um grupo de amigos 3-4 elementos, mas não partilhava com os mesmos as suas ideias e as suas emoções. Realça que desde essa altura que se torna uma pessoa mais introspectiva, reservada e parou com aquele comportamento “brigão”, o que sentia interiorizava para si e considera que foi um processo normal e não lhe causou qualquer sofrimento.

Vivia em casa da sua mãe que manteve consigo uma relação mais autoritária e menos afectuosa que a minha avó, tinha um relacionamento normal com o seu padrasto sem grandes conflitos.

Teve o primeiro relacionamento amoroso aos 15 anos com uma colega da escola, que diz só ter durado 15 dias porque *“os pais dela souberam e não admitiram que a sua filha namora-se comigo, porque eu era preto e pobre, e aí acabou”*(sic).

Não identifica como se identifica com as manifestações típicas da adolescência em relação à sua sexualidade e à sua auto-imagem.

Refere ter tido outras namoradas por um período mais ou menos “normal”, inicia a vida sexual aos 17 anos com uma relação de 8 meses com uma colega que era 5 anos mais velha, mas acabou a relação ele porque diz que já tinha outra.

Nestas relações o que mais o fascinava era a conquista, mas que sempre reprimiu os seus sentimentos e emoções com elas.

Nunca chumbou nenhum ano escolar até completar o 12º ano. Nessa altura por dificuldade económicas e por um baixo aproveitamento em inglês não ingressou logo na universidade, pelo que foi trabalhar como repositor de mercearia e inscreveu-se no exército de modo voluntário para ser fuzileiro naval.

Após ter sido aprovado em exames psicotécnicos e físicos e mudou-se para o estado do Rio Grande- Sul, cumpriu serviço militar e nesse período, como lhe pagavam arranjou um quarto particular numa casa fora da base militar, indo visitar a mãe apenas durante 30 dias por ano. Descreve a relação com os colegas normal e não teve dificuldade em aceitar o autoritarismo e as regras impostas no período do serviço militar.

#### **1.4.5. História Psicosssexual**

Desde criança que sempre se identificou com a sua sexualidade, tentava ter um comportamento mais conflituoso porque recorda que era uma forma de chamar a atenção por nunca ter tido a imagem e o afeto do meu pai. O amor verdadeiro e o carinho sempre estiveram associados à figura da avó materna. A sua mãe foi uma pessoa que sempre lhe estabelecia limites, refere que estava sempre mais preocupada com os problemas financeiros do que consigo, mas que também se preocupava quando este chegava a casa por vezes arranhado e dava-lhe consolo.

Com o seu padrasto sempre teve uma boa relação, falavam de variadíssimas coisas (não as específicas) mas que tentou ser uma referência da sua sexualidade “*tratava-me com respeito e admirava-o*”.(sic)

Na infância brincava mais com os meninos e quase sempre eram mais velhos que ele, não teve contacto com os seus irmãos da parte do pai, e não se recorda quando soube. Descreve que teve o primeiro namoro de 15 dias aos 15 anos, com uma menina linda da escola, mas quando os pais dela descobriram proibiram-na de estar comigo.

Aos 16 anos recorda um relacionamento amoroso de 6 meses, que foi ele que a procurou, e terminou-a porque justificava já ter intensão de outra.

Teve a primeira relação sexual com a sua 4ª namorada que tinha 23 anos quando este tinha 17 anos, numa relação que durou cerca de 8 meses, relação esta que terminou porque ele já tinha interesse noutra.

Diz que sempre teve vício por mulheres, embora estas tivessem que “*ser livres e desimpedidas*” sic. Associa este facto não por falta de realização nem por ser uma pessoa carente, mas sobretudo porque a conquista o fascinava.

Descreve várias relações amorosas que umas terminavam por desinteresse dele, outras por infidelidade delas, embora refira que desde a faculdade, quando tinha uma namorada ele conquistava outras a quem dizia que já tinha uma pessoa, e assim ele estava com as 5 sem que elas descobrissem que era mais do que uma, sempre que estava com qualquer uma planeava tudo muito bem, e quando alguma delas ligasse e ele não atendesse já sabiam que estava com a namorada verdadeira.

Salienta que nunca foi apanhado na cama em flagrante, mas que prevaricava muito. Reforça adiante que do seu interesse sexual 95% delas era sexo, apenas 5% sentiu afeto e carinho.

Destas recorda uma relação aos 28 anos com um namoro de 18 meses, em que ele sentiu que era com ela que queria casar, mas estava doente “*mexeu muito comigo ... tinha que estar doente, complicado... é preciso cumplicidade, é respeito...é entrega, é ser pai e mãe...*”sic, durante esse tempo não lhe foi infiel, porque ela não lhe dava espaço, mas diz que a relação termina por infidelidade dela.

Aos 31-32 anos inicia outra relação séria que dura cerca de 18 meses, de quem esteve noivo, descreve-a como uma pessoa muito egocêntrica, nunca nada estava bem para ela, ela podia fazer tudo e eu nada. Era professora da escola pública, chegámos a procurar casa, a minha condição era que essa casa não podia ficar próxima da casa da minha mãe, nem da mãe dela, e depois de muito procurarmos ela decide pedir empréstimo ao banco para comprar casa perto da mãe dela. Ele ficou zangado mas deixou andar, e questionou-a se queria casar com ele ou com a sua mãe.

Já tinham o casamento marcado, tudo organizado, vestido, etc, e ele foi-se afastando progressivamente até que lhe diz que não vai haver casamento. Nessa altura ele descreve que esta teve um surto, e se não fosse dela não era de mais ninguém, obrigou-o a pagar tudo o que estava por pagar do casamento, e ele agora descreve que ficou sem as suas poupanças mas foi a melhor coisa que pode ter feito. Salienta que ela fez macumba

e no início do internamento está descrito que este acreditava ser aí a origem da sua doença, reforçando a ideia que é de uma religião espírita e que acredita nestes rituais.

Desde esse relacionamento só aborda a aluna da escola que se insinuou/seduziu e que coincide com o despoletar da sua doença.

#### **1.4.6. Formação Religiosa**

Relativamente à religião/ crença espiritual o cliente diz ser Espírita, que descreve ser um dogma que mobiliza uma filosofia de culto entre o Cristianismo e o Budismo com a sua fundamentação do seu fundador Allan Kardec.

Descreve que era a religião da avó materna e da sua mãe.

Afirma-se uma pessoa muito crente, acompanhando esta doutrina religiosa desde pequeno e que sempre pôs em prática alguns rituais e crenças, até ao longo do internamento.

#### **1.4.7. Fase Adulta**

Refere que o serviço militar o ajudou a melhorar o modo como encara a vida (com responsabilidade) e deu-lhe um certo conforto financeiro, porque não queria depender da mãe e do padrasto que não viviam numa situação económica boa.

Quando tinha 22 anos regressa para o Rio de Janeiro porque o seu padrasto morreu num acidente de viação e este sente necessidade de lhe vir dar apoio nessa fase e fica a viver em casa desta novamente.

Procura emprego numa Faculdade e trabalhou lá como assessor administrativo na coordenação do curso durante 6 anos (dos 23-29 anos), que acumulou com o curso de Bacharelato em Direito com início aos 23-28 anos.

Revela que por conflitos em casa com o novo padrasto com quem a mãe arranjou depois foi viver para uma República Universitária. Quando termina o curso assume o posto de assessor do curso de direito (subcoordenador do curso).

Na mesma altura que termina o curso de Bacharelato inscreve-se na mesma faculdade na Pós-Graduação em Direito Público que decorria aos sábados, que concluiu aos 30 anos com bom aproveitamento, acumulando as duas ocupações.

Cerca de 2 meses após, abre concurso na mesma faculdade (Faculdade Estácio de Sá) para professor do curso de direito, em que era realizada uma prova de ingresso e ele foi selecionado, começando por leccionar a disciplina de direito, das 15 às 20h durante a semana.

Com 31 anos dava aulas na faculdade e ingressa no Mestrado Business Administration (MBA) da qualidade, saúde, meio ambiente e segurança do trabalho na área do petróleo “*que dava muito dinheiro, queria ir trabalhar para Angola*”(sic), que decorria aos sábados todo o dia, e que terminara com aproveitamento quando tinha 33 anos.

Dos 31 aos 33 anos dava aulas de direito e acumulava funções de coordenador do curso de Petróleo e Gás na Universidade Estácio de Sá e na Universidade Castelo Branco, e refere “*dureza, foi muito sacrifício, mas dinheiro faz levantar a gente, valia a pena*”(sic). Reforça a ideia que sempre se deu bem com os pares e as chefias.

Lembra-se que nessa altura tinha apenas 2-3 amigos da faculdade com quem se dava mais, mas era uma amizade circunstancial e pouco afetiva do ponto de vista da partilha de sentimentos e de emoções, só discutiam coisas mais laborais e pouco ou mesmo nada do ponto de vista pessoal e íntimo.

Recorda que quando tinha 32 anos a sua namorada achava que ele devia trabalhar mais e pedia para ir trabalhar de taxista à noite quando saía das aulas, e “*eu já ganhava só a dar aulas mais 3 vezes do seu ordenado, e aí fui percebendo que ela não dava, era muito egocêntrica*”(sic).

Descreve no processo clínico que teve um relacionamento aos 33 anos com uma rapariga de 18 anos, com quem namorara 18 meses, em que salienta que gostava dela, mas também a traiu, sem haver um porquê, foi um relacionamento sério e pensaram viver juntos, mas refere que ele ficou doente e ela não aguentou “*os pais dela pensavam que estava louco? falava muito em melícia, que eles me queriam matar? era um tema que estava sempre presente*”(sic).

Em suma, refere que nunca esteve sozinho, era-lhe fácil saltar de relacionamento para outro, tinha um bom trato com elas e preocupava-as, conseguindo-se libertar e seguir para outra. Realça que tinha muita libido. Salienta que quando gostava, não traía e respeitava. Quando acabavam as relações esclarece que cada um ia para seu canto, negando sentimentos de culpa ou arrependimento face às infidelidades, indicando não saber o que é sentimento, o que sempre o atrai é os olhares e a capacidade de seduzir.

#### **1.4.8. Antecedentes Pessoais e Familiares**

É o quarto de uma fratria de 4 (2 irmãs e um rapaz, todos meios irmãos por parte do pai). Tem antecedentes pessoais de obesidade, (IMC=32,78) diabetes *mellitus* tipo II desde os 34 anos, dislipidemia, hipertensão arterial, anemia.

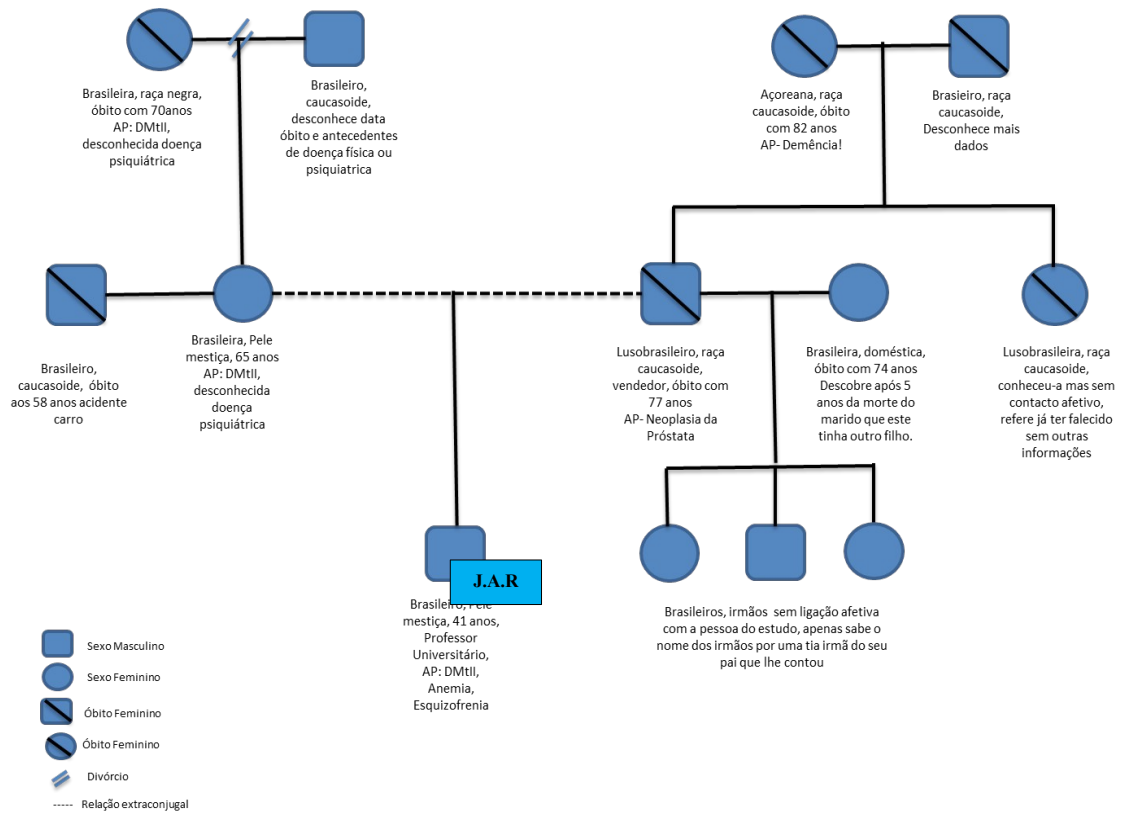
Descreve que o seu pai é de família com ascendência Açoriana, que foi logo pequeno para o Brasil. Este morreu com 77 anos (2009) por provável neoplasia da próstata, não teve muita relação com este, só até aos 8 anos, e desde então nunca mais o procurou, potenciando sentimentos negativos de rejeição.

Mãe de 65 anos, reformada (ex-costureira), tem hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo II. Descreve que era distante em pequeno, mas mudou muito desde que se tornou um homem.

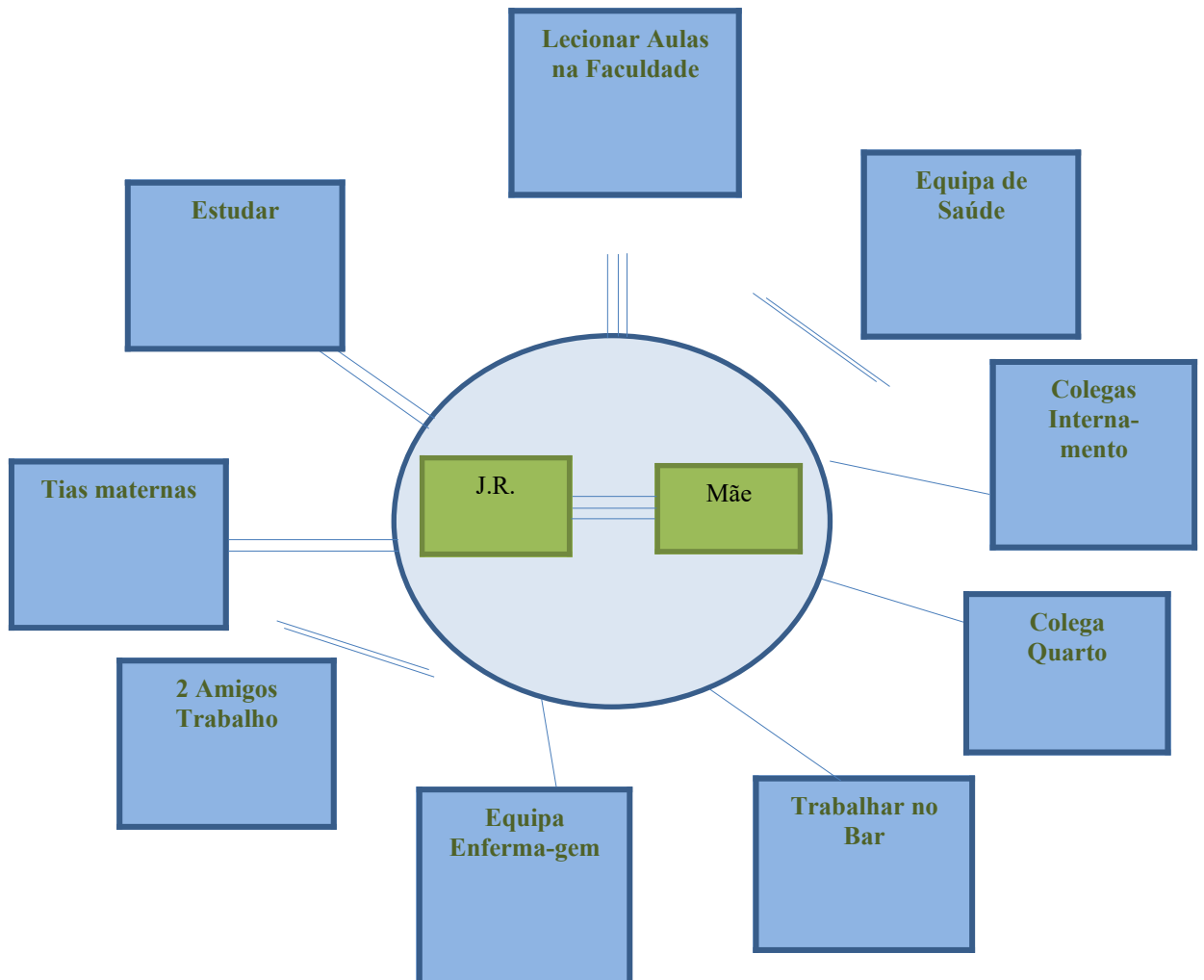
Avó materna morreu em 1990 vítima de descompensação da diabetes *mellitus* tipo II, desconhece outras patologias.


Da família materna nega conhecer especificamente patologias quer de natureza física ou psiquiátrica.

##### **1.4.8.1. GENOGRAMA**



### 1.4.8.2. ECOMAPA



Relações Fortes: =====  
 Relações Boas: =====  
 Relações normais: =====  
 Relações superficiais: -----  
 Relações estressantes: +++++++  
 Relação conflituosa:   
 Direção do fluxo energia:

### 1.4.8.3. ESQUEMA MEDICAMENTOSO

Medicamento	Dose	Fórmula	Horário
Ácido Valproico	500mg Libertação Prolongada	Comprimido	9h - 19h
Atorvastatina	40mg	Comprimido	19h
Bupropiom	150mg	Comprimido	9h
Clozapina	300mg	Comprimido	19h
Fenofibrato	267mg	Cápsula	19h
Glimepirida	2mg	Comprimido	9h
Metformina + Sitagliptina	1000mg + 50mg	Comprimido	9h - 19h
Metformina	1000mg	Comprimido	13h
Ramipril	5mg	Comprimido	9h
Paracetamol (P.O.)	1000mg	Comprimido	SOS até 2x/dia
Biperideno (I.M.)	5mg	Ampola	<u>SOS até 1x/ dia</u>
Diazepam (I.M.)	10mg	Ampola	<u>SOS até 1x/ dia</u>
Glucose (I.V.)	300mg/10 ml	Ampola	SOS
Insulina Humana (S.C.)	100mg/1 ml	Ampola	<u>2º protocolo às principais refeições.</u>

### 1.4.8.4. Outras terapias

O cliente ao longo do internamento participa em intervenções de grupo na terapia ocupacional e integra as tarefas do bar, na gestão da caixa. Sem outros interesses ocupacionais.

Ao longo do período de estágio participou ativamente nas sessões de biblioterapia com intenção de melhoria do *insight* sobre o processo de doença e noutras abordagens de âmbito psicoterapêutico com interesse, embora refira que não gosta de estar nestes tipos de grupo em que as pessoas não se sabem comportar.

## 1.5. OBSERVAÇÃO/ AVALIAÇÃO INICIAL

### 1.5.1. Descrição Geral

Encontrado sentado num sofá na sala de estar, sozinho, calmo, homem de pele mestiça, cabeça caída, fâcies neutro com os olhos a espreitar por cima dos óculos, ombros descaídos para a frente, pernas esticadas, a ver um programa de televisão. Apresentava um cabelo comprido preto, ondulado e preso com elástico, aparentemente sujo e pouco cuidado. Tem barba que cobre toda a cara, sem estar aparada, nariz achatado proporcional ao tamanho da cabeça. Vestido com casaco grande, desproporcional à temperatura da sala, um rosário ao pescoço, vestuário descuidado, com meias e chinelos de dedo. Aparentemente com uma postura de escuta, descaída, que transparece desinteresse do meio envolta, comportamento normal, com uma idade coincidente com a real.

É cordial na abordagem, estica a mão como resposta ao cumprimento, aperta a mão sem intensidade aumentada, tímido mas empático, atitude colaborante. Segue até ao gabinete com um andar lento e postura desinteressada, ao lado.

Senta-se na cadeira ao lado esquerdo e debruça o tronco sobre a mesa e cruza as mãos.

Encontra-se vigil, consciente e orientado no tempo/espaço/ auto e alopsiquicamente.

Apresenta um discurso provocado, lento e em volume baixo, organizado no conteúdo e na forma sem alterações semânticas ou de sintaxe, idioma português com sotaque brasileiro.

Apresenta um humor aparentemente eutímico, fâcies pouco expressivo mas congruente com as emoções expressas, afetos aplanados mobilizáveis para as situações que descreve mas dada a sua situação em que se encontra descreve momentos de humor em estadio depressivo, negando ideação suicida.

Não se apuram alterações sensório-percetivas, nega ouvir vozes agora e nega alterações da perceção visual, gustativa, olfactiva, táctil, e somato-cinestésicas.

O acesso ao processo de pensamento é percebido por um discurso coerente, com encadeamento de ideias e associações congruentes com a realidade, sem repetição de ideias, refere que por vezes ainda pensa que o andam a perseguir no Brasil, pelo que se pode deduzir a presença de uma atitude defensiva do tipo persecutório caracterizado pela postura de escuta ou de alerta, mas durante a entrevista reforça que isso faz parte da sua doença.

Mantém a interpretação delirante dos comportamentos insinuativos/sedutores da aluna que despoletou toda a sintomatologia psicótica.

Atenção captável e fixável. Nega fobias ou obsessões. Sem tiques, maneirismos ou estereotípias.

Verbaliza crença espírita e há poucos dias narra que a sua mãe potenciou uma canalização de energia desde o Brasil e este tinha que estar deitado sobre a cama sem roupa e sem ser incomodado, porque acredita que lhe fizeram “macumba” para ele estar na situação em que está.

Apresenta *insight* para a sua situação e juízo crítico mantido embora recentemente verbaliza que simulou toma da medicação porque se sentia sem forças e sem líbido, não sabe especificar mas não estava bem, depois refere que a medicação foi alterada e ficou melhor.

A memória sensorial mediata, recente e remota está conservada, descrevendo a sua vida de modo congruente com os registos no processo clínico da data da sua admissão no internamento.

Não se apuram alterações do funcionamento cognitivo, avaliado no Minimal Scale (MMSE) que apresenta um score de 30.

