



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA COMO
ELEMENTO FACILITADOR DA ADAPTAÇÃO/GESTÃO COMPORTAMENTAL
THE EXPERT NURSE IN MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRY AS A FACILITATOR
OF BEHAVIORAL ADAPTATION/MANAGEMENT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Por

Patrícia Domingos Belo

Lisboa, 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA COMO
ELEMENTO FACILITADOR DA ADAPTAÇÃO/GESTÃO COMPORTAMENTAL
THE EXPERT NURSE IN MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRY AS A FACILITATOR
OF BEHAVIORAL ADAPTATION/MANAGEMENT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Por

Patrícia Domingos Belo

Sob orientação da Professora Doutora Olga Valentim

Lisboa, 2018

AGRADECIMENTOS

A todos os que se cruzaram no meu caminho, clientes, professores, orientadores e profissionais que me mostraram que se pode ir além do que se espera e com isso mais me humanizaram e me ajudaram a crescer.

À minha família que percebeu a maior ausência.

Às minhas amigas que nesta fase me lançam o anzol e me pescam das profundezas.

Em especial às minhas duas 'Inêses': pelos caminhos difíceis que têm feito ao meu lado.

RESUMO

As transições são processos fundamentais no ciclo de vida e embora não impliquem necessariamente doença, esta surge como um elemento que exige uma mudança e um processo de adaptação. Por sua vez a adaptação de comportamento às diferentes situações ou acontecimentos prevê a existência de uma harmonia entre as necessidades internas, as demandas externas e os processos utilizados para essa concretização.

Neste contexto o Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiatria surge, pelas suas competências específicas que contemplam a pessoa durante o ciclo vital, o indivíduo, famílias e comunidades, como o profissional com plenas capacidades para auxiliar o outro na adaptação a diversos desafios de vida, incluem a doença ou promovam a saúde mental.

Descritores: Comportamento adaptativo, transições, competências do enfermeiro

ABSTRACT

Transitions are fundamental processes in the life cycle and although they do not necessarily imply disease, it appears as an element that requires a change and a process of adaptation. In turn the adaptation of behavior to the different situations or events foresees the existence of a harmony the internal needs, the external demands and the processes used for this realization.

In this context the nurse of Mental Health and psychiatry arises, by their specific skills that contemplate the person during the life cycle, the individual, families and communities, as the professional with full capacities to assist the other in adapting to various life challenges, include disease or promote mental health.

Descriptors: Adaptive behavior, transitions, nurse skills

INDICE DE ABREVIATURAS

EEESM – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

OE – Ordem dos Enfermeiros

CP – Código Penal

OMS – Organização Mundial de Saúde

CP – Código Penal

TEP – Tribunal de Execução de Penas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

INDÍCE GERAL

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 17 |
| 1.1 Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Mental | 18 |
| 1.2 Referencial teórico de Enfermagem | 19 |
| 1.3 Revisão da literatura | 22 |
| 1.3.1 Desenho da investigação | 25 |
| 2. PERCURSO DE ESTÁGIO | 27 |
| 2.1 Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise | 27 |
| 2.1.1 Caracterização do serviço | 27 |
| 2.1.2 Fundamentação do tema | 28 |
| 2.1.3 Objetivos | 28 |
| 2.1.4 Análise Reflexiva | 34 |
| 2.2 Módulo III – Estágio de Opção | 35 |
| 2.2.1 Caracterização do serviço | 35 |
| 2.2.2 Fundamentação do tema | 37 |
| 2.2.3 Objetivos | 39 |
| 2.2.4 Análise Reflexiva | 42 |
| 2.3 Módulo I – Promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção | 43 |
| 2.3.1 Caracterização do serviço | 43 |
| 2.3.2 Fundamentação do tema | 44 |
| 2.3.4 Objetivos | 46 |
| 2.3.5 Análise Reflexiva | 48 |
| 2.4 Competências do EEESM | 49 |
| 3. CONCLUSÃO | 51 |
| 4. BIBLIOGRAFIA | 54 |
| APENDICES | 57 |
| APENDICE I – Projeto estágio do Módulo II | 59 |

| | |
|--|-----|
| APENDICE II – Atividades desenvolvidas em estágio do Modulo II | 65 |
| APENDICE III – Estudo de caso | 79 |
| APENDICE IV – Reflexões críticas | 91 |
| APENDICE V - Projeto estágio do Módulo III | 99 |
| APENDICE VI – Estudo de caso do módulo III | 103 |
| APENDICE VII - Planeamento de intervenção autónoma de enfermagem no contexto de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria | 117 |
| APENDICE VIII – Reflexões referentes ao estágio do Modulo III | 137 |
| APENDICE IX - Projeto estágio do Módulo I | 149 |
| APENDICE X – Estudo de caso do Módulo I | 155 |
| APENDICE XI – Reflexões referentes ao Módulo I | 177 |

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi-me proposta a realização de um Relatório referente ao trabalho realizado durante os três Módulos de Estágio.

Após a prática de enfermagem no âmbito do doente crítico durante sete anos, surgiu a necessidade pessoal e profissional de aprofundar conhecimentos e adquirir competências na área do cuidar da pessoa com enfoque nas suas emoções, pensamentos e sentimentos.

Este relatório que reflete um percurso de estágio com muitos ganhos ao nível do crescimento pessoal e profissional, com a aquisição de novas competências, em que da integração de conhecimentos teóricos e teórico-práticos se deu resposta às necessidades dos clientes. Estas respostas estão dentro da esfera de competências de Enfermeiro Especialista definido pela Ordem dos Enfermeiros em 2007 como aquele que possui «um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado» (OE, 2009).

As metodologias utilizadas foram a descritiva, mas também de análise reflexiva, promovendo um crescimento pessoal e profissional, refletindo na e sobre a prática. Sendo que os objetivos deste relatório se prendem com:

- Conceptualizar e avaliar a concessão dos objetivos previamente propostos para cada módulo de estágio;

- Avaliar as intervenções realizadas nos três módulos de estágio com vista à obtenção de ganhos em saúde para o cliente, família e /ou comunidade em que se encontra inserido;
- Enquadrar as atividades desenvolvidas num referencial teórico de enfermagem;
- Realizar uma reflexão do meu desempenho pessoal e das competências adquiridas que me permitem a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica;

Os três estágios realizados contemplaram a intervenção nos diferentes níveis de cuidados (primário, secundário e terciário), sendo que por uma questão de otimização da aprendizagem não ocorreu de acordo com a numeração dos módulos tendo sido o primeiro o módulo II e terminando no módulo I. Por ordem cronológica:

- O Módulo II – *Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise*, aconteceu na Clínica Psiquiátrica [redacted] no período compreendido entre 24 Abril e 24 de Junho.
- O Módulo III – *Estágio de Opção*, foi desenvolvido no serviço de Psiquiatria Forense, [redacted] no período compreendido entre 1 de Setembro e 26 de Outubro.
- O Módulo I – *Promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção* realizou-se na Unidade de Adolescentes, no Hospital de [redacted]

Constituem este relatório um referencial teórico do qual consta o modelo conceptual e os principais fundamentos teóricos que resultaram de revisão bibliográfica e deram suporte às intervenções, as actividades desenvolvidas ao longo dos três módulos de estágio que me permitiram adquirir as competências do enfermeiro definidas pela OE e reflexão sobre ganhos pessoais, do cliente respeitando os princípios éticos e deontológicos. Por opção pessoal será organizado por módulos e apresentado por ordem cronológica em que se desenvolveram. Consta ainda deste relatório uma lista de apêndices que serão

devidamente referenciados ao longo do trabalho, referentes aos três módulos de estágio.

A metodologia de apresentação deste relatório segue o Guião para a organização e apresentação do Relatório de Estágio no âmbito de Mestrado em Enfermagem (natureza profissional) da Universidade Católica Portuguesa. Referências bibliográficas APA.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

É possível ser-se enfermeiro apenas com destreza manual e intelectual, mas não se será bom enfermeiro se não se desenvolverem competências no respeito pelo outro, numa busca pela compreensão do seu todo. Tem-se ao longo do tempo vindo a observar uma complexidade nas definições de Saúde¹, no sentido de um olhar holístico e não somente das partes. A Saúde é um conceito amplo que abrange a complexidade do constructo e inter-relaciona o meio ambiente com aspetos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. E o enfermeiro surge como um profissional privilegiado no contacto com a pessoa, dado que possui uma formação altamente rica sobre as diferentes dimensões do Ser.

Para que o ser humano possa viver em harmonia consigo, com outro e o meio, perceber a dinâmica das mudanças é uma necessidade. A adaptação surge como uma resposta, tanto para a sobrevivência como para a vivência com qualidade. Na mudança há a perda de um estado para o surgimento de outro, podendo apresentar-se como melhor ou pior, e muitas vezes é sentido como uma ameaça ao equilíbrio da pessoa. Pode acontecer por razões inesperadas e incontrolláveis ou por razões premeditadas ou mesmo por fases naturais da vida. Foi com base nestes pressupostos: adaptação e gestão comportamental que se desenvolveu o projeto individual.

Este percurso de aprendizagem foi tendo um curso dinâmico em que os objetivos e as atividades foram sendo adaptados à realidade de cada campo de estágio, no entanto assentaram sempre nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental emanados pela OE. Para a Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ficou definido que este enfermeiro especialista tem como alvo de intervenção a pessoa ao longo do

¹ Sendo a saúde aqui entendida por um estado de bem-estar físico e conforto emocional e espiritual (World Health Organization, 1946; Ordem dos Enfermeiros, 2001).

ciclo de vida e a sua atividade é «dirigida aos projetos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença mental com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida» (OE, 2009).

Enquanto enfermeiros em formação de especialidade pretende-se a capacidade de demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão adequadas (OE, 2010). Enquanto membros de uma equipa multidisciplinar há o dever de “Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (OE, 2012).

1.1 Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Mental

O documento que se cita visa orientar e definir as competências que deve ter o EEESM emanadas pela OE. É global e integrativo de todas as valências em que o enfermeiro poderá estar sujeito a mobilizar os seus conhecimentos e estratégias em benefício da saúde do outro, seja num ponto de vista da prevenção, recuperação ou manutenção da saúde mental. Incide ativamente na pessoa com doença não a reduzindo à sua patologia e auxiliando na procura dos recursos internos e otimização do meio de forma a potenciar a qualidade de vida do outro.

«O EEESM, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução» (OE, 2010).

Importa para contextualizar ao restante trabalho enumerar as competências específicas sendo que a primeira se prende com a detenção de um «elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional» (OE, 2010). Dado que interfere na potencialidade de estabelecer

relações terapêuticas e desenvolver intervenções que condicionam os resultados esperados.

A segunda competência a enumerar é a assistência «a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental» (OE, 2010). A compreensão do outro implica mobilizar diversos conhecimentos e aptidões que implicam a compreensão do outro e dos sistemas onde se integra e interage.

«Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto» (OE, 2010). Sistematizar e planear com o cliente e equipas, através de diagnósticos em saúde mental e com recurso à evidência científica.

Por último o EEESM de prestar «cuidados de âmbito psicoterapêutica, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde». Inclui as capacidades de o enfermeiro individualizar estratégias de forma a ajudar a pessoa a mobilizar as suas capacidades para atingir um grau de funcionalidade satisfatório promovendo a inserção no seu meio social.

1.2 Referencial teórico de Enfermagem

«Assistir os utentes em processo de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de enfermagem» como refere Meleis (Abreu, 2008). Desta forma é função dos enfermeiros ajudar as pessoas na gestão das transições, em processos adaptativos ao longo de toda a sua vida. Segundo Abreu (2008) o termo transição deriva do latim *transitiōne*, que significa mudança, ato ou efeito de passar de um estado, período, assunto ou lugar para outro.

De acordo com Meleis (por Abreu, 2008), o termo transição «remete para uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais ou mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas: a transição requer que o ser humano interiorize um novo conhecimento, suscetível de alterar o comportamento e, consequentemente,

mudar a definição de si no contexto social.» As transições são processos fundamentais no ciclo de vida e embora não impliquem necessariamente doença, esta surge como um elemento que exige uma mudança e um processo de adaptação. Existem aspetos transversais às categorias de transição que suportam a ideia da existência de duas características universais das transições: são processos que ocorrem a todo o momento e que envolvem movimento de um estado para outro. Podem ainda ter um caráter desenvolvimental e situacional.

De acordo com Zagonel (1998), as condições condutivas aos processos de transição estão basicamente ligadas a três tipos de transição «a desenvolvimental, a situacional e de saúde-doença, as quais, podem gerar instabilidade produzindo efeitos negativos e profundas alterações, passageiras ou permanentes, deixando a sua marca no indivíduo. A relação enfermeiro-cliente frequentemente ocorre durante períodos de instabilidade em qualquer destes três níveis citados.»

Compreende-se que uma mudança no ciclo vital (a adolescência), acontecimentos que implicam alteração de papéis (o divórcio), ou alterações no estado de saúde, podem despoletar desequilíbrios psíquicos, que requerem numa primeira instância a prevenção da doença (na tentativa de evitar um agravamento da situação) e a promoção da saúde (ajudando a pessoa a adaptar-se à transição que surgiu na sua vida). Se a doença mental já se encontra instalada, cabe ao enfermeiro intervir de uma forma mais efetiva, ajudando a pessoa a viver o seu processo de transição (Teixeira et al, 2010).

Há uma complexidade e multiplicidade de padrões de transições o que leva a que estas não sejam mutuamente exclusivas. Assim, é necessário considerar os padrões de todas as transições significativas para as pessoas, em vez de tomar como foco de atenção somente uma transição (Meleis et al., 2000). A mesma autora refere a consciencialização é uma componente fulcral que pressupõe uma perceção real da situação. Para uma pessoa vivenciar a transição ou iniciar o processo de transição tem de ter alguma consciência das mudanças que estão a ocorrer, sendo que uma falta de consciência da mudança pode significar que o indivíduo ainda não tenha iniciado a transição. Contudo atendendo às particularidades da doença mental, importa perceber de que forma uma pessoa

com um diagnóstico de psicose, consegue desenvolver a consciencialização necessária para iniciar o seu processo de transição, uma vez que esta poderá apresentar uma grande deficiência na sua noção de realidade. Consideramos que uma pessoa apesar de não se considerar doente, de negar veemente que apresenta uma patologia, passado o momento agudo da doença consegue perceber com a ajuda do profissional de saúde que existem aspetos da sua vida que requerem mudança, e a partir desse momento inicia o seu processo de transição.

A consciencialização necessária não se prende apenas com a noção da patologia que a pessoa apresenta, mas com a perceção de que existe uma discrepância entre o seu comportamento e o comportamento socialmente aceitável. Assim, a pessoa precisa de perceber que para se manter integrado na sociedade há uma necessidade de mudança que tem que partir inicialmente de si. Todas as transições implicam mudança, mas nem todas as mudanças estão relacionadas com transição. A mudança pode estar associada a eventos críticos ou desequilíbrios, que proporcionam rutura nas rotinas, ideias, perceções e identidade (Meleis et al, 2000).

Deste modo, o enfermeiro deverá explorar as dimensões da mudança (natureza da mudança, temporalidade, gravidade, normas e expectativas pessoais, familiares e sociais) para que possa intervir de forma efetiva no processo de transição.

Um dos conceitos que Meleis (2000) introduz é o de “diferença confrontativa”, sendo que este se traduz em expectativas divergentes, sentir-se diferente, ser entendido como tal ou ver o mundo e os outros de forma diferente. Trata-se de um conceito que parece fazer sentido sobretudo no âmbito da enfermagem de saúde mental. Fazer a pessoa perceber que é diferente em relação ao padrão de normalidade que a sociedade impõe, por vezes resulta numa mudança de comportamento. Este conceito pode ser fulcral para perceber como ajudar no processo de transição de uma pessoa que não apresenta a noção da realidade. Este espaço de tempo envolve pontos críticos, que conduzem ao aumento da consciência e do envolvimento necessário para a transição se dar eficazmente. São acontecimentos que levam a uma consciencialização da necessidade de

mudança e levam a um envolvimento ativo da pessoa, dando sentido ao estabelecimento de novas rotinas, capacidades e estilos de vida (Meleis et al., 2000).

Os significados atribuídos aos eventos que precipitam a transição e ao processo de transição podem facilitar ou dificultar uma transição saudável. No que concerne às crenças e atitudes, quando o estigma ou preconceitos estão associados à experiência de transição, a expressão de estados emocionais relacionados com isso podem inibir a transição. Note-se ainda que uma preparação antecipada facilita a transição, enquanto que a falta de preparação é um inibidor. Inerente a isto está o conhecimento sobre o que esperar durante a transição e que estratégias podem ser úteis na gestão dessa transição (Meleis et al., 2000).

No que concerne aos padrões de resposta, estes podem ser de dois tipos: os indicadores de processo e os indicadores de resultado. Como as transições ocorrem ao longo do tempo, identificar indicadores de processo, permite-nos perceber se o movimento das pessoas é feito no sentido da saúde ou pelo contrário em direção ao risco e vulnerabilidade, permitindo uma avaliação e intervenção precoce, por forma a facilitar a existência de resultados saudáveis. Os indicadores de processo incluem: sentir-se ligado, interagir, localizar-se e estar situado, desenvolver a confiança e o coping. O sentir-se ligado aos profissionais de saúde, aos quais podem fazer questões, são outro indicador importante duma experiência positiva (Meleis et al., 2000). Desenvolver a confiança e mecanismos de coping consiste no aumento dos níveis de confiança por parte das pessoas que se encontram em transição, manifestando-se pela sua compreensão nos diferentes processos em que estão envolvidas.

1.3 Revisão da literatura

A minha intenção foi rever a literatura existente no que concerne à 'gestão comportamental' como forma de potenciar a adaptação a diferentes contextos de vida, seja na presença de doença do foro mental ou na promoção da saúde. Sendo que surge aqui como sinónimo de um processo adaptativo aos fenómenos de transição.

Na procura de descritores foi encontrado *adaptive behaviour* como termo mais aproximado que significa «um estado de harmonia entre as necessidades internas e as demandas externas e os processos utilizados na consecução dessa condição». Como tal pretende-se fundamentar intervenções de enfermagem que se enquadrem na otimização de processos adaptativos em diferentes tipos de crise. Não foram encontrados estudos que evidenciem especificamente o trabalho do enfermeiro no processo de adaptação comportamental, mas de forma indireta, de acordo com os dados encontrados, as intervenções com benefício mensurável enquadram-se, em Portugal, nas competências do EEESM.

The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2008) define o comportamento adaptável como 'competências conceituais, sociais e práticas aprendidas pela pessoa para que esteja apta a viver o quotidiano.» No âmbito das transições, que são naturais no quotidiano, Meleis (2000) refere a necessidade de desenvolvimento das capacidades que permite ao outro viver a transição com sucesso. A integração fluída da identidade está associada ao facto de as pessoas que vivenciam transições integrarem novos comportamentos, experiências e competências que transformam a sua identidade levando a uma melhor adaptação à realidade após a transição.

De acordo com Adibsereshki (2016) os comportamentos adaptáveis consistem em competências cognitivas, como a língua e a alfabetização, conceitos de dinheiro, do número e do tempo, sentido de si, habilidades sociais como relações interpessoais, de responsabilidade, auto estima, resolução de problemas e competências práticas, tais como o auto cuidado e as actividades do dia a dia. Não ficou ainda assim muito claro a forma de otimizar a adaptação do comportamento às diversas exigências vivenciais, no entanto surgiu um aspeto importantes relacionados com a gestão emocional com base na regulação das emoções. A conceptualização das emoções surge como uma chave no desenvolvimento humano e comportamentos, tendo impacto no aprimoramento dos comportamentos adaptáveis e diminuição dos comportamentos mal adaptativos (Izard et al.2008). As emoções podem ser vistas como componentes motivacionais que influenciam a cognição e ação e que pode ser facilitada pela regulação e que é a chave para o funcionamento adaptável (Izard, 2007).

Ser emocional e socialmente inteligente é ter meios para gerir eficazmente questões pessoais, sociais e mudanças ambientais, de forma a lidar no imediato com a situação, resolver problemas e tomar decisões. Adibsereshki (2016) refere que os indivíduos que têm a capacidade de regular as suas emoções são mais capazes de gerir o seu stresse.

A gestão emocional permite regular a emocionalidade, ou seja, atenuar as disrupções emocionais e por conseguinte facilita o autocontrolo e promove o bem-estar dos sujeitos em interação. Os enfermeiros além de fazerem a regulação da sua própria disposição emocional para cuidar, procuram capacitar os clientes na gestão da sua emocionalidade, promovendo um ambiente seguro e afetuoso, a gestão das emoções dos clientes e construindo a estabilidade na relação terapêutica (Diogo, 2015).

Shiota (2006) refere que estratégias regulatórias podem influenciar o bem-estar através de diferentes formas, dado que houve benefício na utilização de estratégias que aumentam diretamente a experiência de emoções positivas na face de eventos negativos, como o processo de doença.

De acordo com Simões et al (2016) num estudo realizado em Portugal pretendeu-se perceber a relação entre capacidade de adaptação, necessidades de apoio e qualidade de vida, tendo-se concluído que pessoas com maior capacidade de adaptação, tem menos necessidades de apoio e maior qualidade de vida. Defendem os autores abordagens práticas que assegurem que a educação portuguesa e os serviços de reabilitação evoluam de forma a incentivar uma sociedade mais inclusiva, em que pessoas reconhecidas na sua identidade, são engajados como cidadãos plenos e membros valiosos de suas comunidades.

Em termos comunitários Johnson & Traustadóttir (2005) referem que «o objetivo da vida comunitária é a promoção da normalização fomentando a inclusão, formação de competências adaptáveis, escolha e qualidade de vida.»

A adoção generalizada do modelo de recuperação no tratamento de indivíduos que foram diagnosticados com distúrbios psicóticos tem maior consciência dado que o sucesso na vida comunitária requer tanto a libertação de sintomas 'angustiantes' e a existência de um conjunto de habilidades adaptáveis utilizadas em busca de objetivos de vida. O desenvolvimento e a demonstração destas

habilidades são, de fato, a sine qua non de recuperação. Após a participação num programa de aprendizagem social, o comportamento adaptável aumentou significativamente para os clientes cronicamente institucionalizado que participaram neste estudo realizado num hospital forense (Newbill, 2011). Acrescenta que o a aprendizagem social juntamente com teste e de Stein de assertividade (original Stein's Assertive Community Treatment, 1976) integraram os primeiros programas de reabilitação psicossocial orientados para indivíduos com que foram diagnosticadas com esquizofrenia ou outros distúrbios psicóticos. Déficits de comportamento adaptável são a principal razão pela qual as pessoas permanecem hospitalizadas por longos períodos.

Com base nestes pressupostos poderemos EEESM contribuir para utilização dos recursos públicos finitos de «forma eficiente e direcionada de forma a que promova a plena participação em todas as dimensões da vida comunitária (Thompson et al. 2014).

1.3.1 Desenho da investigação

Foram utilizados os termos: adaptive behaviour and adaptive skills and nurse and mental health and emotional self-regulation not children not tecnologia not autismo not syndrome not team. Obtidos 51 artigos datados num intervalo temporal de 2008 a 2018 e excluídos vários mediante título e leitura de resumos. Obtiveram se oito artigos potenciais para a fundamentação do tema sendo que apenas cinco foram utilizados após leitura integral.

2. PERCURSO DE ESTÁGIO

Organiza-se este trabalho pela apresentação dos objetivos, atividades e aquisição de competências específicas do EEESM, através da apresentação por módulos. Descrevem-se por ordem cronológica em que se desenvolveram dado ser importante na compreensão da construção gradual dos planos de aprendizagem. Diz se com isto, que as experiências anteriores influenciaram os projetos seguintes num processo contínuo de aprendizagem.

2.1 Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise

Este módulo decorreu num serviço de agudos de um hospital em Lisboa no período compreendido entre 24 Abril e 24 de Junho.

2.1.1 Caracterização do serviço

Este hospital em Lisboa encontra-se organizado em clínicas assistenciais, com programas específicos de âmbito transversal, orientados por patologia (até ao momento em que realizei o estágio). Os clientes são maioritariamente internados por agudização do seu diagnóstico de esquizofrenia, com atividade psicótica não controlada.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos psiquiatras, assistente social e administrativo. Os enfermeiros são responsáveis por algumas atividades sendo de índole individual e de grupo. É o enfermeiro que modera a reunião comunitária que se realiza uma vez por semana. Ainda existem saídas em grupo dentro do recinto hospitalar num contexto fundamentado de terapia pelo movimento e 'helioterapia'. Realizam-se intervenções individuais, entrevistas e diferentes formas de contenção da pessoa em fase agudizada da sua doença

com presença de sintomatologia positiva e negativa. Realiza-se também com frequência semanal a reunião multidisciplinar moderada pela Diretora do serviço com debate dos casos clínicos de todos os clientes em regime de internamento, com participação da equipa de enfermagem.