Nega alterações significativas do sono, dorme cerca de 7h durante a noite, ciclo circadiano mantido.

Mantém fraca interação com o grupo e prefere o isolamento social, contudo participa nas tarefas do bar como “caixa” e percebe-se que usa o mesmo posto para aumentar o consumo de bolos e outro tipo de alimentos açucarados (satisfação de prazer imediato).

Nega consumos de drogas ao longo da vida, bebia socialmente e fumou até aos 38 anos, não bebe café.

Nega alergias ou intolerâncias alimentares. Refere que não gosta de comer peixe, e pede dieta personalizada por esse motivo e pela sua diabetes.

Eliminação intestinal regular diária e eliminação vesical normal, sem ardor ou disúria.

Descreve que a coisa que mais gostava de fazer era voltar à universidade e retomar a vida de professor, mas descreve que desde que deixou de leccionar a sua capacidade de se expressar diminuiu, que relaciona com a toma dos psicofármacos para a sua doença.

Faz diariamente uma chamada do seu telemóvel para o Brasil, fala com a sua mãe, com quem este se preocupa, embora ela nunca o tenha vindo visitar a Portugal, justificando por carência económica e exprime saudades de a abraçar.

## **1.6. PERSONALIDADE PRÉ-MORBIDA**

Pelo que apura pela história do cliente este desde criança, quando entra para a escola sempre se descreve tímido, preferia sentar-se nas cadeiras do fundo da sala, descrevendo que essa timidez foi vencida quando se tornou professor.

Descreve-se como uma pessoa alegre na infância e adolescência, “*brincalhão*”, realizado quando se tornou professor, era optimista e confiava facilmente nos outros, embora nunca tivesse amigos com quem expusesse os seus sentimentos que sempre reprimia socialmente. Afirma que sempre teve uma auto-estima muito elevada e quando falha reage mal com a frustração e fica algum tempo deprimido, mas depois via à luta e sempre superava as adversidades

Indica que sempre gostou de viver no seu mundo fechado e restrito, não gostava de depender de terceiros (desde os 8 anos procurou o seu trabalho), gostava de ficar em casa a ouvir música ou na internet, vendo filmes, nunca gostou de ninguém como dele próprio. Refere que era exigente consigo e cumpridor de regras, não admita cábulas e cumpria os seus horários. Não se preocupa de ser aceite pelos outros e não tem medo de ser criticado.

Sentia prazer em organizar programas com as namoradas, mas se pudesse escolher entre ficar em casa ou sair preferia ficar em casa, mas tinha que namorar para se sentir realizado pessoalmente, porque as namoradas não vinha ter a sua casa. Dava-lhe satisfação planear os encontros entre elas para que nada de inesperado lhe acontecesse.

Tinha um amigo que o acompanhou desde a infância e que seria esse o único em quem confiava algumas coisas, mas não dá o nome dele “esqueci?”, e fecha o tema.

Como ocupação dos tempos livres refere que era adepto do flamengo, jogava futebol com colegas da faculdade, ia ao cinema e fez halterofilismo durante 6anos, embora refira que nunca ligou muito ao corpo musculado, e justifica ser por causa da diabetes, que na entrevista diz só conhecer aos 34 anos, possivelmente potenciada pelo sedentarismo do ano em que esteve fechado em casa.

## **1.7. ETIOPATOGENIA DA DOENÇA MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

Um transtorno mental, segundo o DSM-5 (APA, 2014) “é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (p. 20).

Estes transtornos estão diretamente relacionados com o sofrimento da pessoa relativos a incapacidade significativos que afetam o seu funcionamento pessoal, social e profissional (APA, 2014).

A esquizofrenia é uma doença crónica com incidência em cerca de 0,85% da população mundial e apresenta-se geralmente na adolescência e no início da vida adulta, “após uma evolução pré-mórbida insidiosa de subtis dificuldades psicossociais” (Fauci, 2009, p. 1080).

A etiologia da doença é múltipla considerando como predisponentes os factores biológicos, psicológicos e socioculturais associados a processos *stressores* precipitantes como por exemplos de componente biológica, ambiental ou detioração de sintomas (atitudes/ comportamentos).

“A esquizofrenia é uma doença cerebral grave e persistente que resulta em comportamento psicótico, pensamento concreto e dificuldades no processamento das informações, nos relacionamentos interpessoais e na resolução de problemas” (Stuart, 2002, pág. 220).

Segundo Fauci (2009), é caracterizada por distúrbios da linguagem, percepção, pensamento, actividade social, afecto e vontade. “Nos indivíduos que sofrem desta doença dá-se uma cisão entre os pensamentos e sentimentos e a realidade individual e a realidade social.” (Neeb, 2000, p. 228).

Os critérios de diagnóstico da esquizofrenia são definidos pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª Ed. (DSM-IV), elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana e estão descritos no quadro 1. do anexo 7. O J.R. apresenta delírios e sintomas negativos durante um período superior a um mês, juntamente com discurso e comportamento desorganizado, acompanhados por disfunção social e ocupacional.

Os sintomas da esquizofrenia, descritos no quadro 2. do anexo 7, são, tradicionalmente, classificados em positivos ou negativos, em que os primeiros traduzem um excesso ou comportamentos adicionais e os segundos uma diminuição ou perda de comportamentos. No caso apresentado, os sintomas negativos predominam relativamente aos sintomas positivos nesta fase da doença.

O DSM-5 uniformiza as sub-categorias da esquizofrenia (código 295.90) sendo que este diagnóstico abarca as outras descritas no DSM-IV<sup>TM</sup>.

Neste caso concreto esta patologia descreve alguns sinais positivos no processo de doença como é o caso do processo de interpretação delirante da insinuação/sedução da aluna, e toda a construção delirante persecutória com inferência direta no funcionamento pessoal, social e cognitivo do indivíduo, com posterior início de actividade alucinatória auditivo-verbal com vozes na 2ª pessoa de conteúdo ameaçador que aparece aos 33 anos, já fora do espectro normal da idade habitual desta doença.

Contudo o que pode ter uma inferência mais correlacional com os sintomas negativos da mesma, quando o indivíduo se descreve tímido, desde a adolescência com a morte da avó se tornar muito fechado, com possível embotamento afetivo e isolamento social, quando foi para o serviço militar alugou quarto fora da base, contudo descreve relacionamentos interpessoais normais, espaçados no tempo com postura de passividade, muda de relacionamento e não descreve crises mas sim um desinteresse emocional para os mesmos.

Contudo não se identifica uma detioração do estado cognitivo ao longo da idade adulta uma vez que teve aproveitamento positivo nas três formações académicas que relata, e teve um funcionamento profissional e ocupacional exigente dando uma resposta positiva e eficaz até ao momento da doença.

Um aspeto que direciona para outro diagnóstico da sua doença é o contexto delirante inicia num relacionamento afetivo, campo funcional do indivíduo muito presente ao longo da sua história de vida, e que se enquadra mais num quadro de perturbação esquizoafetiva (código 295.70) com possível evolução para uma esquizofrenia.

O facto que o indivíduo identifica no funcionamento afetivo com as pessoas com quem se relacionara é notória a preocupação em serem mulheres livres e desimpedidas. Tinha várias ao mesmo tempo e era meticoloso para que nenhuma descobrisse que ele era infiel, e este comportamento ao longo dos anos pode ter progressivamente desencadeado

uma alteração inconsciente e significativa do processo do pensamento mais persecutório com o medo de ser encontrado em flagrante pelas suas companheiras. Este processo acompanhado de uma grande carga laboral e exigência para consigo ao longo deste percurso, poder-se-á ter repercutido numa perturbação mental deste tipo que potenciou desorganização pessoal, social e profissional, com significativa incapacidade funcional desde os 33 anos.

Segundo Fauci (2009), o prognóstico da doença não é consequência directa da gravidade dos sintomas, sendo mais significativa para o efeito a resposta aos antipsicóticos. De referir que quando os sintomas negativos são predominantes, o prognóstico é pior.

O tratamento eficaz da doença mental implica um investimento multidisciplinar, que inclui desde a farmacoterapia, psicoterapia, ao treino de competências sociais, reabilitação e terapia familiar.

## **1.8. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

A prática especializada em enfermagem visa compreender os fenómenos ao longo da análise da história de vida, com enfoque nos processos internos da funcionalidade cognitiva e comportamental, a sua relação com o meio envolvente, nomeadamente os laços familiares e do contexto social e sua inserção na comunidade (Tomey & Alligood, 2004).

Ao longo da entrevista e da análise do estudo de caso os principais problemas de enfermagem que deram por sua vez suporte para identificar os diagnósticos de enfermagem são expostos na seguinte tabela: Os diagnósticos de enfermagem elaborados, que estão na base da intervenção especializada foram:

<b>Problemas de Enfermagem</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>
<b>Alteração do processo do pensamento</b>	Processo do pensamento alterado <u>relacionado com</u> actividade psicótica <u>manifestado por</u> interpretação delirante persecutória
<b>Alteração do processo de percepção</b>	Processo da percepção alterado <u>relacionado com</u> actividade psicótica <u>manifestado por</u> alucinações auditivo-verbais com vozes ameaçadoras de morte

<b>Alteração do humor</b>	Estado de humor alterado <u>relacionado com</u> internamento prolongado e afastamento do país <u>manifestado por</u> postura desinteressada, fâcies pouco expressivo e alterações o sono
<b>Interação social prejudicada</b>	Interação social prejudicada <u>relacionado com</u> dissonância sociocultural <u>manifestado por</u> isolamento social e embotamento afetivo
<b>Conhecimento sobre o processo de doença</b>	Conhecimento sobre o processo de doença diminuído <u>relacionado com</u> deficiente conhecimento dos sinais e sintomas doença <u>manifestado por</u> Insight parcial e manipulação da toma da medicação
<b>Conhecimento do regime medicamentoso diminuído</b>	Conhecimento sobre regime medicamentoso diminuído <u>relacionado com</u> internamento prolongado <u>manifestado por</u> desinteresse em saber o nome dos medicamentos
<b>Metabolismo energético alterado</b>	Risco de não adesão ao regime medicamentoso <u>relacionado com</u> a diminuição da libido e do processo de pensar
<b>Actividade física diminuída</b>	Risco de glicémia capilar alterada <u>relacionado com</u> a diabetes mellitus tipo II e abuso de ingestão de hidratos de carbono.
<b>Auto-imagem diminuída</b>	Actividade física diminuída <u>relacionado com</u> desinteresse de cuidar de si <u>manifestado por</u> sedentarismo e obesidade
<b>Processo familiar prejudicado</b>	Auto-imagem diminuída <u>relacionado com</u> mudança do envolvimento social e dos estilos de vida <u>manifestado por</u> aspeto descuidado, desinteresse pela sua aparência física e pelo seu corpo
<b>Processo familiar prejudicado</b>	Processo familiar prejudicado <u>relacionado com</u> afastamento territorial e relacional com a mãe <u>manifestado por</u> necessidade de ligar diariamente para o Brasil

Ao longo do estágio foram desenvolvidas intervenções de enfermagem especializadas como resposta aos diagnósticos elaborados com estratégia de continuidade dos cuidados de enfermagem, se se mantem no final do período de estágio, pois o cliente manter-se-á institucionalizado. Estas intervenções estão padronizadas em linguagem CIPE:

<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Horário</b>
<b>Atender nas alterações da percepção/alucinações</b>	Sem Horário
<b>Atender nos pensamentos delírios/ ideias delirantes</b>	Sem Horário
<b>Gerir o humor</b>	Sem Horário
<b>Promover a relação terapêutica</b>	Sem Horário
<b>Ensinar sobre medicação prescrita</b>	Manhã e Tarde
<b>Ensinar sobre processo de doença</b>	Sem Horário
<b>Ensinar individualmente</b>	Manhã e Tarde
<b>Facilitar o sono</b>	Noite

<b>Promover a auto-imagem</b>	Manha
<b>Promover actividade física</b>	Manhã e Tarde
<b>Monitorizar a interação social</b>	Manhã e Tarde
<b>Avaliar comunicação (verbal e não verbal)</b>	Sem Horário
<b>Executar terapia de grupo</b>	SOS
<b>Executar Biblioterapia</b>	SOS
<b>Monitorizar glicémia capilar</b>	Às 7h (de 2/2 dias)

## 2- NOTAS CONCLUSIVAS

O presente trabalho permitiu desenvolver uma visão mais abrangente do cliente e do seu funcionamento interno e externo, suportado num estudo da etiopatogenia presente na condição clínica, desenvolvendo o espírito crítico e, desta forma, capacitando para uma melhor prestação de cuidados com a aquisição de habilidades e competências fundamentadas por uma base teórica sólida.

Após a realização deste estudo, é expectável, que melhore a minha capacidade de escuta, de entrevista e de análise, focalizando aspetos globais e concretos a certos estadios do ciclo de vida que possam inferir no processo de doença ou que permitam melhorar a compreensão do mesmo, sendo fundamental identificar e ajudar a pessoa a adaptar-se e a desenvolver competências estruturais para poder atravessar este processo de transição de uma forma mais suportada e apoiada.

Será nesta base que pretendo desenvolver uma prática especializada de cuidar, individualizada a cada cliente e contextualizada na condição clínica dos mesmos, independentemente dos contextos onde trabalhe.

Tendo em conta as características do serviço, assim como o tempo de estágio, é possível identificar algumas áreas às quais não consegui trabalhar com o cliente: na adaptação aos novos papéis (durante o internamento e mesmo planear a alta após cumprimento de medida de segurança), contactar com a família (pessoa significativa) tendo como objectivo a promoção do *coping* relativamente ao processo da doença e ao apoio na separação potenciada pela distância intercontinental.

O investimento personalizado e individualizado a cada cliente promove uma vinculação segura à equipa de saúde com ganhos no prognóstico, recuperação efectiva e melhoria da sua qualidade de vida, sendo que este aspeto se torna fulcral na abordagem à pessoa institucionalizada com doença mental e psiquiátrica neste contexto.



#### **4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- American Psychiatric Association (2014). DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª Edição, Artmed, Porto Alegre.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M. (2010). Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC. Trad. 5ª Edição, Elsevier, Rio de Janeiro.
- Fauci A. S., Braunwald E. B., Kasper D. L., Hauser S. L., Longo D. L., Jameson J. L., Loscalzo J. (2009). Harrison Manual de Medicina. 17ª Edição, McGraw-Hill.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S. (2014). NANDA- International Nursing Diagnoses Definitions & Classification, 2015-2017. 10ª Edição, Wiley Blackwell, Oxford.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. M., Maas, M., Moorhead, S., Swanson, E. (2009). Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2ª Edição, Artmed, Porto Alegre.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., Swanson, E. (2010). Classificação dos resultados de Enfermagem – NOC. Trad. 4ª Edição, Elsevier, Rio de Janeiro. 26
- Neeb, K. (2000). Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. Lusociência, Loures.
- Stuart, G.W., Laraia, M.T. (2002). Enfermagem Psiquiátrica. (M. Lisboa, Trad.). (4ª Ed.). Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso.
- Tomey, A.; Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). (5ª Ed.), Loures: Lusociência.
- Townsend, M. (2011). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência. 6ª Edição, Lusociência, Loures.



## **APÊNDICE VIII**

**GRELHAS DE REGISTO DE HETERO-AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE BIBLIOTERAPIA**





**REGISTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO** \_\_\_ - \_\_\_\_\_

Utente	Comportamento	Participação	Atenção	Memória	Satisfação

**Comportamento:** 1- Agitado; 2- Desadequado; 3- Contido; 4- Lentificado; 5- Normal.

**Participação:** 1- Recusa; 2- Aceita sem interesse; 3- Não permite que outros aceitem; 4- Aceita; 5- Participa com interesse.

**Atenção:** 1-Não interage; 2- Distraído; 3- Atento e interage desadequadamente; 4- Atento mas não interage; 5- Atento e interage adequadamente.

**Memória:** 1- Não recorda; 2- Relembra ideia de modo vago; 3- Descreve ideia principal; 4- Foca aspetos globais; 5- Foca aspetos específicos.

**Satisfação:** 1- Muito Insatisfeito; 2- Insatisfeito; 3- Pouco satisfeito; 4- Satisfeito; 5- Muito satisfeito



## Registo de avaliação da Sessão \_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

### INDICADORES DE AVALIAÇÃO :

Adaptado de Moorhead, Johnson, Maas et Swanson (2010)- Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). (Garcês, *et al.* trads)4ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier

CONHECIMENTO: Processo da doença- (1803)

Indicadores	Nunhum Conhecimento 1	Conhecimento Limitado 2	Conhecimento Moderado 3	Conhecimento Substancial 4	Conhecimento Amplio 5
180304- Fatores de Risco					
180306- Sinais e sintomas da doença					
180308- Estratégias para minimizar a progressão da doença					
180315- Benefícios do controlo da dença					

CONHECIMENTO: Medicação - (1808)

Indicadores	Nunhum Conhecimento 1	Conhecimento Limitado 2	Conhecimento Moderado 3	Conhecimento Substancial 4	Conhecimento Amplio 5
180819- Efeitos terapêuticos da medicação					
180805- Efeitos secundários da medicação					



# **APÊNDICE IX**

PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE BIBLIOTERAPIA



**Plano da Sessão I- “Relatos de pessoas com doença mental, também sou doente?”**

<b>Objetivo da sessão</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Tempo</b>	<b>Recursos</b>	<b>Avaliação</b>
“A Biblioterapia” como intervenção psicoterapêutica	Exploratória, expositiva, descritiva e reflexiva	60 minutos	Computador, datashow, cadeiras, sala com boa acústica, ambiente controlado e confortável, <b>filme selecionado e projectado.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicação de instrumento de avaliação do comportamento do grupo;</li> <li>- Heteroavaliação do enfermeiro através das escalas padronizadas pela NOC.</li> </ul>
Exposição do objetivo da intervenção				
Pedido de consentimento verbal				
Pedido de confidencialidad e dos assuntos abordados em grupo				
Apresentação do grupo				
Visualização de um vídeo que aborda a doença mental				
Discussão e identificação do grupo com a temática exposta				
Resumo ao grupo do que foi trabalhado				

## Plano da Sessão II- “O comboio da vida, o que todos temos em comum?”

Objetivo da sessão	Metodologia	Tempo	Recursos	Avaliação
“A Biblioterapia” como intervenção psicoterapêutica	Exploratória, expositiva, descritiva e reflexiva	60 minutos	Cadeiras, sala com boa acústica, ambiente controlado e confortável, <b>texto selecionado</b> , folha de papel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicação de instrumento de avaliação do comportamento do grupo;</li> <li>- Heteroavaliação do enfermeiro através das escalas padronizadas pela NOC.</li> </ul>
Resumo do encontro grupal anterior				
Exposição do objetivo da intervenção				
Entrega do texto a todos os elementos				
Leitura do texto em voz alta				
Discussão e identificação do grupo com a temática exposta				
Resumo ao grupo do que foi trabalhado				

**Plano da Sessão III- “O meu pé de Laranja Lima- uma reflexão sobre a nossa infância!”**

<b>Objetivo da sessão</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Tempo</b>	<b>Recursos</b>	<b>Avaliação</b>
“A Biblioterapia” como intervenção psicoterapêutica	Exploratória, expositiva, descritiva e reflexiva	60 minutos	Cadeiras, sala com boa acústica, ambiente controlado e confortável, <b>texto selecionado</b> , folha de papel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicação de instrumento de avaliação do comportamento do grupo;</li> <li>- Heteroavaliação do enfermeiro através das escalas padronizadas pela NOC.</li> </ul>
Resumo do encontro grupal anterior				
Exposição do objetivo da intervenção				
Entrega do texto a todos os elementos				
Leitura do texto em voz alta				
Discussão e identificação do grupo com a temática exposta				
Resumo ao grupo do que foi trabalhado				

**Plano da Sessão IV- “Relatos de um sem-abrigo, confronto com as drogas da vida”**

Objetivo da sessão	Metodologia	Tempo	Recursos	Avaliação
“A Biblioterapia” como intervenção psicoterapêutica	Exploratória, expositiva, descritiva e reflexiva	60 minutos	Cadeiras, sala com boa acústica, ambiente controlado e confortável, <b>texto selecionado</b> , folha de papel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicação de instrumento de avaliação do comportamento do grupo;</li> <li>- Heteroavaliação do enfermeiro através das escalas padronizadas pela NOC.</li> </ul>
Resumo do encontro grupal anterior				
Exposição do objetivo da intervenção				
Entrega do texto a todos os elementos				
Leitura do texto em voz alta				
Discussão e identificação do grupo com a temática exposta				
Resumo ao grupo do que foi trabalhado				

# **APÊNDICE X**

SESSÃO DE FORMAÇÃO NO SERVIÇO REGIONAL DE PSIQUIATRIA  
FORENSE



Serviço Regional de Psiquiatria Forense



## Sessão de Formação em Serviço

**Título:** A eficácia da biblioterapia no cuidar em enfermagem da pessoa com doença mental: revisão integrativa da literatura

**Formador:** João Pedro Afonso Gonçalves  
(Estudante de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica)

**Orientação:** José Conceição Rodrigues  
(Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do SRPF)

Serviço Regional de Psiquiatria Forense



### • Guia de Apresentação

- Introdução
- Enquadramento concetual
- Descrição Metodológica
- Resultados
- Conclusões
- Bibliografia

## • Introdução

- O recurso à biblioterapia enquanto intervenção terapêutica no cuidar em enfermagem, na área da saúde mental e psiquiátrica, capacita a Pessoa no processo de tomada de consciência de “Si” e do reconhecimento singular da dimensão do “Outro”.
- Esta intervenção de enfermagem fundamenta-se na relação de ajuda como estratégia de apoiar a Pessoa na procura de ferramentas mais eficazes que objetivem a resiliência e a readaptação funcional.

• Introdução • Enquadramento conceitual • Metodologia • Resultados • Conclusões • Bibliografia

## • Enquadramento Conceitual

- A biblioterapia é um termo que sempre acompanhou o desenvolvimento da humanidade, enquanto estratégia de mobilizar saberes para a construção de conhecimento e construção da sociedade.
- É no século XIX que nos Estado Unidos se começa a prescrever livros nos hospitais, pensando-se que teriam efeito terapêutico, numa altura da história em que a epidemia da tuberculose obrigava a longos períodos de internamento.
- Esta metodologia permitia que as pessoas doentes relembressem experiências e projetassem sensações e emoções para além dos espaços físicos a que estavam condicionados, acreditando-se que traziam importantes contributos na sua recuperação.

[Monteiro, A. P. (2004). Biblioterapia como intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Hospitalidade, 26(4), 13-17]

• Introdução • Enquadramento conceitual • Metodologia • Resultados • Conclusões • Bibliografia

- Foi durante a 1ª e 2ª Grande Guerra Mundial que se associa a aplicabilidade da biblioterapia ao tratamento de doenças mentais.
- Foi Caroline Shrodes (1949) que fez o primeiro estudo experimental sobre a biblioterapia, identificando dois tipos de literatura para fins terapêuticos,
  - Literatura didática- abordagem educacional e instrutiva com repercussão na mudança de comportamentos;
  - Literatura imaginativa- abordagem mais emocional, com importante potencial de transformações pessoais utilizando conceitos da linha da psicanálise como “a identificação, projecção, catarse e o insight”.

[Monteiro, A. P. (2004). Biblioterapia como intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Hospitalidade*, 26(4), 13-17]

• [Introdução](#) • [Enquadramento concetual](#) • [Metodologia](#) • [Resultados](#) • [Conclusões](#) • [Bibliografia](#)

- **Definição:**

*“a utilização de materiais de leitura selecionados como coadjuvante terapêutico na medicina e na psiquiatria; a orientação de soluções de problemas pessoais através de leitura orientada; o tratamento de pessoas com dificuldades de adaptação de forma a promover a sua reinserção social”*
- A biblioterapia mobilizada para a aplicabilidade clínica visa abordar os problemas associados ao comportamento social, moral, emocional e físico, que objetiva:
  - Mudança de atitudes e de comportamentos mais equilibrados ao meio cultural e social que a Pessoa integra.

[Valencia, M. C., & Magalhães, M. C. (2015). Biblioterapia: Síntese das modalidades terapêuticas utilizadas pelo profissional. *Bólbor: Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação*, 2 (22), 5-27]

• [Introdução](#) • [Enquadramento concetual](#) • [Metodologia](#) • [Resultados](#) • [Conclusões](#) • [Bibliografia](#)

- O enfermeiro usa o texto como o mediador da relação de ajuda que pretende estabelecer com grupo, unindo-o, e facilita a interpretação pessoal do mesmo na partilha de experiências, sentimentos e emoções num ambiente protegido.

[Mendes, C. S. (2012). *Intervenções Psicoterapêuticas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria: Caso Particular da Biblioterapia*. Tese de Mestrado, ISCTE, Lisboa]

- Pretende-se uma relação que facilite, suporte e potencie as respostas adaptativas o mais equilibradas possíveis, particularmente nos processos de transição de saúde e doença.

[Gonçalves, J. P., Moura, S. M., & Rebelo, I. C. (2017). Integrative Literature Review—Nursing Interventions in the Stress Control of the Family of the Sick Person in a Critical Condition. *International Journal of Nursing*, 4 (No. 2), 21-27. Obtido de <https://doi.org/10.15640/ijn.v4n1a5>]

• Introdução • Enquadramento conceitual • Metodologia • Resultados • Conclusões • Bibliografia

## • Descrição Metodológica

### • Metodologia

- Revisão Integrativa da Literatura

[Mendes, C., Shere, K., & Baldo, C. (2008). *Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Integração de Evidências na Saúde e na Enfermagem*. *Revista Científica de Enfermagem*, 27 (1), 100-104]

### • Pergunta de Partida:

- “Qual a eficácia da biblioterapia como intervenção de enfermagem, no cuidar da pessoa com doença mental?”

### • Data da Pesquisa

- De 17 a 21 de junho de 2017

• Introdução • Enquadramento conceitual • Metodologia • Resultados • Conclusões • Bibliografia

- Plataforma de pesquisa eletrónica:
  - PubMed
  - EBSCOhost- Research Databases
    - ✓ CINAHL® Complete
    - ✓ MEDLINE® Complete
    - ✓ Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive.
- Descritores de pesquisa **MESH** e **CINAHL Headings**:
  - *Bibliotherapy*
  - *Nurse*
  - *Mental Health*
- Fórmula Booleana
  - (*bibliotherapy AND Nurs\* AND mental health*).

• [Introdução](#) • [Enquadramento concetual](#) • [Metodologia](#) • [Resultados](#) • [Conclusões](#) • [Bibliografia](#)

- **Critérios de inclusão**
  - Artigos disponíveis em texto completo;
  - Artigos em idiomas Português e Inglês;
  - Espaço temporal dos últimos 10 anos. (Inicialmente 5 anos)
  - Intervenção realizada por enfermeiros.
- **Critérios de exclusão**
  - Intervenção não realizada por enfermeiros.
  - Realizada com pessoas sem perturbação mental.

• [Introdução](#) • [Enquadramento concetual](#) • [Metodologia](#) • [Resultados](#) • [Conclusões](#) • [Bibliografia](#)



	Conclusão dos estudo	Eficácia da biblioterapia como intervenção
E2	A biblioterapia dirigida a familiares/ cuidadores de pessoas que desenvolvem o primeiro episódio psicótico como intervenção na resolução de problemas relatou melhorias na carga familiar e na experiência de cuidar, e redução na gravidade dos sintomas psicóticos e duração dos reinternamentos, do que o grupo com o apoio familiar habitual. O uso da biblioterapia com terapia de resolução de problemas produz benefícios moderados a longo prazo para cuidadores e pessoas doentes, e é um complemento de baixo custo para o apoio de familiares após alta hospitalar.	Aos 5 meses da intervenção aos familiares/ cuidadores, o estudo demonstra: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria da carga familiar (family burden) com promoção do bem estar familiar;</li> <li>- Familiares relatam experiências na resolução de problemas com desenvolvimento de estratégias de coping eficazes;</li> <li>- Diminuição de severidade dos sintomas psicóticos do familiar/pessoa significativa doente que tivera o primeiro episódio psicótico.</li> <li>- Diminuição do número e da duração dos reinternamentos deste ao longo de 12 meses;</li> </ul>

[Chien, W. T., Thompson, D. A., Lúman, D. L., & McCann, T. V. (2016). A Randomised Controlled Trial of Clinician-Supported Problem-Solving Bibliotherapy for Family Carers of People With First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 42 (3), 1457-1466. doi:10.1093/schbul/sbv054.]

• Introdução • Enquadramento conceitual • Metodologia • Resultados • Conclusões • Bibliografia

	Conclusão dos estudo	Eficácia da biblioterapia como intervenção
E3	Este estudo destaca a importância da intervenção de biblioterapia com manual de auto-ajuda guiada para a resolução de problemas demonstrando-se útil para informar e apoiar os cuidadores dos jovens com primeiro episódio psicótico a aumentar a capacidade destes se adaptarem a esta nova realidade.	- Promoveu o bem estar dos cuidadores/ familiares; - Melhorou significativamente o <i>insight</i> sobre o processo de doença e assim promoveu o apoio dos cuidadores/ familiares à pessoa doente; - Os cuidadores/ familiares sentiram-se valorizadas pela fácil acessibilidade em compreender e consultar o manual.

[McCann, T. V., & Lúman, D. L. (2014). Qualitative process evaluation of a problem-solving guided self-help manual for family carers of young people with first-episode psychosis. *BMC Psychiatry*, 14 (166), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12874-014-0166-1>]

• Introdução • Enquadramento conceitual • Metodologia • Resultados • Conclusões • Bibliografia

	Conclusão dos estudo	Eficácia da biblioterapia como intervenção
E4	Os resultados evidenciam que o uso da biblioterapia com recurso a um manual de auto-ajuda aumenta a resiliência em pessoas tailandesas com depressão moderada. A biblioterapia é facilmente implementada como complemento de trabalho por enfermeiros de saúde mental na promoção da resiliência e favorece o processo de reabilitação de pessoas com depressão moderada, na comunidade.	- Demonstrou melhoria da resiliência de pessoas doente com depressão moderada. - Demonstra-se eficaz na melhoria dos sintomas depressivos em pessoas com depressão moderada.

[Dongrakul, W., & McCann, T. V. (2012). Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12 (12), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-12-12>]

• Introdução • Enquadramento conceitual • Metodologia • Resultados • Conclusões • Bibliografia

	Conclusão dos estudo	Eficácia da biblioterapia como intervenção
E5	Dos estudos encontrados para o tratamento da doença obsessiva-compulsiva encontrou 5 estudos com recurso à biblioterapia que descrevem serem inconclusivos dados os vieses das limitações apresentadas, do baixo número de elementos por grupo estudado que não permite generalizar e qualificar esta intervenção terapêutica quanto à sua eficácia.	- Não há evidência científica suficiente que suporte a eficácia de biblioterapia como principal intervenção no cuidar de pessoas com doença obsessiva compulsiva, embora as limitações dos estudos encontrados se expressem pequenas classes amostrais de participante e um grande rácio de abandono a meio de intervenção que condiciona os resultados globais.

[Levitt, K., & Bee, P. (2011). Optimising treatment resources for OCD: a review of the evidence base for technology-enhanced delivery. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 20(6), 525-542. <https://doi.org/10.1080/09638237.2011.600748>]

• Introdução • Enquadramento conceitual • Metodologia • Resultados • Conclusões • Bibliografia

	Conclusão dos estudo	Eficácia da biblioterapia como intervenção
E6	Artigo reflexivo de uma jornalista que recebe testemunhos de uma enfermeira que desenvolve uma sessão semanal de biblioterapia no Reino Unido que implementa a biblioterapia numa ala psiquiátrica com doentes com psicoses e com perturbações da personalidade.	- É descrito que existe melhoria da confiança e da auto-estima, nos elementos do grupo com perturbações da personalidade e psicoses; - Há destaque de um doente onde a biblioterapia melhorou a sua comunicação e interação social.

[Welsh, T. (2010). The power of words: Books can help improve the confidence and self-esteem of people with mental health conditions. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 2007), 24(49), 20-21*]

• Introdução • Enquadramento conceitual • Metodologia • Resultados • Conclusões • Bibliografia

	Conclusão dos estudo	Eficácia da biblioterapia como intervenção
E7	17% dos empréstimos de livros previamente selecionados como recurso de auto-ajuda numa biblioteca escocesa, onde este projeto foi implementado, tem por base uma prescrição, do qual fazem parte 2 enfermeiros que trabalham na área de saúde mental na comunidade.	-A prescrição de livros promoveu a melhoria dos sintomas depressivos ligeiros como alternativa a outras psicoterapias e revela-se eficaz nas pessoas com doença mental ligeira. - A prescrição de livros por parte de enfermeiros que trabalham na área de saúde mental na comunidade demonstrou-se eficaz na melhoria dos sintomas depressivos em pessoas com depressão ligeira.

[McLoraine, K., Way, S. J., Maxwell, M., & Pratt, K. J. (2008). The introduction of a healthy reading scheme for people with mental health problems: usage and experiences of health professionals and library staff. *Mental Health in Family Medicine, 5 (4), 219-226*]

• Introdução • Enquadramento conceitual • Metodologia • Resultados • Conclusões • Bibliografia

## • Conclusões

- Aplicabilidade da biblioterapia realizada por enfermeiros, como uma intervenção terapêutica eficaz. Realça-se que a sua implementação é realizável com baixos custos e tem vantagens, quer para as pessoas com doença mental, quer para os seus cuidadores/ familiares.
- Cinco (5) dos estudos estão publicados em revistas científicas da especialidade de saúde mental e psiquiatria, o que destaca a sua aplicabilidade clínica.

• Introdução • Enquadramento conceitual • Metodologia • Resultados • Conclusões • Bibliografia

- A biblioterapia como intervenção na área da saúde, quando mobilizada para o contexto da doença mental, é classificada como uma terapia cognitivo-comportamental, com recurso a material de auto-ajuda, onde se destaca à inclusão das novas tecnologias como uma ferramenta válida coadjuvante ao processo terapêutico;
- Encontram-se poucos estudos realizados somente por enfermeiros explorando esta intervenção terapêutica.
- Consideramos que esta análise, requer mais pesquisa em outras bases de dados para reforço e clarificação dos resultados encontrados, o que constitui uma limitação desta revisão.

• Introdução • Enquadramento conceitual • Metodologia • Resultados • Conclusões • Bibliografia

### Referências Bibliográficas

- Abreu, A. C., Zulude, M. Á., & Henriques, A. (2015). Biblioterapia: Estado Da Questão. *Cadernos SAO* 1 (2), 99-111.
- Abelby, S., Araya, R., Barkham, M., Sawyer, P., Cooper, C., Duarte, A., ... & Utthavrod, E. (2016). The second Randomised Evaluation of the effectiveness, cost-effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REACT-2) trial: does the provision of telephone support enhance the effectiveness of computer-delivered cognitive behaviour therapy? *Health Technology Assessment, NIM Journals Library*, N° 20 (29), 1-65. DOI:10.3310/hta20090.
- Cláudio, C. F. (2001). A leitura como função terapêutica: Biblioterapia. *Revista Brasileira de Bibliotecologia e Ciência da Informação*, 32-44. Obido de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/di/artigo/view/56>
- Chalfoux, J. (2008). A intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda (Volume I). (D. Tolotti, & M. Vieira, Trad.) Lourenço: Lusodidacta.
- Chalfoux, J. (2008a). A intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção (Volume II). (D. Tolotti, & M. Vieira, Trad.) Lourenço: Lusodidacta.
- Chion, W. T., Thompson, D. K., Lubman, D. L., & McCann, T. V. (2016). A Randomised Controlled Trial of Clinician-Supported Problem-Solving Bibliotherapy for Family Carers of People With First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 42 (6), 1437-1446. doi:10.1093/schbul/sbw024.
- Cláudio, C. F. (2004). A aplicabilidade terapêutica de textos literários para crianças. *Encontros Bibli: Revista Brasileira de Bibliotecologia e Ciências da Informação*, 18, 73-89. Obido de <http://nabliya.uacma.mg/pdf/147/14701808.pdf>
- Correa, A. A., Santos, J. L., & Böhmman, A. L. (2015). Biblioterapia como tecnologia do cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Saúde & Transformação Social, 19-46.
- Cunha, M. S., & Cavalcanti, C. R. (2008). *Dicionário de bibliotecologia e arquivologia*. Brasília: DF: Briquet de Lemos/ Livros.
- Fonseca, M. (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Venda do Pinheiro: Tuduêdo.
- Fonseca, K. H. (2014). A leitura dos clássicos, uma possibilidade biblioterapêutica: por um viver melhor. *Revista ACS: Bibliotecologia em Santa Catarina* 19 (1), 8-12. .
- Lovell, K., & Eap, P. (2011). Optimising treatment resources for OCD: a review of the evidence base for technology-enhanced delivery. *Journal of Mental Health* (Abingdon, England), 20(6), 529-542. <https://doi.org/10.1080/09638237.2011.606745>.
- McCann, T. V., & Lubman, D. L. (2014). Qualitative process evaluation of a problem-solving guided self-help manual for family carers of young people with first episode psychosis. *BMC Psychiatry*, 14 (168), 1-17. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-168>.

• Introdução • Enquadramento conceitual • Metodologia • Resultados • Conclusões • Bibliografia

- Mendes, C. S. (2012). *Intervenções Psicoterapêuticas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria: Caso Particular de Biblioterapia*. Tese de Mestrado, ISB, Lisboa.
- Mendes, K., Sílveira, M., & Calvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17 (4), 765-764.
- Monteiro, A. P. (2004). Biblioterapia como intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Hospitalidade* 264, 15-17. Obido de [https://www.researchgate.net/publication/257879900\\_biblioterapia\\_como\\_fo\\_rma\\_da\\_intervencao\\_da\\_enfermagem\\_da\\_saude\\_mental\\_e\\_psiquiatria](https://www.researchgate.net/publication/257879900_biblioterapia_como_fo_rma_da_intervencao_da_enfermagem_da_saude_mental_e_psiquiatria)
- Mullen, A. (2009). Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 82-90. doi:10.1111/j.1447-0549.2008.00576.x. Obido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0549.2008.00576.x/pdf>
- Neville, P. (2011). Pragmat Pragm? The role of book prescription schemes and healthy reading schemes in the treatment of mental illness in Ireland. *Health Sociology Review*, 22 (1), 19-36.
- Nordenberg, K., Wray, S. J., Maxwell, M., & Pratt, K. J. (2008). The introduction of a healthy reading scheme for people with mental health problems: usage and opinions of health professionals and library staff. *Mental Health in Family Medicine*, 5 (4), 219-225.
- Neuha, K. C., Pereira, E. M., Silva, M. M., Bulhões, A. M., Sara, A. S., & Cunha, S. H. (2016). The Bibliotherapy in the Humanization of Care: Contributions to Nursing Practice. *Internacional Archives Of Medicine*, 9 (274), 1-7. doi:10.58283/2145.
- Sá, L. O. (2010). Saúde mental versus doença mental. *Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 15-16.
- Songrakul, W., & McCann, T. V. (2012). Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12 (12), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-12>.
- Valencia, M. C., & Magalhães, M. C. (2005). Biblioterapia: Síntese das modalidades terapêuticas utilizadas pelo profissional. *Biblios: Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação*, 1 (29), 5-27.
- Walsh, T. (2010). The power of words: Books can help improve the confidence and self-esteem of people with mental health conditions. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain))*, 24(49), 20-21.
- World Health Organization. (2001). *World Health Report - Mental Health: Now Understanding. Now Hope*.

• Introdução • Enquadramento conceitual • Metodologia • Resultados • Conclusões • Bibliografia

Serviço Regional de Psiquiatria Forense



# **APÊNDICE XI**

ESTUDO DE CASO- INTERVENÇÃO NA CRISE





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
LISBOA · PORTO · VISEU

10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO  
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.

**ESTÁGIO MÓDULO II- Intervenção na Crise**

**Departamento de Psiquiatria e de Saúde Mental e um Hospital de Lisboa-  
Internamento de Psiquiatria**

## **ESTUDO DE CASO**

Elaborado Por:

**Estudante:** João Pedro Afonso Gonçalves n.º 192016073

**Orientação Clínica:** Mestre e Enf.<sup>a</sup> Especialista SMP Joana Martins

**Orientação Tutorial:** Prof.<sup>a</sup> Doutora Olga Valentim

Lisboa, abril de 2018

# ÍNDICE

<b>0- INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>1- HISTÓRIA CLÍNICA DE ENFERMAGEM ATUAL</b> .....	5
<b>1.1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:</b> .....	5
<b>1.2. MOTIVO DO INTERNAMENTO</b> .....	5
<b>1.3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL</b> .....	6
<b>1.4. HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL</b> .....	9
<b>1.4.1. História Pré-Natal</b> .....	9
<b>1.4.2. História da Primeira Infância (0-3 anos)</b> .....	9
<b>1.4.3. História Segunda Infância</b> .....	10
<b>1.4.4. Adolescência</b> .....	11
<b>1.4.5. História Psicosssexual</b> .....	12
<b>1.4.6. Fase Adulta</b> .....	13
<b>1.4.7. Formação Religiosa</b> .....	18
<b>1.4.8. Antecedentes Pessoais e Familiares</b> .....	18
<b>1.4.8.1. Genograma</b> .....	19
<b>1.4.8.2. Ecomapa</b> .....	20
<b>1.4.8.3. Esquema Medicamentoso</b> .....	20
<b>1.5. OBSERVAÇÃO/ AVALIAÇÃO INICIAL DO ESTADO MENTAL</b> .....	21
<b>1.5.1. Descrição Geral</b> .....	21
<b>1.6. PERSONALIDADE PRÉ-MORBIDA E ETIOPATOGENA DA DOENÇA</b> .....	24
<b>1.7. AVALIAÇÃO SEGUNDO O MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN</b> .....	28
<b>1.7.1. Representação esquemática segundo a Teoria de Sistemas</b> .....	28
<b>1.8. PROBLEMAS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b> .....	28
<b>2- NOTAS CONCLUSIVAS</b> .....	37
<b>3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	39

## 0- INTRODUÇÃO

No âmbito do 10º curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é proposto o desenvolvimento de três módulos de estágio.

O desenvolvimento deste trabalho insere-se no âmbito do estágio do módulo II- Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise, que decorreu entre os dias 5 de fevereiro de 2018 a 6 de abril de 2018 numa unidade de internamento de um hospital da periferia de Lisboa.

De modo a proteger a identidade da pessoa a quem é desenvolvida a metodologia de estudo de caso, criámos um nome fictício para a mesma. A entrevista com a pessoa doente estudada foi realizada do dia 23 ao dia 27 de fevereiro de 2018.

Como método de recolha da informação que iremos explicar recorreremos à técnica da entrevista de ajuda e da observação, onde constam os principais dados da avaliação inicial, a história pessoal, social e afetiva.

Foi completada a informação recolhida no processo clínico do doente e a discussão de aspetos comportamentais com os pares. Por se tratar de uma pessoa que tem um fraco apoio familiar, enfraquecido pelo seu padrão social e afetivo, recebendo esporadicamente visitas das filhas.

Não houve a possibilidade de contactar as mesmas para complementar e validar informações recolhidas na entrevista, uma vez que a pessoa estudada teve alta pouco tempo depois do trabalho ser realizado.

Ao longo da entrevista a pessoa doente teve dificuldade em clarificar e calendarizar temporalmente alguns dados pelo que se recorreu à estratégia de abordar esses temas em dias diferentes.

Globalmente, tentou-se estruturar este estudo de caso de modo a descrever, analisar e compreender os principais fenómenos específicos da história de vida da pessoa doente, que permitiram aumentar a compreensão da dimensão global dos problemas identificados, as suas características únicas mas também as suas características comuns a outros casos.

Desta informação permitiu identificar os principais problemas de enfermagem, elaborar os principais diagnósticos de enfermagem e um plano de cuidados que dessem resposta aos resultados esperados.

O estudo de caso está descrito apresentando inicialmente os principais dados sociodemográficos, posteriormente a descrição da história pessoal e social, seguida das características da avaliação do estado mental com os dados da observação objetiva e por

conseguinte a elaboração do plano de cuidados adequado à pessoa de acordo com os problemas identificados e os resultados esperados.

**3-**

# 1- HISTÓRIA CLÍNICA DE ENFERMAGEM ATUAL

## 1.9. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Nome (Fictício)	Simone Luís Cardoso (SLC)
Data de Nascimento	30 de março de 1973
Idade	44 Anos
Género	Feminino
Estado Civil	Solteira
Nacionalidade	Portuguesa
Naturalidade	Charneca da Caparica
Escolaridade	6.º Ano de escolaridade
Profissão	Doméstica
Coabitação	Ex-companheiro e duas filhas
Cuidados de Saúde Primários	Centro de Saúde da Póvoa de Santo Adrião
Religião	Católica (Agora Testemunha de Jeová)

## 1.10. MOTIVO DO INTERNAMENTO

Admitida no internamento de psiquiatria de um Hospital da periferia de Lisboa a 4 de janeiro de 2018 por tentativa de suicídio com ingestão voluntária de solução caustica, solução iodada, álcool etílico, ingestão voluntária medicamentosa (IVM) com muitos comprimidos que não especifica nome nem quantidade e posterior queda de uma ravina com cerca de 3 metros de altura.