2.1.2 Fundamentação do tema

É importante neste contexto abordar sucintamente a teoria da crise dado ter uma ampla abrangência e contribuir para a prática da enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Caplan (1980) é dos primeiros autores a definir 'crise' como um 'período de desorganização de um sistema aberto". Ferigato et al (2007) referem que esta pode ser desencadeada por um ou vários acontecimentos e que por vezes ultrapassam a capacidade do indivíduo ou do sistema de manter a sua homeostase e que podem ter um caráter passageiro ou podem permanecer, prejudicando o estado de equilíbrio da pessoa. Sob um caráter circunstancial, a crise surge em consequência a eventos raros e extraordinários, que o indivíduo não pode prever ou controlar (Sá et al., 2008). Aqui se inserem os processos de agudização das doenças. Neste sentido, o enfermeiro intervém na "crise" que a pessoa está a vivenciar, «auxiliando ativamente o indivíduo a mobilizar os seus próprios recursos para superar o problema, recuperando dessa forma, o equilíbrio emocional» (Sá et al., 2008), e a adaptação ao seu quotidiano.

2.1.3 Objetivos

Com base na definição pessoal de objetivos como esquematizado em apêndice (Apêndice I).

A - Desenvolver elevado conhecimento sobre mim enquanto pessoa e enfermeira

Indo de encontro ao Regulamento de Competências do EEESM houve demonstração da tomada de consciência sobre mim própria durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas formais ou informais. Fui identificando em mim as emoções, sentimentos, valores e outros fatores que poderiam interferir na relação terapêutica e dessa forma fiz a

gestão dos fenómenos de transferência e contratransferência, impasses e resistências na relação. Foi mantido o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico e realizadas reflexões periódicas onde se descreve o percurso realizado para atingir estes objetivos.

B - Prestar cuidados especializados à pessoa adulta com diagnóstico de esquizofrenia

Realizei a integração aos processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente, prevenir a incapacidade e promover a reabilitação, mobilizando os processos que melhor se adaptavam ao cliente e à situação, em conjunto com a equipa de enfermagem. Desta forma foram aprofundados conhecimentos sobre a esquizofrenia e necessidades da pessoa com este diagnóstico e sua família.

Planeei, execute e avaliei com a equipa sessões de intervenção psicoterapêutica/ socioterapêutica/ psicoeducativa (APENDICE II); realizei acompanhamento individual estruturado, com realização de sessões individuais e desenvolvimento de um plano de cuidados de acordo com os diagnósticos de enfermagem levantados e o referencial teórico mais adequado, que se operacionalizaram com realização de entrevistas e posteriores sessões individuais. Analisei o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade do utente para aprender e planeei as abordagens de acordo com a situação promovendo-se a adesão ao plano terapêutico.

Desenvolvi competências comunicacionais e relacionais com a pessoa com diagnóstico de esquizofrenia e utilizadas técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudaram o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promoveram mudanças positivas no seu estilo de vida com vista à reabilitação e lhe permitiam libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

Não foi possível desenvolver intervenções no âmbito das famílias e pessoas significativas maioritariamente por ausência dos mesmos.

Integrei, moderando, uma das atividades já realizadas no serviço, a reunião comunitária e cujos objetivos eram: promover expressão sentimentos; partilha de dificuldades e propostas sobre o internamento; o terapeuta/moderador conseguir decodificar alguns processos mentais decorrentes da doença. Era um encontro realizado semanalmente, moderado por um enfermeiro. Esta específica, moderada por mim com apoio do enfermeiro foi um espaço onde foi permitido aos clientes expressarem as suas emoções/dificuldades/dúvidas/medos sobre o internamento e como poderia ser melhorado o funcionamento do serviço, para que os cuidados a eles prestados fossem mais de encontro às suas necessidades. Procurei também promover alterações comportamentais através de comportamentos assertivos, como sejam a capacidade de ouvir os outros, capacidade de resolução de conflitos e fazer valer os seus direitos sem negar os dos outros. O tema é livre e cada um expõe o problema que quer, sendo permitido a todos intervirem. Possibilidade de brainstorming sobre diversos temas. Foi conseguido a exposição de algumas insatisfações relativamente à organização do serviço e sobre a natureza das relações entre os utentes. Foram expostas diferenças, houve agitação mas sobretudo os utentes libertaram algumas angústias, resolveram algumas diferenças entre si e puderam expor sentimentos. Como refere Brito (2011), 'neste tipo de interação, há melhor compreensão da doença, contacto com pessoas que têm os mesmos problemas e partilha de experiências e sentimentos, melhoria na adesão à terapêutica por parte das pessoas doentes e progressos importantes no relacionamento social'. Para mim foi possível perceber algumas frustrações, inquietações e processos mentais subjacentes, importantes para intervenções futuras.

Outra atividade que desenvolvi com os clientes foi a caminhada com fotografia. Os objetivos foram favorecer a gestão de sintomas de ansiedade associados ao internamento; promover auto-estima; promover expressão sentimentos através de terapia de reminiscência. Desenvolveu-se em dois momentos: 1º momento - dois enfermeiros saem com os utentes num percurso pré-definido, com paragem para cada utente poder fotografar algo de que goste; 2º momento – os clientes reúnem-se com o enfermeiro, que vai passando as fotografias. O autor de cada uma vai explicando porque escolheu aquela imagem para fotografar. 11 clientes participaram na sendo que as imagens foram maioritariamente de flores, edifícios

e objetos perdidos pelo jardim. Foi-lhes pedido que por uma questão de zelo da privacidade não fotografassem pessoas de fora do grupo, e ainda assim, do grupo só com concordância das pessoas fotografadas. No 2º momento os utentes falaram das suas perspetivas fotografias salientando que escolheram, alguns por serem apenas imagens bonitas, outros porque lhes trazia recordações do passado outros ainda por serem imagens inspiradoras de 'tranquilidade' e 'paz' (APENDICE III). Foi com sucesso que se trabalhou um pouco processos de reminiscência. Os utentes saíram da atividade mais tranquilos, alguns emocionados e houve promoção das relações entre eles, dado que alguns deram continuidade ao contar partes da sua história de vida uns aos outros.

Gonçalves et al (2008) referem que a reminiscência, utilizada como técnica de evocação guiada, pode perseguir diferentes propósitos, consoante as características da população a que se destina.

Do ponto de vista preventivo, a terapia da reminiscência pode ser utilizada para fomentar a adaptação a transições de vida, promover a autoestima e a auto percepção de saúde, aumentar o bem-estar e a satisfação de vida, fomentar os sentimentos de mestria, amplificar a flexibilidade no funcionamento quotidiano e prevenir o surgimento de sintomatologia depressiva. Numa perspetiva interventiva, após a deteção de padrões patológicos de funcionamento, a terapia da reminiscência pode ser utilizada para estimular o funcionamento cognitivo de doentes com demência, diminuir a incidência de sintomatologia pós-traumática, atenuar o isolamento social, auxiliar o processo de luto e diminuir a sintomatologia depressiva.

Os resultados da terapia da reminiscência, ainda de acordo com os autores (Gonçalves, Albuquerque, & Martín, 2008), parecem beneficiar os doentes de modo direto e indireto, pois permitem trabalhar os níveis de autoestima e depressão das pessoas, ao mesmo tempo que possibilitam o estabelecimento de novos padrões de relacionamento com os seus prestadores de cuidados, formais ou informais. Como observado anteriormente, a prática de reflexão autobiográfica produz resultados que vão para além da mera recuperação de informação. Ao identificar as consequências dos processos de reminiscência podem ser

determinadas percepções importantes tanto para os doentes, como para os praticantes empíricos como para os respetivos clínicos.

C - Prestar cuidados à pessoa e família em situação de crise por agudização da doença

Foi neste contexto realizada uma revisão sobre os diferentes tipos de crise e em contexto de estágio foi-me possível identificar comportamentos preditores de situações de crise e atuar em conformidade mediante a subjetividade de cada situação; identifiquei sintomatologia associada a estados de crise e após conhecer as formas de resolução da crise adequadas a cada situação, foram realizadas intervenções de caráter imediato como contenção relacional e quando necessário química e mecânica (sobretudo em quadros de agitação com auto e hétero agressividade. Estas intervenções tiveram enfoque nas queixas ou alterações imediatas ao equilíbrio da pessoa com base na gestão emocional com efeito na resposta comportamental. Com sustento no papel do enfermeiro como um auxiliador na adaptação às situações de crise e potenciador da reabilitação.

Realizado um acompanhamento individual com estudo de caso (APENDICE IV) que me permitiu diagnosticar, planejar, executar e avaliar de acordo com a realização intervenções de enfermagem específicas. Indo de encontro às competências do EEESM dado que se mobilizaram contextos e dinâmicas, sobretudo pessoais, auxiliando a pessoa a procurar os seus próprios recursos na auto gestão de forma a melhorar e recuperar a saúde e desenvolver a potencialidades pré existentes.

Foi possível perceber a aplicabilidade dos diferentes tipos de contenção mediante a circunstância e respeitados, quando se verificou, as indicações sobre contenção física emanadas pela OE.

Neste contexto foram planeadas algumas atividades que visavam a entrevista e posterior intervenção, após levantamento de diagnósticos. Em situação de crise por agudização da doença verifiquei que em vários momentos não havia condições por parte do doente para colaborar no plano terapêutico, pelo que a ausência de insight para a doença acentuava essa indisponibilidade. Ao logo do tempo fez-me sentido a intervenção ao nível da regulação emocional, dado que em muitos momentos me apercebi que existia por detrás de uma quadro de maior

ansiedade, agitação psico-motora, fuga, agressividade, a tristeza, o medo ou a ira. Auxiliar o cliente na verbalização, tomada de consciência e validação da emoção sentida. Estar presente, a escuta, a discussão de experiências emocionais, gestão de sentimentos de culpa, promoção do coping e auto-estima e proporcionar uma sensação de segurança foram intervenções que demonstraram efeito terapêutico visível e verbalizado pelo próprio. Por terem sido intervenções com diferentes utentes foram organizadas de acordo com diagnóstico e avaliadas individualmente (APENDICE II). No geral e dado a natureza mental de presença de atividade psicótica dos participantes, foi necessário otimizar o ambiente: informal, sem local e duração previamente definidos.

Com o objetivo de se aprofundar conhecimentos sobre o cliente com informação precursora de um plano de cuidados realizou-se um estudo de caso. A escolha do cliente deu-se por ter havido a oportunidade de acompanhar o seu percurso desde o primeiro dia de internamento.

Stake (2009) propõe o método de estudo de caso intrínseco, que é utilizado quando o investigador pretende compreender um caso particular e as suas peculiaridades, mais precisamente na perspetiva de aplicação prática do Processo de Enfermagem em todas as suas etapas com vistas à sistematização da assistência em enfermagem.

O estudo de caso é considerado no domínio da Enfermagem, como o precursor dos planos de cuidados, tidos como o primeiro passo a se alcançar o que é definido como Processo de Enfermagem (...) com vistas à integralidade do ser e a autonomia profissional (Silva & Santos, 2009).

No momento agudo da doença é grande a probabilidade da pessoa com psicose não possuir a consciência necessária para iniciar o seu processo de transição, o que reforça a necessidade da intervenção precoce do enfermeiro no sentido de estabelecer uma relação de ajuda, que dê suporte ao processo de consciencialização da necessidade de mudança de comportamento. Apenas a pessoa em situação de psicose mereceu uma reflexão mais abrangente da nossa parte, uma vez que nas outras doenças psiquiátricas a noção da realidade se mantém preservada, sendo mais fácil a aquisição de consciencialização e consequente início da transição.

2.1.4 Análise Reflexiva

Foi o primeiro contacto com o doente do foro psiquiátrico e foi extremamente rico em aprendizagens. Foi por isso o ponto de partida para a construção do que se pretende com a realização deste percurso formativo. No contexto da análise reflexiva foram realizadas reflexões quinzenais cujos alguns excertos cito aqui:

«Não me foi totalmente possível dissociar das minhas próprias crenças mas ainda assim tive noção disto mesmo e tentei gerir os fenómenos de transferência e contra transferência.»

«A intencionalidade está lactente em praticamente todas as minhas ações. Seja nas abordagens em grupo ou individuais. Tenho noção dos meus objetivos na interação com o outro, seja em entrevista, conversa circunstancial ou até avaliação de sinais vitais. Tenho noção que esses objetivos possam ainda ser humildes ou muito simples pela minha imaturidade em reconhecer os processos cognitivos e emocionais subjacentes à doença, isolamento, alienação que muitas destas pessoas sentem com o internamento. Muitas vezes pretendo apenas que me vejam como elemento da equipa terapêutica, me procurem, criem empatia nem que a inicial seja pela imagem que criam de mim. Sorrio para os utentes no cumprimento diário sem os desafiar. Apresento-me quando não conheço. Com a utente que tenho vindo a seguir tentei formar uma espécie de ‘aliança terapêutica’ em que na última fase do internamento procurei o reforço da adesão ao plano terapêutico como elemento fundamental para conseguir prosseguir com os seus objetivos pessoais. Reforcei as suas potencialidades e motivação.»

«Obviamente a presença de diversos fatores biogenéticos da doença diferencia-nos mas a noção de que todos somos vulneráveis à mudança, e por isso à crise, faz-me olhar para estes utentes cada vez mais como pessoas altamente merecedoras do nosso cuidado. Os limites desde cuidado de enfermagem a estas pessoas, tornam-se por si só, muito amplos.»

2.2 Módulo III – Estágio de Opção

Este ponto do capítulo II reflete as aprendizagens no estágio num serviço de Psiquiatria Forense no período compreendido entre 1 de Setembro e 26 de Outubro. Ao longo de 180h desenvolveram-se ações com intencionalidade terapêutica de forma individual e grupal.

A par com o despertar de mentalidades na sociedade no que concerne ao respeito de direitos fundamentais, a igualdade, a ética e a justiça têm sido temas de debate constante. Não obstante, o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, sendo o profissional que está tantas vezes presente na vida das pessoas e de forma por vezes íntima e com potencial influência, deve ter a sua prática alicerçada nestes conceitos. Não interessa ao enfermeiro apenas prolongar o tempo de vida das pessoas mas surge com igual importância a manutenção da qualidade de vida nesse mesmo tempo.

Nos últimos anos, segundo a OMS a saúde mental surge como prioridade para que as pessoas mantenham ou melhorem a qualidade dos seus dias e por isso o enfermeiro de saúde mental e psiquiatria é um elemento chave.

Insere-se no Módulo III que tem um caráter opcional e cuja escolha se baseia na necessidade de o enfermeiro conhecer a realidade de uma população altamente vulnerável: doença mental associada à prática de ato ilícito. Pessoas em restrição da sua liberdade, que tendo mais ou menos crítica à ilicitude necessitam de cuidados especializados e prolongados. De acordo com Townsend (2011), os enfermeiros em psiquiatria forense “integram a filosofia de enfermagem psiquiátrica/saúde mental e a prática com conhecimento do sistema de justiça criminal e avaliação das influências socioculturais dos clientes individuais, família e comunidade.” Visa contribuir, através da reflexão, para desenvolvimento de saberes baseados na evidência científica e para a oportunidade de atividades promotoras de desenvolvimento de conhecimento e competências profissionais.

2.2.1 Caracterização do serviço

Esta unidade é destinada ao tratamento clínico-forense e reabilitador de indivíduos considerados pela justiça como inimputáveis perigosos (art.20, art.91, art. 104, art. 105 do CP) em regime de cumprimento de medida de segurança.

É uma estrutura inserida em área delimitada por vedação adequada à finalidade, que se encontra equipada com condições de segurança e vigilância. O edifício é constituído por cave, dois pisos, espaço de sótão e espaço exterior para actividades físicas, horta e campo de futebol. No primeiro piso situa-se sala de trabalho de enfermagem, sala de estar, duas casas de banho para uso dos residentes e treze quartos que são partilhados e dois de observação (em frente à sala de enfermagem).

A equipa multidisciplinar é constituída por onze enfermeiros (um chefe e dois especialistas em saúde mental e psiquiatria incluídos), oito assistentes operacionais e três médicos. Uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e três administrativas.

É um estabelecimento destinado a pessoas que, por força de uma anomalia psíquica, no momento da prática de um ato delituoso por si executado, se encontravam, respetivamente, incapazes ou com a capacidade para avaliar ou se auto determinar em consonância com essa avaliação sensivelmente diminuída (art.20º,n.º1 e n.º2 do CP).

Aos anteriores pressupostos adiciona-se a existência concomitante de fundado receio de que, devido à anomalia psíquica em consideração, o individuo venha a cometer outros factos da mesma natureza – perigosidade (art.º91, n.º1 do CP).

É realizado sempre aquando da admissão de cada internado um Plano Terapêutico e de Reabilitação ajustado às necessidades, aptidões e riscos do mesmo. É elaborado pela equipa multidisciplinar e homologado pelo TEP. Contempla características biológicas (medicação), psicológica (cognição, emoção, lógica concetual, comportamentos repetitivos disfuncionais), reabilitadora (autonomia individual, social e laboral, reinsertora (grupo de pertença, alojamento, suporte económico, cidadania) e penal (entendimento da ilicitude praticada, entendimento da doença, ligação da doença ao ilícito, capacidade de autodeterminação).

Incluídas no plano terapêutico, no âmbito da reabilitação/reinserção estão as saídas de ensaio em ambiente protegido, que acontecem dentro do recinto murado do serviço. Iniciam-se logo após estabilização do quadro clínico de admissão e concluída a integração ao normal funcionamento da unidade. O indivíduo é avaliado em contexto de integração com o meio comunitário, através de saídas faseadas e supervisionadas. Exige a adesão ao plano individual terapêutico e servem também para a avaliação da capacidade do internado se relacionar em conformidade com as normas e éticas sociais vigentes e a promoção de laços sociais. No período em que realizei estágio na unidade as saídas encontravam-se suspensas por medida restritiva em contexto de processo de inquérito a decorrer.

2.2.2 Fundamentação do tema

Há mais de uma década que o desempenho da saúde mental tem sido maioritariamente em instituições psiquiátricas. A ‘nossa experiência’ mais longa foi com doentes mentais em situação de agudização das doenças, no entanto nos últimos anos temos prestado cuidados de enfermagem a doentes de evolução prolongada. Isso leva a que o enfermeiro de saúde mental tenha de centrar e refletir sobre os cuidados a prestar a pessoas com patologia crónica que estão em situações de vulnerabilidade, e com internamentos muito longos e de difícil integração social.

Segundo Goffman (Frehse, 2008) nas chamadas instituições totais – instituições de tratamento psiquiátrico, colégios internos, instituições religiosas e quartéis – organizam, a partir do binarismo entre a equipa ‘dirigente’ e grupo controlado, a totalidade da experiência cotidiana de um interno, viabilizando que o continuum das vivências aconteça num mesmo espaço-tempo: os internos dormem, fazem suas refeições, vêem televisão, tomam medicamentos e “matam” o tempo no mesmo espaço, não havendo ruturas, como é comum na nossa experiência cotidiana, remetida à descontinuidade dos lugares em que fazemos as nossas diferentes atividades. Nas instituições totais, é-se impregnado por uma atmosfera em que não há possibilidade de intimidade ou de fruição, é-se impedido de deliberar sobre aspetos básicos da existência, como a decisão de ir ao banho, deitar-se, ler um livro, fazer um telefonema ou fumar.

Neste contexto, a prática do enfermeiro em instituições de cumprimento de medidas de segurança, por isso forense, é uma realidade necessária e para a qual o profissional deve estar desperto e preparado, tal como a própria OMS preconiza (OMS, 2005).

A perturbação mental grave e agudizada, em que a pessoa entra em rutura com a realidade no pensar e agir, pode favorecer uma situação de perigosidade e trazer consequências dramáticas para a própria pessoa e para os outros. Dai a necessidade de hospitalização para instituir tratamento necessário para o restabelecimento das condições para que a pessoa possa estar em circunstâncias de voltar ao meio social. Surgem por isso situações de internamento compulsivo, e em situações previstas no código penal outras medidas existem a ser tomadas.

Segundo o Código Penal, “É inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação” (Artigo 20º do CP). Assim sempre que seja verificada a inimputabilidade de uma pessoa o tribunal impõe o seu internamento em estabelecimento de segurança para a obtenção obrigatória de tratamento psiquiátrico e por um determinado período de tempo. Neste contexto o enfermeiro assume vários papéis. Estes papéis embora diferentes confluem na manutenção da segurança destes, tratamento e reabilitação, pois embora estejam a cumprir um ‘equivalente a uma pena’ são doentes que necessitam de cuidados específicos.

De acordo com a OE os “enfermeiros especialistas de saúde mental têm assim que apresentar competências de âmbito psicoterapêutico que lhes permitam desenvolver uma prática clínica eficaz e aplicar intervenções terapêuticas adequadas que contribuam para a promoção e proteção da saúde mental” destas pessoas, o seu tratamento e reabilitação. Os enfermeiros devem saber lidar com possíveis reações adversas como comportamentos impulsivos, agressões verbais e prevenir auto ou hétero-agressões físicas. Refere Silva, (2013) que é também importante saber lidar com os mecanismos de contratransferência tendo sempre em atenção a pessoa que cometeu o delito e não o delito que foi cometido.

Foi escolhido este estágio para que pudesse aumentar conhecimentos, desenvolver competências e alargar a visão do doente inimputável, num contexto

em que os valores pessoais e profissionais, sujeitos aos fenómenos de contratransferência, têm de coexistir inequivocamente imparciais com a prática de cuidados.

Neste contexto foram desenvolvidas competências que pudessem melhorar a vivência em instituição mas simultaneamente num tipo de micro comunidade, por isso tentou-se desenvolver o treino de aptidões sociais, nomeadamente o comportamento assertivo. O treino de competências sociais tem por base um «constructo teórico, essencialmente avaliativo e que abrange as dimensões, individual e coletiva. Concretiza-se no comportamento adequado a determinada situação, observando-se apenas os seus efeitos e não a competência em si mesma» (Loureiro, 2011). Surgem programas de treino que podem ser implementados pelo enfermeiro, em especial em especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria, numa dupla vertente: na promoção da saúde mental e na reabilitação, pela intervenção em doentes mentais (p.ex. com esquizofrenia) no sentido de melhorar as suas competências sociais e consequentemente o relacionamento interfamiliar. Indo isto de encontro ao referido no Regulamento de competências específicas do Enfermeiro de Saúde mental e psiquiatria: «Executa uma avaliação global das capacidades internas do cliente; Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações; Planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento sócio emocional.»

2.2.3 Objetivos

Com base na definição pessoal de objetivos como esquematizado em anexo (APENDICE V).

A- Desenvolver elevado conhecimento sobre mim enquanto pessoa e enfermeira

“O autoconhecimento leva a uma tomada de decisão mais consciente pois ao conhecermos melhor todas as nossas fragilidades podemos adquirir mais capacidades e resiliência e potencializarmos a nossa atuação” (Silva, 2013)

Houve durante este período um processo de auto investigação, uma tomada de consciência sobre mim própria, tanto durante a relação terapêutica mais informal

como na realização de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

Foram identificadas nos respetivos momentos algumas emoções, sentimentos, valores e outros fatores em mim e no outro e como poderiam influenciar a relação terapêutica. O desafio do cuidar do doente com passado de atividade ilícita contribuiu para uma maior atenção para com os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses e resistências na relação terapêutica. Tendo conseguido uma gestão eficaz destes elementos. Mantiveram-se os limites da relação profissional e conseguiu-se preservar a integridade do processo terapêutico. Houve necessidade de uma constante monitorização das minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais, registando diariamente aquilo do qual tive consciência.

Houve um trabalho de reflexão importante sobre mim enquanto pessoa e profissional e um aumento de maturidade no desempenho destes papéis. Saliento uma aprendizagem sobre quem sou eu no cuidar da pessoa, centrando a minha postura na visão do cliente como a pessoa e não como a doença ou o crime cometido.