Foi assistida no local pela equipa de emergência do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), posteriormente transportada em plano rígido para o Bloco Operatório de um hospital Central de Lisboa onde fora intervencionada cirurgicamente para estabilização do anel pélvico (osteotaxia supra-acetabular) por fratura do anel pélvico e estabilização de fratura da vertebra dorsal D11, de fratura do 2º, 3º e 4º metatarsianos e luxação da protuberância dos 5 metatarsos do pé esquerdo. Após permanecer 2 dias no serviço de ortopedia desse hospital é transferida para o departamento de psiquiatria do seu hospital da área de residência, na periferia de Lisboa.

Tem como história de doenças psiquiátricas perturbação afetiva do tipo bipolar com primeiro episódio depressivo aos 25 anos que coincide com a consumação da 1ª tentativa de suicídio com IVM de Unilan®, perturbação da personalidade Cluster B, síndrome de dependência alcoólica e consumos de substâncias psicoactivas (haxixe fumado desde os 22 anos).

Mantinha na admissão intenção suicida com plano de enforcamento com os lençóis da cama, humor depressivo, emoções de raiva, revolta (por não se ter conseguido matar), descrença e desesperança na sua vida, congruentes com o humor expresso, fâcias fechado e triste, pensamentos de morte e de ruína, nega alterações da percepção.

Sem défices neurocirculatórios, nega dores à mobilização da coluna cervical, membros superiores e membro inferior direito, anca, joelho e tornozelo esquerdos. Apresenta fixador externo na bacia e penso cirúrgico no pé esquerdo e necessidade de cuidados com ajuda total para realizar todas as suas atividades de vida diárias.

Reflexo da tosse e deglutição mantido, a respiração era superficial sem dispneia, a comunicação verbal estava mantida com um tom baixo, quando provocado.

### **1.11. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL** (Dados colhidos no processo clínico e na entrevista de ajuda)

A Sra. SLC é uma pessoa com 44 anos de idade, do sexo feminino, solteira, nascida numa zona rural da Charneca da Caparica e que ao longo da sua vida residiu na região de Lisboa e margem sul do Tejo.

Recorda que com 2-3 anos de idade foi para o hospital após tomar comprimidos que a sua mãe deixava em cima da mesa. Descreve três episódios semelhantes, com necessidade de ir ao serviço de urgência por ficar sonolenta, mas nunca ficara internada.

Desde sempre se caracteriza como uma pessoa impulsiva, lidava mal com as situações que lhe causavam *stress*. Desde a adolescência que fugia de casa quando se chateava com a sua mãe e regressava após um ou dois dias, evidenciando fracos mecanismos adaptativos para lidar com as frustrações quando a sua vontade não era bem aceite. Nega ser agressiva e recorda ser uma pessoa sempre muito bem-disposta e irrequieta *“as raparigas da escola batiam-se para serem minhas amigas porque eu tinha um pensamento muito imaginativo e era muito criativa para inventar jogos”* sic. Tinha frequentemente conflitos com os rapazes mais velhos porque não a aceitavam nos seus jogos, mas ela afirmava-se como uma *“maria-rapaz”* e andava à pancada com eles *“por isso na escola andava sempre toda negra”* sic.

Não gostava de estudar porque nunca gostou de monotonia, não tinha paciência, motivo pelo qual descreve ter dificuldades escolares, e nesse contexto um professor referiu-lhe que ela tinha muitas personalidades porque nunca nada estava bem para ela.

Abandonou a escola após ter chumbado no 7º Ano e começa a trabalhar com 16 anos mas sem um emprego fixo, no máximo duravam 1 ano. Estes trabalhos eram esporádicos e acabavam porque esta se aborrecia da rotina ou identifica relações conflituosas com os patrões.

Teve o seu primeiro filho aos 18 anos, resultado do seu primeiro relacionamento sexual, que classifica como um ato forçado do seu namorado na altura, em contexto de consumos de álcool na casa dele. Após nascimento da criança foi abandonando o seu papel maternal para a sua mãe que se assume como a responsável pela educação da criança, até ao momento.

Inicia consumos de haxixe e álcool com cerca de 22 anos, quando conhece o pai das suas duas filhas. Recorda aos 25 anos o primeiro episódio depressivo com ideação suicida que resulta em tentativa de suicídio por ingestão voluntária medicamentosa com 7 comprimidos de alprazolam 1mg e tentou cortar os pulsos *“mas a faca não cortava e não consegui”* sic.

Desde então fez várias tentativas de suicídio (cerca de dez), que desvaloriza, sendo que a mais grave fora em 2015 com ingestão de grande quantidade de álcool e vinte comprimidos de Paracetamol, o que motivou internamento em unidade de cuidados intensivos por falência multiorgânica e posterior internamento num serviço de psiquiatria, que descreve ter sido o primeiro. Diz que tomou esta medicação porque na tentativa de suicídio anterior, uma doente que estava internada no serviço de Urgência ao mesmo tempo que ela a ensinara esta dosagem medicamentosa.

Desde então, com seguimento irregular em consulta externa de psiquiatria, com múltiplos abandonos de medicação e retoma de abusos de álcool e canabinoides (haxixe fumado). Último registo em junho de 2017, onde é descrita na consulta *“ideação delirante persecutória e alterações ciclotímicas rápidas do humor, com insónia quase total desde há três dias. Tem procurado a Igreja Evangélica para complementar a sua fé.”* Quando confrontada com a sua religião diz-se Católica, mas que tem necessidade de complementar a sua fé noutra Igreja por considerar esta pouco evoluída para os novos tempos.

Em setembro de 2017 o seu atual companheiro com quem partilhara o último ano (Lucas), que descreve numa grande felicidade, foi preso (não descreve o motivo), facto pelo qual foi agravando a sintomatologia depressiva. Ia visitá-lo diariamente à prisão,

levava-lhe tabaco mas saía da visita sempre triste e desanimada porque o encontrava sempre ansioso e angustiado. Como estava desempregada viu agravado o seu estado financeiro e já não sabia como o poderia mais ajudar. Neste contexto, regressa a casa das suas filhas que residem com o pai (seu ex-companheiro) que a aceita em casa e até lhe dá algum tabaco para esta levar ao companheiro na prisão.

Descreve que 15 dias antes de se tentar suicidar, desta última vez, começou com queixas de adinamia, clinofilia, isolamento social, contínua diminuição da energia vital, tristeza, angústia, aumenta consumos de álcool e benzodiazepinas.

Descreve que no dia 1 de janeiro se levantou cedo, foi à urgência de um hospital central pedir para ser internada, alegando que estava a pensar matar-se “*mas no contexto de festas de final de ano não valorizaram e teve alta*” sic. Refere que após sair do hospital foi comprar uma cerveja de 1litro e começou a beber, apanhou o comboio e saiu na estação da Cruz Quebrada, andou até uma ponte que passa sobre a linha férrea e ficou à espera que passasse um comboio de longo curso para se atirar, mas como na noite passada não dormira nada e estava a beber álcool desde que saiu do hospital, adormece à espera. Quando acorda já era de noite, estava mais lúcida e regressa novamente a casa.

Na manhã seguinte, premedita o suicídio, esperou a sua filha mais nova sair de casa, começou por beber Betadine<sup>®</sup>, depois bebe lixívia, álcool e tomou umas lamelas de comprimidos (que não nomeia) e saiu de casa. Tinha intenção de ir até uma ponte com cerca de 5 metros perto de onde residia. Quando saiu encontrou o ex-companheiro no café e pede-lhe um cigarro, dizendo-lhe que já voltava. Pouco tempo depois refere sentir um mal-estar geral, uma sonolência progressivamente a aumentar, momento que percebe que já não conseguirá chegar à ponte e viu uma ravina alta à beira da estrada. Nesse momento deslocasse até à berma e atira-se. Este ato foi observado por uma pessoa que estava a passar e de imediato acionou os meios de socorro que rápido chegou ao local.

Descreve que quando caiu, de seguida ouviu uma pessoa ao seu lado, percebe que ainda não fora desta que conseguira matar-se. Não se recorda de mais nada até acordar no serviço de ortopedia e pensar em enforcar-se com os lençóis da cama mas não sente forças para o fazer. Recorda-se muito ansiosa, não se sentir bem associada, que a medicação que lhe era administrada e que considera a estar a prejudicar (período de abstinência alcoólica? Uso de opióides no controlo da dor?).

## **1.12. HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL**

### **1.12.1. História Pré-Natal**

A cliente nasce de uma gravidez não planeada e não vigiada, de uma relação conjugal instável e conflituosa, resultado de um casamento por combinação, descrevendo que a sua mãe tinha uma doença dos nervos pelo que ninguém a queria, e familiares do seu pai juntaram-nos porque este tinha problemas de alcoolismo.

Descreve que a sua mãe ficara com esses problemas desde os 14 anos, período em que namorava uma pessoa que morrera e a partir desse momento *“cismou que a pessoa de quem ela namorou até aos 14 anos era o amor da sua vida e desde então ficou assim”* sic. Adianta que a sua mãe nunca gostou verdadeiramente do seu pai porque este chegava sempre etilizado a casa e dormia no chão.

Nasce aos 9 meses de gestação, de parto eutócico, na casa da sua avó materna, por vontade da sua mãe, com a ajuda de uma parteira da aldeia. Segundo esta, o trabalho de parto foi muito demorado, difícil porque era um bebé grande (pesava quase 5 quilos) e ela perdeu muito sangue, tendo ido de seguida para a Maternidade Alfredo da Costa onde ficou internada e a bebé ficou em casa ao cuidado da avó materna. Desconhece intercorrências durante a gravidez da mãe, relativamente a problemas de saúde de etiologia infecciosa ou outras. Foi amamentada a leite artificial nos primeiros 15 dias de vida porque a sua mãe ficou internada, e depois desconhece se foi amamentada de leite materno.

### **1.12.2. História da Primeira Infância (0-3 anos)**

Desde o nascimento que viveu na casa dos avós maternos, com a sua mãe e o seu pai, numa casa rural em que sempre conviveu com cães dentro de casa. Iniciou a andar com 9 meses, a avó sempre lhe disse que *“era uma menina muito inteligente, não tinha nada de atrasada”* sic.

Não se recorda com que idade começa a falar, recorda que a parteira lhe disse que era terrível para comer, pelo que só a conseguiam alimentar a dormir.

Sempre teve um carinho especial pela sua madrinha, que descreve ser irmã da sua mãe, que deu suporte ao longo da sua infância e foi através desta que ficou a saber um pouco

mais sobre a mesma, porque a sua mãe e avós nunca lhe cotaram em pormenor a sua infância, facto que associa ao parto doloroso da sua mãe.

Diz ter tido um desenvolvimento normal, sem relato a qualquer atraso comparativamente às crianças da sua idade, com desenvolvimento psicomotor normal, da aquisição da marcha, linguagem e do controlo dos esfíncteres. Nega outras alterações sugestivas de sintomas psicopatológicos, tais como enurese, encoprese, tiques ou outras alterações da alimentação ou do sono.

Recorda aos dois anos de idade um internamento no Hospital Dona Estefânia, em 1975 por uma doença que não sabe especificar (sarampo, varicela, varíola?) recordando *“lembro-me das precianas, das enfermeiras a mandarem-me para a cama, não estava com a minha mãe”* sic, destaca que estava muito mal, tinha febre muito alta, dores abdominais até lhe colheram líquido para análise, e não souberam o que se passava. Segundo o que lhe contaram os médicos chamaram a sua mãe e disseram-lhe que podia levar a criança porque não sabiam o que tinha, e que iria morrer. Quando esta saiu do hospital, desesperada, levou-a a uma ervanária no Rossio, que lhe deu um purgante, que fez tanto efeito, descreve que evacuou *“um quisto com um pêlo duro de cão, e desde então começa progressivamente a comer melhor e a melhorar”* sic.

Relata ter sido socorrida cerca de três vezes nos serviços de urgência onde lhe fizeram lavagens ao estômago porque ingeria os comprimidos da sua mãe que esta esquecia na mesa da cozinha. Ficava sonolenta e não sabia onde estava, e a mãe corria com ela para o hospital.

### **1.12.3. História Segunda Infância**

Descreve que teve uma infância muito boa e feliz, salienta que teve a sorte de ter três mães, destacando o papel maternal da sua avó materna e da sua madrinha.

Entra no jardim-de-infância com 5 anos de idade, recorda ainda o primeiro dia porque ficou a chorar muito, foi acompanhada pela sua avó e mãe.

Progressivamente foi-lhe mais fácil integrar-se nessa rotina e descreve uma boa adaptação à mesma. Facilmente estabelecia amizades com os pares, mas sempre se assume como uma menina que gostava de vestir calças e jogar com os rapazes, pelo que tinha alguns conflitos com estes.

Inicia o primeiro ciclo com 6 anos, mas reprovou na 4<sup>a</sup> classe porque o professor referia que ela não conseguia estar concentrada, motivo pelo qual ainda não sabia a tabuada, sem aproveitamento a matemática. Destacava-se como uma boa aluna a português, nunca dava um erro ortográfico. Contudo os professores achavam-na uma aluna abstrata, não gostava de pensar no concreto e no agora, realçando o gosto por explorar a imaginação.

Posteriormente, consegue completar a 4.<sup>a</sup> classe com 11 anos e foi estudar para outra escola. Mantém o mesmo desinteresse pela escola e realça as amizades, diz que as raparigas se desentendiam e desenvolviam conflitos entre si para serem suas amigas, pois descreve-se uma pessoa muito imaginativa e com muita facilidade em inventar novos jogos.

#### **1.12.4. Adolescência**

Ingressa no segundo ciclo com 11 anos, refere fácil adaptação, porque era uma criança sempre bem-disposta. Completou o segundo ciclo e no 7.<sup>o</sup> ano chumbou, por desinteresse da escola, e a partir daí desistiu, a mãe não queria mas não a conseguiu demover. Passa dois anos sem ocupação e com 16 anos começa por trabalhar numa fábrica de cortiça perto da sua casa. Nesse período ainda tentou retomar a escola no período noturno, mas sem sucesso, tendo desistido de seguida.

Afirma que foi com 16 anos que saiu a primeira vez de casa após se ter desentendido com a sua mãe. Passou uma noite fora de casa, diz ter dormido na rua e realça o facto da sua mãe por preocupação ter chamado a polícia.

Com 17 anos foi trabalhar para uma quinta com estufas, na apanha do morango mas não passa lá muito tempo, descreve que facilmente se aborrecia. Adiante inicia um trabalho como responsável pela caixa de um café e supermercado, na Charneca da caparica, mas enquanto estava no período experimental engana-se numa conta e dá ao cliente troco de uma quantia superior à que lhe era devida, e foi de imediato despedida após 3 meses.

Desde então não foi mais trabalhar. Como a sua irmã era 3 anos mais nova, esta trazia-a a conhecer Lisboa quase todas as semanas. Não se preocupava com nada e diz-se feliz. Teve o seu primeiro relacionamento amoroso com 17 anos (quase 18). Descreve que num desses seus passeios em Lisboa dois rapazes meteram conversa com elas e convidaram-nas para ir ao cinema, ao que elas aceitaram. Ainda nesse dia iniciaram

namoro. Relata que ele estava hospedado no Hotel Avenida Palace, e isso a fascinou. Após o cinema conhece a sua mãe que trabalhava no ministério da administração interna, e logo fora apresentada como sua namorada, o que a encheira de orgulho.

#### **1.12.5. História Psicossexual**

Desde pequena se recordar de gostar muito de ser menina, embora na escola refira que sempre foi uma “*maria-rapaz*”, adorava jogar os jogos dos rapazes pois eram mais desafiantes que os dos pares femininos da sua idade.

Indica que teve a menarca aos 15 anos, sem dismenorreia, fluxo normal, aceitando naturalmente essa condição de ser mulher. Não tomava pílula.

Teve o primeiro namorado com 17 anos, mas refere que a relação depressa terminou pois este era muito infantil para a sua idade.

Inicia a sua vida sexual aos 18 anos, no seu segundo namoro numa relação, segundo ela forçada por este, após uma ou duas semanas de se conhecerem. Esta estava fascinada porque ele apresentava-se sempre muito bem vestido, tinha sempre bons carros e muitos amigos. Certo dia este convida-a a ir a uma festa em casa da sua mãe, e depois de beberem durante a tarde Whisky e outras bebidas brancas esta acaba por ceder à pressão que diz ter sido exercida pelo namorado. Nessa altura ela não usou qualquer método contraceptivo e acaba por engravidar do seu primeiro filho.

Nega ter contraído quaisquer doenças infecto-contagiosas ou doenças sexualmente transmissíveis.

Teve vários relacionamentos amorosos desde essa gravidez, não partilhou a parentalidade com o pai do seu filho, este que sempre viveu com a avó materna.

Aos 22 anos conhece o pai das suas duas filhas, com quem teve um relacionamento mais estável, mas nunca se casaram. É com este que começa os consumos de haxixe e refere que nunca gostou muito dele, afirma que era uma relação de dependência, ele dava-lhe haxixe e ela estava confortável nesta situação. Destaca o facto que ele sempre foi apaixonado pela sua beleza, reforçando que ainda hoje ele a vem ver ao hospital e não a recrimina pelos seus outros relacionamentos que teve ao longo da sua vida desde então. Engravidada da sua primeira filha aos 23 anos de uma gravidez não planeada e manteve os consumos de canabinoides até aos 7 meses de gravidez, diários.

Engravidada da sua segunda filha com 25 anos, desta vez uma gravidez planeada, suspendeu consumos antes de tentar engravidar. A gravidez corre sem intercorrências.

Desde o nascimento das filhas já esteve envolvida com outros homens, contudo mantém uma afinidade de apoio pelo pai das suas filhas, a quem recorre sempre para pedir ajuda quando está mais desamparada. Descreve relacionamentos com homens muito ricos, mas que passado pouco tempo se cansava, por ela sempre quis a sua liberdade, motivo pelo qual nunca se casara.

O último relacionamento amoroso durou cerca de um ano em que descreve que foi o ano mais feliz da sua vida. Era um homem que arrumava carros, e conheceram-se num dia em que ela já mantinha consumos de álcool e fumava diariamente haxixe. Descreve que um dia quando ia a passear na rua, esta lhe pede um “charro” e a partir daí ficaram a conhecer-se e ela foi viver com ele. Esta relação fica interrompida porque ele foi preso e ela ia vê-lo à prisão três vezes por semana, até que ficou sem rendimentos e foi pedir ajuda as suas filhas e apoio ao ex-companheiro.

#### **1.12.6. Fase Adulta**

Aos 18 anos residia com os pais e engravidada pela primeira relação sexual, e coincide com o início da sua vida sexual. Descreve que foi pressionada pelo pai do seu filho a abortar até cerca dos 4 meses da gravidez, apresentando-lhe documentos do Instituto Ricardo Jorge de que este era portador do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que não a demoveu da sua ideia de ter aquela criança, facto que ela não valoriza e decide manter a gravidez até ao fim, com o apoio dos seus pais.

Deixou de se encontrar com ele e depois concentrou-se simplesmente no nascimento do filho argumentando *“era uma relação que não havia cumplicidade, os trabalhos dele eram diferentes todos os dias, aparecendo em casa com altos carros, com muitos amigos por perto, sempre bem vestido e com uma alta vida, a mim dizia-me que era barman internacional, agora está preso na Carregueira porque mais tarde matou o seu irmão porque este era toxicod dependente e lhe tentara roubar a herança”* sic.

O filho nasce de parto normal, num hospital de Lisboa e depois é acolhido na casa dos avós maternos, uma vez que a mãe da Sra. S. não aceitou que o pai da criança o acompanhasse no seu crescimento, associado aos motivos de pressionar a filha para o

aborto, embora houvesse inicialmente alguma aceitação da avó paterna o visitar, e com quem a doente recebeu apoio nos primeiros anos do filho.

Relativamente à sua mãe reforça a ideia dizendo *“a minha mãe não deixou que ele participasse ou ajudasse na parentalidade, ela tem um mau feitio medonho, não deixou que o meu filho tivesse qualquer relação com a família paterna, porque ao longo dos anos a minha mãe também sempre falou mal de mim ao meu filho e da família paterna dele”* sic, realçando que desde o nascimento do filho a sua mãe colocava defeitos em

Nesse período não trabalhava, vivia em casa dos avós, refere que não necessitava de dinheiro pois os pais suportavam os custos quer dela quer do filho. Amamentou-o com leite materno até aos três meses, altura em que a sua avó adoece, refere *“ficou cheia de feridas no corpo, foi ao médico mas veio para casa, e faleceu 1 mês depois em casa”* sic. Nesse período, antes da sua avó morrer encontrava-se muito cansada *“não dormia uma noite que fosse desde que o meu filho nasceu, ele não dormia e passava as noites a chorar, acho que foi aí que eu tive o meu primeiro esgotamento”* sic. Após os 3 meses levou o seu filho à Igreja Universal do Reino de Deus (IURDE) *“já fazia de tudo para ele dormir”* e a partir dessa data diz que ele começou a dormir melhor.

Fala da avó como uma pessoa carinhosa e afectuosa com ela, mas esta na entrevista não é congruente na linguagem verbal com a não-verbal, com dificuldade em mobilizar afectos no que expressa.

Após o falecimento da sua avó materna refere ter-se ido muito abaixo animicamente, e que piorara quando faleceu o seu avô 5 meses depois. Descreve que nessa altura os seus pais estavam sempre a retorquir sobre os seus comportamentos (que não descreve quando devolvida a questão), até ao ponto de ela com 20 anos fugir de casa sozinha, sem levar o seu filho, justificando este comportamento como o que ela descreve num prolongamento de uma depressão pós-parto, associado a não descansar e de não ter apoio de uma figura parental para o seu filho. Diz ter ido dormir essa noite a casa da avó paterna do filho com quem tinha uma ligeira ligação desde o seu nascimento.

Regressa depois a casa dos pais após 2 dias e pelas dificuldades económicas encontradas vai trabalhar como empregada doméstica com função de limpeza em casas de pessoas conhecidas enquanto aguardava que a chamassem para abrir o restaurante de fast-food internacional perto de onde vivia.

Contudo, como o ambiente familiar não melhora com esta situação, salientando o facto dos seus pais apenas apreciarem as qualidades da sua irmã, tem uma discussão com a sua mãe e foge definitivamente de casa com 21 anos, sozinha e vem para Lisboa. Aqui diz que dormiu duas noites na rua, sem comer nada, andava a vaguear pela cidade durante o dia. Na terceira noite passou ao lado de um bar noturno alternativo e foi pedir emprego.

A proprietária do bar servia ao balcão e aceitou-a à experiência na primeira noite a servir clientes Homens e falar com eles, no final da noite disse-lhe “... *como tens uma cara bonita e um corpo jeitoso podes ficar, tens onde dormir?*” sic. Ela explicou a sua situação à proprietária do bar, e esta aluga-lhe um quarto num apartamento onde também estavam outras empregadas do bar. Refere que se encontrou com o pai do seu filho mas esteve 15 dias sem dar informações à sua família, e desde então não mais teve próxima do seu filho, numa ruptura total com a sua mãe.

Refere que a sua situação financeira começou a melhorar, ganhava por noite cerca de 8 mil escudos, e por ali se manteve até que conheceu o futuro pai das suas filhas, que era um homem que visitava o bar, carpinteiro de profissão numa clínica de reabilitação.

Foi com ele que inicia o consumo de haxixe fumado, tinha quase 22 anos, e com quem decide ir viver juntos. Apreciava os efeitos que sentíamos com o haxixe “(...) *divertíamo-nos muito, a mim acalmava-me e fazia-me rir muito*” sic, recordando que era uma felicidade enorme que se apoderava de si.

Com 23 anos engravida da primeira filha, uma gravidez não planeada, em que manteve os consumos de álcool e canabinoides diários até aos sete meses de gravidez. O pós-parto corre sem intercorrências, adaptou-se bem às funções parentais e retoma consumos de álcool e haxixe após o período de amamentação.

Com 25 anos planeou ter outra filha, suspendeu consumos adictos antes, e a gravidez corre sem intercorrências segundo recorda. Quando a filha mais velha tinha 18 meses e a outra era recém-nascida, ambas adoeceram e ficaram internadas. Diz que por uma infeção respiratória e a mais velha tinha “uma tosse de cão” que os médicos lhe disseram que estava associada ao consumo de haxixe durante a gravidez.

Recorda que foi a pior fase da sua vida “*fui-me a baixo, estava sozinha sem apoio de ninguém, como o meu companheiro trabalhava, comecei a pensar em suicidar-me, uma noite estava em casa e tentei cortar os pulsos com uma faca mas não consegui que esta*

*corta-se e depois tomei 7 comprimidos de Unilan®*”sic e foi encontrada pelo companheiro caída no chão, sonolenta. Este leva-a ao serviço de urgência onde lhe realizaram lavagem gástrica e após umas horas deram-lhe alta.

Associado ao seu episódio diz que as suas filhas tiveram alta hospitalar e foram entregues a uma família de acolhimento (?), pois o seu marido foi falar com a assistente social no hospital afirmando que não conseguia trabalhar e cuidar das três, pedindo ajudas para as suas filhas.

Neste contexto ambos sozinhos em casa retomam consumos de haxixe e ela ganha novo ânimo na sua vida. Após 4 meses das suas filhas estarem na família de acolhimento, em que ela manteve as visitas periódicas e quase diárias, percebeu que as suas filhas estavam a receber maus tratos (que não especifica, violência? má nutrição?) e diz que a mais velha já tinha dois anos, e a partir daí ficaram sempre a residir com ela.

Após um ano fez a sua segunda tentativa de suicídio, também com IVM justificando que desde então o inverno era particularmente difícil de ultrapassar, principalmente a época do natal que se sentia que uma tristeza se apoderava de si, era uma época fria em que andava sempre mais irritável e não conseguia lidar com isso, em que as ideias em dar termo à vida ganhavam sentido e expressão no seu inconsciente. Relativamente a este facto acrescenta “(...) *quando não nos sentimos bem voltamos sempre a pensar em matar-nos, e voltei sempre a tomar comprimidos para esse fim, era uma forma de compensar a frustração e o vazio que sentia, perfiz até hoje já 10 tentativas de suicídio e ainda não morri, sou uma mulher dos 8 e dos 80, nunca soube o que era o meio termo, vivia tudo com muita intensidade*” sic.

Nas outras tentativas de suicídio dizia com orgulho para mim mesma “*fiz, está feito e agora é que é, nunca mais vou fazer isto*” sic.

Com 32 anos conheceu um homem numa das redes sociais, de Leiria que diz “*era um homem muito rico, não tinha filhos, tinha grandes casas e carros e facilmente me apaixonei, deixei as minhas filhas com o pai delas e fui viver essa aventura*” sic. A relação termina após 8/9 meses porque ele não permitia que ela pudesse ir ver as suas filhas (?), dava-me uma vida de luxos e queria fazer um testamento em meu nome mas recusou “*nunca me vendi a nenhum homem por dinheiro, andava com ele porque me agradavam, mas nunca precisei de dinheiro para ser feliz*” sic, e veio novamente para as suas filhas e do seu ex-companheiro que a aceitou de volta.

Não valoriza as datas nem os contextos das 10 tentativas de suicídio, recorda a mais grave que foi em 2015 em que esteve internada nos cuidados intensivos e na psiquiatria, dessa vez escreveu uma carta de despedida à sua filha mais velha que era com quem afirma ter mais cumplicidade. Quando abordada relativamente ao motivo desta o ter feito desvaloriza, diz que era porque se sentia sem utilidade no mundo. Manteve sempre consumos diários de haxixe e tinha fraca adesão à toma da medicação pois dizia que o haxixe era melhor, se fizesse as duas coisas sentia-se muito *“pedrada”* sic.

A última vez que se sentiu muito feliz foi em 2016, dura cerca de um ano essa relação, quando conhece um arrumador de carros em Lisboa. Conhecem-se quando esta o aborda para saber onde podia arranjar haxixe e este também consumidor perguntou para quem era, e iniciaram um diálogo (diz que foi no meio da rua), ficaram a falar durante algum tempo e nessa noite dormiu no seu quarto, que tinha alugado em Santos. Descreve que vivera o ano mais feliz da sua vida, levantava-se tarde, não tomava medicação porque diz que não necessitava e o que mais a fascinava era a liberdade de não terem responsabilidades a partilhar.

Não trabalhava, o que esse companheiro arranjava a arrumar carros permitia-lhes viver bem (arranjava cerca de 80€ por dia!). Neste período foi questionada se não se sentiu triste ou deprimida ao longo desse ano, que ela afirma que sim, principalmente associada a maus tratos deste, mas que no balanço geral ela era uma mulher realizada. Esta relação termina porque ele foi preso e desde então ficaram muitos sentimentos e projetos por concretizar.

Sentindo-se sozinha regressa a casa das suas filhas e o ex-companheiro aceita-a porque justifica que ela sempre foi uma boa mãe para as filhas dele e porque *“ele é um homem que sempre gostou de mim, ainda agora veio ver-me durante o período em que estou internada, e eu não contava nada com isso”* sic.

Nos últimos 15 dias andava já muito triste, porque este rapaz que agora está preso (tem 37 anos) nas visitas que lhe fizera sentia que ele não estava bem na prisão, sempre muito ansioso e tenso, e isso mexia com ela, porque ainda se sente apaixonada por ele.

Ele numa das visitas, vê-a triste e angustiada, adinâmica e esta comunica-lhe que não andava bem, e que iria pedir ajuda mas este fez pressão para não fazer isso, que ele precisava da sua visita. Contudo ao passar dos dias esta deixa de o ir visitar alegando

que já não tinha mais forças, sem dinheiro e com a vida toda destruída a entrar no período do natal que descreve ser a altura em que se sentia pior, não aguentou.

Diz que ainda nutre muito carinho por ele, afirmando *“estou sempre muito ansiosa se ele sai da prisão e me vem ver assim, eu quero barrar-lhe a entrada porque não quero que ele me veja assim, sempre fui uma pessoa que me arranjava e maquilhava”* sic.

Ainda faz planos de quando tiver alta refazer a sua vida ao seu lado, embora tenha medo que este não aceite as suas limitações e projeta toda a sua esperança na possibilidade de retomar o andar e recuperar a sua auto-imagem que está muito prejudicada.

#### **1.12.7. Formação Religiosa**

Relativamente à religião/ crença espiritual a cliente refere ser baptizada e seguir a Doutrina da Igreja Católica, mas que nos últimos tempos confrontou-se com a religião dos Testemunhos de Jeová, que no momento da entrevista descreve ter mais a ver com a forma como ela compreende o mundo, pois reforça que a Igreja Católica é pouco desenvolvida para os novos tempos.

Afirma-se uma pessoa pouco crente mas com fé, motivo pelo qual considera ter a possibilidade de ter tentado o suicídio dez vezes e ainda não ter morrido.

Questionada pela tatuagem da Cruz que se destaca na região deltóide do braço esquerdo que refere tê-la feito para se sentir protegida. Justifica-a afirmando que foi numa fase da vida que perdeu as esperanças de viver (não enquadra temporalidade para quando a fez). Tem uma outra na região anterior do antebraço direito onde se lê “Jesus Cristo” que salienta a forte crença que tem Nele *“... para a proteger e amparar nas suas faltas”* sic.

#### **1.12.8. Antecedentes Pessoais e Familiares**

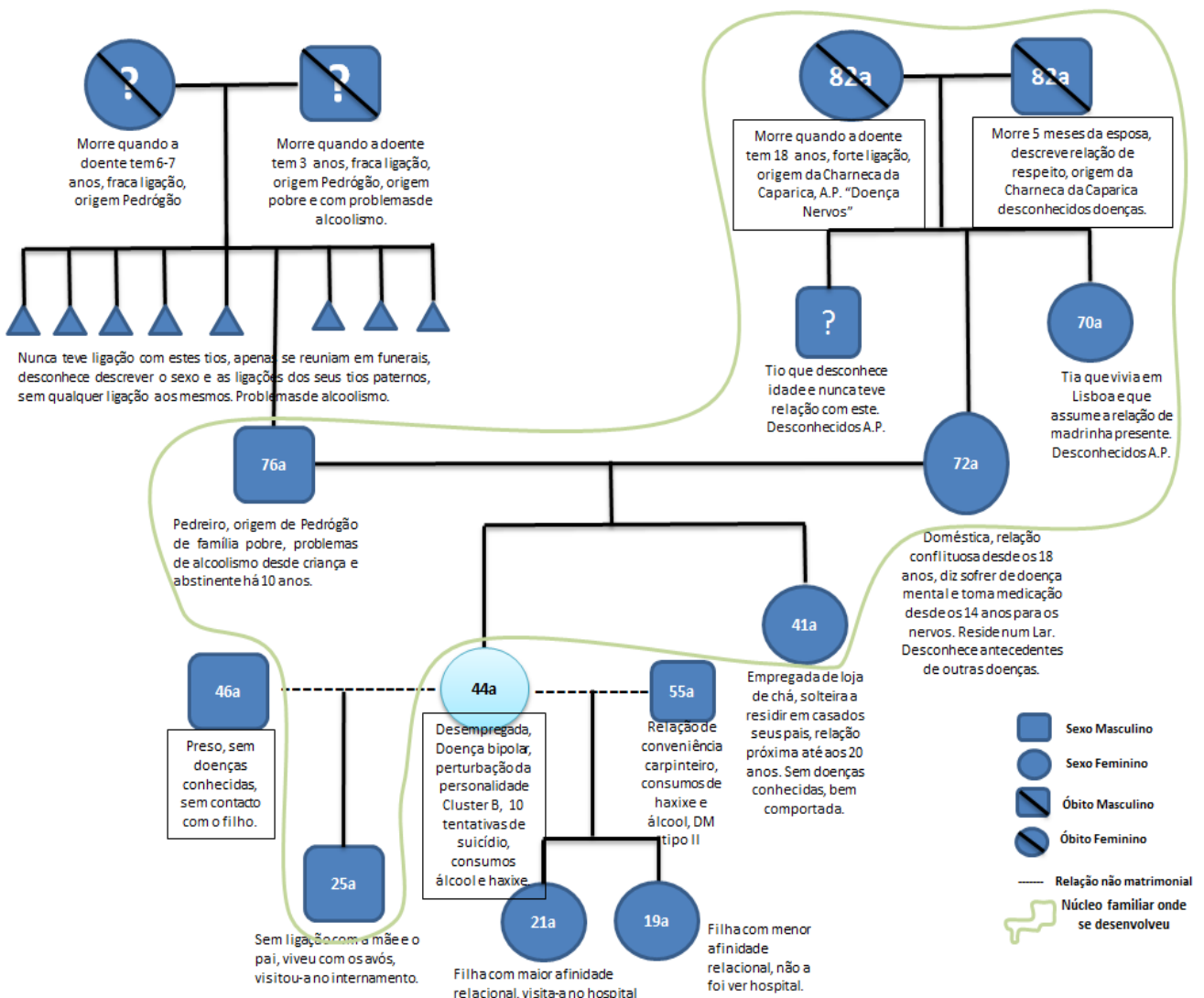
É a primeira de uma fratria de duas irmãs, teve um filho aos 18 anos, de uma relação não planeada, que atualmente tem 25 anos e que não tem uma relação próxima pois este foi educado pelos avós maternos. Tem ainda duas filhas com 21 e 19 anos respetivamente, que residem na casa do pai, com quem esta tem uma relação mais próxima, e com quem residia antes de ser internada. Nega doenças do foro médico-cirúrgico.

Descreve que o seu pai é de família pobre, desconhece problemas de saúde, apenas identifica que apresentou até 2008 síndrome de dependência alcoólica, abstinente desde então, com importante inferência nas suas memórias enquanto criança e adolescente.

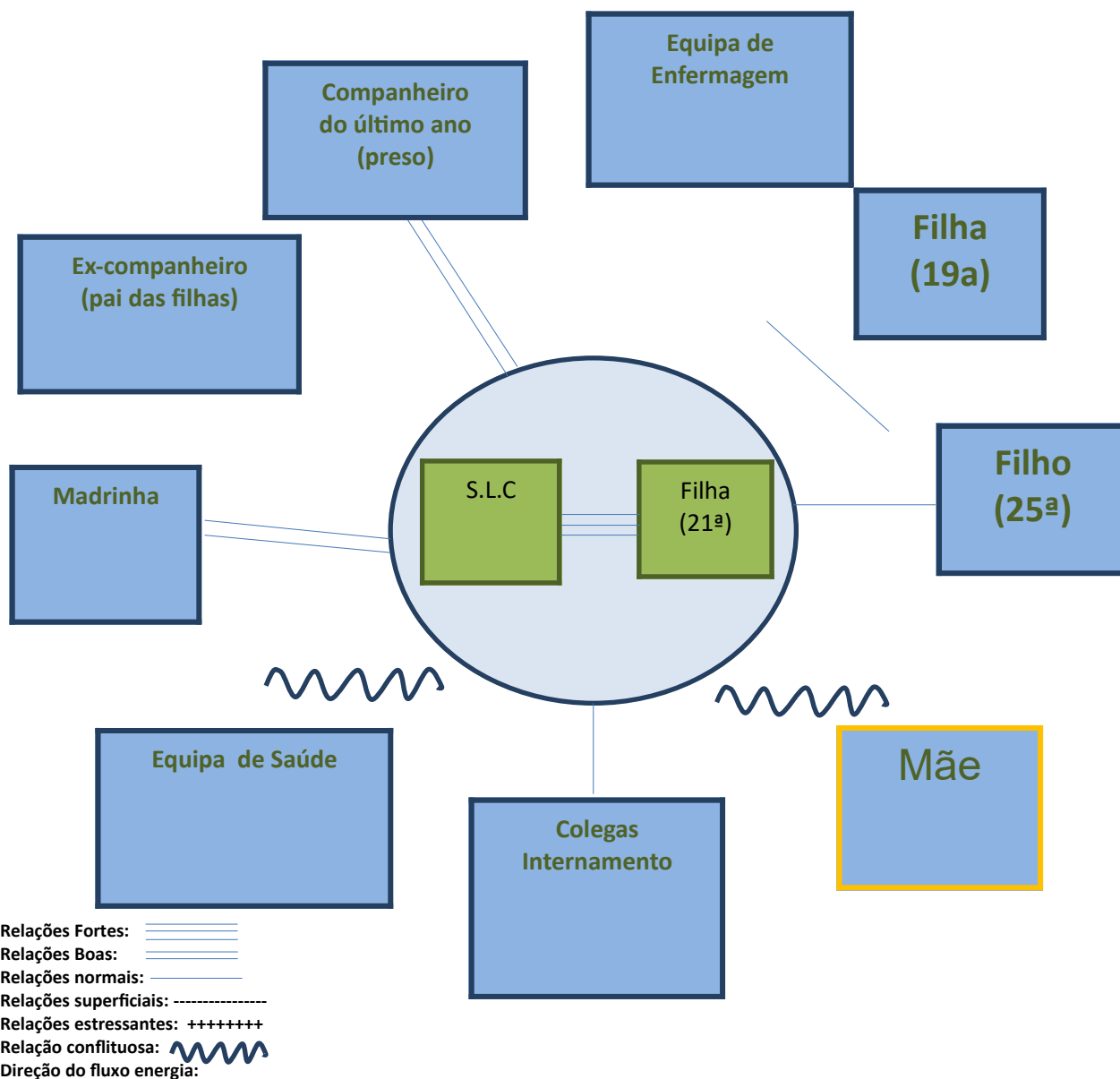
Mãe de 72 anos, reformada (doméstica), com antecedente de doença psiquiátrica de perturbação afetiva com múltiplos episódios depressivos desde os 14 anos. Descreve que sempre teve com esta, uma relação conflituosa desde a adolescência, e que já não falava com a mãe há algum tempo “*ela tem um feitio medonho*” sic, mas que a foi visitar ao lar duas semanas antes do internamento.

Acrescenta que estas “*doenças dos nervos da sua mãe*” sic foram herdadas da sua avó materna, que também fora uma mulher com muitos problemas psiquiátricos.

### 1.12.8.1. GENOGRAMA



### 1.12.8.2. ECOMAPA



### 1.12.8.3. ESQUEMA MEDICAMENTOSO

Medicamento	Dose	Fórmula	Horário
Ácido Ascórbico	1000mg	Saq. Granulado	9h - 13h -19h
Ácido Valproico	500mg Libertação Prolongada	Comprimido	9h - 19h
Ácido Valproico	200mg	Comprimido	19h
Ciamemazina	100mg	Comprimido	23h
Clonazepam	0,5mg	Comprimido	9h - 13h -19h
Lactulose	10mg/15ml	Xarope/ Saqueta	19h
Lítio	400mg Libertação Modificada	Comprimido	19h

<b>Metamizol Magnésico</b>	575mg	Cápsulas	6h - 13h -22h
<b>Pantoprazol</b>	40mg	Comprimido	7h
<b>Metformina</b>	1000mg	Comprimido	13h
<b>Paracetamol (P.O.)</b>	1000mg	Comprimido	6h - 13h -22h
<b>Quetiapina</b>	300mg Libertação Prolongada	Comprimidos	19h
<b>SenosidoA+SenosidoB</b>	24mg	Comprimidos	23h
<b>Tramadol</b>	50mg	Cápsulas	9h – 17h
<b>Tramadol</b>	50mg	Cápsulas	<u>SOS 3x/D se dores</u>

#### **1.12.8.4. Outras terapias**

A Sra. S. ao longo do internamento integrou o programa de reabilitação psiomotora, no serviço de Medicina Física e Reabilitação, onde vai diariamente durante a semana no período das 11h30 durante cerca de uma hora.

Ao longo do período de estágio participou ativamente nas sessões de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico de arteterapia, expressão plástica e biblioterapia com intenção de diminuir o seu nível de ansiedade, aumentar a auto-estima, estimular interação interpessoal.

### **1.13. OBSERVAÇÃO/ AVALIAÇÃO INICIAL DO ESTADO MENTAL**

#### **1.13.1. Descrição Geral**

Encontrada sentada num cadeirão no seu quarto, sozinha, com a janela a meia-luz, serena, com uma postura descaída e um olhar vago. É uma mulher caucasóide, cabelo acastanhado (com raízes grisalhas) abaixo dos ombros, cabelo um pouco desarranjado mas limpo, cabeça lateralizada para a esquerda segura pela mão do mesmo lado, com os óculos na outra mão, fâcias neutro com os olhos semifechados, pernas em flexão, sobre a plataforma do cadeirão.

Está vestida com roupa hospitalar, aspeto e higiene cuidada, vestuário que se adequa à temperatura do quarto, sem meias e com chinelos descartáveis. Da camisa de manga curta destaca-se uma tatuagem na região deltoide esquerda com uma cruz em preto, cerca de 15 cm, e na região anterior do antebraço direito outra tatuagem a preto onde se lê “Jesus Cristo”.

Apresenta uma cicatriz de aspeto cirúrgico com cerca de 30cm no antebraço anterior esquerdo.

É cordial na abordagem, estica a mão como resposta ao cumprimento, aperta a mão sem intensidade no contacto, justificando que tem pouca força nas mãos, empática, esboça um sorriso quando interpelada no contacto, atitude colaborante. Aceita que me sente ao seu lado mas de imediato tem um discurso com queixas de dor na região lombo-sagrada provocada pela dureza do cadeirão e não ter posição para se sentar.

Encontra-se vigil, consciente e orientada no tempo/espaço/ auto e alopsiquicamente, trata-me por enfermeiro.

Apresenta um discurso espontâneo, normocórdico e normofónico, sem alteração do conteúdo ou da forma, organizado, sem alterações semânticas ou de sintaxe, idioma português. Ao longo da entrevista evidencia um discurso saltitante e com mais evidência de afrouxamento associativo relativo a factos marcantes da sua vida.

Apresenta um humor tendencialmente eufímico, embora ao longo da entrevista com algumas flutuações do mesmo, mais eufórica quando fala de momentos de grande felicidade da sua vida com alternância para um humor mais depressivo quando relata momentos de grande tristeza, sem labilidade emocional, afetos aplanados mas mobilizáveis, fâcies pouco expressivo mas por vezes ambivalente em relação às emoções que descrevia.

Não se apuram alterações sensório-perceptivas, nega ouvir vozes no presente ou já ter ouvido antes do internamento e nega alterações da percepção visual, gustativa, olfactiva, táctil, e somato-cinestésicas.

O acesso ao processo de pensamento é percebido por um discurso coerente, com encadeamento de ideias e associações congruentes com a realidade, embora se denote por períodos ao longo da entrevista um afrouxamento associativo e uma dificuldade em situar momentos num espaço temporal concreto. Com o decorrer da entrevista o discurso torna-se mais circunstancial, com dificuldade em objetivar as respostas.

Neste momento nega ideias de ruína/ de morte/ suicidas, fala com crítica do momento em que estava mesmo deprimida e classifica-se como doente *“tentei enforcar-me com os lençóis da cama do serviço de ortopedia do Hospital de Santa Maria quando fui operada, e não tinha força para isso”* sic, sem alteração da sua expressão quando descreve isto, e refere estar muito arrependida para o ato suicida.

Evidencia ao longo da entrevista uma interpretação delirante de grandeza em relação às experiências boas da sua vida, descreve relacionamentos com pessoas muito afortunadas e ricas, mas que descreve que “*terminavam por desinteresse meu porque não gostava na realidade das pessoas, não gosto da monotonia, sou muito criativa e ativa*” sic, que se pode associar a momentos de disforia/ hipomania.

Atenção captável, mas facilmente dispersa, com dificuldade na concentração, havendo necessidade de clarificar a informação recolhida em diferentes momentos da entrevista. Nega fobias ou obsessões. Sem tiques, maneirismos ou estereotípias.