B- Conhecer a estrutura orgânica e o enquadramento físico e jurídico-legal do serviço

Obtive informação sobre a estrutura do serviço como descrito anteriormente e também consulta de documentação existente no serviço: protocolos, normas, metodologia de trabalho, processos clínicos e processos judiciais. Existe coesão profissional e trabalho tanto em equipa como explorado o método individual de trabalho.

Foi neste contexto realizada consulta da legislação com apontamentos, no que concerne à inimputabilidade, pelo CP Português. Foi pertinente pois o desempenho do enfermeiro no contexto de psiquiatria forense anda a par com procedimentos judiciais.

C- Prestar cuidados no âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo na área da gestão comportamental

Obtive um conhecimento mais aprofundado sobre características socioeconómicas, familiares e laborais dos utentes, prévios à implementação de medida de segurança, dado que esses elementos poderiam ter efeito influenciador sobre os padrões de comportamento apresentados.

Foi definido um grupo de trabalho com 10 clientes com objetivos de diagnosticar sobre alguns comportamentos sociais. Aplicado formulário com base na 'Escala de comportamento interpessoal' com resultados coincidentes com o referido na literatura (Vagos & Pereira, 2010). Neste contexto foram realizadas intervenções de grupo de treino de assertividade que foram concluídas por uma ação de revisão de conceitos, exercícios práticos e discussão de ideias através da técnica de 'brainstorming'. Este treino de competências ou aptidões sociais aconteceu de forma individual quando oportuno, com reflexo no dia-a-dia de alguns clientes que identificam situações de comportamento não assertivo com correção dos mesmos (APENDICE VII).

Num contexto de gestão comportamental, o treino de assertividade em doentes institucionalizados pareceu adequado, de acordo com as características dos mesmos, a necessidade de respeitar regras muito específicas e a convivência entre eles e com os profissionais. A literatura consultada previamente demonstra efetividade do treino de assertividade e competências sociais. Assim sendo foi realizado um diagnóstico de situação com base numa Escala de Comportamento Interpessoal (Vagos & Pereira, 2010) que visava avaliar alguns comportamentos sociais em termos de frequência e ansiedade. Como resultado verificou-se que os elementos incluídos na atividade e que foram inquiridos demonstravam menor frequência e maior ansiedade em ações que incluem a expressão de desagrado ou receção de críticas ao seu próprio comportamento. Como tal foram desenvolvidas ações grupais (quatro no total) que passaram pela informação sobre o que é assertividade, as vantagens do comportamento assertivo e a expressão livre de ideias. Conseguiu-se uma moderação segura, com controlo do grupo e constante motivação dos elementos. Para além da avaliação das atividades formais, houve por observação das interações no dia a dia entre os clientes e entre estes e os profissionais. Verifico que no não cumprimento de algumas regras haveria quase sempre um cliente que dizia ao outro que não

estaria a ser assertivo e este corrigia. Mantém ainda dificuldade em expressar desagrado no comportamento dos outros com sugestões de mudança.

Foram ainda estabelecidos alguns diagnósticos de enfermagem com base em CIPE de contexto comportamental ou com influência direta e realizadas intervenções com intenção psicoterapêutica que foram avaliadas por expressão direta dos clientes, por monitorização do comportamento interpessoal e no cumprimento de regras. Estas intervenções foram realizadas com base numa planificação de atividades e avaliadas individual ou coletivamente como apresentado em anexo (APENDICE VII).

Foi observada uma adequação comportamental com base na assertividade, indo isto de encontro ao objetivo referido.

2.2.4 Análise Reflexiva

Atingiram-se grande parte dos objetivos propostos para este estágio. No global foram atingidas competências ao nível do conhecimento e integração ao serviço e equipa multidisciplinar. Neste contexto foi importante observar a interação e as intervenções terapêuticas de alguns elementos da equipa tal como mobilizar estratégias para a adaptação a um novo ambiente e novas pessoas. No processo de aprendizagem foi fundamental a boa relação que mantive com a equipa na sua globalidade.

Enquanto pessoa e futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria, evoluí no caminho do auto conhecimento através da auto-observação de pensamentos, emoções e linguagem verbal e corporal. Num contexto de intencionalidade terapêutica foi importante mobilizar conhecimentos teóricos para potenciar o autocontrolo e relação de empatia com o outro. Neste percurso pude refletir sobre alguns temas, cuja reflexão por si só, já contribuem para ser uma pessoa e profissional mais sensível para temas que se relacionam sobretudo com o outro, enquanto ser detentor de direitos, sensibilidade e características únicas e individuais. Cuidar da pessoa com doença mental e perceber o que nos une e o que nos separa reforçou a ideia de igualdade enquanto pessoas (eu e outros)

mas a diferença enquanto entidade mobilizadora de ferramentas terapêuticas (com efeito no outro).

Em resumo, foram aplicados conhecimentos teóricos adequados na compreensão, ação, comunicação e mobilização de instrumentos na relação interpessoal e grupal. Houve aprendizagem também com os momentos que careceram de correção.

Ao longo do estágio foram realizadas reflexões quinzenais de acordo com o *ciclo reflexivo de Gibbs*. Estes elementos apresentados em apêndice (APENDICE VIII) deverão ser considerados como elementos reforçadores da análise reflexiva global deste período de estágio.

2.3 Módulo I – Promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção

2.3.1 Caracterização do serviço

A Unidade de Dia de Adolescência insere-se no serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de um hospital em Lisboa.

Este serviço integra o Departamento de Neurociências. É uma estrutura complexa formada por múltiplos profissionais em grupos de trabalho diferentes. Historicamente existiria apenas a consulta externa de ‘Neuroses’ à qual se juntou o Hospital de Dia e só mais tarde o internamento completo. Ao longo dos anos forma surgindo múltiplas unidades especializadas, numa ‘evolução que acompanhou as próprias mudanças operacionais e conceptuais da Psiquiatria’ (Guia do Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria).

As Unidades funcionais do serviço são: a consulta externa (no âmbito da Pedopsiquiatria, Adolescência, Psiquiatria do adulto, gerontopsiquiatria, Alcoolismo, Ansiedade e stress, doença bipolar, Sexologia, Comportamentos Auto lesivos e suicido adolescente, toxicoddependência, psicoterapia, avaliações psicológicas e neuropsicológicas, perturbações do comportamento alimentar e primeiro surto psicótico); Unidades de Internamento; Hospital de Dia; Psiquiatria de Ligação; Unidade Projeto e Reabilitação; Equipa Comunitária; Equipa de Adolescência; Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar; Núcleo de

Psicogerontologia; Programa de Intervenção nas Fases Iniciais da Psicose; Núcleo de Etilo-Risco; Coordenação do Serviço de Urgência; Organização das perícias médico-legais; Toxicodependências e Unidade de Investigação.

Foca-se em particular a Equipa de Adolescência onde este estágio foi integrado. A estrutura física do serviço situa-se no departamento de Neurociências. Possui vários gabinetes e uma sala com cadeiras, pufes e computadores onde os adolescentes passam grande parte do tempo, ora em tempo livre, actividades do grupo terapêutico, terapia ocupacional e musicoterapia. As actividades são planeadas por semana. Às segundas e quartas-feiras de manhã há atividade desportiva num gimnodesportivo onde habitualmente os jovens têm a possibilidade de escolher o desporto que querem praticar e desenvolver alguma autonomia e sentido de responsabilidade.

2.3.2 Fundamentação do tema

Começa a ser dedicada uma atenção especial à adolescência com a imergência da psicanálise e desde então é foco de estudo, sobretudo pela psicologia.

Por se considerar uma fase conturbada da vida do Homem, diversas ciências, onde se inclui a enfermagem e por isso a realização desta revisão, têm-se dedicado a conhecer melhor as exigências da mesma. A literatura remete para diversas definições e muitos autores.

Erickson, em 1976 apresenta a adolescência a partir do conceito de 'moratória', sendo uma fase do processo de desenvolvimento entre a infância e a vida adulta na qual surgem a confusão de papéis e as dificuldades para estabelecer uma identidade própria.

As concepções mais recentes contrariam os conceitos de universalidade e abstrato, tendo sido definidas algumas etapas mais transversais, mas incluindo a particularidade dos seus conflitos "naturais". Numa revisão sobre a adolescência, a definição do conceito é complexa e pouco consensual. É difícil definir um período estanque mas pode dizer-se que estará concluído quando o jovem já terá conseguido concretizar uma série de tarefas, ditas desenvolvimentais, que se expressam no plano intelectual, na socialização, na afetividade e na sexualidade.

Pressupõe-se que quando o jovem se sente suficientemente autónomo (num plano interno) face às figuras parentais, que já terá elaborado o seu próprio espaço de identidade, adquiriu um sistema de valores próprios e que tem capacidade para manter relações estáveis e maduras com o outro (Ferreira & Nelas, 2006).

Knobel (1989) introduziu a noção de adolescência que é caracterizada por uma sintomatologia que inclui:

“1) busca de si mesmo e da identidade; 2) tendência grupal; 3) necessidade de intelectualizar e fantasiar; 4) crises religiosas, que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso; 5) deslocalização temporal, em que o pensamento adquire as características de pensamento primário; 6) evolução sexual manifesta, desde o auto-erotismo até a heterossexualidade genital adulta; 7) atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversa intensidade; 8) contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida; 9) uma separação progressiva dos pais; e 10) constantes flutuações de humor e do estado de ânimo” (Knobel, citado por Bock, 2007).

A adolescência seria uma fase de reestruturação do “núcleo do eu”, quando as estruturas psíquicas/corporais, familiares e comunitárias sofrem mudanças conflituantes. (Tiba citado por Bock, 2007). Com isto surgem algumas tarefas do adolescente que se prendem com o acesso à autonomia, a aquisição de uma identidade mais estável e o estabelecimento de relações afetivas fora do contexto familiar. Diante de alguns fatores que se apresentam como geradores de desequilíbrio, os mecanismos de proteção constituem elementos fulcrais no restabelecimento do equilíbrio perdido e na capacidade de fazer face à adversidade. São alguns deles a autoestima positiva, uma adequada ligação aos pares e estratégias de coping adaptativas (Pesce, et al 2004).

De acordo com Mikulincer citado por Costa & Mota (2012) deste modo, «relações de qualidade com os pares funcionam como um fator protetor que está

relacionado com o desenvolvimento da capacidade de enfrentar as adversidades, fomentando processos de resiliência e o desenvolvimento adaptativo.»

2.3.4 Objetivos

Com base na definição pessoal de objetivos como esquematizado em anexo (APENDICE IX).

A - Desenvolver elevado conhecimento sobre mim enquanto pessoa e enfermeira

Este objetivo foi atingido com base na demonstração da tomada de consciência sobre mim própria durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, formais ou informais que foram possíveis de acontecer neste contexto de estágio, de acordo com as necessidades identificadas e o limite da minha atuação. Também pelo favorecimento do desenvolvimento de processos psicológicos, a nível do desenvolvimento pessoal e da aprendizagem sobretudo nos momentos de observação mais, ou menos participativa; adquirir novos modos de pensar, sentir e relacionar-me com os outros, alguns deles refletidos de forma diária e quinzenal através da realização de reflexões segundo *Ciclo Reflexivo de Gibbs*. Monitorizei as reações corporais, emocionais e respostas comportamentais, e as reações do outro às mesmas.

Foram mantidos os limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico; desenvolvi competências de observação especializada e focalizada, comunicação terapêutica, gestão de emoções, aprofundamento de conhecimentos, trabalho de equipa, planeamento e avaliação de atividades de grupo. Foram otimizados momentos de reflexão conjunta e diária com o enfermeiro orientador e por vezes análise de acontecimentos e atividades com equipa multidisciplinar.

B - Integrar o serviço, a equipa multidisciplinar e as atividades desenvolvidas na Unidade de adolescentes

Consultei documentação existente no serviço: protocolos, normas, metodologia de trabalho e processos clínicos e obtida informação sobre a estrutura funcional do serviço; Foi feita a apresentação à equipa multiprofissional e a integração facilitada pelas características do orientador, da equipa e da minha competência social. Participei no planeamento, acompanhei a realização e avaliação de atividades. Observei as diferentes e constantes intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas e psicoeducativas dos diferentes profissionais das quais foram realizadas interpretações escritas com cruzamento com literatura especializada. Conheci as infraestruturas e as atividades desenvolvidas assim como respeito a dinâmica e metodologia de prestação de cuidados;

C - Desenvolver intervenções de promoção da saúde mental e prevenção da doença com os adolescentes que frequentam a Unidade e com as suas famílias

Houve a promoção do potencial de saúde do cliente, através da otimização das respostas humanas aos processos de transição: desenvolvi mentais, situacionais, fortuitas ao longo da interação de forma individual ou integradas nas atividades realizadas. Aprofundei o conhecimento sobre o papel do enfermeiro nos processos de transição; identifiquei e penso ter contribuído para o fortalecimento dos fatores de proteção/ resiliência e de vulnerabilidade/risco para a saúde mental do cliente e família sobretudo através de reuniões de grupo ora com os adolescentes ora com os familiares significativos (pais em todos os casos). Foi realizado o diagnóstico da situação de saúde mental e dos recursos específicos, reais e potenciais do cliente que foi acompanhado individualmente (estudo de caso) que incluíam a promoção de ações que auxiliem o cliente no processo de gestão e adequação comportamental. Discuti soluções com o enfermeiro orientador e com os pares em momento oportuno. Promovi o bem-estar emocional, a comunicação e relações interpessoais, favorecendo a expressão de sentimentos procurando conhecer os recursos e potencialidades de cada adolescente e família, de forma a contribuir para uma adaptação mais ajustada ao seu quotidiano. Neste contexto obtive conhecimento sobre as intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas realizadas com os adolescentes e famílias.

Os grupos que acompanhei na sua maioria integraram o processo de entre ajuda, em que reconheciam várias das necessidades sentidas para a reorganização, adaptação à mudança e integração na vida social. Como feedback conseguiam quase todos os elementos reportar ideias chave para contribuir, no limite, para a autoanálise no outro.

Foram importantes intervenções com intencionalidade terapêutica em vários momentos informais, como a visualização de filmes onde discutimos preferências de filmes com foco na mensagem transmitida, o gosto especial por um personagem, a forma como se expressam e desta forma ajudando o cliente a fazer pontes consigo mesmo e com os seus problemas. Foram discutidas competências individuais e de exposição e dedicação ao grupo e mobilizei-me como instrumento terapêutico estando presente, questionando, reformulando e validando emoções.

Realizado estudo de caso (APENDICE X – Estudo de caso do Módulo I) com foco no levantamento das competências da adolescência não desenvolvidas. E nesse contexto foram realizadas entrevistas e intervenções individuais de forma a explorar opções de vida, otimizar a autonomia, promoção de autoestima através do auxílio no reconhecimento das suas competências, esclarecidas diferentes formas de inteligência e potenciais áreas de maior realização pessoal.

Como resultado, no fim do estágio observo que o cliente que acompanhei tem maior flexibilidade na determinação de si mesmo, na forma como interage com os outros, conseguindo ter mais insight para o seu problema, retirando a atenção em temas obsessivos e identificando necessidades reais e planos exequíveis.

2.3.5 Análise Reflexiva

Dado a particularidade deste estágio pareceu-me adequado e seguro a integração nas atividades existentes na Unidade. Dado ser um serviço de ambulatório e uma população adolescente em situação de maior vulnerabilidade emergiram princípios éticos e morais, que me impediram de arriscar intervenções autónomas que pudessem contribuir para alguma perda no outro. Nesse pressuposto observei e tentei compreender os processos inerentes ao cliente, as suas necessidades, as intervenções do EEESM e dessa forma procurar em mim um instrumento

terapêutico, disponível, competente e com intervenções individuais e em grupo. Não deixando de lado a espontaneidade que uma relação empática exige, mas não excedendo ou ficando aquém dos limites e objetivos da relação terapêutica (APENDICE XI – Reflexões relativas ao Módulo I)..

Foi muito interessante e altamente rico em aprendizagens integrar as reuniões de grupo dos adolescentes que permitiu perceber melhor os mecanismos psicológicos e emocionais que de alguma forma surgem em convergência com papéis de adolescência pouco ou nada desenvolvidos. Que conferem uma perspectiva mais patológica, ou menos funcional em cada um dos clientes. Como refere Meleis et al (2010) «para o enfermeiro perceber o nível de envolvimento que cada pessoa demonstra no seu processo de transição, constituem exemplos, perceber se a pessoa procura informação, se utiliza modelos, se demonstra uma preparação ativa e se é proactiva.» Uma pessoa encontra-se envolvida no seu processo de transição, quando, por exemplo à priori pede ajuda para vivenciar o seu processo de transição (a amigos ou profissionais de saúde), faz questões pertinentes relativas ao seu estado clínico e procura ter um comportamento em concordância com o de outras pessoas que tenham passado pela mesma situação e a superado positivamente.

2.4 Competências do EEESM

Foi através das diferentes atividades desenvolvidas, individuais e em grupo e através da observação dos outros profissionais sob um olhar crítico que foi possível atingir as competências definidas pela OE.

Terá sido a mais difícil de atingir a competência em que me mobilizo como próprio instrumento terapêutico visto que exige prática, conhecimento e muita sensibilidade para perceber o que o 'outro' nos pede. E de uma forma que dê resposta às necessidades atuar garantindo a minimização das consequências negativas que o processo de doença/ transição.

O processo reflexivo foi fulcral e bastante explorado.

As competências restantes agruparei por terem vários elementos em comum.

Foi otimizada a saúde mental em todos os contextos possíveis, sobretudo ao nível dos últimos dois estágios, em que houve promoção da potenciação das capacidades individuais e grupais. Realizaram-se intervenções e atividades que reforçaram competências sociais baseadas no auto-conhecimento da pessoa, facilitados processos de transição e clarificados aspetos espectáveis como forma de facilitar a adaptação às diversas vivências.

No último estágio o trabalho com as famílias foi potenciado pelas características do serviço e as dinâmicas da Unidade. Neste contexto foi possível também avaliar, sistematizar e planear num contexto de integração dos jovens e famílias em contextos e modos de vida mais satisfatórios para os mesmos. Desta forma integrei as diversas equipas mostrando também eu resiliência às dificuldades e capacidade de adaptação.

Foram prestados «cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, com exceção da infância, por motivos que não pude contornar. Os ganhos destas intervenções foram avaliados em cada momento e por vezes formalmente sob plano de cuidados ou resultados das atividades que anexo a este trabalho.

3. CONCLUSÃO

Este relatório visa espelhar da forma mais rica possível o trabalho desenvolvido nestes últimos meses no âmbito da formação que será o ponto de partida para a construção de mim enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Estes estágios foram muito importantes para alicerçar conhecimentos, pensamentos e projetos para o futuro.

Como enfermeira a desenvolver funções, desde sempre, numa Unidade de Cuidados Intensivos pareceu crucial para mim, adquirir conhecimentos mais aprofundados sobre a pessoa, o seu desenvolvimento individual e a interação em sociedade. Assim como estar mais apta a dar resposta em situações de doença e em fases de crise que todo o ser humano vivencia. Desta forma foi abraçado um grande desafio que na minha opinião se conclui com sucesso.

O interesse inicial seria trabalhar uma área de interesse que fosse transversal e com ganhos em saúde para os três estágios. Como tal surgiu o tema da adaptação comportamental, quer seja em situação de crise, cujo estágio desenvolvi com clientes maioritariamente com psicoses de origem esquizofrénica, e que passou por intervenções no imediato com o enfermeiro com as suas intervenções específicas que resultaram muitas vezes na auto-regulação emocional e conseqüentemente numa adaptação do comportamento à situação de crise. Neste estágio as intervenções autónomas passaram mais por ações com efeito no imediato e por vezes associados a diferentes tipos de contenção.

No segundo estágio, embora com clientes sempre sujeitos a situações de crise, deparei-me com uma população institucionalizada por longos períodos de tempo, sujeitos a regras bem definidas e que acabavam por viver numa espécie de comunidade. Neste contexto, no âmbito da adequação comportamental foram trabalhadas algumas aptidões sociais com base no treino de assertividade. Após

várias intervenções obtiveram-se resultados visíveis na forma como os clientes interagem entre si, argumentavam e compreendiam os benefícios de melhorar o ambiente comunitário como forma de obtenção de ganhos diretos.

No último estágio o trabalho com os adolescentes permitiu abrir muito os meus horizontes no que concerne ao trabalho do enfermeiro de saúde mental. Foi uma grande surpresa por perceber como são as dinâmicas específicas desta fase da vida, quais alguns dos processos patológicos que criam entraves ao desenvolvimento saudável e a forma como interagem em grupo. Embora a minha intervenção específica não tenha passado pela criação de atividades novas, houve integração nas existentes com enfoque na adaptação comportamental e outras competências menos desenvolvidas. Houve um grande investimento ao nível do auto-conhecimento através do outro e embora cronologicamente tenha sido o último, trouxe-me muitos ganhos na melhor compreensão de atividades que desenvolvi previamente.

Foi muito gratificante investir nesta área do conhecimento, ter estado em contacto com outras realidades e perceber a profundidade daquilo que ainda fica por conhecer. Sobretudo olhar para o outro e ver a pessoa, independentemente das suas fraquezas ou necessidades, é olhar para nós mesmos e perceber como poderemos mobilizar-nos como instrumentos que possam trazer ao outro um benefício efetivo. Como enfermeiros e como seres humanos indiferentes ao sofrimento alheio. Não somos heróis mas podemos ajudar os outros a ter uma melhor conceção de si mesmos, das suas famílias e da sociedade em si, como pessoas/grupos com potencial de reconhecer a doença, recuperar e reabilitar. De forma a obter a melhor qualidade de vida possível.

O facto de não ter sido encontrado na literatura ligações diretas acerca da adaptação/gestão comportamental com o trabalho do enfermeiro não representa para mim nenhuma desvantagem. Pelo contrário, de acordo com a definição em si e os ganhos obtidos, no contexto português o EEESM tem toda a competência e autonomia para promover o treino de competências no outro como forma de obter ganhos mensuráveis em saúde mental.

Como tal fica o repto para que o enfermeiro, de acordo com as competências que lhe foram atribuídas arrisque a medir as suas intervenções como potenciadoras

da adaptação às diferentes situações, acontecimentos e contextos de vida de forma a melhor qualidade das suas vivências.

Ainda durante este caminho procurei apropriar-me dos conhecimentos previamente adquiridos e na evidência científica dado ter trabalhado com populações tão diferentes. Esteve sempre presente em tudo o que fiz a minha ética profissional, a deontologia e os demais interesses do outro. Para além da prestação de cuidados, esteve sempre presente a prática reflexiva em que se realizou o registo escrito de análises críticas sobre diversos temas.

Concluo referindo que adquiri as competências necessárias para me sentir impulsionada a utilizar os conhecimentos adquiridos e a de me investir na contínua formação de forma sábia. Porque ter noção do quão ainda falta aprender é para mim um excelente pressuposto à aprendizagem. Serviu e muito bem este percurso para saber ver e saber fazer nas diferentes fases de intervenção do enfermeiro especialista. Estou agora mais competente ao nível de conhecimentos teóricos e a sua aplicabilidade, assim como desenvolvi competências relacionais que me serão uteis em todos os contextos de vida. «A competência manifesta-se obrigatoriamente na ação e na complexidade das suas perspetivas. Também, o saber que está na sua base não se limita à simples possessão de conhecimentos, mas permite a utilização e a aplicação pertinentes, adequadas e eficazes em meio real» (Phaneuf, 2005).

Encontrar semelhanças no outro, clientes, profissionais e professores acentuou a minha capacidade de humanizar o meu dia a dia, e perceber que no outro me posso encontrar a mim própria e que a situação de doença e fragilidade, mais nos pode aproximar do que afastar.

Com a defesa do presente relatório pretendo uma apresentação do trabalho realizado e promover a discussão pública em enfermagem.

4. BIBLIOGRAFIA

Abreu, C. (2008), *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.

Adibsereshki, N. (2016) The effectiveness of emotional intelligence training on the adaptive behaviors of students with intellectual disability, *International Journal of Developmental Disabilities*; VOL. 62 n.4

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). (2008). Definition of intellectual disability.

Brito, M. (2011). *Grupos psicoeducativos multifamiliares: uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia*; Teses de doutoramento; Repositório Universidade de Lisboa

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2º ed.). Loures: Lusociência.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Ferigato, S., Campos, R., & Ballarin, M. (2007). *O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos*. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1) 31-44.

Ferreira, M. & Nelas. P. (2006), *Adolescências... Adolescentes. Educação, ciência e tecnologia*, 32, p. 141-162.

Frehse, F. (2008). *Erving Goffman, sociólogo do espaço*. Revista brasileira de ciências sociais, 23(68).

Gonçalves, D., Albuquerque, P. & Martín, I. (2008) *Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações -Análise Psicológica*, ISSN 0870-8231

Izard, E. (2007). *Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm*. Perspectives on Psychological Science, 2, 260–275.

Izard, C. E., Stark, K., Trentacosta, C. & Schultz, D. (2008). *Beyond emotion regulation: emotion utilization and adaptive functioning*. Child Development Perspectives, 2, 156–163

Johnson, K., & Traustadóttir, R. (2005). *Deinstitutionalization and people with intellectual disabilities: In and out of institutions*. Philadelphia

Loureiro, C. (2011). *Treino de competências sociais - uma estratégia em saúde mental: conceitualização e modelos teóricos*. Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental, 6.

Meleis, A., et al. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. Advances in Nursing Science. Vol. 23, nº1 12-28

Newbill, W. Paul, G., Menditto, A., Springer, J., Mehta, P., (2011) *Social - learning programs facilitate an increase in adaptive behavior in a forensic mental hospital*

Sá, S., Werlang, B., & Paranhos, M. (2008). *Intervenção em Crise*. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. vol. 4, nº 1 1-10.

Shiota, M. (2006). *Silver linings and candles in the dark: Differences among positive coping strategies in predicting subjective well-being*.

Simões C., Santos S., Biscaia, R., & Thompson J., (2016) *Understanding the Relationship between Quality of Life, Adaptive Behavior and Support Needs* , Springer Science+Business Media New York

Stake, R. E. (2005). *Qualitative case studies*. In Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp.443-466). Thousand Oaks.

Teixeira, J., Meireles, J., Carvalho, J. (2010). *A teoria das transições em saúde mental*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental, n.4, 2010, ISSN: 1647-2160

Thompson, J., Schalock, R., Agosta, J., Teninty, L., & Fortune, J. (2014). *How the supports paradigm is transforming the developmental disabilities service system*. Inclusion, 2,86–99.

Zagonel, I., (1998) *O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem*, Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.7 no.3 Brasil, ISSN 1518-8345

APENDICES

APENDICE I – Projeto estágio do Módulo II

MÓDULO II - *Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise*

Objectivo geral: Desenvolver competências na área de especialização em Saúde Mental e Psiquiatria no contexto de cuidados numa unidade de internamento na fase aguda da doença

| Objetivos específicos | Indicadores de processo | Indicadores de resultado |
|--|---|---|
| Desenvolver elevado conhecimento sobre mim enquanto pessoa e enfermeira | <p>-Demonstração da tomada de consciência sobre mim própria durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, formais ou informais.</p> <p>- Refletir e partilhar com orientadores e professor.</p> | <p>-Identifico no momento as emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais que podem interferir na relação terapêutica;</p> <p>-Giro os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses e resistências na relação terapêutica;</p> <p>-Mantenho o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico;</p> <p>-Monitorizo as minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais, registando diariamente aquilo do qual tenho consciência;</p> <p>-Elaboro reflexões escritas e entrego com periodicidade</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | | quinzenal ao Professor. |
| Conhecer a estrutura orgânica e o enquadramento físico do serviço | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e reunião informal com o enfermeiro chefe/orientador; - Consulta de documentação existente no serviço: protocolos, normas, critérios, metodologia de trabalho; - Obtenção de informação sobre a estrutura funcional do serviço; -Apresentação à equipa multiprofissional. | <ul style="list-style-type: none"> -Integro a equipa multidisciplinar; -Compreendo o processo de doença mental; -Conheço as infraestruturas e as actividades desenvolvidas; -Reconheço a dinâmica e metodologia de prestação de cuidados; -Respeito as dinâmicas do serviço. |
| Prestar cuidados especializados à pessoa adulta com diagnóstico de esquizofrenia | <ul style="list-style-type: none"> -Desenvolvimento e integração de processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente, prevenir a incapacidade e promover a reabilitação, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação, em conjunto com a equipa de enfermagem; -Aprofundamento de conhecimentos sobre a esquizofrenia e necessidades da pessoa com este diagnóstico; | <ul style="list-style-type: none"> -Análise o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade do utente para aprender e planeio abordagens de acordo com a situação; -Identifico presença sintomatologia positiva e negativa; -Promovo a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental aguda; -Ensino os clientes, pessoas significativas e família, acerca |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>-Aperfeiçoamento de competências comunicacionais e relacionais com a pessoa com diagnóstico de esquizofrenia;</p> <p>-Planeamento e execução com a equipa sessões de intervenção psicoterapêutica/socioterapêutica/psicoeducativa (ANEXO I);</p> <p>-Realização de um acompanhamento individual estruturado e desenvolvimento um plano de cuidados de acordo com os diagnósticos de enfermagem levantados e o referencial teórico mais adequado.</p> <p>-Planeamento de sessões individuais;</p> | <p>dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas);</p> <p>-Considero a disponibilidade para melhorar o auto cuidado e comportamentos de saúde;</p> <p>-Apresento um estudo de caso à orientadora, ao professor e eventualmente à equipa;</p> <p>-Utilizo técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudam o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida com vista à reabilitação e lhe permitam libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes;</p> |
| <p>Prestar cuidados à pessoa e família em situação de crise</p> | <p>-Conhecimento sobre os diversos tipos de Intervenção na Crise;</p> <p>-Conhecimento sobre a aplicabilidade dos diferentes tipos de contenção mediante a circunstância;</p> | <p>-Identifico comportamentos preditores de situações de crise e actuo em conformidade mediante a subjetividade de cada situação;</p> <p>- Identifico sintomatologia associada a estados de crise;</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>-Observação /acompanhamento a uma sessão de electroconvulsivoterapia.</p> <p>-Pesquisa da evidência científica sobre os ganhos em saúde associados a intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas direcionadas a pessoas em crise.</p> | <p>-Conheço as formas de resolução da crise adequadas a cada situação;</p> <p>-Conheço as indicações sobre contenção física emanadas pela Ordem dos Enfermeiros;</p> |
|--|---|--|

APENDICE II – Atividades desenvolvidas em estágio do Modulo II

PLANO DE INTERVENÇÃO 1

Atividade: Caminhada

Duração: 1H

Participantes: 12 utentes

Crítérios de exclusão: previsão de tentativa de fuga, agressividade ou outro tipo de comportamento inadequado.

Objetivo: favorecer a gestão de sintomas de ansiedade associados ao internamento; proporcionar oportunidades de comunicação interpessoal, facilitando estilos mais assertivos; promover mobilidade; aumentar autonomia.

Descrição: 2 enfermeiros saem com os utentes num percurso pré-definido, com paragem para relaxamento na relva, nas escadas da entrada e na esplanada do café.

Avaliação: No global cumpriu os objetivos dado que se conseguiu beneficiar da 'helioterapia' que foi visível pela diminuição da inquietação e agitação posterior ao passeio, viveram-se momentos de silêncio e de partilha de sentimentos, sobretudo a expressão verbal dos utentes relativamente ao facto de passarem tanto tempo entre paredes. Não aconteceram comportamentos inadequados.

As intervenções de atividade física referentes a pacientes com esquizofrenia que também incorporam estratégias de comportamento levam a um perfil de humor melhorado de pacientes com psicose.

A atividade física em pessoas com esquizofrenia está associada à melhora dos parâmetros de saúde física, redução de depressão e ansiedade e aumento da interação social e bem-estar psicológico. (Magouritsa, 2014)

Nas escadas em frente ao portão do hospital surgiu a conversa sobre: para onde se dirigem as outras pessoas. Foi possível falarmos um pouco sobre diversidade de caminhos e objetivos.

Bibliografia

Magouritsa, Georgia et al, The effect of a physical activity programme on improving mood profile of patients with schizophrenia, International Journal of Sport and Exercise

Psychology -Volume 12(2014); Acedido a 01.06.2017 em
<http://dx.doi.org/10.1080/1612197X.2014.898968>

PLANO DE INTERVENÇÃO 2

Atividade: Intervenções individuais com base em diagnósticos de enfermagem.

Duração: variável;

Participantes: Diversos utentes;

Crítérios inclusão: Tolerância ao diálogo, pensamento e discurso organizado. Diagnóstico de necessidade de intervenção por motivo de alta ou manifestação do utente;

Objetivo: Identificar necessidades nos utentes e formar diagnósticos de enfermagem; desenvolver ações de enfermagem preconizadas e avaliar resultados;

Descrição: Intervenções foram de carácter individual mas descritas e avaliadas no global através da consulta de notas diárias efetuadas imediatamente após interação com os utentes.

No geral e dado a natureza mental de presença de atividade psicótica dos participantes, foi necessário otimizar o ambiente: informal, sem local e duração definidos.

Avaliação: (em tabela).

Diagnósticos de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE)

| Diagnóstico | Intervenções de enfermagem Na pessoa: | Avaliação |
|---|--|---|
| Ansiedade Presente em grau moderado de forma intermitente/contínua <i>É um tipo de Emoção com as seguintes características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa</i> | <ul style="list-style-type: none">- Permanecer fisicamente presente sem esperar respostas de interação;- Manifestar interesse;- Encorajar a expressão de sentimentos, perceções e medos;- Ajudar na identificação de situações geradoras de | <ul style="list-style-type: none">- Utentes reconheceram em mim um elemento com formação, competência e disponibilidade para os ouvir ativamente;Desenvolveram competências na identificação de sintomas |

| | | |
|---|---|--|
| <p><i>conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança (...). (CIPE/ICNP)</i></p> | <p>medo e ansiedade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar os temas predominantes no seu discurso; - Estar atento ao tom, ritmo e volume de voz; - Discutir as experiências emocionais; - Demonstrar empatia e compreensão; - Ajudar a identificar os sentimentos de culpa; - Discutir as consequências de não lidar com sentimentos de culpa; - Facilitar a identificação das estratégias que habitualmente adota face aos sentimentos de medo; - Incentivar a escolher as técnicas de distração desejadas (música, ler, escrever, ver televisão, jogar às cartas, fazer ginástica...); - Reforçar positivamente qualquer progresso observado; | <p>associados à ansiedade e no controlo da mesma, sobretudo quando associada a agitação motora; de forma espontânea recorrem a técnicas de respiração como lhe foi ensinado.</p> <p>A validação das experiências emocionais levou a sentimentos de auto aceitação;</p> <p>Apenas alguns utentes reconheceram a necessidade de cumprir o regime terapêutico como forma de dar resposta à ansiedade.</p> |
| <p>Agitação Presente nos diferentes graus. <i>Agitação é um tipo de hiperatividade com as seguintes características específicas: excitação psicomotora sem objetivo,</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Supervisionar as AVD; - Gerir ambiente físico: reduzir níveis de ruído; adequar horário dos cuidados, retirar objetos perigosos; - Identificar fatores que precipitem a agitação; | <p>Houve evitação de situações de agitação motora iminentes através do controlo do ambiente, sobretudo controlo do ruído, e através de algum grau de isolamento.</p> <p>Aumento da tranquilidade</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p><i>atividade incessante, andar sem parar; descarga de tensão nervosa com ansiedade, medo ou stress mental</i> (CIPE, Versão β2, 2002).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade de controlo; - Vigiar a agitação; - Escutar a pessoa; evitar a confrontação; evitar excesso de mensagens; falar pausadamente; - Instruir sobre gestão da agitação; - Canalizar a energia para actividades físicas; - Identificar situações promotoras da agitação; - Adotar estratégias de relaxamento; - Gerir medicação em SOS; - Proteger e isolar; - Evitar argumentação ineficaz; evitar confrontação; -Restringir adequadamente o acesso a janelas passíveis de serem abertas; -Evitar imobilização física; -Proteger outras pessoas de comportamentos indesejados; -Vigiar as manifestações verbais e não verbais de aumento de agitação; - Evitar hiperestimulação sensorial; | <p>do utente através de aproximação e utilização correta de silêncios ou otimização da comunicação verbal sobretudo garantido que não há riscos à sua segurança. Ao gerir sentimentos como o medo a Agitação foi diminuída.</p> <p>Em diversas situações a agitação cessou através da otimização de terapêutica SOS e repouso.</p> |
| <p>Tristeza Presente em grau moderado <i>Tristeza é um tipo de</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Estar fisicamente disponível para ajudar; - Permanecer fisicamente presente sem esperar | <p>O reconhecimento de emoções e sentimentos levou a uma aceitação de aspetos modificáveis ou</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p><i>emoção com as características específicas: sentimentos desalento e de melancolia associados com falta de energia (CIPE, Versão β2, 2002).</i></p> | <p>respostas de interação;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manifestar interesse; - Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos; - Discutir as experiências emocionais; - Demonstrar empatia e compreensão; - Ajudar o a identificar os sentimentos de culpa; - Promover interação /Gerir comunicação; - Supervisionar tristeza. | <p>não modificáveis que levam a quadros de humor diminuído.</p> <p>A escuta levou ao conforto que foi observável através de um comportamento de menos inquietação, maior interação com os outros e pensamentos menos pessimistas em relação à situação atual e futura.</p> |
| <p>Auto-estima Diminuída (nos diferentes graus)</p> <p><i>Auto-estima é um tipo de Autoconceito com as características específicas: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e de autolimitação, desafio das imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento da mesma maneira que da crítica construtiva (CIPE, Versão β2, 2002).</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Contrariar tendências auto depreciativas, induzindo a uma visão diferente de si própria; - Avaliar a relação entre os sentimentos e a realidade; - Explorar as razões para o autocriticismo ou culpa; - Assistir na identificação de capacidades e reforça-las positivamente; - Ajudar a identificar as respostas positivas dos outros; - Aproveitar todas as oportunidades para fazer sobressair as suas potencialidades; <p>Promover coping:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a identificar a sua própria força e capacidades de enfrentar | <p>Os utentes com este diagnóstico conseguiram em parte reconhecer as suas potencialidades através das exploração de histórias de vida.</p> <p>Houve também reconhecimento da realidade de si vs a forma como se vê.</p> <p>Foram definidas em conjunto com alguns utentes estratégias e objetivos personalizados para ultrapassar dificuldades.</p> <p>Houve construção de relação de ajuda, com promoção de alianças sem se fomentar a dependência.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar a identificar os sistemas de suporte disponíveis; - Ajudar a identificar estratégias positivas para lidar com os problemas; - Assistir no desenvolvimento de novas estratégias de coping e capacidades para resolver os problemas; - Ajudar a identificar as prioridades na sua vida; - Promover a relação de ajuda; - Ajudar a identificar e a estabelecer os seus próprios objetivos; - Ajudar a examinar os recursos disponíveis para alcançar os objetivos propostos; - Discutir soluções alternativas ao seu modo de vida. | |
| <p>Adesão ao regime terapêutico Comprometido <i>Volição com as características específicas: ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico; - Incentivar a adesão ao regime terapêutico; - Promover uma gestão eficaz do regime prescrito; - Ensinar sobre as complicações da não adesão ao regime | <p>Abordou-se juntamente com o utente os efeitos secundários da medicação.</p> <p>Houve ainda assim reconhecimento de alguns utentes dos benefícios na adesão ao regime terapêutico, sobretudo na prevenção</p> |

| | | |
|---|---------------------|---|
| <p>num conjunto de ações e de comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (ICN, 2005, p. 8)</p> | <p>terapêutico.</p> | <p>dos reinternamentos e possibilidade de concretização de objetivos pessoais e profissionais. Alguns utentes sem qualquer crítica para a doença continuam a recusar aderir ao plano terapêutico.</p> |
|---|---------------------|---|

Bibliografia

Sequeira, Alberto da Cruz; *Introdução à Prática Clínica - do diagnóstico à intervenção em saúde mental*, Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), <https://www.researchgate.net/publication/275518330>

PLANO DE INTERVENÇÃO 3

Atividade: Caminhada com fotografia- terapia de reminescência

Duração: 1H +1H

Participantes: 12 utentes

Critérios de exclusão: previsão de tentativa de fuga, agressividade ou outro tipo de comportamento inadequado.

Objetivo: favorecer a gestão de sintomas de ansiedade associados ao internamento; promover auto-estima; promover expressão sentimentos.

Descrição:

1º momento -2 enfermeiros saem com os utentes num percurso pré-definido, com paragem para cada utente poder fotografar algo de que goste.

2º momento – os utentes reúnem-se com o enfermeiro que vai passando as fotografias. O autor de cada uma vai explicando porque escolheu aquela imagem para fotografar.

Avaliação: 11 utentes participaram na atividade da fotografia sendo que 1 deles se recusou por 'não lhe apetecer'. As imagens foram maioritariamente de flores, edifícios e objetos perdidos pelo jardim. Foi-lhes pedido que por uma questão de zelo da privacidade não fotografassem pessoas de fora do grupo, e ainda assim, do grupo só com concordância das pessoas fotografadas.

No 2º momento os utentes falaram das suas perspetivas fotografias salientando que escolheram, alguns por serem apenas imagens bonitas, outros porque lhes trazia recordações do passado outros ainda por serem imagens inspiradoras de 'tranquilidade' e 'paz' (ANEXO II).

Foi com sucesso que se trabalhou um pouco processos de reminescência. Os utentes saíram da atividade mais tranquilos, alguns emocionados e houve promoção das relações entre eles, dado que alguns deram continuidade ao contar partes da sua história de vida uns aos outros.

GONÇALVES, ALBUQUERQUE e MARTÍN, (2008) referem que a reminescência, utilizada como técnica de evocação guiada, pode perseguir diferentes propósitos, consoante as características da população a que se destina.

Do ponto de vista preventivo, a terapia da reminiscência pode ser utilizada para fomentar a adaptação a transições de vida, promover a Autoestima e a auto percepção de saúde, aumentar o bem-estar e a satisfação de vida, fomentar os sentimentos de mestria, amplificar a flexibilidade no funcionamento quotidiano e prevenir o surgimento de sintomatologia depressiva. Numa perspetiva interventiva, após a deteção de padrões patológicos de funcionamento, a terapia da reminiscência pode ser utilizada para estimular o funcionamento cognitivo de doentes com demência, diminuir a incidência de sintomatologia pós-traumática, atenuar o isolamento social, auxiliar o processo de luto e diminuir a sintomatologia depressiva.

Os resultados da terapia da reminiscência, ainda de acordo com os autores (GONÇALVES, ALBUQUERQUE e MARTÍN, 2008), parecem beneficiar os doentes de modo direto e indireto, pois permitem trabalhar os níveis de autoestima e depressão das pessoas, ao mesmo tempo que possibilitam o estabelecimento de novos padrões de relacionamento com os seus prestadores de cuidados, formais ou informais. Como observado anteriormente, a prática de reflexão autobiográfica produz resultados que vão para além da mera recuperação de informação. Ao identificar as consequências dos processos de reminiscência podem ser determinadas percepções importantes tanto para os doentes, como para os praticantes empíricos como para os respetivos clínicos.

Bibliografia

GONÇALVES, D., ALBUQUERQUE, P., MARTÍN, I. (2008) *Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações* -Análise Psicológica 101-110. ISSN 0870-8231

PLANO DE INTERVENÇÃO 4

Atividade: Reunião comunitária

Duração: 1H

Participantes: variável (utentes são livres de entrar e sair do espaço)

Critérios de exclusão: Comportamento agressivo;

Objetivo: promover expressão sentimentos; partilha de dificuldades e propostas sobre o internamento; o terapeuta/moderador conseguir descodificar alguns processos mentais decorrentes da doença;

Descrição: É um encontro realizado semanalmente, moderado por um enfermeiro. Esta específica, moderada por mim com apoio do enfermeiro e é um espaço onde é permitido aos clientes expressarem as suas emoções/dificuldades/dúvidas/medos sobre o internamento e como pode ser melhorado o funcionamento do serviço, para que os cuidados a eles prestados vão mais de encontro às suas necessidades. Procura-se também promover alterações comportamentais através de comportamentos assertivos, como sejam a capacidade de ouvir os outros, capacidade de resolução de conflitos e fazer valer os seus direitos sem negar os dos outros. O tema é livre e cada um expõe o problema que quer, sendo permitido a todos intervirem. Possibilidade de brainstorming sobre diversos temas;

Avaliação: Foi conseguido a exposição de algumas insatisfações relativamente à organização do serviço e sobre a natureza das relações entre os utentes. Foram expostas diferenças, houve agitação mas sobretudo os utentes libertaram algumas angústicas, resolveram algumas diferenças entre si e puderam expor sentimentos. Como refere Brito (2011), 'neste tipo de interação, há melhor compreensão da doença, contacto com pessoas que têm os mesmos problemas e partilha de experiências e sentimentos, melhoria na adesão à terapêutica por parte das pessoas doentes e progressos importantes no relacionamento social'.

Para o terapeuta foi possível perceber algumas frustrações, inquietações e processos mentais subjacentes, importantes para intervenções futuras.

Bibliografia:

Brito, Maria Luísa da Silva, *Grupos psicoeducativos multifamiliares : uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia*; Teses de doutoramento; Repositório Universidade de Lisboa, 2011, acedido a 05.06.2017 em <http://hdl.handle.net/10451/5702>

APENDICE III – Estudo de caso

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: N. M.

Idade: 49

Sexo: Feminino;

Etnia: Caucasiana;

Naturalidade: Portugal – Torres Vedras;

Nacionalidade: Portuguesa;

Escolaridade: **Profissão:** Atualmente reformada por invalidez.

Estado Civil: Divorciada

Religião: Católica

Agregado Familiar: Vive só (?) Tem 2 filhos que vivem temporariamente em casa do pai

Pessoa significativa: Pai e mãe

Residência Actual: Torres Vedras

Hospital onde está internado: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Clínica 6;

2. HISTÓRIA PESSOAL E FAMILIAR

A D. N. é natural de Lisboa, numa fratria de 2 irmãos. Tem pai e mãe ainda vivos. A relação que tem com eles parece ser relativamente próxima, no entanto, no momento em que entrevistei N. referia-me ter sido adotada por eles. *Eu fui raptada quando era pequena. Eu tenho lembranças do dia em que os vi a primeira vez e ficaram comigo.* Sic

Diz ainda que a mãe lhe coloca *pó branco na minha casa, e debaixo da cama dos meus filhos para fazer bruxaria.* Sic Quando questionada não especifica qual o objetivo da mãe. Não quer falar do irmão.

Tem dois filhos que diz estarem atualmente com o pai, no entanto, segundo a utente a guarda legal dos filhos pertence à sua mãe. *Ela não descansou enquanto eles não ficaram com ela* sic. Um dos filhos tem 4 anos e o mais velho 16 anos.

Refere ser divorciada e que era vítima de violência doméstica perpetrada por este.

Tem dois gatos e demonstra preocupação com eles. *A GNR disse que cuidava dos gatos. Acha que eles estão bem?* sic

No processo consta que teve uma infância marcada por violência doméstica e adolescência com alegados abusos sexuais e abuso de canabinóides. Terá frequentado um curso de gestão sem sucesso.

Antecedentes pessoais:

- Seguida em psiquiatria desde os 20 anos. Durante vários anos, até à atualidade terá tido 4 internamentos e múltiplos diagnósticos: anorexia nervosa, stress pós traumático, perturbação da personalidade, doença bipolar, psicose paranoide e doença esquizoafectiva. Nota de ter faltado às consultas de psiquiatria de rotina.

Avaliação anterior refere inteligência normal superior em personalidade imatura, impulsiva e emocionalmente instável.

Antecedentes Familiares:

- Sem antecedentes relevantes, nega doença psiquiátrica na família.

3. HISTÓRIA CLÍNICA ACTUAL

Atualmente, em abandono de terapêutica, foi internada compulsivamente por risco elevado de heteroagressividade.

Na ida à urgência com episódio psicótico. Manifesta agressividade, apresentava discurso desorganizado com presença de ideação delirante de conteúdo paranoide.

Ela própria refere ter chamado a polícia porque tinha um relógio que acredita ser uma bomba armadilhada e que receia ter lhe passado produtos tóxicos para o sangue. Refere ainda que um indivíduo abusou sexualmente de si aos 11A e que o mesmo será suspeito de lhe ter colocado um pó suspeito em casa, debaixo da cama dos filhos e como forma de lhe causar danos físicos. Humor disfórico, afetos preservados.

Diagnóstico de Perturbação esquizoafectiva/ perturbação personalidade *borderline*.

À chegada ao serviço vinha com comportamento agressivo: agitação psicomotora, verbalização de ideação de fuga e ideação persecutória.