Verbaliza crença religiosa no cristianismo, mas que não pratica, os seus pais e avós são ateus, ultimamente a frequentar a Igreja Evangélica.

Apresenta insight parcial sobre o seu processo de doença e desenvolve ao longo do internamento juízo crítico para a sua situação, através de momentos de ensino sobre o processo de doença por parte da equipa de enfermagem.

A memória sensorial imediata, recente e remota está conservada, embora se denote hipomnésia no processo de aceder a momentos significativos da sua vida, podendo estar associado aos consumos desde os 22 anos de canabinoides, álcool e das consequências das múltiplas tentativas de suicídio até então.

Não se apuram alterações do funcionamento cognitivo, avaliado no *Mini Mental State Examination* (MMSE) que apresenta um score de 30/30. Devido a algumas dificuldades de sistematização das ideias e do conteúdo do discurso ao longo da entrevista e da história de vida valida-se a sua capacidade cognitiva pelo teste *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA) que atinge um score de 27/30 com ligeira dificuldade na memória imediata para decorar nomes.

Nega agora alterações significativas do sono, dorme cerca de 7h durante a noite, dorme uma hora na cama após o almoço, apresentando o ciclo circadiano mantido.

Mantém fraca interação com o grupo e prefere o isolamento social, no seu quarto. Quando partilha espaços comuns interage de modo muito seletivo com outros utentes e com os profissionais de saúde apenas quando é solicitada a fazê-lo.

Quando convidada a participar em alguma atividade demonstra desinteresse e assume uma postura passiva e depreciativa relativamente à sua capacidade de atingir os objetivos que lhe são propostos, pois diz-se que já não tem paciência para nada, com

uma irritabilidade latente na sua postura e com fraca tolerância a frustração se contrariada.

Descreve consumos de álcool e canabinoides, presentes nas análises na admissão hospitalar, mas nega consumos desde esse período até ao momento da entrevista.

Nega alergias ou intolerâncias alimentares.

Eliminação intestinal regular diária corrigida com emoliente das fezes (pela diminuição da sua mobilidade e associada à iatrogenia medicamentosa) e eliminação vesical normal, sem ardor ou disúria.

Descreve que a coisa que mais gostava de fazer era conseguir recuperar o equilíbrio e andar, assim como poder ir tomar o pequeno-almoço nas “Docas de Lisboa”, local onde se encontrava com a pessoa com quem partilhara o último ano antes de ser preso. Idealiza esse momento com um fâcies expressivo e sorridente, embora com medo de não ser acolhida da melhor forma por este, uma vez que ela apresenta limitações físicas e motoras que condicionam a sua auto-imagem e isso poder inferir negativamente nesse relacionamento.

No momento da entrevista foi aplicada a escala de avaliação do risco de Suicídio em uso no internamento de psiquiatria (TARS) em que o resultado final não significava que houvesse risco de suicídio presente, que diminuiu progressivamente desde a admissão onde apresentava um Score de Alto Risco de Suicídio.

Foi aplicada a escala de auto-avaliação de ansiedade e depressão *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) que indica um score de 6 para a ansiedade e um score de 7 para a depressão, pelo que não traduz níveis depressivos ou de ansiedade abaixo dos valores psicopatológicos, segundo os autores da mesma.

#### **1.14. PERSONALIDADE PRÉ-MORBIDA E ETIOPATOGENA DA DOENÇA**

De acordo com o que se encontra descrito na informação recolhida ao longo do estudo de caso, percebem-se desde a sua infância alguns comportamentos de risco, nomeadamente aos 4-5 anos quando deglute os medicamentos da sua mãe que esta encontrava em cima da mesa ou na gaveta do seu quarto, como forma de chamar a

atenção por considerar que esta não lhe ligava muito e ela sentia essa distância, podendo ter inferência na percepção de apego mal resolvida.

Na idade escolar descreve de modo egocêntrico as suas relações com os pares do sexo feminino e a necessidade de participar nos jogos dos rapazes mais velhos, como forma de afirmação e de procurar a conflitualidade para afirmar a sua personalidade.

Pela descrição que faz das aulas parece uma aluna com pouca capacidade de concentração que compensava com a capacidade criativa de inventar jogos. Chumbara na 4ª classe e no 7.º ano. Concretiza que o professor lhe dizia que ela era uma aluna com muitas personalidades, podendo daqui depreender-se uma conduta comportamental irregular, podendo-se ser percebido por demonstrar comportamentos ambivalentes na construção da personalidade sugestivos de comportamentos agressivos/impulsivos para lidar com os problemas internos, que como salienta Fordwood et al (2007) citado por Santos et al (2012) tais comportamentos não são raras as vezes que são confundidos com atitudes de revolta e rebeldia.

Os modelos da construção da sua identidade é a avó materna, a sua madrinha (que tinha uma forte ligação mas que via poucas vezes quando vinha a Lisboa) e a sua mãe com quem tinha uma relação conflituosa. Diz que o seu pai nunca fora exemplo, pois chegava a casa muitas vezes alcoolizado e a mãe deixava-o a dormir na rua à porta das escadas. Santos et al (2012) baseia-se em estudos de vários autores para aferir que o risco de desenvolvimentos ideias e comportamentos suicidas nos adolescentes aumenta quando existem conflitos familiares, comunicação difícil com os pais, padrões de vinculação inseguros, condições sociais e educacionais desfavoráveis e o consumo de álcool e drogas no seio familiar.

Abandona a escola como um ato reativo de contrariar a mãe, e porque ela não tinha paciência para estar sentada a ouvir os professores, indicando que facilmente se sente aborrecida com a monotonia podendo ser entendido como períodos de distímia do tipo depressivo. Procurou trabalhar mas pelo que se percebe na descrição da sua história de vida estes eram sempre temporários e abandonava-os justificando que se tornavam monótono o seu dia-a-dia.

Descreveu que quando tinha 16 anos fugiu de casa e só volta após um dia, soube que a polícia andava atrás de si mas não se importou, revelando aqui alguns traços impulsivos

que evidenciam mecanismos de *coping* desajustados para lidar com a frustração quando contrariada pela sua mãe.

A relação com a sua irmã que era próxima no período da adolescência foi sendo deteriorada pelas suas escolhas e pela situação que vivera desde o início da fase adulta, descrevendo que a sua irmã sempre foi a menina bonita aos olhos da mãe e era a mais certinha, motivo pelo qual se manteve no núcleo familiar ao longo dos anos. Contudo recebeu ainda algum suporte nas primeiras vezes que tentou suicidar-se mas com o passar dos anos foi-se afastando por descrença relativamente às mudanças de comportamento da doente.

Após o nascimento do filho descreve os primeiros sintomas depressivos associados à privação do sono e às alterações hormonais no pós-parto, aliado com o processo de luto da avó materna e 5 meses depois desta, o luto do seu avô, motivos pelo qual se sentiu mais só e projetada na mãe a razão do seu estado, contudo não pensa em matar-se nem tem uma atitude para suicida.

Aos 20 anos rompe com os laços do núcleo familiar, num ato impulsivo sem medir as consequências, deixa o seu filho sem querer importar-se dele a partir desse período e vai dormir na rua, num local que desconhece, procura trabalho e só dá informações de si após 15 dias, deixando preocupada toda a família.

Nunca descreve amizades com pessoas vizinhas ou colegas da escola, nunca partilhava o seu sentir com ninguém mas era exuberante a expressar-se, gostava de ser o centro das atenções. Neste contexto descreve-se que sempre teve necessidade de cuidar do seu aspeto, maquilhagem e roupa cuidada, e sempre teve a sorte de ser magra o que a ajudara a encontrar emprego no bar em Lisboa.

Na relação com o pai das suas filhas refere que não gostava dele, que era uma relação que encaixava por ele lhe dar haxixe e isso fazia-a relaxar e divertir-se, associado ao início dos consumos de álcool que parece ser um suporte antidepressivo quando se sentia mais triste. Contudo este suporte abusivo desde então no álcool poderá relacionar-se com comportamentos apreendidos nos antecedentes paternos, em que este e o seu avô foram alcoólicos.

Destes traços mais impulsivos e esta instabilidade do humor e dificuldade de autocontrolo realçam traços compatíveis com uma perturbação da personalidade tipo Cluster B (CID 10).

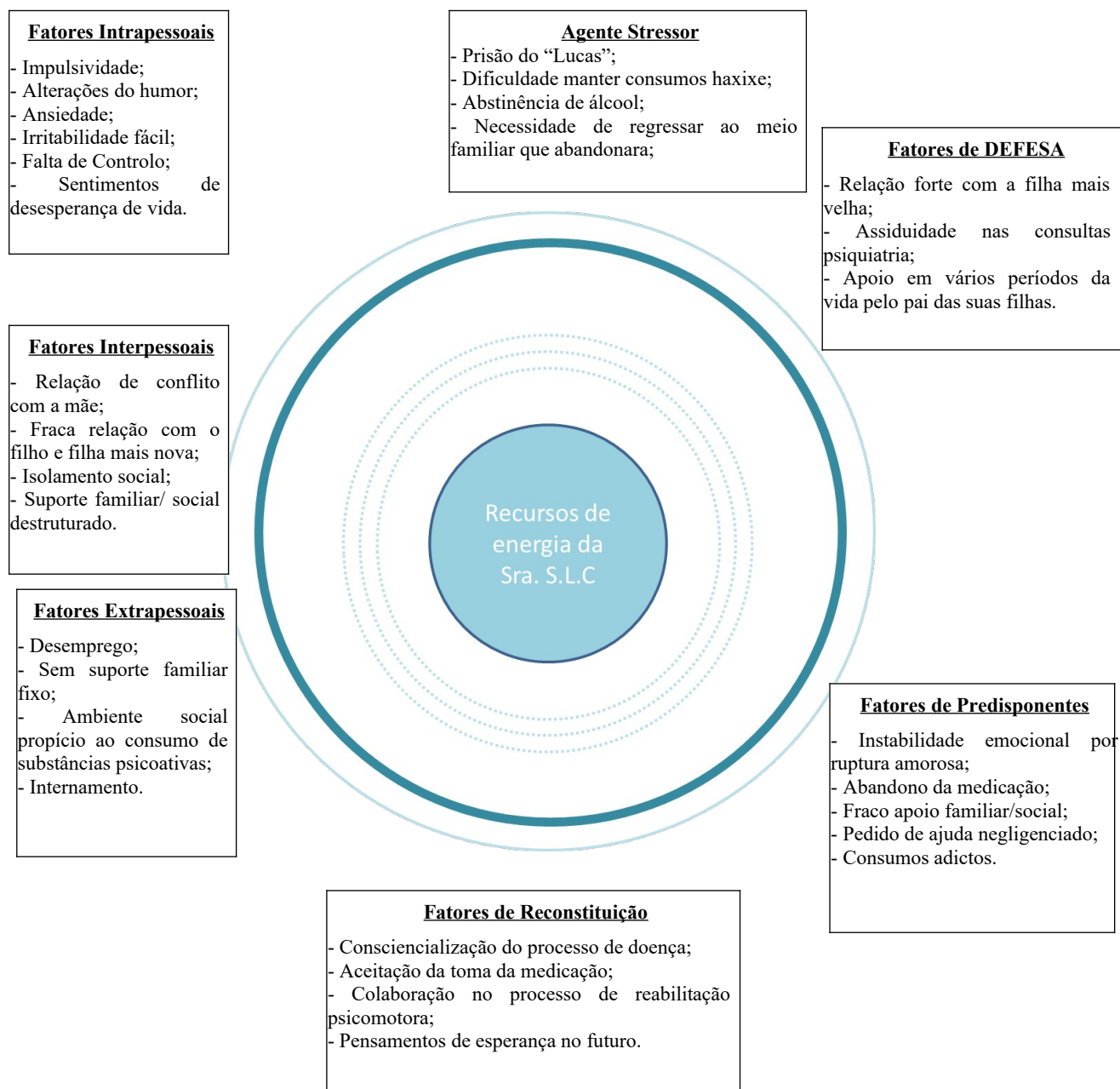
Desde os consumos abusivos de álcool e haxixe pode denotar-se alguma ciclotimia mais exuberante, em que a doente classifica de períodos de grande euforia, onde fora muito feliz e em períodos de extrema tristeza, sem capacidade de cuidar de si e das filhas, em que os pensamentos de morte tenham ganho expressividade e encontrou nestas tentativas de suicídio a atenção necessária para ultrapassar estas fases, que eram habitualmente uma a duas vezes por ano, no período do inverno e mais especificamente na época da quadra natalícia, facto que se sobrepões à última tentativa de suicídio que condiciona o presente internamento.

De acordo com Saraiva, et al (2014) existe uma correlação entre comportamentos autolesivos e as tentativas de suicídio, onde neste caso concreto a intencionalidade do ato suicida pode ser considerado elevado dado ela ter elaborado um plano para se tentar suicidar, embora a letalidade se enquadre num comportamento autolesivo que ocorre cronicamente no tempo (como exposto na história pessoal da doente) vários métodos utilizados e em grande parte deles com baixa letalidade, pode interpretar-se que esta última tentativa de suicídio culmina num ato suicida em que a doente mantém a intensidade e aumenta o nível de letalidade em relação ao anterior com intuito de automutilação corporal, como forma de expressar o seu sofrimento psicológico.

Também o facto de esta se ter impulsionado da ravina quando sabe que estava a ser observada por outra pessoa pode evidenciar uma consciencialização da necessidade de demonstrar de imediato uma atitude que percebe que servirá como um meio de pedir ajuda.

## **1.15. AVALIAÇÃO SEGUNDO O MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN**

### **1.15.1. Representação esquemática segundo a Teoria de Sistemas**



**Esquema 1-** Exposição de acordo com os fundamentos da teórica Betty Neuman (Tomey & Alligood, 2004, pág. 341)

## **1.16. PROBLEMAS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

A prática especializada em enfermagem visa compreender os fenómenos ao longo da análise da história de vida, com enfoque nos processos internos da funcionalidade

cognitiva e comportamental, a sua relação com o meio envolvente, nomeadamente os laços familiares e do contexto social e sua inserção na comunidade (Tomey & Alligood, 2004).

Ao longo da entrevista e da análise do estudo de caso os principais problemas de enfermagem que foram nomeados de acordo com a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) que deram por sua vez suporte para identificar os diagnósticos de enfermagem que foram elaborados com os pressupostos da taxonomia NANDA para melhor compreender o plano de cuidados elaborado. Destes projectou-se posteriormente o plano de cuidados de enfermagem

Problemas de Enfermagem (CIPE)	Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)
Andar	Deambular comprometido <u>relacionado com</u> consolidação de fratura do anel pélvico e do pé direito <u>manifestado por</u> incapacidade de manter o equilíbrio postural vertical e marcha
Ansiedade	Ansiedade presente <u>relacionada com</u> humor instável <u>manifestado por</u> postura tensa, impaciente e irritabilidade fácil
Autocuidado	Autocuidado comprometido <u>relacionado com</u> limitações físicas para cuidar de si <u>manifestado por</u> necessidade de ajuda parcial para a higiene pessoal, transferir-se, usar o sanitário, vestir e despir-se
Atividade física diminuída	Actividade física diminuída <u>relacionado com</u> fratura do anel pélvico, vertebra dorsal e fratura do pé direito <u>manifestado por</u> limitação da capacidade de se levantar, transferir e andar
Auto-imagem diminuída	Auto-imagem diminuída <u>relacionada com</u> alterações da postura corporal após queda <u>manifestada por</u> aspeto desinvestido, desmotivação pelo seu corpo quando se olha no espelho
Autoestima diminuída	Autoestima diminuída <u>relacionada com</u> imagem corporal alterada <u>manifestada por</u> ideias subvalorizadas de si, receio de não ser aceite pelos seus e fraca confiança em si.
Conhecimento do regime medicamentoso diminuído	Conhecimento sobre regime medicamentoso diminuído <u>relacionado com</u> internamento prolongado <u>manifestado por</u> desinteresse em saber o nome dos medicamentos Risco de não adesão ao regime medicamentoso <u>relacionado com</u> abandono anterior da toma da medicação
Conhecimento sobre o processo de doença	Conhecimento sobre o processo de doença diminuído <u>relacionado com</u> fraco Insight e juízo crítico <u>manifestado por</u> deficiente conhecimento dos sinais e sintomas da sua doença
Coping	<i>Coping</i> ineficaz <u>relacionado com</u> dificuldade em lidar com os seus sentimentos e emoções negativas <u>manifestado por</u> fraca

	tolerância à frustração, fraca capacidade de controlo de impulsos e tentativa de suicídio prévia
<b>Interação social prejudicada</b>	Interação social prejudicada <u>relacionado com</u> dificuldade em aceitar as diferenças do outro <u>manifestado por</u> impaciência e intolerância em permanecer m ambientes com barulho
<b>Humor</b>	Estado de humor alterado <u>relacionado com</u> internamento prolongado e limitações físicas <u>manifestado por</u> irritabilidade fácil, postura tensa, fâcies triste e dor
<b>Uso de Droga</b>	Risco de uso de droga <u>relacionado com</u> abuso de haxixe antes do internamento.
<b>Uso de Álcool</b>	Risco de uso de álcool <u>relacionado com</u> abuso de álcool antes do internamento.
<b>Processo familiar prejudicado</b>	Processo familiar prejudicado <u>relacionado com</u> afastamento relacional com o núcleo familiar <u>manifestado por</u> necessidade de receber visitas de pessoas com quem mantém uma relação mais distante (mãe e filho)

No momento da entrevista e deste estudo de caso a Sra. S. já não apresentava alterações do pensamento (sem ideias passivas de morte) nem risco de suicídio presente avaliado pela escala supracitada, pelo que não foram formulados esses diagnósticos de enfermagem.

Ao longo do estágio foram desenvolvidas intervenções de enfermagem especializadas como resposta aos diagnósticos elaborados como estratégia de continuidade dos cuidados de enfermagem, que alguns tiveram termo na data em que a Sra. S. teve alta para uma unidade de cuidados continuados integrados de longa duração, mais especificamente para o “Hospital do Mar”, embora houvesse problemas de enfermagem que foi importante transcrever na carta de alta como método de continuidade dos cuidados de enfermagem. Estas intervenções estão padronizadas em taxonomia Nanda, Nic e Noc.

Diagnóstico	Resultado	Intervenções	Avaliação
<b>Deambular prejudicado <u>relacionado com</u> consolidação de fratura do anel</b>	A cliente manter-se na posição vertical apoiada na alta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar limitações físicas para andar;</li> <li>- Monitorizar a dor antes, durante e após os processos de alteração da posição corporal;</li> <li>- Identificar o impacto da</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colabora no treino de alternância da posição sentado para a posição supina;</li> <li>- Na data da alta a cliente consegue fazer</li> </ul>

<p><b>pélvico e do pé direito</b> <b><u>manifestado por incapacidade de manter o equilíbrio postural vertical e marcha</u></b></p>		<p>limitação de não andar na sua Qualidade de vida; - Encorajar a cliente a treinar fazer carga de modo apoiado; - Apoiar a cliente na construção de uma esperança realista sobre a possibilidade de poder ficar com déficits de equilíbrio; - Aumentar o tónus muscular com movimentos de abdução-flexão quando sentada.</p>	<p>carga apoiada na grade da cama e manter uma posição vertical durante 10 segundos.</p>
<p><b>Ansiedade presente</b> <b><u>relacionada com humor instável manifestado por postura tensa, impaciente e irritabilidade fácil</u></b></p>	<p>A cliente apresentar autocontrolo sobre a sua ansiedade</p>	<p>- Proporcionar um ambiente seguro de cuidados; - Estabelecer com a cliente uma relação terapêutica demonstrando atenção, empatia, confiança e disponibilidade de escuta; - Encorajar a cliente a verbalizar sentimentos e emoções negativas e positivas, reconhecendo a importância de as clarificar; - Envolver a cliente na participação de intervenções psicoterapêuticas que promovam a diminuição da ansiedade (arteterapia, biblioterapia) durante o internamento; - Avaliar a ansiedade de acordo com a Escala de HADS; - Avaliar o nível de ansiedade antes e depois das intervenções psicoterapêuticas.</p>	<p>- Aceita a toma de medicamentos ansiolíticos; - Aceita participar em intervenções psicoterapêuticas nomeadamente arteterapia; - No período da alta tem valores abaixo do definido para o diagnóstico de ansiedade pela escala HADS. - Demonstra alguns mecanismos de autocontrolo da ansiedade.</p>
<p><b>Autocuidado prejudicado</b> <b><u>relacionado com limitações físicas para cuidar de si manifestado por necessidade de ajuda parcial para a higiene pessoal, transferir-se, usar o sanitário, vestir e despir-se</u></b></p>	<p>A cliente conseguir autocuidar-se com apoio moderado.</p>	<p>- Ajudar a cliente a planear os cuidados a realizar; - Promover a autonomia da cliente ao longo dos cuidados; - Salvar a sua intimidade e a privacidade, respeitando as suas crenças e valores; - Apoiar a cliente a identificar as principais dificuldades ajudar a desenvolver mecanismos eficazes para se adaptar às limitações encontradas; - Treinar técnica de transferência; - Promover a mudança de comportamento relativos à aceitação do seu estado; - Estabelecimento de metas mútuas e realista durante o internamento.</p>	<p>- A cliente consegue assegurar a higiene pessoal no chuveiro com ajuda moderada; - A cliente colabora de modo ativo nos processos de transferência cadeira de banho- cadeirão-cama; - A cliente consegue vestir-se e despir-se embora necessite de ajuda reduzida para organizar a roupa a vestir. - A cliente necessita de ajuda moderada para usar o sanitário.</p>
		<p>- Aumenta a autopercepção sobre o</p>	<p>- A cliente ao longo do</p>