Houve necessidade de contenção química inicial dado não possibilitar qualquer intervenção empática por parte dos profissionais. Seguiu-se um período de contenção física, com a devida monitorização. Dormiu por curtos períodos que alternou com gritos. Nesse período, durante tentativa de aproximação, referiu-me, num discurso demonstrativo de pensamento Medo pela segurança dos filhos e dos gatos.

O internamento foi pautado por uma melhoria a nível da agitação e da atividade delirante.

Ao 3º dia de internamento foi-me possível entrevistar a utente.

3.1 TERAPEUTICA ACTUAL

| Pequeno almoço | Almoço | Jantar | ceia |
|-----------------------------|--------|-----------------------------|------|
| <i>Risperidona 2mg oral</i> | | <i>Risperidona 2mg oral</i> | |
| <i>Valproato semisódico</i> | | <i>Valproato semisódico</i> | |
| <i>500mg oral</i> | | <i>500mg oral</i> | |

Terapêutica em SOS

| Fármaco | Dose | Via | Frequência | Indicação |
|--------------------|------|---------------|------------|----------------------------|
| <i>Flurazepam</i> | 30mg | Oral | Até 1x dia | Se Insónia |
| <i>Diazepam</i> | 10mg | intramuscular | Até 3x dia | Se ansiedade |
| <i>Haloperidol</i> | 5mg | intramuscular | Até 3x dia | Se agitação |
| <i>Prometazina</i> | 25mg | intramuscular | Até 3x dia | Se agressividade |
| <i>Biperideno</i> | 2mg | Oral | Até 3x dia | Se efeitos extrapiramidais |
| <i>Enoxaparina</i> | 40mg | Subcutânea | 1x dia | Se contenção mecânica |
| <i>Lactulose</i> | 15ml | Oral | Até 3x dia | Se obstipação |

-Contenção mecânica se química não resultar

3.2 AVALIAÇÃO ESTADO MENTAL

Percepção: sem alterações;

Pensamento: Actividade delirante de conteúdo persecutório e paranoide;

Insight/ Juízo Crítico: Ausente;

Humor e Emoções: Humor disfórico; capacidade de sentir e demonstrar emoções;

Aspecto: Aparenta mais idade do que a real;

Actividade motora: Inquietação;

Atitude: Não colaborante; contra plano terapêutico planeado;

Atenção: captável, não fixável;

Discurso e Linguagem: Discurso acelerado; amplo vocabulário;

Orientação e Cognição:

Espacial: Orientada;

Temporal: Orientada;

Alo psíquica: Orientada;

Auto psíquica: Orientada;

Consciência: Vigil;

Memória: Memórias delirantes.

3.3 ENTREVISTAS/MOMENTOS INTERAÇÃO

1ª entrevista

A utente N. apresenta-se inquieta, com discurso acelerado e circunstanciado. Agressiva verbalmente, manifesta revolta pelo internamento, referindo que não fez

nada de mal e que 'Nossa senhora vê tudo e é justa com os pecadores' sic, sugerindo que está a ser torturada e injustiçada e dirigindo a culpa aos profissionais.

Quando mais calma, conta-me que vive sozinha, é divorciada e tem dois filhos. O assunto a que faz referencia com maior insistência é o facto da sua mãe a prejudicar voluntariamente de forma a que, conseguiu obter a guarda legal dos seus filhos porque mostrou que N. era incapaz. Além disso denegriu a sua imagem perante a assistente social.

Diz que desconhece os seus pais biológicos: 'eu fui raptada à nascença e agora estão me a vir memórias de quando eu conheci estes pais que ficaram comigo'. Sem crítica à doença 'tenho varizes e devia estar no hospital de santa maria, mas lá fazem me análises ao sangue e vão descobrir que fui raptada' sic.

Refere má relação com a mãe e que ela a 'persegue e faz feitiços contra mim. Tenho sempre um pó preto debaixo da minha cama e dos meus filhos'. Ainda num contexto persecutório diz ter tido 'um relógio que grava tudo o que faço e controla o que eu faço.

Questionei N. sobre esses pensamentos, sobre a possibilidade das memórias de rapto serem sonhos, já que ela referia serem memórias muito 'enovadas' sic, e se o pó preto a que faz referencia não seria o pó natural com que a casa fica. N. não concorda com nenhuma das minhas hipóteses explicativas pelo que não insisto em trazer N. à realidade sob pena de quebrar a ligação de confiança que tento estabelecer.

2ª entrevista

N. pede para falar comigo e diz-me que precisa de aconselhamento. Diz que criou ligação afetiva com um dos outros utentes e questiona-me sobre a validade da relação. Respondo-lhe com sinceridade sobre o facto de achar que o potencial companheiro não estaria, de momento, preparado para dar a estabilidade que N. necessita. Ela concorda e refere ter de se concentrar em tratar-se e cuidar dos seus filhos. Reconheço o risco que corro ao dar-lhe a resposta que considero correta e resultante do processo contra transferencial.

Pergunto lhe como se sente. Refere tristeza e ansiedade. Apresenta períodos de inquietação e de pressão do discurso. Valido com a utente os motivos da sua tristeza que se prendem com a frustração de se sentir má mãe e estar distante dos filhos. Permito-me ouvir a expressão de sentimentos da utente que vai ficando mais calma:

objetivamente com menos agitação física, discurso mais próximo do normal e com menos recurso a orações e praguejos de ordem religiosa.

Mantém ausência de insight para a doença, refere não precisar de medicação e quando pergunto se ouve vozes realizou uma aparente encenação de ser incorporada pela Nossa Senhora, resultando o discurso numa tentativa de manipulação para obter ganhos próprios.

Encerrámos a conversa comigo disponibilizando-me para conversas futuras.

3ª entrevista

Nesta fase N. procura-me e é comigo mais afável do que com a maioria dos profissionais do serviço. Pede-me inclusivamente que a chame 'à atenção' quando apresentar um comportamento menos adequado, como falar muito alto. Assume ter uma doença 'sou esquizoaffectiva' e por isso 'estou muitas vezes internada e tenho saudades dos meus filhos. A minha mãe quer-lhe fazer tudo, quer tomar conta deles e mandar na minha casa' sic. Fica-me a sugestão de que a falta de modelo maternal contribuiu para a sua desorganização como mãe. Apresenta maior crítica sobre a doença e fazemos um exercício de reminiscência falando sobre a infância e o défice de carinho que recebeu. Discurso sugestivo de défice de auto-estima.

Ao referir ansiedade foram realizadas algumas das intervenções enunciadas em plano de cuidados.

Ao longo do internamento vou acompanhando a utente. Aproxima-se de outro utente e embora para ele, possa existir ligação afetiva/amorosa, N. demonstra uma postura maternal, de defesa e de cuidado. Parece-me haver um processo inconsciente de projeção em que tenta ser a mãe que na realidade não consegue ser. Vou diariamente observando uma melhoria na sua crítica mas com comportamento e humor muito oscilantes, entre a docilidade teatral e a agressividade verbal. A atividade psicótica parece desaparecer mas mantém característica de uma personalidade histriónica e instabilidade pelos processos emocionais que a utente não tem recursos internos para gerir e modificar.

4. PLANO DE CUIDADOS DE ACORDO COM DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CIPE

Foco: **Pensamento**

Juízo: **Alterado** por presença de atividade delirante de conteúdo persecutório e paranoide; Discurso coerente e acelerado. Divaga por períodos. Delírios graves dado que condicionam o comportamento.

| Intervenções de enfermagem | Operacionalização/ Avaliação |
|---|--|
| - Gerir Comunicação ² (estabelecer contacto visual, evitar confrontar o doente; tom de voz adequado, postura,); | Utente reconhece-me como ouvinte e elemento auxiliador na chamada à realidade; |
| - Disponibilizar presença ³ | Há diminuição da angústia associada a doença e internamento; |
| - Registrar frequência, duração e tema do delírio; | Controlos de estímulos do ambiente levam a uma diminuição da inquietação; |
| - Atenuar delírio ⁴ ; | Períodos de sono mais eficientes com gestão de terapêutica; |
| - Oferecer escuta ativa; | |

² Visa o estabelecimento de uma relação terapêutica, pelo que deve ser valorizada pelo enfermeiro, no sentido de criar as condições indispensáveis à partilha e à confiança mútua.

³ Usar o silêncio, quando apropriado; estabelecer confiança e atenção positiva; demonstrar uma atitude de aceitação; ouvir as preocupações do doente; estar fisicamente disponível para ajudar; mostrar disponibilidade, sem favorecer no entanto, comportamentos de dependência; ficar com o doente para promover segurança e reduzir o medo; proporcionar uma segurança otimista, mas simultaneamente realista; ficar com a pessoa proporcionando segurança e reduzindo o medo (Sequeira, 2015).

⁴ Transmitir calma, tranquilidade e não argumentar o comportamento do doente (uma intervenção inadequada pode aumentar a atividade delirante); aproximar-se do doente com tranquilidade, procurando ganhar a sua confiança, sem fazer comentários banais ou afirmações pouco justificadas; reduzir estímulos provocatórios, críticas negativas e confrontações (a oposição ao delírio pode comprometer a relação terapêutica); (orientar pacífica; evitar hiperestimulação sensorial; evitar estimular pensamentos abstratos.

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Validar sentimentos e emoções*; - Gerir terapêutica SOS; - Gerir ambiente⁵. | |
|--|--|

Sentimentos associados ao stresse/crise:

Foco: **Ansiedade**

Juízo: **Presente em grau elevado**

| Intervenções de enfermagem | Operacionalização/ Avaliação |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar presença; - Planear/oferecer escuta ativa; - Promover suporte emocional⁶; - Proporcionar conforto⁷ - Gerir ambiente; - Executar e instruir sobre técnicas de relaxamento. | <p>Houve redução do nível de ansiedade medido por aplicação em dois momentos da <i>Escala de auto-avaliação de ansiedade de Zung</i> (em anexo I); observável por discurso e comportamento mais adequados e verbalizado pela utente:</p> <p><i>'estou mais calma, já consigo pensar melhor e organizar-me nos meus objetivos para a minha vida lá fora' sic</i></p> <p>A utente recorre a técnicas de controlo da respiração como lhe foi instruído.</p> <p>Fizemos em conjunto classificação dos elementos <i>stressores</i> modificáveis ou não modificáveis.</p> |

⁵ Reduzir níveis de ruído; adequar horário dos cuidados; restringir áreas de acesso; retirar objetos perigosos; ocupar o doente

⁶ Permanecer com o doente e proporcionar sentimentos de segurança durante os períodos de maior ansiedade; motivar a utilização de mecanismos de defesa apropriados; discutir as experiências emocionais; ajudar a reconhecer e encorajar a expressar sentimentos, como a ansiedade, o medo e a tristeza; ajudar a identificar os sentimentos de culpa.

⁷ Ficar com o doente; não fazer exigências ou pedir que ele tome decisões; apoiar os mecanismos de resolução presentes (por exemplo, permitir que caminhe, chore, fale...). (Sequeira, 2015)

Foco: **Agitação**

Juízo: **Presente em grau moderado**; manifestado por recusa em colaborar, gritos e praguejos frequentes, recusa em cumprir regras batendo nas portas no período noturno. Sempre e de gravidade acentuada.

Associa-se a quadros de hostilidade / agressividade com expressões verbais e não verbais de fúria e ressentimento, incluindo abusos verbais e afrontas.

| Intervenções de enfermagem | Operacionalização/ Avaliação |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Supervisionar as AVD;- Gerir ambiente físico;- Identificar fatores que precipitem a agitação;- Avaliar capacidade de controlo da pessoa;- Vigiar a agitação;- Gerir comunicação;- Gerir medicação em SOS;- Proteger a pessoa;- Isolar a pessoa. | <p>Verifica-se que a utente tende a reagir com maior hostilidade na recusa de alguns dos seus pedidos. Esse aspeto não foi possível modificar mas na evolução positiva do quadro que motivou o internamento, foi lhe sendo explicado o porquê dessas recusas e apresentadas alternativas, tendo-se verificado uma maior assertividade no discurso e comportamento.</p> <p>Por diversas vezes, no período noturno, houve necessidade de administração de terapêutica ansiolítica, hipnótica e anti psicótica prescrita em SOS e isolamento. A efetividade dessas intervenções foi demonstrada pela diminuição dos níveis de agitação na manhã seguinte ao episódio.</p> |

Foco: **Adesão ao regime terapêutico**

Juízo: **Comprometido** manifestado por recusa na toma da medicação e não reconhecimento de benefício dos restantes processos terapêuticos

| Intervenções de enfermagem | Operacionalização/ Avaliação |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico; - Incentivar a adesão ao regime terapêutico; - Promover uma gestão eficaz do regime prescrito; - Ensinar sobre as complicações da não adesão ao regime terapêutico. | <p>Utente reconhece os benefícios na adesão ao regime terapêutico;</p> <p>Refere que vai tomar a medicação para prevenir o reinternamento e o não conseguimento dos objetivos pessoais que delineou.</p> <p>Reconhecimento de estratégias conseguidas para controlo de ansiedade, como forma de minimizar alguns efeitos secundários da terapêutica.</p> |

Pré Alta

No momento da alta, a utente apresenta remissão da atividade psicótica. Mantem no entanto comportamento teatral de aspetos não modificados decorrentes da sua personalidade que no momento apresenta características histriónicas. Questiona qual a possibilidade de fazer hipnoterapia. Refere ir voltar para casa mas que os seus filhos vão ficar com o pai durante três meses 'eu criei-os sozinha e não os poderei proteger sempre. Eles precisam de ficar com o pai e ele finalmente fazer de pai.'

Agradeceu-me tê-la ouvido.

Nota: Não pareceu pertinente realizar genograma e ecomapa dado que as relações de proximidade da utente são basicamente com os seus filhos, sendo que as relações no geral são fracas e tem fraco apoio familiar/social.

Bibliografia

Sequeira, Alberto da Cruz; *Introdução à Prática Clínica - do diagnóstico à intervenção em saúde mental*, Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), 2015, <https://www.researchgate.net/publication/275518330>

APENDICE IV – Reflexões críticas

1ª Reflexão sobre estágio

Modulo II - Período de 24 Abril a 5 de Maio

Durante este período, por motivos de ausência da enfermeira orientadora, realizei apenas dois turnos no referido serviço.

No primeiro dia fui apresentada a toda a equipa, quando não formalmente, fui-me apresentando individualmente.

Sinto num primeiro momento alguma estranheza pela não familiaridade ao serviço e sobretudo por ainda não conhecer os utentes.

Foram facilitadores os momentos para refeição em que fiquei apenas a observar, cruzando as minhas notas com os utentes, nos locais específicos onde cada um se senta para se alimentar. Não participei na administração de terapêutica pelo risco de erro - precisamente por ainda não os conhecer.

Também me ajudou a participação na reunião multidisciplinar onde foram discutidos os casos clínicos de cada utente. Uso nas minhas notas referências físicas e circunstanciais, para uma melhor associação do nome à pessoa, além da informação obtida em passagem de turno de enfermagem.

Participei na reunião comunitária, sendo a única atividade psicoterapêutica que está programada no serviço. Foi para mim muito importante. Aproveitei para me apresentar quando os utentes falavam sobre solidão e comunicação. Quando falaram sobre emissores e recetores aproveitei para me disponibilizar para aquilo que for possível e necessário nesse âmbito.

Estou agora na fase de construção do meu projeto e reflexão sobre as intervenções psico e socioterapêuticas/psicoeducativas que vou propor realizar. Sinto que preciso de orientação neste aspeto, sinto que não posso recorrer a actividades imagéticas e sinto-me um pouco limitada.

Tentei imiscuir-me junto dos utentes, sento-me com eles e tenho sentido necessidade de após alguns contactos recorrer ao manual de Psiquiatria Clínica no sentido de esclarecer alguma sintomatologia. Apercebo-me de que todo o contacto com os utentes, mesmo rápido e individual carece duma postura específica, terapêutica.

Faço um registo diário do que observo no meu comportamento. 'Abuso' do toque. Nunca houve qualquer problema perceptível, mas dou por mim agora, após o segundo

dia, a perguntar se me posso sentar junto de cada utente e aproximo me mais lentamente para perceber se tenho ou não permissão.

Penso que a minha escolha de 'Intervenção na crise' faz todo o sentido. A crise nestes utentes é constante. Já observei a otimização da comunicação, contenção química e física. Em cada um dos casos observo a sua pertinência e nestas ultimas a inexistência de alternativa eficiente. Na contenção física (associada a fármaco injetável SOS) sinto-me um pouco desconfortável. Mas analiso a situação: auto-agressividade, manifestação intenção suicídio, observo o antes e depois. Melhoria visível do quadro – demonstra crítica, maior tranquilidade e ausência de ideação suicida.

Tento fazer uma observação discreta. Tenho receio que se sintam observados como num 'zoo'. Não os vejo dessa forma. Não lhes subestimo a inteligência.

Aspeto curioso: No jardim cruzei me com pessoas. Com várias delas não me apercebi se seriam utentes do hospital ou não. Fiquei a refletir sobre como efetivamente a doença mental 'não aparece escrita na testa'. Fiquei tranquila com esse pensamento.

2ª Reflexão sobre estágio

Modulo II – Período de 8 a 19 de Maio

Decorridas mais duas semanas de estágio, que englobaram 5 turnos realizei esta segunda reflexão.

A interação com os utentes e equipa (enfermeiros e assistentes operacionais) têm se tornado mais informal e espontânea. No global da interação, sobretudo com os utentes, tenho estado com menos receio de cometer erros comunicacionais porque os vou conhecendo e tendo a noção de até onde posso ir, que temas são permitidos, qual a distância desejável.

Com a entrada de duas novas utentes propus-me acompanhar mais de perto a evolução clínica e o dia-a-dia de ambas. Uma das utentes não permite grande aproximação enquanto a outra facilmente comunica verbal e não verbalmente, o que permite chegar melhor ao conteúdo da atividade delirante. Ambas mantêm-se até ao momento sem crítica para a doença e com atividade psicótica intensa. Consegui realizar informalmente intervenções individuais. Ou seja, foquei-me, para além destas duas utentes, nos dois com alta prevista para o dia. Envio actividades assim que possível.

A reunião comunitária moderada/dirigida pelo Sr. Enf. R. tem características diferentes da que assisti anteriormente com o Enf. M.. Inicia-se pela apresentação sucinta de todos os elementos e esta, mesmo englobando todos os utentes numa participação activa, foi especialmente dirigida aos utentes com alta nesta data ou prevista para o dia seguinte. A estratégia utilizada foi o testemunho positivo de uns servir para influenciar o comportamento de outros.

Neste contexto falou-se de 'melhorias', o que era para cada um 'estar melhor', importância da adesão terapêutica (projeto terapêutico) e foram esclarecidos mecanismos que possivelmente originam as alucinações. Esclarecidos por parte do médico dos efeitos cerebrais de cada tipo de droga ilícita e de como a história e a tecnologia influenciam os conteúdos delirantes (idade média - bruxarias; atualidade - chips, ondas eletromagnéticas...)

Fui ainda passar umas horas no serviço de electroconvulsivoterapia, a incluir sala de ECT's e recobro. Pude observar o antes, durante e depois do procedimento no que concerne ao estado neurológico/ mental do doente. Não fiquei impressionada negativamente. Pelo contrário, achei que com a analgesia e relaxamento muscular é um procedimento relativamente tranquilo, com atividade tónico-clónica discreta. Desmistifiquei a ideia que criei com o Jack Nicholson no filme 'Voando sobre um ninho de cucos' sobre ser um procedimento causador de grande sofrimento físico para o doente.

Num pressuposto de recurso ao desenvolvimento da inteligência emocional, abordei com alguns utentes a capacidade para a tomada de decisões 'saudáveis', ou seja, na impossibilidade de desmontar os conteúdos dos delírios abordei questões de autocontrolo e interação social.

Eu sei que eles lá na escola onde trabalho falam mal de mim, dizem que sou a maluca. E que não posso receber os fundos europeus. Estou à espera da resposta do Governo à minha queixa. Sic

A minha abordagem foi 'então mesmo que lhe pareça que falam de si, como pensa que se pode comportar de forma a ter uma convivência saudável no trabalho?' e 'sente que vai obter resposta se continuar a enviar cartas ao presidente da república, aos tribunais..?'

Houve um momento que me criou alguma ansiedade: uma utente que se lamenta de estar ali internada '*eu sou formada.. Não devia estar aqui. Tenho problemas de memória e tenho medo.*' sic. Eu também sou formada e também tenho medo. Qual a *espessura da linha* que separa a sanidade da insanidade? A liberdade da *prisão*? A minha resposta vai de encontro a autoconhecimento e autocontrolo quando ambos são possíveis. Perceber os nossos limites e tomar decisões num princípio de causalidade - todas as ações têm consequências. Não numa visão pessimista mas de reciprocidade do 'mundo'. Obviamente a presença de diversos fatores biogénéticos da doença diferencia-nos mas a noção de que todos somos vulneráveis à mudança, e por isso à crise, faz-me olhar para estes utentes cada vez mais como pessoas altamente merecedoras do nosso cuidado. Os limites desde cuidado de enfermagem a estas pessoas tao diferentes, tornam-se por si só, muito amplos.

3ª Reflexão sobre estágio

Modulo II – Período de 22 de Maio a 2 de Junho

Decorridas mais duas semanas de estágio sublinho um maior à vontade da minha parte com os utentes e na circulação pelo serviço. Sou mais espontânea e embora analise ainda muitas das minhas ações, dou um pouco de mim, sem prejuízo meu ou dos utentes.

Foquei-me em intervenções individuais com ênfase na crítica à doença, promoção e adesão ao plano terapêutico e promoção de boas escolhas por parte dos utentes.

Os resultados destas intervenções foram avaliadas no momento e foi observável um efeito imediato no sentido em que os utentes ficaram mais tranquilos e com a ansiedade aparente ou descrita, reduzida relativamente ao momento prévio à intervenção.

Não me é possível saber se com alguma psicoeducação relativamente ‘a boas escolhas’ houve algum benefício posterior. Neste contexto e cruzando com os meus objetivos propostos para este estágio, emerge uma questão altamente pertinente: será exequível ‘trabalhar’ com estas pessoas aspetos da inteligência emocional durante o período/fase de crise? Respondendo a esta questão e após tentativas consecutivas de foco neste objetivo, parece-me que a crise faz despontar na pessoa em internamento, em fase aguda da doença, um nível de autocrítica e discernimento que torna muito difícil a identificação de recursos internos e de face à crise.

Outra questão será ‘boas escolhas’. A diversidade de pessoas e experiências não me permite auferir quais são essas boas escolhas a não ser aquelas que fazem a pessoa sentir-se bem sem prejuízo de terceiros e dela própria. Como tal, após esta reflexão centrei o objetivo principal da minha intervenção em ações específicas de acordo com os diagnósticos de enfermagem mais prementes.

Relativamente à literatura não encontro fundamento teórico para avançar com um projeto que inclua intervenção na crise e inteligência emocional. Estou na fase de repensar objetivos e operacionaliza-los no tempo de estágio que resta.

4ª Reflexão sobre estágio

Modulo II – Período de 5 de Junho a 17 de Junho

Levantei alguns diagnósticos de enfermagem para a minha orientação na intervenção terapêutica nos utentes, com mais ênfase na utente que tenho seguido e da qual faço um registo mais preciso de ação-avaliação.

São eles a ansiedade, a agressividade (auto/hetero), o medo, o estigma e a adesão ao regime terapêutico inapropriada. Neste contexto o estar presente, a escuta, o ensino de técnicas de relaxamento e a validação de sentimentos e emoções junto da pessoa foram as ações de enfermagem com efeitos de observação imediata dado que ajudaram naquele que me parece ser os elementos a fomentar na crise: segurança e conforto. Pude operacionalizar através de instrumentos como a *Escala de ansiedade de Zung* e através da expressão livre do utente e da minha observação do seu comportamento. Verifiquei que após dar espaço com recurso a técnicas de escuta ativa, atenção, validação, recorri à síntese, as questões, os *feedbacks*, o conselho e a informação.

Em diversas situações consegui criar um clima de confiança, clarificar os papéis entre ambos, acompanhar o utente na expressão da sua necessidade de ajuda, definir estratégias, favorecer aprendizagem e expressão de novos comportamentos. Tentei adequar ao nível de crise identificado e manifestado. Em algumas situações, como referi anteriormente, o 'estar presente' foi a intervenção com maior efeito terapêutico na crise. Comuniquei a minha opinião, fundada no conhecimento do outro, nos seus princípios e objetivos e na minha perspetiva terapêutica. Não me foi totalmente possível dissociar das minhas próprias crenças mas ainda assim tive noção disto mesmo e tentei gerir os fenómenos de transferência e contra transferência.

Com os utentes que já vou conhecendo, e com quem percebo ser uma forma de conseguir a proximidade, permito-me recorrer ao humor na interação, nas fases de resolução da crise. Naqueles que não conheço prefiro uma aproximação discreta, com cuidados na proximidade física, tom de voz e conteúdo do meu discurso.

Quanto à reformulação, por vezes sinto alguma dificuldade dado que não estou ainda à vontade na descodificação de algumas mensagens. Arrisco muitas vezes, ainda assim, a reformulação com base no processo analítico do que me é transmitido através de linguagem verbal e não verbal. Em algumas situações, em que errei no

entendimento do conteúdo das mensagens pedi desculpa: 'peço desculpa, pareceu-me ter entendido desta forma. Posso pedir que me explique de uma outra forma para que eu entenda melhor o que me quer transmitir?'.

A intencionalidade está lactente em praticamente todas as minhas ações. Seja nas abordagens em grupo ou individuais. Tenho noção dos meus objetivos na interação com o outro, seja em entrevista, conversa circunstancial ou até avaliação de sinais vitais. Tenho noção que esses objetivos possam ainda ser humildes ou muito simples pela minha imaturidade em reconhecer os processos cognitivos e emocionais subjacentes à doença, isolamento, alienação que muitas destas pessoas sentem com o internamento. Muitas vezes pretendo apenas que me vejam como elemento da equipa terapêutica, me procurem, criem empatia nem que a inicial seja pela imagem que criam de mim. Sorrio para os utentes no cumprimento diário sem os desafiar. Apresento-me quando não conheço. Com a utente que tenho vindo a seguir tentei formar uma espécie de 'aliança terapêutica' em que na última fase do internamento procurei o reforço da adesão ao plano terapêutico como elemento fundamental para conseguir prosseguir com os seus objetivos pessoais. Reforcei as suas potencialidades e motivação.

Quanto aos processos de transferência e contra transferência, tento reconhecê-los e geri-los.

Reconheço que não tenho a mesma empatia por todos os utentes. No âmbito dos processos recorrentes da doença não faço distinção na emissão das mensagens, no entanto, mais uma vez, são pessoas que para além da doença tem características de personalidade (não patológica) que tocam a rudez, manipulação e sedução. Ajo de forma educada e profissional independentemente da compaixão ou falta de empatia.

APENDICE V - Projeto estágio do Módulo III

MÓDULO III – Estágio de opção

Objetivo geral: Desenvolver competências na área de especialização em Saúde Mental e Psiquiatria no contexto de cuidados numa unidade de internamento de longa duração, com pessoas em situação de cumprimento de medida de segurança.

| Objetivos específicos | Indicadores de processo | Indicadores de resultado |
|--|--|---|
| Desenvolver elevado conhecimento sobre mim enquanto pessoa e enfermeira | <p>-Demonstração da tomada de consciência sobre mim própria durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, formais ou informais.</p> <p>-Realização de reflexões quinzenais segundo Ciclo Reflexivo de Gibbs.</p> | <p>-Identifico no momento as emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais que podem interferir na relação terapêutica;</p> <p>-Giro os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses e resistências na relação terapêutica;</p> <p>-Mantenho os limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico;</p> <p>-Monitorizo as minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais, registando diariamente aquilo do qual tenho</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | | consciência; |
| Conhecer a estrutura orgânica e o enquadramento físico e jurídico-legal do serviço | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e reunião informal com o enfermeiro chefe/orientador; -Consulta de documentação existente no serviço: protocolos, normas, metodologia de trabalho, processos clínicos e processos judiciais; -Obtenção de informação sobre a estrutura funcional do serviço; -Apresentação à equipa multiprofissional. | <ul style="list-style-type: none"> -Integro a equipa multidisciplinar; -Realizo uma consulta com apontamentos sobre inimizabilidade à luz da legislação portuguesa; -Analiso a doença mental relacionada com a prática de ato ilícito; -Conheço as infraestruturas e as actividades desenvolvidas; -Reconheço a dinâmica e metodologia de prestação de cuidados; -Respeito as dinâmicas do serviço. |
| Prestar cuidados no âmbito psicoeducativo na área da gestão comportamental | -Conhecimento mais aprofundado sobre características socioeconómicas, familiares e laborais dos utentes, prévios à implementação de medida de segurança; | <ul style="list-style-type: none"> -Interpreto resultados da escala aplicada como diagnóstico de situação; -Executo intervenções no âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo consoante |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Recurso ao instrumento: 'Escala de comportamento interpessoal';</p> <p>-Orientação de ações com base em diagnósticos de enfermagem, intervenções NIC e resultados NOC;</p> <p>-Intervenção ao nível do treino da assertividade de forma individual e em grupo;</p> <p>-Definição de intervenções no âmbito psicoeducativo para reabilitação e reintegração social;</p> | <p>diagnóstico prévio de nível de desenvolvimento de inteligência emocional;</p> <p>-Monitorizo o comportamento dos utentes (passivo/agressivo/assertivo);</p> <p>-Observo a adequação comportamental com base na assertividade.</p> |
|--|---|--|

APENDICE VI – Estudo de caso do módulo III

Introdução

Com o objetivo de se aprofundar conhecimentos sobre o cliente com informação precursora de um plano de cuidados realiza-se um estudo de caso. A escolha do cliente deu-se por ter havido a oportunidade de acompanhar o seu percurso desde o primeiro dia de internamento.

Stake (2009) propõe o método de estudo de caso intrínseco, que é utilizado quando o investigador pretende compreender um caso particular e as suas peculiaridades, mais precisamente na perspetiva de aplicação prática do Processo de Enfermagem em todas as suas etapas com vistas à sistematização da assistência em enfermagem.

O estudo de caso é considerado no domínio da Enfermagem, como o precursor dos planos de cuidados, tidos como o primeiro passo a se alcançar o que é definido como Processo de Enfermagem, com foco na individualização do cuidado a pessoa, família e comunidade, com vistas à integralidade do ser e a autonomia profissional (Silva & Santos, 2009).

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: T.M

Idade: 26

Sexo: M

Etnia: Caucasiano

Naturalidade: França

Nacionalidade: Francês

Escolaridade: Iniciou curso de mestrado no conservatório

Profissão: Não tem; Ganhava a vida a tocar guitarra na rua;

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

Agregado Familiar: Mãe e Pai divorciados; Irmão que se suicidou

Pessoa significativa: Mãe

Residência Actual: Serviço de Psiquiatria Forense

Hospital onde está internado: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa,

2. HISTÓRIA PESSOAL E FAMILIAR

Antecedentes pessoais: Desde os seus 21 anos, após o suicídio do irmão inicia consumos de haxixe, desorganiza-se a nível pessoal e profissional e deprime. À chegada a Faro, é detido por fogo posto, tendo sido considerado inimputável. Posteriormente tem episódios de descompensação psicótica, com recusa de terapêutica, auto-mutilação e tentativa de suicídio. Medicado com antipsicóticos com melhoria (ainda no hospital prisional S. João de Deus, após transferência do estabelecimento prisional de Faro).

Antecedentes Familiares:

- Mãe com história de depressão, aos 4 anos do cliente, que motivou ter deixado de dar aulas e ter-se dedicado exclusivamente às artes plásticas (escultura);
- Pai com história de etilismo crónico com início antes do nascimento do cliente;
- Irmão suicidou-se (2009), associa-se a depressão após término de relação amorosa.

3. HISTÓRIA CLÍNICA ACTUAL

3.1 TERAPEUTICA ACTUAL

| Fármaco | Dose | Via | Frequência | Indicação |
|--------------------|------|------|------------|-----------|
| <i>Risperidona</i> | 2mg | Oral | 1x dia | |
| <i>Diazepam</i> | 5mg | Oral | 2x dia | |
| <i>Flurazepam</i> | 15mg | Oral | 1x dia | À noite |

a. AVALIAÇÃO ESTADO MENTAL

Percepção: não se apura atividade produtiva mas tem história de alucinações áudio-visuais, tipo comentário;

Pensamento: não se apura atividade produtiva mas tem história de ideação paranoide e de autorreferência;

Insight/ Juízo Crítico: Presentes;

Humor e Emoções: Humor eutímico;

Aspetto: aparenta a idade que tem;

Atividade motora: sem perturbações;

Atitude: colaborante;

Atenção: captável e tenaz;

Discurso e Linguagem: bem articulado e adequado à situação, parcialmente perturbado pelo domínio imperfeito do português;

Orientação e Cognição

Espacial: Orientada;

Temporal: Orientada;

Alo psíquica: Orientada;

Auto psíquica: Orientada;

Consciência: Vigil;

Memória: mantida.

Motivo de internamento: Internado para o cumprimento de medida de segurança determinada pelo Tribunal de Faro pelo crime de incêndio com a duração mínima de 3 anos e máxima de 10 anos. O ilícito terá ocorrido num momento em que o doente estaria em descompensação psicótica, razão pela qual foi considerado inimputável para o ato. Entra com o diagnóstico de Esquizofrenia associada a abuso de álcool e consumo de canabinóides.

b. ENTREVISTAS/MOMENTOS INTERAÇÃO

As entrevistas decorreram com o objetivo de saber sobre elementos ainda omissos no processo. Não seguiram nenhum guião previamente elaborado mas houve intenção de inicialmente abordar temas sobre os sentimentos e pensamentos sobre a sua medida de segurança, avaliar a crítica à situação atual e anterior, avaliação de necessidade e possíveis diagnósticos de enfermagem. Gradualmente foram abordados temas mais sensíveis e T. foi incluído das actividades grupais de treino de assertividade.

1ª entrevista

Peço para que T. se reúna comigo sob o pretexto de aplicar um formulário que explico ser para avaliar as necessidades sobre o tema sobre o qual tenho enfoque no estágio que estou a realizar. Aproveito para me apresentar novamente e disponibilizar para aquilo que precisar e que me seja possível realizar. Esclareço que todas as informações que me sejam dadas são confidenciais. Vou ao longo da nossa interação validando que T. entende tudo o que lhe digo, em atenção ao facto de não ser português, embora o domínio da língua portuguesa seja, do meu ponto de vista, boa.

Aproveito o momento em que realizo a aplicação do questionário sobre comportamento assertivo para criar um momento de fomentação da relação de ajuda.

Começo por fazer a observação :_'T. tenho reparado que tem andado com uma expressão triste.' Respondeu-me que tem medo de ficar em Portugal para sempre. Apresenta uma postura com ombros ligeiramente descaídos e nem sempre olha para mim enquanto me responde. Começou por falar da pena que cumpria anteriormente num estabelecimento prisional (opta-se por manter confidencialidade quanto à localização) e como se sentiu afetado pelo ambiente de lá.

'Aqui é bem melhor', 'lá tinha de passar despercebido porque senão metia-me em problemas' sic. Quando lhe questiono sobre que tipo de problemas fala-me em 'abusos e porrada' sic. Quando fala disto noto que fica apreensivo mas manteve uma postura de escuta mas ainda assim de serenidade que penso o terá encorajado a acrescentar 'aquilo é um mercado de droga' e 'às vezes metiam-se comigo e diziam que eu era o maluquinho, mas eu não fazia nada' sic. T. não manifesta vontade de continuar a falar pelo que, no contexto do tema que me proponho trabalhar a nível coletivo, acrescento que a passividade tem benefícios quando eventualmente alguém atenta contra a nossa integridade física. Posto isto T. sorri, concorda comigo e continuamos no preenchimento do formulário, que terá sido o objeto do contrato que fizemos para ele estar ali presente. Agradei a sua participação e esclareci a escolha dos elementos para o trabalho grupal.

2ª entrevista

Começo por perguntar a T. o que achou da intervenção de treino de assertividade, que me responde que foi importante porque para viver ali em conjunto com outras pessoas é importante respeitar direitos. Nesse contexto questiono sobre a adaptação ao serviço, o que sente por estar aqui. Questionado sobre o que é para ele mais doloroso, fala-me das saudades de França, da mãe e o receio de não voltar para lá. Abordamos a ansiedade e a tristeza (termos usados por si) que isso lhe causa. Validamos essas emoções como consequência da distância física das pessoas de quem ama, as barreiras da linguagem e as saudades. Ao ser questionado sobre se relembrar aquilo do qual tem saudades tem algum efeito nas suas emoções, refere que lembrar das coisas das quais tem saudades não ajudam na diminuição da tristeza, dado que acentua a distância que sente dessas realidades. Neste contexto de falar sobre a integração a este serviço/ instituição T. fala um pouco sobre o seu percurso.

Já teríamos falado deste assunto mas foi de forma intencional que T. refere que o tempo em que esteve no EP foi-lhe difícil de suportar porque teria sofrido muito. Neste contexto faço-lhe a observação quanto às cicatrizes que apresenta nos braços e pescoço. Fico por momentos expectante dado que tenho algum receio de que se sinta

invadido em questões íntimas mas fala disso com a mesma postura de que fala do resto. Sério, pouco hesitante e coerente. Postura: mantém-se sentado, pernas ligeiramente afastadas e dirige-me o olhar. Penso que a ordem com que se fala dos temas tem vindo a permitir, num discurso fluido e natural, a condução aos temas mais sensíveis.

Diz que quando estava no EP via coisas que para ele significavam mensagem a si dirigidas e que, embora não ouvisse vozes (foi-lhe questionado) 'sabia que tinha de me fazer mal', 'por isso corria horas sem parar', 'eles chamavam-me de o maluquinho' sic. Pergunto o que sente depois de fazer essas coisas: 'Nunca me sentia melhor', mesmo exausto não melhorava'.

T. reconhece que teve período de alteração do seu estado mental de um ponto de vista patológico, refere-se a isso como estando 'maluquinho'. Refere que atualmente não sente nem pensa o que recorda ter sentido e pensado naqueles momentos. Encerramos a entrevista e T. concorda em que voltemos a falar daqui a uns dias.

3ª entrevista

T. apresenta-se com um sorriso envergonhado. Tem uma postura em que salta à vista ombros descaídos. Senta-se em sítio sugerido de frente para os 'entrevistadores'.

Começou-se por falar da infância. Nega doenças quando criança. Quando questionado sobre doenças dos pais, refere que a mãe teve uma depressão, quanto T. teria 4 anos, e esteve uns dias no Hospital. Quando a visitou ela estava 'frágil', tendo dito a T. que a senhora com quem partilhava quarto ter-se-ia 'tentado matar'. Quando questionado porque refere este aspeto, o próprio diz que ficou marcado aquela conversa e que a mãe não tinha capacidade de o proteger quando estava doente. A vida em casa durante esse tempo terá sido mais calma porque a mãe seria mais 'barulhenta', por vezes ralhando com ele e o irmão. O irmão seria mais reativo. Aos seus 12 anos os pais separaram-se mas o pai terá ficado a viver perto dos filhos, a mãe ficava chateada quando T. ia ter com o pai. Quando foi questionado se seria por ciúme do pai, T. afirmou que sim. Refere que o seu irmão terá saído várias vezes de casa da mãe para ir viver com o pai até que aceita ir para longe, mesmo para um trabalho precário. Quando adolescente começou a consumir marijuana e haxixe em conjunto com amigos. A altura em que começa com consumos diários de haxixe concomitante com álcool, é quando decide sair de casa para ir viajar. Altura essa que conta com 2 anos após a morte por suicídio, do irmão. Questionei sobre o impacto da morte. T. assume uma expressão facial triste e faz mais pausas no discurso. Diz que

se sentiu 'esquisito': 'que faltava alguma coisa' 'no Natal, estávamos em família e eu disse à minha prima: sinto que falta aqui alguma coisa. E ela respondeu: é o teu irmão que morreu idiota!' sic.

Questiono se a viagem que enceta e que termina na cidade de Faro, terá um processo de fuga como principal motivação. Associo à dor da perda do irmão. Diz – me que agora acha que sim. Na altura não lhe pareceu. Era apenas um jovem que tinha decidido viajar. Percebe-se através do discurso de T. que se sentia frustrado pela morte do irmão, por não ter emprego e pela eventual relação difícil com a mãe. Ao longo da viagem reduz o consumo de haxixe porque tinha 'bad trips'. Quando se pede para explicar o que sentia refere 'coração rápido, sangue muito quente e formigueiros' sic, 'comecei a beber mais álcool' sic.

Abordada a questão do consumo de substâncias e identificado como possível contributo importante para a situação que desencadeou todo o processo de ilicitude que conduziu à medida de segurança. 'Estava a ser perseguido por alguém e precisava da polícia para me proteger e achei que a forma mais rápida de ter lá a polícia era se fizesse alguma coisa errada' sic. Diz lembrar-se disso mas ter alguma amnésia para a forma como o processo decorreu até chegar à situação em que incendiou o quarto onde estava alojado no sul do país.

Identificam-se alguns diagnósticos de enfermagem ao longo das interações e entrevistas com T. que são descritos em plano de cuidados. As intervenções e avaliações das mesmas, foram sendo realizadas ao longo destes momentos e por vezes de forma mais informal, sendo ainda assim com intencionalidade terapêutica.

Foi levantado um diagnóstico no que respeita àquilo que sugere ser um processo de luto patológico, dado que ainda agora T. não consegue expressar sentimentos e emoções que coincidam com um processo de luto saudável. Não se efetuaram intervenções dirigidas a este diagnóstico pelo pouco tempo que tivemos para uma abordagem terapêutica efetiva para algo que penso necessitar de muito maior atenção no âmbito cognitivo comportamental. Ainda assim houve intervenção ao nível do coping ineficaz.

Quanto à sua participação nas intervenções grupais de treino de assertividade T. foi sempre discreto na sua participação tendo de ser várias vezes solicitada. No entanto, foram intervenções adequadas ao tema e mostrou conhecimento sobre o conceito de assertividade, conseguindo dar resposta às atividades solicitadas como expressar agrado, recusar pedidos, expressar incómodo com solicitação para a mudança de

comportamento e participando na discussão sobre a necessidade de cumprir regras como forma melhorar a convivência em comunidade. Apresentou a postura que lhe foi característica ao longo do tempo: tranquilo, tom de voz adequado, olhar dirigido e atento.

4. PLANO DE CUIDADOS DE ACORDO COM DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CIPE

- **Diagnóstico**

Ansiedade - Presente em grau moderado de forma intermitente/contínua

Emoção com as seguintes características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança (...) (CIPE/ICNP).

Intervenções de enfermagem

- Permanecer fisicamente presente sem esperar respostas de interação;
- Manifestar interesse;
- Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos;
- Ajudar na identificação de situações geradoras de medo e ansiedade;
- Identificar os temas predominantes no seu discurso;
- Estar atento ao tom, ritmo e volume de voz;
- Discutir as experiências emocionais;
- Demonstrar empatia e compreensão;
- Ajudar a identificar os sentimentos de culpa;
- Discutir as consequências de não lidar com sentimentos de culpa;
- Facilitar a identificação das estratégias que habitualmente adota face aos sentimentos de medo;
- Incentivar a escolher as técnicas de distração desejadas (música, ler, escrever, ver televisão, jogar às cartas, fazer ginástica...);
- Reforçar positivamente qualquer progresso observado. (Sequeira, 2006)

Avaliação

Otimizada a presença e a escuta sobre pensamentos, sentimentos e emoções associadas ao internamento e à distância: 'Sinto que vou ficar cá para sempre', 'fico ansioso quando penso no meu futuro', 'falar ajuda a afastar esta realidade que me parece má' sic.

Exploradas técnicas de relaxamento (respiração, exercício físico) e actividades preferidas: 'sim fico mais tranquilo quando toco a guitarra' sic.

- **Diagnóstico**

Tristeza - Presente em grau moderado - *Desalento e melancolia associados com falta de energia* (CIPE, Versão β2, 2002).

Intervenções de enfermagem

- Estar fisicamente disponível para ajudar;
- Permanecer fisicamente presente sem esperar respostas de interação;
- Manifestar interesse;
- Encorajar a expressão de sentimentos, perceções e medos;
- Discutir as experiências emocionais;
- Demonstrar empatia e compreensão;
- Promover interação /Gerir comunicação;
- Supervisionar tristeza. (Sequeira, 2006)

Avaliação

O reconhecimento de emoções e sentimentos levou a uma aceitação de aspetos modificáveis ou não modificáveis, que levam a quadros de humor deprimido.

A escuta levou ao conforto que foi observável através de um comportamento de menos inquietação, maior interação com os outros e pensamentos menos pessimistas em relação à situação atual e futura. Houve maior empenho nas actividades de grupo e interação grupal. Foram facilitadas as visitas dos familiares diretos e posteriormente dado apoio na gestão das emoções decorrentes das mesmas. Ao longo do tempo em que decorre o estágio há menos sinais de tristeza expressos e observáveis.

- **Diagnóstico**

Automutilação (risco de) - *Comportamento autodestrutivo: execução de agressões auto infligidas mas não letais, que produzem lesão dos tecidos, tais como cortes e queimaduras, com o objetivo de se agredir ou de aliviar a ansiedade (CIPE/ICNP).*

Intervenções de enfermagem

- Avaliar a história de auto-mutilação: tipos e frequência de comportamentos mutilantes e fatores stressantes que antecedem o comportamento;
- Explorar com o cliente o que esses sentimentos podem significar (também podem ser: Uma maneira de ganhar controle sobre os outros, sentir vivo através da dor ou expressão de auto ódio ou culpa);
- Manter uma postura neutra no caso da mutilação acontecer (nem criticar nem simpatizar com o ato);
- Explorar estratégias alternativas à mutilação e monitorizar. (Martin, 2016)

Avaliação

Foram exploradas emoções que poderiam conduzir à expressão através da mutilação ou sofrimento físico. Abordada actividade de auto-mutilação no passado 'eu sentia que tinha de me magoar' 'tinha vontade de morrer' 'agora mesmo quando estou triste não tenho vontade de morrer' sic.

'Eu já percebi que se tiver vontade de me fazer mal ou até morrer devo procurar os enfermeiros ou fazer coisas que no momento evitem que me magoe'. Incentivado a escrever o que sente como forma de clarificar as emoções que necessita gerir. Foram exploradas emoções como a culpa e a tristeza de forma a validar a sua existência e as estratégias de coping possíveis.

- **Diagnóstico**

Coping (ineficaz) - *tipo de adaptação com as seguintes características específicas: disposição para gerir o stresse, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto protetores que o defendam contra ameaça subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma autoestima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stresse, verbalização da*

aceitação da situação, aumento do conforto psicológico” (CIPE, Versão B2, 2002).

Intervenções de enfermagem

- Promover a utilização de mecanismos de coping eficazes;
- Utilizar técnicas de reestruturação cognitiva;
- Avaliar a capacidade da pessoa para tomar decisões de forma independente;
- Apoiar a utilização de mecanismos de defesa apropriados;
- Encorajar a verbalização de percepções, sentimentos e medos; ajudar a identificar as suas forças e habilidades;
- Incentivar a identificar objetivos apropriados a curto e a longo prazo; e a reorientar os objetivos complexos, para pequenas etapas;
- Promover o treino de estratégias, habilidades e capacidades pessoais que possam ser usadas para a resolução dos problemas. (Sequeira, 2006)

Avaliação

Foi durante uma das entrevistas que lhe foi proposto que nomeasse as duas situações mais difíceis de suportar na atualidade. Depois foi-lhe pedido que me dissesse quais as emoções associadas (referiu tristeza, frustração e impotência). Em conjunto foi dado um significado a cada uma dessas emoções e planeadas estratégias com base nos seus recursos internos (exploradas estratégias coping adequadas a cada uma das emoções) para lidar com cada uma das situações. Foram valorizadas as suas potencialidades e estabelecidos objetivos exequíveis a curto e médio prazo.

O enfermeiro de saúde mental e psiquiatria poderá ser um elemento potenciador para que cada pessoa incorpore novos conhecimentos, que altere comportamentos, que redefina os significados associados aos eventos e que, conseqüentemente, altere a definição de si mesmo. Dado que as transições podem ser entendidas como experiências humanas, descritas como o conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar (Meleis & Trangenstein (1994) e Meleis & Hall (1994).

Neste processo e de acordo com a teoria das transições de Meleis, foi meu papel tentar antecipar, avaliar, diagnosticar e ajudar a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar. Dentro do que foi possível, a transição e a crise gerada pela mudança foram o foco dos cuidados.