<p><b>Auto-imagem diminuída relacionada com alterações da postura corporal após queda manifestada por aspeto desinvestido, desmotivação pelo seu corpo quando se olha no espelho</b></p>	<p>A cliente seja capaz de se olhar ao espelho e verbalizar aspectos positivos sobre o seu corpo</p>	<p>seu corpo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinar com a cliente observação ao espelho;</li> <li>- Encorajá-la a expressar os aspetos positivos e reforça-los;</li> <li>- Proporcionar suporte emocional;</li> <li>- Incentivar a cliente e manter os mesmos cuidados com o corpo como tinha antes de estar hospitalizada;</li> </ul>	<p>período de contacto de cuidados teve capacidade de observar as diferenças da auto-imagem que detinha de si, diz-se que nada tem a ver como era, está mais magra e com uma cara mais triste mas que mesmo assim teve muita sorte em não ter ficado pior, diz a sorrir que era muito mais bonita e que ainda vai voltar a ser depois de sair o hospital.</p>
<p><b>Autoestima diminuída relacionada com imagem corporal alterada manifestada por ideias subvalorizadas de si, receio de não ser aceite pelos seus e fraca confiança em si.</b></p>	<p>Que a cliente seja capaz de verbalizar aspectos positivos sobre si próprio e que seja capaz de aceitar as próprias limitações e expressar alguma esperança no futuro</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferecer suporte emocional;</li> <li>- Promover o aumento da capacidade de resiliência;</li> <li>- Apoiar na tomada de decisão;</li> <li>- Escutar activamente;</li> <li>- Promover o controle do humor;</li> <li>- Aumentar a socialização;</li> <li>- Aumentar a confiança e reforçar as suas capacidades;</li> <li>- Encorajar a cliente a projetar ideias de esperança no futuro e a verbalizar medos e sentimentos negativos subjacente à adaptação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao longo do contacto a doente foi verbalizando que a sua autoestima estava um pouco melhor pois já conseguiu ver progressos na sua reabilitação motora, maior disponibilidade física para cuidar de si e isso era importante para enfrentar o futuro com alguma esperança.</li> </ul>
<p><b>Conhecimento do regime medicamentoso diminuído</b></p>	<p>Adesão ao regime terapêutico melhorada. A cliente demonstre conhecimento do nome dos medicamentos prescritos, seu efeito terapêutico e principais efeitos secundários.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a visão da cliente relativamente ao regime terapêutico prescrito;</li> <li>- Promover a partilha de pensamentos e emoções sobre a saúde/doença (manter uma postura facilitadora desta partilha, evitando juízos de valor e que demonstre interesse e compreensão);</li> <li>- Promover a partilha de experiências e vivências (positivas e de sucesso) relativamente à adesão do regime terapêutico;</li> <li>- Ensinar sobre medicação prescrita e a importância da medicação para um aumento da qualidade de vida (controlo de sintomas e um contributo para melhorar as relações pessoais);</li> <li>- Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico;</li> <li>- Questionar sobre dúvidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbaliza que desde que veio para o serviço de psiquiatria melhorou muito, agora sente-se mais calma e melhorou o seu bem-estar;</li> <li>- Questiona a terapêutica instituída se alteram o número e as formas dos comprimidos, mas aceita-a;</li> <li>- A cliente demonstra conhecimento sobre efeitos dos medicamentos estabilizadores do humor, antipsicótico e ansiolítico.</li> <li>- Reconhece que estes medicamentos atrasam o padrão intestinal, pelo que tem que</li> </ul>

		relativas à terapêutica (o que é, porque toma, que efeitos secundários pode manifestar);	tomar emoliente das fezes.
<b>Conhecimento sobre o processo de doença diminuído relacionado com fraco Insight e juízo crítico manifestado por deficiente conhecimento dos sinais e sintomas da sua doença</b>	A cliente consiga verbalizar principais sinais e sintomas predisponentes para o seu processo de doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a visão do cliente relativamente ao seu estado de saúde;</li> <li>- Fomentar o estabelecimento de uma relação de confiança com o cliente;</li> <li>- Promover a partilha de pensamentos e emoções sobre a saúde/doença (manter uma postura facilitadora desta partilha, evitando juízos de valor e que demonstre interesse e compreensão);</li> <li>- Promover a reflexão sobre o seu estado de saúde;</li> <li>- Informar sobre situação de processo de doença;</li> <li>- Avaliar a disponibilidade da cliente para aprender sobre o seu estado de saúde e a aceitação do mesmo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao longo do contacto de cuidados foi possível perceber no discurso da cliente que o consumo abusivo de álcool e drogas condicionou o agravamento da sua doença, assim como o abandono da medicação.</li> <li>- Identifica que quando se sente triste e com falta de energia é o período ideal para pedir ajuda pois percebe que a partir daí começa a pensar mais intensamente em por termo à vida.</li> </ul>
<b>Coping ineficaz relacionado com dificuldade em lidar com os agentes stressores manifestado por fraca tolerância à frustração, fraca capacidade de autocontrolo de impulsos e tentativa de suicídio prévia</b>	Desenvolver estratégias de enfrentamento ajustadas sem danos para o próprio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a visão do cliente relativamente ao seu estado de saúde;</li> <li>- Fomentar o estabelecimento de uma relação de ajuda;</li> <li>- Promover a partilha de pensamentos e emoções sobre a saúde/doença (manter uma postura facilitadora desta partilha, evitando juízos de valor e que demonstre interesse e compreensão);</li> <li>- Promover a reflexão sobre o seu estado de saúde;</li> <li>- Informar sobre situação clínica;</li> <li>- Avaliar a disponibilidade do cliente para aprender sobre o seu estado de saúde e a aceitação do mesmo;</li> <li>- Promover coping eficaz;</li> <li>- Avaliar a compreensão que o cliente tem do processo de doença;</li> <li>- Avaliar e discutir respostas alternativas à situação;</li> <li>- Usar uma abordagem calma e segura;</li> <li>- Ajuda o cliente a desenvolver uma avaliação objetiva do evento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A cliente verbaliza uma melhoria no seu insight e crítica relativamente ao seu processo de doença, reconhecendo que os atos suicidas que pratica, estão associados a um sofrimento psicológico que esta não consegue tolerar, embora não encontre justificação para os fazer.</li> <li>- Descreve que tem muita dificuldade em conseguir controlar os seus impulsos e reage sempre mal quando não gosta de algo <i>“sempre fui assim, de um momento para o outro sinto uma raiva que não consigo descrever (...) mas agora felizmente estou mais calma e falar com alguém que nos queira ouvir ajuda muito” (sic).</i></li> </ul>
		- Estabelecer com a cliente uma	- Foi possível que

<p><b>Interação social prejudicada relacionado com dificuldade em aceitar as diferenças do outro manifestado por impaciência e intolerância em permanecer m ambientes com barulho</b></p>	<p>A cliente procure os espaços sociais do serviço e interagir com o grupo embora que seja de modo seletivo</p>	<p>relação de ajuda;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encorajar a expressão de sentimentos subjacentes às dificuldades relacionais;</li> <li>- Promover uma comunicação efetiva e autêntica com a cliente;</li> <li>- Auxiliar a cliente a aumentar a percepção dos pontos fortes e as limitações na comunicação com os outros;</li> <li>- Oferecer feedback sobre a sua postura e linguagem não-verbal na interação com os outros;</li> <li>- Oferecer reforço positivo;</li> <li>- Encorajar a um maior envolvimento nas relações já estabelecidas;</li> <li>- Encorajar a cliente a frequentar espaços sociais, se apropriado;</li> <li>- Encorajar o envolvimento em intervenções de grupo de âmbito Socioterapêutico como a arteterapia e a biblioterapia.</li> </ul>	<p>participasse em atividades lúdico-terapêuticas em grupo, interagindo selectivamente com os pares quando necessitou.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No período das refeições pede para ficar mais tempo no refeitório para ver televisão e interage com os pares embora com um discurso circunstancial;</li> <li>- Passa menos tempo no quarto em silêncio, refere que já tem dias que tolera melhor o barulho.</li> </ul>
<p><b>Estado de Humor alterado relacionado com perturbação bipolar manifestado por irritabilidade fácil, postura tensa, fácies triste</b></p>	<p>A cliente estabilize o seu humor e demonstre emoções congruentes com o humor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o Humor;</li> <li>- Gerir o Humor;</li> <li>- Identificar se os sentimentos e emoções expressas são congruentes com o humor percecionado;</li> <li>- Identificar presença de ideias autolesias / suicidas;</li> <li>- Promover que a cliente reconheça alterações do humor e se consciencialize desse impacto no seu comportamento;</li> <li>- Promover momentos de bem-estar e de expressão de sentimentos;</li> <li>- Assistir no controlo da raiva;</li> <li>- Promover o controlo do comportamento.</li> </ul> <p>Administrar fármacos estabilizadores do humor e vigiar a sua toma;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colher sangue para análises com doseamentos de lítio e de Ácido Valproico durante o tratamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao longo do internamento pode-se perceber que o humor ficou mais estável com a introdução dos estabilizadores do humor.</li> <li>- Vai ainda sentindo bruscas oscilações do humor, refere “<i>num momento sinto-me bem e do nada fico mais triste e irritada</i>” (sic), embora com crítica para esse estado, conseguindo identificar que é um sintoma normal da sua doença bipolar e não tem a amplitude que tinha quando não fazia a medicação.</li> </ul>
<p><b>Risco de uso de droga relacionado com abuso de haxixe</b></p>	<p>Que a cliente desenvolva resiliência</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer com a cliente uma relação de ajuda;</li> <li>- Discutir abertamente os hábitos adictos antes do internamento;</li> <li>- Ensinar os efeitos que os</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao longo do período de contacto com a cliente foi possível descrever a história de consumos e o contexto</li> </ul>

<p><b>antes do internamento.</b></p> <p><b>E</b></p> <p><b>Risco de uso de álcool relacionado com abuso de álcool antes do internamento.</b></p>	<p>para evicção de novos consumos após a alta</p>	<p>mesmos potenciam no seu processo de doença;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clarificar a quantidade assim como a qualidade dos mesmos</li> <li>- Identificar o contexto que potenciava o consumo;</li> <li>- Descrever os sentimentos e emoções que os mesmos atenuavam ou promoviam;</li> <li>- Ajudar a cliente a encontrar estratégia para evitar a retomar consumos;</li> <li>- Encorajar a cliente a melhorar os seus estilos de vida.</li> </ul>	<p>pessoal e social destes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A cliente foi verbalizando que os mesmos lhe ajudam a “<i>sentir-me mais calma e puxam-me para cima</i>” (sic), contudo percebe que o facto de os manter há muito tempo e parar a medicação para fumar 6 cigarros de haxixe/dia e álcool lhe tem prejudicado a sua vida.</li> </ul>
<p><b>Processo familiar prejudicado relacionado com afastamento relacional com o núcleo familiar manifestado por necessidade de receber visitas de pessoas com quem mantém uma relação mais distante (mãe e filho)</b></p>	<p>Que a cliente reforce laços com o seu núcleo familiar e que promova a mudança de comportamentos com este</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discutir abertamente com a cliente quais as pessoas do seu núcleo familiar com quem tem uma relação interpessoal mais próxima;</li> <li>- Conhecer a vontade da cliente para receber visitas;</li> <li>- Facilitar a comunicação da cliente com a sua família;</li> <li>- Encorajar a cliente a restabelecer ligação com o seu núcleo familiar, promovendo a resiliência familiar;</li> <li>- Mobilizar a influência da sua filha mais velha para reforçar a mudança de comportamentos;</li> <li>- Apoiar as visitas na clarificação de sentimentos a quando da visita e dar suporte no processo de adaptação;</li> <li>- Disponibilizar presença para avaliar as ligações interpessoais da cliente com a família que a visita;</li> <li>- Apoiar nos sentimentos ambivalentes da cliente em relação às pessoas que a vem visitar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao longo do período de cuidados pode perceber-se que a cliente enfatizava a tónica do facto de irem visitar como uma reaproximação interpessoal duradora.</li> <li>- Fala da visita do seu filho e do seu ex-companheiro como um sinal de esperança que estes a vão apoiar após a sua alta;</li> <li>- A cliente ainda projeta nos outros a necessidade de a aceitarem incondicionalmente sem perceber que tem que partir desta os comportamentos de mudança.</li> </ul>

## 2- NOTAS CONCLUSIVAS

O presente trabalho permitiu desenvolver uma percepção da cliente e do seu funcionamento interno e externo, suportado num estudo da sua história de vida, desenvolvendo o espírito crítico e, desta forma, capacitando para uma melhor prestação de cuidados com a aquisição de habilidades e competências fundamentadas por uma base teórica sólida.

Após a realização deste estudo, é expectável, que melhore a minha capacidade de escuta, de entrevista e de análise, focalizando aspetos globais e concretos a certos estádios do ciclo de vida que possam inferir no processo de doença ou que permitam melhorar a compreensão do mesmo, sendo fundamental identificar e ajudar a pessoa a adaptar-se e a desenvolver competências estruturais para poder atravessar este processo de transição de uma forma mais suportada e apoiada.

Será nesta base que pretendo desenvolver uma prática especializada de cuidar, individualizada a cada cliente e contextualizada na condição clínica dos mesmos, independentemente dos contextos onde trabalhe.

Tendo em conta as características do serviço, assim como o tempo de estágio, é possível identificar algumas áreas às quais não consegui trabalhar com o cliente: necessidades da cliente na integração ao meio familiar e social, trabalhar as expectativas da família em relação às limitações da cliente, apoiando nesse processo o objectivo de promover o *coping* relativamente ao processo da doença e a disponibilidade para acolher a Sra. S. após o período de internamento.

A abordagem da pessoa com doença mental em situação de crise segundo a teoria dos Sistemas, desenvolvida por Betty Neuman, permite uma capacidade de objetivar os principais problemas da pessoa sensíveis aos cuidados de enfermagem e daí proceder-se a uma planificação personalizada e individual do cliente e os vários fatores que interferem com o seu sistema, promovendo uma abordagem holística e multifactorial que promoverá a sua readaptação ao contexto social e comunitário, com ganhos no processo reabilitador, no prognóstico da doença mental e na melhoria da sua qualidade de vida.



### 3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5ª Edição, Artmed, Porto Alegre.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC*. Trad. 5ª Edição, Elsevier, Rio de Janeiro.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica- VOLUME 2- Estratégias de Intervenção*. Loures: Lusociência. 301p.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S. (2014). *NANDA- International Nursing Diagnoses Definitions & Classification, 2015-2017*. 10ª Edição, Wiley Blackwell, Oxford.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. M., Maas, M., Moorhead, S., Swanson, E. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. 2ª Edição, Artmed, Porto Alegre.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., Swanson, E. (2010). *Classificação dos resultados de Enfermagem – NOC*. Trad. 4ª Edição, Elsevier, Rio de Janeiro. 26
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Lusociência, Loures.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.
- Santos, J.C.P.; Façanha, J.D.N; Gonçalves, M.A.B.; Erse, M.P. Q.A; Cordeiro, R.A.C; Façanha, R.M.P.S (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Caderno da Ordem dos Enfermeiros: Tradinense. Série 1, N.º 4, 106p. ISBN- 978-989-8444-18-9.
- Saraiva, C.B., Peixoto, B., Sampaio, D. (2014). *Suicídio e comportamentos autolesivos- Dos conceitos à prática clínica*. 1ª Edição, Lisboa: Lidel. 656p. ISBN: 978-989-752-042-6.
- Stuart, G.W., Laraia, M.T. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica*. (M. Lisboa, Trad.). (4ª Ed.). Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso.
- Tomey, A.; Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª Ed.), Loures: Lusociência.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. 6ª Edição, Lusociência, Loures.



## **APÊNDICE XII**

**PROJETO DE BIBLIOTERAPIA- INTERVENÇÃO NA CRISE**



# “A Biblioterapia”



## Projeto de Intervenção em Enfermagem aos Clientes Internados no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Beatriz Ângelo

**Elaborado por:** João Pedro Afonso Gonçalves (EEESMP do ICS-UCP)

**Orientação Clínica:** Joana Martins (Enf.<sup>ª</sup> Especialista SMP)

**Orientação Pedagógica:** Doutora Olga Valentim

Abril de 2018

## **Enquadramento conceptual**

O recurso a estratégias não farmacológicas nos processos de cuidar da pessoa em contexto de doença mental e psiquiátrica tem-se revelado num importante contributo na ajuda desta, a explorar os seus problemas emocionais, a exprimir-se, potenciando a resolução de problemas internos, ajudando no processo de recuperação da doença mental. A definição de biblioterapia como uma intervenção de enfermagem é descrita por Bulechek, Butcher e Dochterman (2010) como o “uso terapêutico da literatura para intensificar a expressão de sentimentos, resolução ativa de problemas, enfrentamento ou *insight*” (p.189).

Esta fundamenta-se no recurso a leitura de textos ou extractos literários, narrativa de contos, poesia e escrita criativa, permitindo ao terapeuta chegar ao outro e potenciar a partilha de emoções e sentimentos, ajudando-o a construir o seu “Eu”. Sendo uma intervenção de cariz multidisciplinar esta revela-se num instrumento terapêutico versátil e flexível, estando disponível ao contributo de outros saberes e parcerias de âmbito psicoterapêutico (Monteiro, 2004).

Ao dinamizar a intervenção o enfermeiro realça o momento de partilha, de ajuda e não de avaliação ao que cada um expressa. Isso traz-lhe aceitação por parte do grupo e aumenta o nível da confiança e da auto-estima dos intervenientes (Walsh, 2010).

Nestes momentos, o enfermeiro tenta potenciar as capacidades de cada um através do processo de facilitar a expressão de sentimentos e emoções, com intencionalidade de diminuir a ansiedade, potenciar a confiança e o bem-estar do grupo. Para além disso, este momento psicoterapêutico favorece o treino de atenção, da memória, da capacidade de escuta e de aceitar opiniões de outros, melhorando assim capacidades de interação sociais e comunicacionais (Mendes, 2012).

As conclusões de estudos descritos por Abreu, Zulueta, e Henriques (2013) sobre a eficácia da biblioterapia enquanto intervenção de enfermagem no cuidar de pessoas com doença mental demonstra melhoria nas pessoas com diagnósticos de enfermagem de humor depressivo, ansiedade presente, auto-estima diminuída, fobia e/ou isolamento social presente.

## **Intervenção de Enfermagem: Biblioterapia**

### **Objetivo Geral:**

- Promover um momento de relacionamento interpessoal que ajude o Cliente internado no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Beatriz Ângelo a aceder aos seus processos internos, tomando consciência de si, no encontro de mecanismos adaptativos para suplantar as dificuldades que vivencia.

### **Objetivos Específicos:**

- Proporcionar aos Clientes internados do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Beatriz Ângelo um momento de partilha de sentimentos e emoções que visem a diminuição da ansiedade;
- Promover o treino de atenção;
- Promover o treino da memória através da identificação com o conteúdo do texto;
- Promover nos Clientes internados o treino de competências relacionais no trabalho de grupo;
- Desenvolver a capacidade de aceitar a opinião do Outro;
- Melhorar a dificuldade de interação interpessoal e reforçar os mecanismos comunicacionais dos clientes internados.

### **Indicadores:**

- Número de sessões realizadas com os doentes internados no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Beatriz Ângelo a partir de março de 2018.
- % de Clientes que houve diminuição do seu nível de ansiedade por sessão.

### **Dinamizadores do Projeto:**

- João Gonçalves (EESMP)
- Joana Martins (EESMP do HBA)

**Periodicidade das Sessões:**

- Semanalmente (Terças-Feiras no período da manhã às 11h30)

**Espaço Físico:**

- Sala de estar que é utilizada como refeitório no internamento do Saúde Mental e Psiquiatria do HBA.

**Material Utilizado:**

- Um texto previamente selecionado pelo enfermeiro que dinamiza a sessão, de acordo com os conteúdos que pretende trabalhar no grupo;
- Cadeiras em círculo (uma para cada interveniente);

**Constrangimentos:**

- Fechar a sala e diminuir ao máximo o ruído circundante;
- Optimizar a temperatura ambiente;
- Excluir Clientes com inquietação/agitação psicomotora, em fase francamente produtiva e com um comportamento destabilizador.
- Pedir aos clientes que usem o sanitário antes do início da sessão.

**Crítérios de Inclusão:**

- Pessoas internadas com:
  - Ansiedade;
  - Stresse;
  - Déficit de auto-estima;
  - Distúrbios do comportamento do tipo compulsivo
  - Insónia;
  - Interação social diminuída;
  - Abuso de consumo de substâncias psicoactivas;
  - Humor deprimido;

- Alteração da auto-imagem;
- Alteração do pensamento e da percepção com um padrão comportamental contido;
- Memória prejudicada;
- Conhecimento diminuído sobre processo de doença;
- Distúrbio alimentar;

### **Crítérios de Exclusão:**

- Pessoas internadas com:
  - Agitação Psicomotora;
  - Humor disfórico;
  - Admissão há menos de 48h;
  - Conflito interpessoal;
  - Alterações do estado de consciência;
  - Hipoacusia grave;
  - Sinais de impregnação neuroléptica;
  - Lentificação do pensamento;
  - Alterações da capacidade de falar;
  - Sonolência excessiva;
  - Psicose em situação delirante e com alucinações em crise;
  - Uma postura tensa e desconfiada, com risco de agressividade física e verbal;
  - Interação grupal muito esquiva.

### **Regras estruturais antes de iniciar a Biblioterapia:**

- Pedir consentimento verbal a cada Cliente para participar na sessão;
- Estabelecer regras antes da sessão, identificando o(s) objetivo(s) da mesma.
- Solicitar confidencialidade a todos os intervenientes sobre os conteúdos que forem discutidos no grupo, promovendo um ambiente de segurança e confiança, que encorage a intervenção de todos os participantes;

- Antes de iniciar a sessão disponibilizar abertura para que quem não se sintam capaz de participar para abandonar a sessão.
- Antes de finalizar a sessão fazer um resumo do que foi exposto e identificar uma área de trabalho individual.
- Finalizar a sessão com um exercício de interação grupal (por ex. bater palmas ao grupo, relaxamento com 5 exercícios de respiração profunda, sacudir os braços e as mãos).

#### **Avaliação:**

- A avaliação é realizada pelo próprio Cliente preenchendo a escala de “**Hospital Anxiety and Depression Scale**” (HADS) antes da sessão para validar o foco de ansiedade.
- Posteriormente é auto-avaliada a ansiedade pelo cliente através da adaptação da Escala das Faces da dor, em que se avalia antes e depois da sessão o seu nível de ansiedade e descreve o como se sente em ambos os momentos.
- Num quadro é registado pelo enfermeiro qual o grau de satisfação de cada participante no final da sessão e proceder aos respetivos registos no processo clínico informatizado.

#### **REFERÊNCIAS**

- Abreu, A. C., Zulueta, M. Á., & Henriques, A. (2013). Biblioterapia- Estado Da Questão. *Cadernos BAD 1 (2)*, 95-111.
- Botega N.J., Bio M.R., Zomignani M.A. et al (1995)- Transtornos de humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*, 29, 355-363
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. (S. I. al, Trad.) Rio de Janeiro: Elsevier.
- Mendes, C. S. (2012). *Intervenções Psicoterapêuticas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria: Caso Particular da Biblioterapia*. Tese de Mestrado, ESEL, Lisboa.
- Monteiro, A. P. (2004). Biblioterapia como intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Hospitalidade 264*, 13-17. Obtido de [https://www.researchgate.net/publication/257879900\\_Biblioterapia\\_como\\_forma\\_de\\_Intervencao\\_de\\_Enfermagem\\_de\\_saude\\_mental\\_e\\_Psiquiatria](https://www.researchgate.net/publication/257879900_Biblioterapia_como_forma_de_Intervencao_de_Enfermagem_de_saude_mental_e_Psiquiatria)

Walsh, T. (2010). The power of words: Books can help improve the confidence and self-esteem of people with mental health conditions. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987)*, 24(49), 20–21.