Referências

- Castanyer, O. (2004). *A assertividade, a expressão de uma auto-estima saudável* (3ª ed.). Coimbra: Edições Tenacitas.
- Frehse, F. (2008). Erving Goffman, sociólogo do espaço. *Revista brasileira de ciências sociais*, 23(68).
- Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais - uma estratégia em saúde mental: concetualização e modelos teóricos. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, 6.
- Martin, P. (2016). *4 Personality Disorders Nursing Care Plans*. Obtido em 26 de Outubro de 2017, de NursesLabs: <https://nurseslabs.com/personality-disorders-nursing-care-plans/>
- Meleis, A., & Hall, J. (1994). Scholarly caring in doctoral nursins education: promoting diversity and collaborative mentorship. *Journal of nursing scholarship*, 26(3), pp. 177-180.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (Norv./Dez. de 1994). Facilitating transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, pp. 255-259.
- Penal, C. (19 de Dezembro de 2016). *Actualizado de acordo com a Lei n.º 39/2016*. Obtido de <http://www.codigopenal.pt>
- Portella, M., & Santos, V. (2012). Treinamento de habilidades sociais. *Nucleo de experimentos em neurociências*.
- Santana, A., & Alves, M. (2015). Vivências de profissionais de saúde em um manicómio judiciário e a visão sobre os pacientes. *Revista enfermagem UFPE online*.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, C. (2013). *A promoção do autocuidado de doentes internados em psiquiatria forense como contributo para o seu processo reabilitativo*. Setúbal: IPS.

Townsend, M. (2011). *Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (6ª ed.). Lusociência.

Vagos, P., & Pereira, A. (2010). Escala de Comportamento Interpessoal: Adaptação para a língua portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 8(1), pp. 37-49.

Adeus enfermeira. Entrámos aqui no mesmo dia mas já não iremos sair no mesmo dia também. Boa sorte lá fora. Obrigada.

(T. no meu último dia de estágio)

APENDICE VII - Planeamento de intervenção autónoma de enfermagem no contexto de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria

TREINO DE ASSERTIVIDADE

Como competência na gestão comportamental

**Planeamento de intervenção autónoma de enfermagem no contexto de
Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

Patrícia Domingos Belo

Estágio em unidade de Psiquiatria Forense – Hospital Psiquiátrico de Lisboa

UCP

Setembro/Outubro de 2017

Capítulo I - Contextualização teórica

1. TIPOS DE COMPORTAMENTO

O comportamento humano, em resposta à interação social, pauta-se por diversas características que agrupadas e coerentes permitem definir-se em vários tipos. Townsend (2009) considera quatro tipos: agressivo, passivo, passivo-agressivo e assertivo. Este último e segundo a mesma autora «promove um sentimento de poder pessoal e autoconfiança. (...) ausentes em clientes com perturbações emocionais.» (Townsend, 2009).

Na tentativa de definir assertividade, importa distinguir estes quatro padrões de comportamento.

Indivíduos passivos procuram agradar aos outros à custa de negar os seus próprios direitos humanos básicos. Alberti e Emmons (2001) referem que estes raramente exprimem os seus sentimentos e sentem ansiedade porque permitem que os outros escolham por eles. O tom de voz é baixo, volume bem baixinho, às vezes inaudível, não encara o interlocutor, olha para baixo, expressão de medo, de tristeza e quase não gesticula (Portella & Santos, 2012).

No comportamento agressivo os indivíduos defendem os seus direitos violando os dos outros. Expressam sentimentos de forma desonesta, inapropriada e intimidatória, impõem a suas escolhas e não têm em conta a autoestima do outro. Alberti & Emmons, (2001) citados por Townsend (2009) sublinham que habitualmente estas pessoas são diretas, incisivas, usam um tom de voz alto, utilizando por vezes o dedo em riste e frequentemente ameaçando.

No comportamento passivo-agressivo defendem os seus direitos mas expressam resistência a exigências sociais. Pauta-se por ações passivas, de não confrontação, mas na não concordância são críticos e sarcásticos. Alberti e Emmons, (2001) citado por Townsend (2009) dizem ser indivíduos desleais, manipuladores e astutos. As suas ações expressam agressões dissimuladas. Tornam-se mal-humorados, irritáveis ou argumentativos quando lhes é pedido que façam algo que não querem fazer, não confrontando a pessoa que o solicita.

2. ASSERTIVIDADE

Importa na contextualização do tema, fazer referência ao Modelo de assertividade (Wolpe, 1976; Lazarus, 1977). Este modelo considera duas vertentes explicativas para

as dificuldades no campo do desempenho social. Por um lado, a presença de níveis elevados de ansiedade quando o desempenho social se associa a estímulos aversivos, inibindo assim as respostas assertivas (condicionamento clássico), por outro lado, um controle ineficaz dos estímulos no encadeamento de respostas sociais, determinando assim dificuldades ao nível do desempenho social (condicionamento operante). Essas dificuldades advêm da ausência ou deficit de habilidades sociais e estão relacionadas com uma aprendizagem pessoal não assertiva devida a punição sistemática dos comportamentos assertivos, insuficiência de reforço, recompensa pelo desempenho não assertivo, desconhecimentos dos seus direitos e incapacidade para discriminar adequadamente as situações em que deve emitir uma resposta assertiva (Castanyer, 2004).

Os indivíduos assertivos, por Townsend (2009), «defendem os seus próprios direitos, ao mesmo tempo que protegem os direitos dos outros. Assumem responsabilidade pelas suas escolhas e deixam os outros fazer as suas próprias escolhas». O assertivo defende suas posições sem ansiedade e expressa seus sentimentos de maneira honesta e tranquila. Este tipo de comportamento, segundo a mesma autora, ajuda-nos a sentir bem connosco próprios, aumentar a auto-estima e a melhorar as relações interpessoais.

O enfermeiro deve ser capaz de reconhecer o seu padrão de resposta assim como o dos outros.

2.1 Treino assertividade

O treino de competências sociais tem por base um «constructo teórico, essencialmente avaliativo e que abrange as dimensões, individual e coletiva. Concretiza-se no comportamento adequado a determinada situação, observando-se apenas os seus efeitos e não a competência em si mesma» (Loureiro, 2011). Surgem programas de treino que podem ser implementados pelo enfermeiro, em especial em especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria, numa dupla vertente: na promoção da saúde mental e na reabilitação, pela intervenção em doentes mentais (p.ex. com esquizofrenia) no sentido de melhorar as suas competências sociais e consequentemente o relacionamento interfamiliar. Indo isto de encontro ao referido no Regulamento de competências específicas do Enfermeiro de Saúde mental e psiquiatria: «Executa uma avaliação global das capacidades internas do cliente; Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações (p.4); Planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento sócio emocional.»

Segundo (Portella & Santos, 2012) ninguém é cem por cento assertivo com todas as pessoas e em todas as situações. O certo não é ser assertivo sempre. Uma pessoa competente socialmente dependendo de com quem está a lidar vai adotar um comportamento ou outro. O comportamento assertivo é específico da pessoa e da situação, não é universal. Por exemplo, numa situação de assalto, se a pessoa agir assertivamente ela provavelmente irá argumentar com o ladrão, o que pode ser considerado inadequado. O comportamento adaptativo socialmente falando, neste caso é ser passivo e entregar a carteira sem argumentações.

A assertividade não é inata, é sim uma competência que pode ser treinada e melhorada. Ser assertivo é uma escolha.

2.1.1 Componentes comportamentais do comportamento assertivo

O **contacto visual** que deve ser intermitente e transmitir ideia de interesse. O olhar fixo é incomodativo. A **postura corporal**, sentado e ligeiramente inclinado na direção da pessoa durante a conversa, ou ereto no caso de ser em pé. Postura caída transmite passividade. A **distância** da pessoa com quem se fala é subjetiva, deve haver a percepção de que não se está a invadir o espaço íntimo do outro. Os **gestos**, a **expressão facial e a voz** devem ser congruentes com o discurso. A **fluência** do discurso deve demonstrar conhecimento e confiança e as respostas dadas no momento oportuno (**oportunidade**). **Ouvir** e entender antes de responder. Ter a noção de que os **pensamentos** interferem na resposta, em consideração ao processo de ser assertivo com o outro e consigo mesmo. Por último, o **conteúdo**: talvez o que está a ser dito não seja tão importante como o modo como é dito.

2.1.2 A avaliação da frequência de comportamento assertivo

Instrumentos de avaliação recentes têm procurado avaliar o conceito como multidimensional, versando diferentes domínios sociais e diferentes áreas do funcionamento psicológico. Vagos & Pereira (2010) apresentam o resultado da tradução e adaptação de uma medida de assertividade para a língua portuguesa, indo de encontro a trabalhos recentes que indicam a multidimensionalidade deste constructo. Citando os autores a Escala de Comportamento Interpessoal trata-se de um instrumento multidimensional de avaliação de assertividade que resultou da tradução e adaptação da Scale for Interpersonal Behaviour (Arrindell & van der Ende, 1985). É constituído por 50 itens avaliados em duas escalas de resposta: desconforto e frequência de comportamento. A primeira é relativa ao quanto o indivíduo se sente desconfortável ou ansioso face à necessidade de desempenhar os comportamentos

assertivos descritos, e varia de forma gradativa em cinco pontos, deste “nada” até “extremamente”. A segunda respeita à frequência com que o indivíduo põe em prática os comportamentos assertivos descritos, variando de forma gradativa em cinco pontos, desde “nunca” a “sempre”. Na sua versão original e adaptações subsequentes tem sido comprovado que cada uma destas escalas se subdivide em quatro subescalas coincidentes: (1) Demonstração de sentimentos negativos, que passa pela expressão de aborrecimento, desagrado ou discordância, no sentido de defender os próprios direitos e agir de acordo com a própria iniciativa e decisões, sendo constituída pelos itens 2, 7, 9, 10, 15, 22, 25, 28, 31, 33, 34, 39, 41, 48 e 50; (2) Expressão e gestão de limitações pessoais, que consiste em reconhecer falhas ou dificuldades pessoais, lidar com crítica e pressão, e pedir ajuda, sendo constituída pelos itens 44, 11, 12, 13, 17, 18, 23, 30, 36, 40, 42, 46, 47 e 49; (3) Assertividade de iniciativa, que passa por tomar a iniciativa em situações sociais, sendo constituída pelos itens 1, 3, 5, 26, 27, 32, 38, 44 e 45; e (4) Assertividade Positiva, que respeita à expressão de sentimentos positivos, sendo constituída pelos itens 6, 8, 16, 19, 21, 24, 37 e 43 (tabela em baixo). Quatro itens não pertencem a qualquer subescala, sendo contabilizados apenas para a obtenção de uma pontuação total para cada uma das escalas.

A qualidade psicométrica deste instrumento tem sido comprovada, em diferentes populações, como estudantes, membros da comunidade, pacientes psiquiátricos, sujeitos em treino de competências sociais (Arrindell & van der Ende, (1985); Arrindell et al., (1990); Arrindell et al.,(1999)), ou adolescentes (Sarkova et al.,(2005), citado por (Vagos & Pereira, 2010)).

Referências:

- Castanyer, O. (2004). *A assertividade, a expressão de uma auto-estima saudável* (3ª ed.). Coimbra: Edições Tenacitas.
- Frehse, F. (2008). Erving Goffman, sociólogo do espaço. *Revista brasileira de ciências sociais*, 23(68).
- Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais - uma estratégia em saúde mental: concetualização e modelos teóricos. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, 6.
- Martin, P. (2016). *4 Personality Disorders Nursing Care Plans*. Obtido em 26 de Outubro de 2017, de NursesLabs: <https://nurseslabs.com/personality-disorders-nursing-care-plans/>

- Meleis, A., & Hall, J. (1994). Scholarly caring in doctoral nursing education: promoting diversity and collaborative mentorship. *Journal of nursing scholarship*, 26(3), pp. 177-180.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (Nov./Dez. de 1994). Facilitating transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, pp. 255-259.
- Penal, C. (19 de Dezembro de 2016). *Actualizado de acordo com a Lei n.º 39/2016*. Obtido de <http://www.codigopenal.pt>
- Portella, M., & Santos, V. (2012). Treinamento de habilidades sociais. *Nucleo de experimentos em neurociências*.
- Santana, A., & Alves, M. (2015). Vivências de profissionais de saúde em um manicômio judiciário e a visão sobre os pacientes. *Revista enfermagem UFPE online*.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, C. (2013). *A promoção do autocuidado de doentes internados em psiquiatria forense como contributo para o seu processo reabilitativo*. Setúbal: IPS.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (6ª ed.). Lusociência.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2010). Escala de Comportamento Interpessoal: Adaptação para a língua portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 8(1), pp. 37-49.

Capítulo II – Actividades propostas

O enfoque da atuação de treino de assertividade serviu para todos os utentes, em momento e circunstância adequados.

No entanto para o desenvolvimento de sessões grupais, foi necessário selecionar alguns residentes de acordo com os seguintes critérios: saber ler e escrever (para o caso de ser necessário preenchimento questionários, ler apresentações); Não ter processo demencial diagnosticado ou percebido e maior proximidade ao fim da medida de segurança (orientado pela distância à pena máxima, ignorando-se as avaliações 2/2 anos).

Os critérios foram definidos com base no bom senso e não por nenhuma linha orientadora discutida previamente. Quanto ao último prende-se com uma 'preparação' para o potencial regresso à vida fora do serviço, já que, uma das principais finalidades do treino de competências sociais (onde se inclui a assertividade) visam *estruturar as suas intervenções sobre componentes emocionais e ambientais imprescindíveis para a aprendizagem, consolidação e promoção de comportamentos interpessoais assertivos (Loureiro, 2011).*

Para as actividades propostas para o treino de assertividade houve recurso à Escala de comportamento interpessoal (Vagos & Pereira, 2010) resultante da tradução e adaptação *da Scale for Interpersonal Behaviour (Arrindel & Van der Ende, 1985)*. É composta por 50 itens avaliados em duas escalas de resposta: desconforto e frequência de comportamento e divide-se em 4 sub-escalas:

- 1) Demonstração de sentimentos negativos, que passa pela expressão de aborrecimento, desagrado ou discordância, no sentido de defender os seus próprios direitos e agir de acordo com a própria iniciativa e decisões;
- 2) Expressão e gestão de limitações pessoais, que consiste em reconhecer falhas ou dificuldades pessoais, lidar com a crítica e pressão e pedir ajuda;
- 3) Assertividade de iniciativa, que passa por tomar a iniciativa em situações sociais;
- 4) Assertividade positiva no que respeita à expressão de sentimentos positivos;

O seu interesse prende-se na realização de um diagnóstico de situação, que mede cada ação mencionada, em termos de potencial ansiogénico e a frequência de comportamento. A escolha dos itens da escala prendem-se com a aproximação das ações à realidade diária dos residentes, ou seja, não seria adequado questionar sobre «Iniciar conversa com uma mulher que aches atraente», se praticamente não existem mulheres na instituição.

Definidos os critérios para n=10, após a aplicação dos formulários, houve necessidade de prosseguir com 9 elementos por transferência de um deles.

Resultaram nas actividades que se apresentam em seguida.

PLANEAMENTO DE ACTIVIDADES

Atividade 1

Atividade: Aplicação da subescala de 'expressão e gestão de limitações pessoais'

Duração: 10 minutos com cada participante

Participantes: 10 residentes

Crítérios de inclusão: Saber ler e escrever, não apresentar processo demencial diagnosticado ou percebido; ter maior proximidade ao fim da medida de segurança (orientado pela distancia à pena máxima, ignorando-se as avaliações 2/2 anos)

Objetivo geral: Realizar um diagnóstico de situação no que concerne à frequência de alguns comportamentos e a ansiedade associada aos mesmos

- **Objetivos específicos:** auxiliar a esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais; promover a auto-observação e autoanálise e auxiliar o cliente a distinguir entre a imaginação e a realidade (Intervenções NIC)

Descrição: É chamado cada um dos participantes a que individualmente respondam a um conjunto de questões, nas quais ajudo no esclarecimento das mesmas

Formulário adaptado da escala de Expressão de Gestão de limitações pessoais

Questionário

Preencher as questões com uma cruz no quadrado que identifica o grau de ansiedade e a frequência com que pratica cada uma das ações.

| SINTO-ME ANSIOSO | | | | | FAÇO ISTO | | | | | |
|------------------|---|---|---|--------------|--|-------|---|---|---|--------|
| NADA | | | | EXTREMAMENTE | | NUNCA | | | | SEMPRE |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Questão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | 1.Sou capaz de manter a minha opinião perante um amigo que discorda de mim | | | | | |
| | | | | | 2.Sou capaz de admitir que estou errado | | | | | |
| | | | | | 3.Olho para a pessoa com que estou a falar | | | | | |
| | | | | | 4.Recuso uma bebida, especialmente se me for oferecida repetidamente | | | | | |
| | | | | | 5.Digo a alguém que me criticou justamente que tem razão | | | | | |
| | | | | | 6.Discuto a crítica de alguém relativamente a uma coisa que fiz | | | | | |
| | | | | | 7.Aceito uma oferta de ajuda | | | | | |
| | | | | | 8.Pergunto a alguém se o/a magoei | | | | | |
| | | | | | 9.Digo a alguém que fez algo por mim o quanto estou satisfeito | | | | | |
| | | | | | 10.Peço desculpa quando cometo um erro | | | | | |
| | | | | | 11.Explico a minha 'filosofia de vida' | | | | | |
| | | | | | 12.Peço a alguém que me indique o caminho | | | | | |
| | | | | | 13.Peço a alguém que critique alguma coisa que fiz | | | | | |

Avaliação: Os residentes incluídos aceitaram responder aos formulários.

Foi perceptível por aspetos verbais «porque é que me está a fazer essas perguntas», «porque é que quer saber da ansiedade», e aspetos não-verbais (afastamento, cruzar de pernas e braços e sobrancelhas arqueadas), alguma desconfiança no porquê da

aplicação das questões. Senti por isto, a necessidade de dar uma explicação prévia do que é a assertividade, as vantagens do comportamento assertivo nas relações interpessoais e os critérios de seleção dos participantes, para que não houvesse a percepção errónea da escolha se basear em opinião ou julgamento pessoais que eu poderia ter dos mesmos. Foi pertinente ao mesmo tempo esclarecer algumas áreas problemáticas nas relações interpessoais na instituição e a promoção da auto-observação e autoanálise.

O ponto 6. (Discuto a crítica de alguém relativamente a uma coisa que fiz) foi o que suscitou mais dúvidas na compreensão da pergunta. Alguns dos elementos entrevistados demonstraram um não verbal que interpretei como dúvida, alguns mantiveram-se em silêncio e num deles surgiram as questões 'Mas quem?' 'Um amigo próximo ou um familiar?' sic. No ponto 4. onde se lê 'bebida' optou-se por dizer 'algo', dado a inexistência de bebidas à escolha na instituição.

Os pontos onde houve maior número de participantes a referir que seriam ações causadoras de ansiedade, foram aquelas que implicariam opiniões de outros sobre o seu próprio comportamento: 'Dizer a alguém que te criticou justamente que tem razão' e 'Discutir a crítica de alguém a alguma coisa que fizeste'. A relação ansiedade-frequência do comportamento foi conivente com os achados teóricos que dizem que «maiores níveis de ansiedade em determinadas situações sociais se associam a menor prática de comportamento assertivo nas mesmas» (Vagos & Pereira, 2010).

Em algumas situações foi propício falar sobre outros aspetos, de encontro a necessidades/ diagnósticos levantados que exploro textualmente em plano de cuidados apresentado posteriormente.

Atividade 2

Atividade: Treino de Assertividade I

Duração: 35 minutos

Participantes: 9 residentes

Crítérios de inclusão: Saber ler e escrever, não apresentar processo demencial diagnosticado ou percebido; ter maior proximidade ao fim da medida de segurança (orientado pela distancia à pena máxima, ignorando-se as avaliações 2/2 anos)

Objetivo: Realizar actividades que fomentem a assertividade

- **Objetivos específicos:** distinguir entre comportamentos agressivo, assertivo e passivo-agressivo; promover a expressão de pensamentos e sentimentos, tanto positivos como negativos; auxiliar a esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais (Intervenções NIC);

Descrição/plano:

5 minutos – apresentação e justificação da pertinência do tema para a população alvo, agradecimento pela presença e definição de regras (colocação de questões e interrupções);

5 minutos – visualização de um vídeo explicativo das diferenças entre comportamentos assertivo, agressivo e passivo;

5 minutos – Identificação de imagens como agressivo, passivo, assertivo;

15 minutos – Role play com recriação de situações para treino da negação, recusa, realização de pedidos e pedido de alteração de comportamento⁸;

5 minutos – Avaliação da atividade com permissão para expressão livre de ideias e emoções.

⁸ DESC (Descrever, Expressar, especificar e Consequências):Descrever o comportamento, Expressar o incômodo, especificar a mudança desejada e assinalar as Consequências positivas.São técnicas utilizadas para expressar desagrado ou incômodo de modo justificado ou para pedido de mudança de comportamento (Santos e Portella,)

Avaliação:

Os participantes chegaram na maioria à hora marcada à sala usada normalmente pela Terapeuta Ocupacional. A escolha do espaço prendeu-se com a organização da sala, tamanho e familiaridade com que os residentes têm com a mesma, onde realizam diariamente actividades. Foi necessário, com dois clientes, por renitência dos mesmos a estarem presentes, o estabelecimento de alianças no sentido de cooperarem na realização da mesma: um dando ideias outro deles ficou responsável por me ajudar na gestão do tempo. Efetivamente foram participativos com o 'cumprimento' das suas 'funções'. Não posso garantir dado que não os questionei mas penso que a adesão terá resultado como motivação, eventualmente por se terem sentido parte integrante da ação e importantes para a realização da mesma. Houve necessidade de sair logo ao início para chamar três outros que embora avisados estariam 'distraídos' sic.

Houve participação espontânea de 4 elementos, sendo que nos restantes, houve a necessidade de ir estimulando à participação com perguntas diretas. Quando me dirigi diretamente responderam com formas e conteúdos apropriados. Foi utilizada da minha parte um tipo de linguagem, que fui validando ao longo da sessão, ser adequada e compreendida. Deram exemplos quando solicitei (respostas agressivas e assertivas e posturas passivas. Dados exemplos e questionado quais os tipos de resposta possível (entre agressiva, passiva e assertiva) e quais os mais adequados de forma a respeitar os outros. Foi lhes possível enumerar novamente as vantagens de se ter um comportamento assertivo. Solicitado que alguns elementos sugerissem a outros mudança de comportamento com uso da técnica 'DESC'. O residente mais interventivo e ao qual tive de relembrar os objetivos da sessão aquando de alguma dispersão nos comentários, deu-os de forma sempre coerente embora um pouco inadequado (não deu muito espaço de resposta aos restantes). Cometi um erro logo identificado que foi fazer uma pergunta mais elaborada a um elemento cuja língua materna não é o português. Após me aperceber que não seria a pessoa mais adequada para responder (dado a resposta ter sido o silêncio) dei a resposta e voltei a solicitar a participação com outra questão, mais simples que foi respondida adequadamente. Dei reforço positivo e no final falei individualmente no sentido de não influenciar negativamente a relação terapêutica. Referiu «não tem problema nenhum» sic e sorriu.

Avaliação global positiva, com participação de todos os elementos. Como plano a incluir na próxima sessão, uma revisão dos termos e conceitos, já que alguns elementos não parecem ter compreendido totalmente os conteúdos.

Atividade 3

Atividade: Treino de Assertividade II

Duração: 30 minutos

Participantes: 9 residentes

Critérios de inclusão: Saber ler e escrever, não apresentar processo demencial diagnosticado ou percebido; ter maior proximidade ao fim da medida de segurança (orientado pela distancia à pena máxima, ignorando-se as avaliações 2/2 anos)

Objetivo geral: Realizar actividades que fomentem a assertividade

- **Objetivos específicos:** auxiliar a identificar direitos pessoais, responsabilidades e normas conflitantes; monitorar o nível de ansiedade e desconforto relacionado à mudança de comportamento; elogiar os esforços para a expressão de sentimentos e ideias e facilitar oportunidades de prática, utilizando a discussão, o uso de modelos e representação de papéis

Descrição:

5 minutos – Agradecimento pela presença e definição de regras (interrupções, questões e duração da sessão);

5 minutos – revisão dos significados de assertivo, passivo e agressivo, com definições e/ou exemplos;

10 minutos – role play treinando expressão de agrado, agradecimentos, aceitação de críticas em simultâneo à realização de críticas (com enfoque no comportamento que se pretende mudar e não na pessoa em si);

5 minutos – exploradas as responsabilidades/deveres da assertividade tendo por base os direitos (ex: ter o direito de dizer *não*---» aceitar o direito do outro de dizer *não*);

5 minutos - necessidade da existência de regras (as da instituição) e benefícios no seu cumprimento.