**ANEXOS**  
**(Do Projeto de Biblioterapia)**



## Questionário de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Este questionário ajudará a saber como se tem sentido. Leia todas as frases. Marque com um “X” na resposta que melhor corresponder a como se tem sentido na ÚLTIMA SEMANA. Tente responder o mais rápido possível a cada questão pois neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

<p><b>A 1) Eu sinto-me tenso ou contraído:</b></p> <p>3( ) A maior parte do tempo 2( ) Boa parte do tempo 1( ) De vez em quando 0( ) Nunca</p> <p><b>D 2) Eu ainda sinto prazer pelas mesmas coisas de antes:</b></p> <p>0( ) Sim, do mesmo jeito que antes 1( ) Não tanto quanto antes 2( ) Só um pouco 3( ) Já não sinto mais prazer em nada</p> <p><b>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:</b></p> <p>3( ) Sim, e de um jeito muito forte 2( ) Sim, mas não tão forte 1( ) Um pouco, mas isso não me preocupa 0( ) Não sinto nada disso</p> <p><b>D 4) Dou e me divirto quando vejo coisas engraçadas:</b></p> <p>0( ) Do mesmo jeito que antes 1( ) Atualmente um pouco menos 2( ) Atualmente bem menos 3( ) Não consigo mais</p> <p><b>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:</b></p> <p>3( ) A maior parte do tempo 2( ) Boa parte do tempo 1( ) De vez em quando 0( ) Raramente</p> <p><b>D 6) Eu sinto-me alegre:</b></p> <p>3( ) Nunca 2( ) Poucas vezes 1( ) Muitas vezes 0( ) A maior parte do tempo</p> <p><b>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e sentir-me relaxado:</b></p> <p>0( ) Sim, quase sempre 1( ) Muitas vezes 2( ) Poucas vezes 3( ) Nunca</p>	<p><b>D 8) Eu estou lento a pensar e a fazer as coisas:</b></p> <p>3( ) Quase sempre 2( ) Muitas vezes 1( ) De vez em quando 0( ) Nunca</p> <p><b>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:</b></p> <p>0( ) Nunca 1( ) De vez em quando 2( ) Muitas vezes 3( ) Quase sempre</p> <p><b>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</b></p> <p>3( ) Completamente 2( ) Não estou mais me cuidando como deveria 1( ) Talvez não tanto quanto antes 0( ) Me cuido do mesmo jeito que antes</p> <p><b>A 11) Eu sinto-me inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum:</b></p> <p>3( ) Sim, demais 2( ) Bastante 1( ) Um pouco 0( ) Não me sinto assim</p> <p><b>D 12) Fico esperando animado nas coisas boas que estão por vir:</b></p> <p>0( ) Do mesmo jeito que antes 1( ) Um pouco menos do que antes 2( ) Bem menos do que antes 3( ) Quase nunca</p> <p><b>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</b></p> <p>3( ) A quase todo momento 2( ) Várias vezes 1( ) De vez em quando 0( ) Não sinto isso</p> <p><b>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</b></p> <p>0( ) Quase sempre 1( ) Várias vezes 2( ) Poucas vezes 3( ) Quase nunca</p>
<small>HAD- Ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9; HAD - Depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9.</small>	<b>A-</b> <b>D-</b>

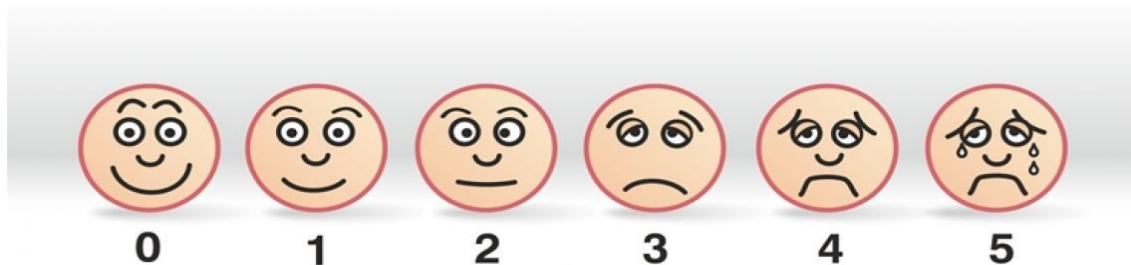
Original de Zigmund AS, Snaith RP - The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand, 1983;67:361-370.)

Validada em Português (por Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA et al - Transtornos de humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida



Nome: \_\_\_\_\_

Descreva numa palavra **COMO SE SENTE** (neste momento): \_\_\_\_\_



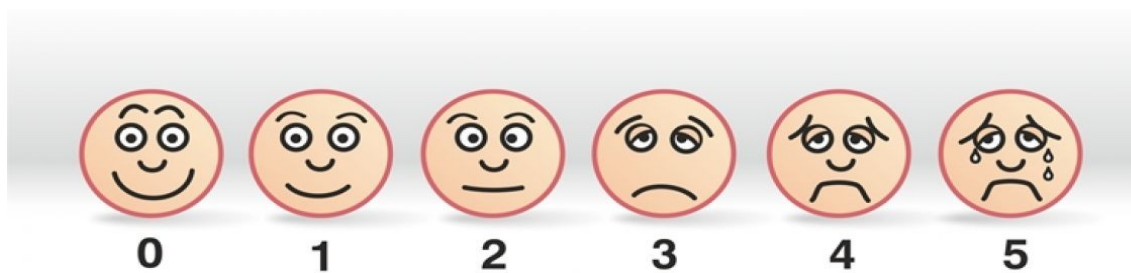
NÍVEL DE ANSIEDADE (**ANTES** da sessão de relaxamento):

0- <u>Sem ansiedade</u>	
1- <u>Mínima Ansiedade</u>	
2- <u>Ansiedade Ligeira</u>	
3- <u>Ansiedade Moderada</u>	
4- <u>Ansiedade Grave</u>	
5- <u>Pânico</u>	

Adaptado dos níveis de ansiedade (descritos em Townsend, M. C. (2011, p. 17). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª edição ed.). Loures : Lusociência.)

-----

Descreva numa palavra **COMO SE SENTE** (neste momento): \_\_\_\_\_



NÍVEL DE ANSIEDADE (**DEPOIS** da sessão de relaxamento):

0- <u>Sem ansiedade</u>	
1- <u>Mínima Ansiedade</u>	
2- <u>Ansiedade Ligeira</u>	
3- <u>Ansiedade Moderada</u>	
4- <u>Ansiedade Grave</u>	
5- <u>Pânico</u>	

Adaptado dos níveis de ansiedade (descritos em Townsend, M. C. (2011, p. 17). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª edição ed.). Loures : Lusociência.)

## REGISTO DE PRESENCAS

Enf.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_

Tema da Sessão de Biblioterapia \_\_\_\_\_

Clientes convidados a participar:	Como classifica a sessão					Recusa	HADS		Nível de Ansiedade	
	1	2	3	4	5		A	D	Inicial	Final
1-										
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										

Resumo dos problemas trabalhados pelo grupo:



## **APÊNDICE XIII**

SESSÃO DE RELAXAMENTO PROGRESSIVO DE *JACOBSON*



## **Sessão de âmbito Psicoterapêutico e Socioterapêutico (18/02/2018)**

**Título:** “Um momento de bem-estar”

**Objetivo:** - Promover o relaxamento muscular para o controlo da **ansiedade**;

### **Objetivo específico**

- Promover momentos de bem-estar;
- Ensinar estratégia não farmacológica no autocontrolo da ansiedade a adotar pelo cliente após alta hospitalar.

**Duração:** 60 Minutos

**Local:** Ginásio do Hospital de Dia do departamento de Psiquiatria.

**Material:** 1 colchão, um lápis e uma folha com a escala de avaliação da ansiedade por participante, coluna com amplificador de som, Telemóvel, música seleccionada “Meditação”

### **Crítérios de inclusão:**

- Pessoas com doença mental aguda internadas no internamento de psiquiatria;
- Apresentarem um comportamento adequado para integrar um grupo;
- Expressar assentimento para participar;

### **Estrutura da sessão:**

1ª Parte – Aplicar os critérios de inclusão aos clientes do internamento (15 minutos)

- Convidar os elementos com critérios para integrar o grupo;
- Expressar temática da actividade a integrar;
- Aplicar a escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS)
- Avaliar a ansiedade e promover que exprimam o que sentem no início da sessão;
- Encaminhar até ao local onde decorrerá a sessão;

2ª Parte – Estabelecimento das regras da dinâmica (5 minutos)

- Pedir atenção respeito e silêncio enquanto decorre a sessão;
- Pedir confidencialidade sobre o que o grupo possa partilhar;
- Dar liberdade para quem não quiser participar ou pretenda desistir da actividade o faça antes de iniciar;
- Clarificar que caso queira desistir durante a actividade mantenha o silêncio e de preferência os olhos fechados, para não perturbar o momento do grupo.

- Se não compreenderem alguma parte, não interrompem e seguem o passo seguinte;
- Sentir a diferença entre tensão e relaxamento.

### 3ª Parte - Realização da dinâmica (30 minutos)

- Colocar uma música ambiente em volume moderado para promover o relaxamento;
- Cada elemento coloca o colchão a uma distância do outro que o permita movimentar-se sem se tocarem;
- Deitarem-se sobre o colchão em posição supino e adotarem uma posição confortável;
- Baixar a luminosidade da sala o máximo possível;
- Iniciar a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson segundo Payne (2003, pág 41).

### 4ª Parte - Avaliação/ Partilha de sentimentos relativamente à atividade (10 minutos)

- Exposição verbal de como se sentiram ao longo da atividade;
- Quais as dificuldades sentidas e os aspetos positivos;
- Quais os ganhos pessoais com a atividade;
- Pedir para preencher no final da atividade a escala de avaliação da ansiedade.

### **Pertinência:**

O relaxamento progressivo é uma técnica desenvolvida inicialmente por Edmund Jacobson que tem por base a fusão das abordagens relativas aos tempos de “tensão-distensão e passiva” Payne (2003,pág. 35).

No processo de avaliação da aplicabilidade da técnica, o autor concluiu que o relaxamento progressivo potencia o alívio da tensão da musculatura esquelética e tem resultados indiretos na diminuição dos níveis de ansiedade, pois através da mediação cerebral proporciona um crescente domínio do sistema nervoso parassimpático. É de realçar que no momento de contração muscular há consciencialização da zona muscular a contrair, sendo posteriormente no momento da descontração que é potenciado a produção de endorfinas para a corrente sanguínea que vai determinar a sensação de relaxamento e de bem-estar. (Payne, 2003)

## Bibliografia

Payne, A. (2003). Técnicas de relaxamento: Um guia Prático para Profissionais de Saúde. Loures: Lusociência.

### Caraterísticas do grupo:

Sexo	Idade	Dias Internamento	Nível Ansiedade (HADS + Escala Faces)			
			HADS		Nível e como se sente	Nível e como se sente
			A	D	Antes	Depois
	31	6m+11d	<u>11</u>	4	1 (Contraída)	0 (Feliz)
	35	15	<u>11</u>	<u>9</u>	2 (Tranquilo)	2 (Pouco ansioso)
	20	1	5	6	1 (Feliz)	0 (Com sono)
	27	14	8	7	0 (Apático)	0 (Um pouco feliz)
	26	4	8	8	3 (Feliz e animado)	1 (Relaxado e calmo)
	46	2m+7d	<u>16</u>	<u>21</u>	5 (Revoltado)	4 (Não sinto nada)

### Avaliação:

A atividade iniciou de modo insidioso, uma vez que houve necessidade de arranjar um espaço reservado e o mais silencioso possível. Após reunir as condições adequadas e os colchões, foi convidado os elementos do serviço que cumpriam os requisitos para participar.

Nesse período foi aplicada a escala HADS e posteriormente a escala de faces adaptada para a avaliação da ansiedade, numa sala antes de os convidar para a sala da atividade, para terem a possibilidade de se sentarem para o preenchimento da mesma.

A atividade foi dinamizada no ginásio do hospital de dia, uma sala sem luz natural, onde os elementos que participaram foram convidados a deitarem-se no chão e foi explicadas as regras da mesma, que todos acolheram com atenção, dando consentimento verbal.

Ao longo da atividade pode-se constatar alguma descoordenação da contracção muscular dirigida à região muscular do guião, mas não foi interrompida a técnica.



## **APÊNDICE XIV**

SESSÃO PSICOTERAPÊUTICA DE ARTE TERAPIA



## Sessão de âmbito Psicoterapêutico e Socioterapêutico (17/02/2018)

**Título: “A liberdade no desenho”**

**Objetivo Geral:** Promover a comunicação por meio de desenho

**Objetivos Específicos:**

- Promover a partilha de emoções e sentimentos;
- Promover habilidades de interação social;
- Promover um espaço de criação e de facilitação da comunicação verbal e não-verbal;
- Reduzir a ansiedade;
- Refletir sobre comportamentos ao longo da atividade e respeitar o espaço do Outro.

Duração: 60 Minutos

Local: Sala de refeições do Serviço de Psiquiatria.

Material: Folhas de papel, lápis de várias cores, cadeira e mesas.

**Crítérios de inclusão:**

- Pessoas internadas no serviço de internamento de psiquiatria;
- Apresentarem um contacto sintónico e um comportamento funcional para integrar um grupo;
- Expressar assentimento para participar;

**Estrutura da sessão:**

Introdução á actividade:

- Expor ao grupo em que consiste a atividade e quais os objetivos.

1ª Parte - Elaboração de 3 grupos, agrupando em cada 3 elementos (5 minutos)

- Convidar os elementos com critérios para integrar o grupo (estarem internados no serviço, aceitarem em participar);
- Agrupar os grupos em 3 equipas;
- Ter uma folha A4 para cada grupo e dividi-la em 3 partes iguais.
- Permitir que elemento escolha 3 lápis de cor diferentes.

2ª Parte - Estabelecimento das regras da dinâmica (5 minutos)

- Pedir respeito e silêncio enquanto o outro está a desenhar;
- Pedir confidencialidade sobre o que o grupo vai partilhar;
- Dar liberdade para quem não quiser participar ou desistir da actividade o fazer antes de iniciar;

- Clarificar que se não desejarem expressar-se oralmente na partilha com o grupo não é obrigado fazê-lo.

### 3ª Parte - Realização da dinâmica (20 minutos)

- Entregar uma folha dobrada em 3 partes iguais;
- Pedir que cada elemento da equipa faça um desenho livre, sobre algo que lhe fizesse sentido expressar, na sua face da folha, de modo organizado após eles decidirem a ordem;
- Cada elemento da equipa tem 5 minutos para o desenhar;
- Pedir que do seu desenho deixem 2 pontos que o outro deve seguir e por sua vez este também deve deixar 2 pontos na margem para o último dar continuidade.
- Pedir que cada elemento do grupo não visse o desenho da sua equipa.

### 4ª Parte - Exposição dos desenhos elaborados e escolha de um título para cada desenho por todos os elementos do grupo. (10 minutos)

- Pedir ao grupo para se reunir em círculo;
- Abrir a folha com o desenho de cada grupo de modo sequencial, aleatoriamente;
- Pedir para o grupo dar um título a cada desenho.

### 5ª Parte - Exposição de sentimentos e partilha de emoções do grupo relativamente a cada desenho; (15 minutos)

- Disponibilizar 5 minutos (por desenho) para os utentes identificarem os sentimentos e emoções que cada um experienciava ao visualizar os desenhos de cada equipa;
- Escrever esses mesmos sentimentos no desenho.

### 6ª Parte - Avaliação/Partilha de sentimentos relativamente à atividade (5 minutos)

- Exposição verbal de como se sentiram ao longo da atividade;
- Quais as dificuldades sentidas e os aspetos positivos;
- Quais os ganhos pessoais com a atividade.

### **Fundamentação:**

As intervenções em grupo encerram inúmeras potencialidades, tais como a expressão de sentimentos, promoção de competências pessoais e sociais, melhoria do espírito de interajuda. Para Yalom & Leszcz (2006) a terapia de grupo diverge da individual, uma vez que promove a esperança, a partilha de informações, desenvolve o altruísmo,

capacita a aprendizagem de técnicas de socialização, coesão grupal, catarse, aprendizagem interpessoal e resignificação correctiva de experiências.

Na Psicoterapia de grupo é promovida a interação entre as pessoas do grupo e entre o próprio terapeuta com as pessoas. O terapeuta é membro integrante do grupo e deve usar as suas capacidades empáticas, expressivas e criativas sempre com objetivo terapêutico. (Guerra & Lima, 2005)

Nos grupos funcionais, desenvolvem-se habilidades interpessoais, de desempenho de papéis e sentimentos de participação colectiva que levam a resolução de problemas.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, deve ter um papel de facilitador do processo de transição saúde /doença no cuidar da pessoa com doença menta em fase aguda, mobilizando-se a si como importante instrumento terapêutico.

Esta sessão é destinada a pessoas com doença mental em regime de internamento em situação de crise, em que torna-se importante mobilizar intervenções que por um lado reforce a relação de ajuda e por outro proporcione momento de expressão de emoções e sentimentos, clarificando-os e potenciar a reorganização cognitiva.




### **Bibliografia**

Guerra, M.; Lima,L. (2005). Intervenção Psicológica em grupos em contextos de saúde. Lisboa: Climepsi Editores.

Yalom,I.D.; Leszcz,M.(2006). Psicoterapia de Grupo: Teoria e Prática. Porto Alegre: Artmed.

### **Caraterísticas do grupo:**

Sexo	Idade	Dias Internamento	Doença	Problemas de Enfermagem
♂	47	15	Psicose tóxica+ Síndrome Dependência alcoólica	Ansiedade; interação social; uso de substâncias, <i>coping</i>
♀	31	6m+11d	Dça. Bipolar + P.P. Cluster B	Ansiedade, interação social, <i>coping</i>
♀	44	26	Dça. Bipolar	Isolamento social, ansiedade,
♂	35	15	Esquizofrenia	Interação social, pensamento, ansiedade
♂	20	1	Psicose por Tóxica	Pensamento, isolamento social, ansiedade
♂	27	13	Dça. Bipolar	Humor, ansiedade, interação social

	37	12	Síndrome Dependência alcoólica	Uso de álcool, humor, ansiedade
	26	3	Psicose tóxica	Pensamento, isolamento social, ansiedade
	46	2m+6d	Depressão Major com sintomatologia Psicótica	Humor, pensamento, ansiedade, interação social

### **Avaliação:**

Após término do tempo de desenhar, cada elemento do grupo foi convidado a partilhar o que via em cada desenho e qual o título que lhe dava, apelando aos sentimentos e emoções que este despertava em si. Tais emoções e sentimentos foram descritos na face central da folha de cada desenho, em que cada elemento conseguiu expressar verbalmente as mesmas, embora um deles tivesse referido que não sentia nada quando olhava para os desenhos, nem ter sentido nada quando desenhou o seu.

Embora este utente tenha verbalizado isso, denotei que ao longo do período em que desenhava esteve menos tenso e foi progressivamente ficando mais calmo e na partilha com o grupo este conseguiu expressar ao grupo que não sentiu nada.

No geral, o grupo esteve coeso e organizado. Na interação grupal houve dois elementos se se assumiram como líderes, mas os restantes elementos do grupo de modo progressivo foram impondo passivamente as suas opiniões na decisão de determinar um título em cada desenho.

Ao longo da atividade foi demonstrada recetividade por todos os elementos do grupo. Foi notória a cooperação e entajuda em respeitar tempos de silêncio para o Outro desenhar, embora tivesse havido alguns momentos em que houve necessidade de apelar à reflexão do grupo sobre o comportamento de dois utentes por estarem a falar alto e a comprometer a concentração dos seus pares, que desenhavam, que cooperam na correcção do mesmo.

Na transmissão de informação na interação grupal as mensagens verbalizadas de modo verbal foram congruentes à linguagem não-verbal expressa pelos elementos, havendo identificação de alguns elementos face ao que outros descreveram como emoções experienciadas.

No domínio da avaliação da ansiedade foi observado que ao longo da atividade os elementos do grupo verbalizaram confiança e entusiasmos aos elementos que iriam iniciar a desenhar, uma vez que estes estavam muito receptivos para começar, e progressivamente adotaram uma postura mais descontraída, o que melhorou a

concentração e o entusiasmo no que estavam a desenhar, ficando menos apreensivos. Ao verem o resultado final todos sorriram, alguns dizendo “Isto está o máximo, olha este, somos muito bons!” sic.

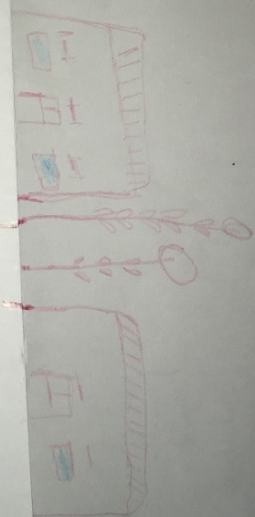
Ao longo da discussão e partilha de sentimentos e emoções foi importante refletir sobre a importância de dar tempo e espaço para o Outro, realçando as necessidades individuais de cada um e o direito de ser ouvido e respeitada a sua forma de ver e interpretar o que sente. Neste processo houve uma certa tendência do grupo em se pronunciar ao mesmo tempo quando eram descritos alguns sentimentos que comungavam, pelo que houve necessidade de intervir e devolver à discussão do grupo esses comportamentos e apelar à importância deste respeitar o espaço do outro.

O grupo classificou a intervenção como fácil de participar, positiva pois proporcionou momentos de silêncio e também de partilha. No final verbalizam sentirem-se descontraídos, com melhoria do bem-estar, com a sensação de terem sido retirados dos seus problemas por um período de tempo que os fez descontraír e ter experienciado um momento gratificante.

Foi notório o contentamento do grupo no final, tendo-me agradecido por aquele tempo investido neles, o que me deixou enternecido e feliz por sentir que tive um papel ativo no seu processo terapêutico, que realça o valor das intervenções não farmacológicas e dá ênfase às estratégias fundamentadas na humanização dos cuidados de enfermagem.

Foram digitalizados os trabalhos produzidos.

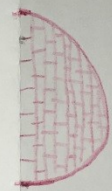
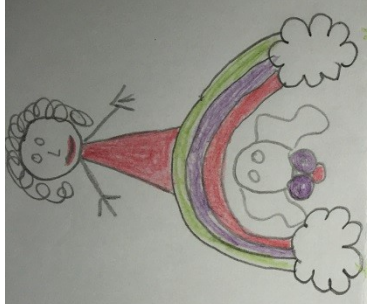
"liberdade, paz e alegria"



- Adolescência / juventude
- Paz
- Inocência
- Arrepentimento
- Alegria



"O Infante"



- Alegria
- Alegria
- Saudade de seu crango
- Liberdade
- Igualdade
- Paz