Avaliação:

Os participantes chegaram à hora marcada. Três dos participantes tinham verbalizado 'não ter vontade' de ir para a atividade. À chegada apresentavam uma postura sugestiva de desinteresse/ contrariedade (corpo descaído na cadeira, olhar fixo longe

do centro da atividade). Para a participação inicial pedi especificamente a revisão dos conceitos e alguns exemplos.

Após a revisão percebi que alguns elementos não tinham presentes os conceitos mais adequados/diretos sobre a assertividade e passividade: 'é ser bom com os outros', 'é não ser agressivo' sic; 'passivo é não se mexer muito e não fazer muita coisa' sic.

Posteriormente abordei as formas assertivas de demonstrar agrado, agradecer exprimindo emoção positiva associada, efetuar críticas a uma ação do outro e não à pessoa que o outro é ('a tua ação foi inadequada' em vez de 'tu és um inadequado'). Posteriormente à demonstração de um 'direito da assertividade', foi pedido a cada um deles o 'dever/responsabilidade' respetivos. Na maioria dos clientes houve necessidade de uma ajuda na resposta. No final foi falado sobre o assunto 'regras' e foram questionados sobre a sua importância numa instituição como o serviço de psiquiatria forense. Um elemento respondeu que sem regras 'todos fazíamos o que queríamos e isso ia trazer-nos problemas' sic. Neste contexto e sobre os benefícios, ou ausência de consequências negativas no cumprimento de regras, houve dois utentes que manifestaram desagrado por alegadamente 'cumprir as regras, faço bolos e o almoço e ganhei mais dois anos' sic e 'cumpro regras e vou de castigo'. Aqui houve espaço a exposição de ideias e no encerramento da sessão foi dito aos participantes que poderiam continuar a discussão fora sessão.

Um dos participantes entreviu durante a sessão para dizer que 'a assertividade não existe' e 'assertividade é uma palhaçada, cada um só olha para si' sic. Foi pedido que explicasse o porquê das afirmações. Reforcei a ideia de que as pessoas não são assertivas em todos os momentos e que isso nem sequer é adequado. Dei o exemplo dele próprio comparando as respostas que me deu quando o informei da sessão, a sua postura no início da sessão e as respostas atuais que foram dadas de forma assertiva. Validei com ele, que me confirmou que afinal a assertividade existe, 'mas não é em toda a gente' sic.

O balanço é de que o tema, no que concerne à importância do respeito pelo outro e o benefício nas relações interpessoais, é importante. No entanto, alguns participantes (aprox. 5/9) continuam sem conseguir definir o termo e repetir de forma autónoma alguns destes exercícios. Ou seja, quando lhes era solicitado que fizessem algumas das ações que referi em cima, eu ajudei pelo menos, a iniciar a frase.

Atividade 4

Atividade: Treino de Assertividade III

Duração: 40 minutos

Participantes: 9 residentes

Crítérios de inclusão: Saber ler e escrever, não apresentar processo demencial diagnosticado ou percebido; ter maior proximidade ao fim da medida de segurança (orientado pela distancia à pena máxima, ignorando-se as avaliações 2/2 anos)

Objetivo geral: Realizar actividades que fomentem a assertividade

- **Objetivos específicos:** realizar uma revisão de conceitos, repetição de exercícios descritos nas atividades anteriores e discussão tipo 'brainstorming'

Descrição:

5 minutos – Agradecimento pela presença e definição de regras (interrupções, questões e duração da sessão);

15 minutos – revisão dos significados de assertivo, passivo e agressivo, com definições e/ou exemplos; role play treinando expressão de agrado, agradecimentos, aceitação de críticas em simultâneo à realização de críticas (com enfoque no comportamento que se pretende mudar e não na pessoa em si);

10 minutos – expressão livre de ideias sob a minha moderação.

Avaliação:

Alguns participantes ajudaram a recordar aos outros o que era ser assertivo, passivo e agressivo com alguns exemplos de situações. Criado exercício de reposta à situação: 'mulher serve jantar ao homem que diz: isto está uma porcaria, não fazes nada de jeito!'. Sugestões dos participantes: 'querida hoje não está tão bom como nos outros dias', 'o dia correu-te bem?', 'obrigada, mas hoje podemos ir jantar fora' sic. Auxiliados a criticar as situações e não as pessoas, não generalizar a emoção que lhe é causada a si individualmente (ex: não dizer 'todos', em vez de 'eu'), sugestão de mudança de comportamento 'podias experimentar um pouco mais de sal da próxima vez' sic.

Seguiu-se uma troca de ideias sobre alguns aspetos da convivência no serviço, as medidas de segurança e o contributo da assertividade para o eventual encurtamento

da mesma. Explicado ainda assim a importância de outros elementos para que isso possa ser possível.

Atividade 4

Atividade: Intervenções individuais com base em diagnósticos de enfermagem

Duração: variável

Participantes: diversos clientes

Crítérios inclusão: Tolerância ao diálogo, pensamento e discurso organizado. Diagnóstico de necessidade de intervenção manifestação do cliente;

Objetivos: Identificar necessidades nos utentes e formar diagnósticos de enfermagem; desenvolver ações de enfermagem preconizadas e avaliar resultados

Descrição: Intervenções foram de carácter individual mas descritas e avaliadas no global através da consulta de notas diárias efetuadas imediatamente após interação com os utentes.

Dado a organização do serviço e natureza inconstante dos clientes foi necessário otimizar o ambiente: informal, sem local e duração definidos.

Avaliação: (em tabela).

Diagnósticos de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE)

| Diagnóstico | Intervenções de enfermagem Na pessoa: | Avaliação |
|--|--|--|
| <p>Ansiedade Presente em grau moderado de forma intermitente/contínua <i>É um tipo de Emoção com as seguintes características: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança (...).</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Permanecer fisicamente presente sem esperar respostas de interação; - Manifestar interesse; - Encorajar a expressão de sentimentos, perceções e medos; - Ajudar na identificação de situações geradoras de medo e ansiedade; - Identificar os temas predominantes no seu | <p>Nos residentes com ansiedade presente, esta está muito associada à imposição de limites pela medida de restrição (não podem sair do serviço), à proximidade ou distância do termo da medida de segurança a que estão sujeitos e ao cumprimento das regras do serviço.</p> <p>Nas intervenções efetuadas</p> |

| | | |
|--|---|--|
| (CIPE/ICNP) | <p>discurso;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar atento ao tom, ritmo e volume de voz; - Discutir as experiências emocionais; - Demonstrar empatia e compreensão; - Facilitar a identificação das estratégias que habitualmente adota face aos sentimentos de medo; - Incentivar a escolher as técnicas de distração desejadas (música, ler, escrever, ver televisão, jogar às cartas, fazer ginástica...); - Reforçar positivamente qualquer progresso observado; | <p>houve enfoque na escuta ativa e presença. Houve promoção da expressão livre de sentimentos e pensamentos: 'Estou farto de aqui estar' sic, 'não aguento mais isto' sic; Há diminuição da ansiedade, manifestada pela pessoa, ao verbalizar emoções. Assim como verbalizar pensamentos como construção de projetos exequíveis para o futuro também permitiu diminuir a ansiedade sentida.</p> <p>Quanto às regras, houve benefício através do processo de racionalização da necessidade de as cumprir com consequências de não punição. Houve incentivo à adesão às actividades lúdicas existentes, com relativo sucesso: 'não tenho paciência para fazer isso', 'faço desta vez' sic.</p> |
| <p>Tristeza Presente em grau moderado</p> <p><i>Tristeza é um tipo de emoção com as características específicas: sentimentos desalento e de melancolia associados com falta de energia (CIPE, Versão B2, 2002).</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Estar fisicamente disponível para ajudar; - Permanecer fisicamente presente sem esperar respostas de interação; - Manifestar interesse; - Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos; - Discutir as experiências emocionais; - Demonstrar empatia e | <p>'Estou triste, claro que estou triste' sic. A presença e a escuta tiveram efeitos na diminuição da tristeza manifestada pelo residente, a presença, a disponibilidade para ouvir, os momentos de silêncio e a validação emocional. Perceber os motivos da tristeza, o que a origina e motiva e quais os acontecimentos passíveis de serem modificados, tal como</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>compreensão;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar o a identificar os sentimentos de culpa; - Promover interação /Gerir comunicação; - Supervisionar tristeza. | <p>delinear alternativas de comportamento que promovam consequências positivas ajudaram a minimizar a tristeza.</p> |
| <p>Auto-estima Diminuída (nos diferentes graus)</p> <p><i>Auto-estima é um tipo de Autoconceito com as características específicas: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e de autolimitação, desafio das imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento da mesma maneira que da crítica construtiva (CIPE, Versão ß2, 2002).</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Contrariar tendências auto depreciativas, induzindo a uma visão diferente de si própria; - Avaliar a relação entre os sentimentos e a realidade; - Assistir na identificação de capacidades e reforça-las positivamente; - Ajudar a identificar as respostas positivas dos outros; <p>Promover coping:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar a identificar os sistemas de suporte disponíveis; - Ajudar a identificar estratégias positivas para lidar com os problemas; - Assistir no desenvolvimento de novas estratégias de coping e capacidades para resolver os problemas; - Ajudar a identificar as prioridades na sua vida; - Promover a relação de ajuda; - Ajudar a identificar e a estabelecer os seus | <p>Os utentes com este diagnóstico conseguiram em parte reconhecer as suas potencialidades através das exploração de histórias de vida. Houve também reconhecimento da realidade de si vs a forma como se vê.</p> <p>Foram definidas em conjunto com alguns utentes estratégias e objetivos personalizados para ultrapassar dificuldades.</p> <p>Houve construção de relação de ajuda, com promoção de alianças sem se fomentar a dependência.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>próprios objetivos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar a examinar os recursos disponíveis para alcançar os objetivos propostos. | |
| <p>Adesão ao regime terapêutico</p> <p>Comprometido</p> <p><i>Volição com as características específicas: ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações e de comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.</i></p> <p><i>(ICN, 2005, p. 8)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico; - Incentivar a adesão ao regime terapêutico; - Promover uma gestão eficaz do regime prescrito; - Ensinar sobre as complicações da não adesão ao regime terapêutico. | <p>Nas situações em que se identificou este diagnóstico, verificou-se que na maioria das situações os clientes não apresentavam crítica à sua situação de doença e por isso foi realizado em conjunto uma revisão da sintomatologia (não sintomas para os clientes dado não estarem doentes) e do mau estar que tinham. Foram revistas as vantagens de aderir às atividades planeadas, à toma da terapêutica como forma de melhoria da qualidade de vida na instituição e como aspetos pertinentes para a avaliação que contribui para a manutenção, encurtamento ou prorrogação da medida de segurança.</p> |

APENDICE VIII – Reflexões referentes ao estágio do Modulo III

Referente à 1ª quinzena de estágio num Serviço de Psiquiatria Forense

De acordo com Ciclo Reflexivo de Gibbs

- Descrição

Integração num serviço de Psiquiatria Forense. Serviço fechado para cumprimento de medida de segurança, com 32 residentes, todos considerados inimputáveis perigosos.

- Pensamentos e sentimentos

Questiono o tipo de crime cometido por cada um dos residentes. Penso se podem apresentar risco à minha integridade física. Sinto algum receio. Sinto o desconforto do primeiro contacto com o serviço e as pessoas que o integram.

- Avaliação

A integração foi facilitada pela equipa de enfermagem que me acolheu em estágio. Solicitam-me em diversas situações o que me ajuda a conhecer a estrutura física, orgânica e os processos clínicos e judiciais.

Os residentes são na sua maioria tranquilos, organizados e respeitadores do espaço do outro e interagem comigo, alguns de forma espontânea aos quais respondo sempre. Comigo apresentam-se mais reservados quanto aos seus pensamentos e emoções.

- Análise

O dia começa pouco tempo após o nascer do sol. Os estores levantam e entra a luz do dia. Os residentes ou se levantam ou tapam a cabeça e esperam que o enfermeiro chegue e os chame.

Começo o estágio por me apresentar aos profissionais e mais gradualmente aos residentes. Começo a conhecer os cantos à casa. Estranho tudo inicialmente por ser

novo mas penso que não posso aferir qualquer julgamento seja por profissionais ou residentes.

Participo nas questões mais técnicas como verificação e administração de terapêutica. Faz-me sentido para revisão das indicações dos fármacos a cada doente e para começar a interagir e associar cada um ao nome que vou conhecendo pela passagem de turno ou quadro da sala de enfermagem. Questiono a pertinência desta ação ao longo do estágio. Parece-me que esta atividade deixa de ser prioritária à medida que conheço os residentes e estabeleço empatia.

Ajusto o meu projeto de estágio com auxílio do orientador que sabe da real aplicabilidade do que me proponho fazer. Realizados alguns ajustes, os quais me parecem absolutamente adequados. Proponho-me focar a minha intervenção ao nível do treino de assertividade, através de diagnóstico de situação com a utilização de uma subescala da 'Escala de comportamento Interpessoal' (Arrindell & van der Ende, (1985)) adaptado para Portugal (Vagos & Pereira, 2010), e desenvolvimento de actividades individuais e grupais de treino de assertividade. Planeio após 2 sessões de treino reaplicar a escala. Ainda não sei qual o grupo a aplicar. Pensei em definir critérios de inclusão (escolha não aleatória) e exclusão dos demais, dado ser demasiado ambicioso trabalhar com todos os residentes.

Residentes. Eis outra questão que me coloco. Como me referir a estas pessoas em medida de segurança, que cometeram um ou vários crimes e que simultaneamente são doentes psiquiátricos? Opto por referir-me a estas pessoas como residentes (em reflexão posterior foi-me sugerido substituir por 'clientes').

Ao contrário do que eu imaginava antes do estágio começar, após quatro turnos, desconheço os crimes pelos quais a maioria das pessoas aqui cumpre a 'pena' «aquí não se chama pena», esclareceram-me ao início. A minha curiosidade tem sido mais dirigida para as suas formas de ser e estar no dia a dia, dado que é isso com que vou lidar efetivamente.

Observo-me e percebo que o meu comportamento vai de encontro ao que penso: são doentes ou estariam doentes no momento em que cometeram crimes e dessa forma não os consigo ver como criminosos. Como tal penso que não tenho uma postura fechada, receosa ou discriminatória. Mimo os mais velhos (porque tenho vontade e não vejo consequências negativas, embora não tenha uma intencionalidade terapêutica) e disponho-me à presença e à escuta. Faço questão de me disponibilizar para expressarem pensamentos e/ou emoções.

O dia termina quando se entregam os isqueiros e os cigarros que restam. Daqueles que não têm limitações e não têm de pedinchar os seus cigarros após cada refeição. Fumar é das principais actividades a que se agarram para passar o tempo. Quando me tento colocar nos seus lugares fico angustiada. O que faria eu com tanto tempo livre e para onde iria conduzir os meus pensamentos nesse tempo? Felizmente no fim do turno posso sair pela porta da frente e passar o gradeamento.

- Conclusão

As dificuldades encontradas são inerentes ao processo de adaptação. Recorro a estratégias de adaptação, procuro mais a descrição do que o risco de cometer erros e em momentos de frustração racionalizo o processo e arranjo estratégias de coping eficazes: a aceitação das responsabilidades, o autocontrolo, a reavaliação positiva e o distanciamento e a fuga ou evitamento do problema.

Eu estou a ser amavelmente recebida neste serviço, em casa alheia, e por isso devo, desde que não vá contra as minhas convicções pessoais e profissionais, respeitar e aceder às indicações de quem me recebe e orienta, como faria em qualquer outro local. Com o tempo irei perceber a melhor forma de transmitir as minhas ideias.

- Planear a ação

No futuro irei trabalhar individualmente para manter a humildade de quem está no processo de aprendizagem mas ter a ousadia de fazer mais do que isso: desenvolver o meu projeto de estágio. Para isso tentarei de forma supervisionada liderar processos terapêuticos, medir, registar e manter uma postura inequívoca de quem pode aprender com todos aqueles que sabem mais do que eu. Manter sentido crítico mas abster-me de julgar.

Promover o meu autoconhecimento através da auto-observação de pensamentos, comunicação verbal e não-verbal e resultados de interação. Trabalhar para promover a assertividade nos outros e em mim própria.

Darei continuidade à integração repetindo os aspetos positivos da minha forma de estar e melhorando aqueles que possam não ser tão bem recebidos.

Referente à 2ª quinzena de estágio num Serviço de Psiquiatria Forense

De acordo com Ciclo Reflexivo de Gibbs

- Descrição

Criação e manutenção da relação de ajuda com os residentes. Com todos os residentes tento estabelecer relações baseadas na empatia e obedecendo a limites bem delineados (para que o meu papel como enfermeira seja inequívoco). Escolho este tema porque é central no desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, servindo como base às intervenções psicoterapêuticas.

- Pensamentos e sentimentos

Os cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiatria têm lugar em múltiplos contextos. De acordo com (Townsend, 2011) os enfermeiros em psiquiatria forense *«integram a filosofia de enfermagem psiquiátrica /saúde mental e a prática com conhecimento do sistema de justiça criminal e avaliação das influências socioculturais dos clientes individuais, família e comunidade»*.

Todos os residentes permitem a minha aproximação, é gradual para não ser violenta. Há os mais conversadores que facilmente me chamam ou vêm até mim e me contam as suas histórias. Nestas situações identifico nestes, atividade delirante ativa com histórias com conteúdo megalómano. De alguma forma vêm dar-me a conhecer os seus feitos no passado: dominação e poder (ex. ter sido rei, ter tido milhões de filhos) e capacidades extrassensoriais (ex. falar com Deus).

Outros mostram-se disponíveis para falar quando me dirijo a eles mas não me procuram de forma espontânea, a não ser para pedir tabaco, telefonemas ou mesmo a chave do euomilhões. Pensei na necessidade de ser ponderada e dar-lhes tempo para se familiarizarem com a minha presença. Foi isso que fiz e observei que gradualmente quase todos sabem o meu nome e consigo arrancar alguns sorrisos quando me dirijo a eles. Estes sorrisos significam para mim um contacto empático. Não tem efeito terapêutico por si só mas acredito poder potenciar a relação enfermeiro-residente.

Nesta fase conheço algumas características de cada um dos residentes. Algumas seja por doença ou traço de personalidade, não me agradam e tenho observado e controlado o processo de contratransferência.

É importante saber lidar com os mecanismos de contratransferência tendo sempre em atenção a pessoa que cometeu o delito e não o delito que foi cometido (Silva, 2013).

Não identifico fenómenos de 'represálias' pelo passado dos utentes, no entanto, percebo que estabeleço limites mais rígidos com aqueles que têm um passado de crimes cometidos sobre mulheres. Quer isto dizer que não permito 'piadas' ou tão-pouco ofertas que possam abrir caminho a qualquer confusão sobre o meu papel naquele serviço.

- Avaliação

Na aprendizagem diária, seja de como lidar com um residente pelas suas particularidades, a sua personalidade ou os seus hábitos, seja relembrar a postura que devo ter no contacto terapêutico têm sido os grandes ganhos. O facto de me esquecer algumas vezes de ter em atenção a mensagem que transmito ao outro, com a observação de mim enquanto comunicadora verbal e não-verbal, surgem como aspetos menos positivos.

- Análise

O pouco tempo decorrido desde que entrei no Serviço e me apresentei leva a que, embora seja reconhecida como elemento que temporariamente integra a equipa de enfermagem, sinto que os residentes ainda não têm confiança em mim como profissional a quem recorrer para os ajudar na resolução de diversos problemas. Vou manter a minha disponibilidade e dar-lhes o espaço que necessitam, até pelo menos, me reconhecerem como elemento com que, de forma terapêutica, possam contar.

- Conclusão

Podia ter realizado mais entrevistas individuais e estruturadas mas senti algumas vezes que era forçado fazê-lo. Fiz intervenções individuais aquando da realização dos questionários. E depois, estive presente, ouvi, questionei e obtive resultados positivos dessas ações, com manifesto verbal dos residentes em causa. Poderei fazer mais intervenções nas próximas semanas.

- Planear a ação

Irei continuar a fomentar actividades e intervenções com finalidade terapêutica, ações de psicoeducação na área da assertividade (por ser um dos principais objetivos do estágio); sempre que os residentes estejam dispostos a colaborar comigo e que seja do benefício de cada um deles.

Deverei documentar as actividades devidamente fundamentadas e a avaliação respetiva. Agruparei as intervenções individuais realizadas agrupadas consoante diagnósticos de enfermagem em linguagem CIPE.

Referente à 3ª quinzena de estágio num Serviço de Psiquiatria Forense

De acordo com Ciclo Reflexivo de Gibbs

- Descrição

Potencial risco de desumanização nos cuidados ao doente psiquiátrico em medida de segurança (com passado ligado ao crime). Levanto esta questão porque num serviço de psiquiatria forense a doença mental e o crime estão absolutamente associados e isso pode conduzir ao estigma. Muitas vezes me perguntei «É o crime cometido importante?»

- Pensamentos e sentimentos

Quem tem conhecimento deste meu estágio costuma dizer: 'que horror', 'não tens medo?'.
No primeiro dia senti medo.

Este sentimento inicial associado a uma curiosidade prévia sobre os crimes, foram úteis para me fazer refletir, desde o primeiro dia, sobre esta possibilidade (a da desumanização) na consequência de um fenómeno de estigma. Poderá o enfermeiro fazer uma distinção no cuidado ao doente mental, se este praticou crimes?

Tinha conhecimento prévio da especificidade deste serviço e fui desde o primeiro dia de estágio alertada para evitar situações de vulnerabilidade: colocar-me de costas para os residentes, usar cabelo solto ou fios ao pescoço que pudessem ser usados para me imobilizar e estar à alerta para movimentos que pudessem ser mais bruscos ou ameaçadores). Hoje lembro-me de todos esses avisos, mas não sinto medo. Porquê? Porque vejo pessoas quando olho para os residentes. Cujo passado é marcante mas todos, sem patologia psiquiátrica diagnosticada e sem crimes associados, temos passado, que pode muitas vezes não ser o mais ético ou moralmente aceite (até por nós próprios) pela sociedade. Mas por isso, são pessoas, que precisam da supervisão e cuidados de enfermagem adequados e não somente viver num estabelecimento prisional.

- Avaliação

Esta experiência de estágio trouxe-me, além de poder colocar conhecimentos teóricos em prática, de aprender com modelos 'especialistas' que têm experiência na área, desafiar-me a mim própria e levantar esta questão que me permite refletir sobre este tema.

Questionar-me sobre isto é pensar sobre um tema de extrema importância no cuidar de pessoas: o estigma. Séculos de intervenções promotoras do isolamento, ocultação, desvalorização e desrespeito pela pessoa com doença mental contribuíram para a criação de ideias erróneas, mitos e crenças que ainda hoje se encontram socialmente enraizados.

Loureiro, Dias & Aragão (2008) sugere que existe em Portugal um elevado nível de aceitação e tolerância face à pessoa com doença mental, ainda que prevaleçam estereótipos e mitos de teor negativo - sobretudo de perigosidade e incurabilidade - que conduzem ao preconceito, rejeição, discriminação e exclusão social.

A sociedade tende a adjetivar pessoa com doença mental de um modo frequentemente depreciativo. Termos como “maluco”, “esquizofrénico”, “psicopata” ou “maníaco”, são utilizados de forma banal, despidos de respeito e fortemente minados pelo estigma. Neste contexto, pensar sobre este assunto, ajuda-me na consciencialização, e este aspeto, por si só é já uma rampa na redução do estigma e das atitudes a ele associadas. Sendo para além de uma necessidade ontológica, uma questão de justiça social que diminui o risco de ‘desumanizar’ os cuidados.

- Análise

Desumanização é uma palavra que me impressiona os ouvidos e ainda mais os pensamentos. Diz no dicionário Priberam **Fonte especificada inválida.** da língua portuguesa que significa

«1. Acto ou efeito de desumanizar;

2. Perda de determinadas qualidades morais humanas.»

Gosto de acreditar, como pessoa sensível aos direitos dos outros, sejam eles de integridade física, psicológica, moral ou espiritual, que é necessário um certo grau de disfuncionalidade, ou doença, para ignorar esses direitos nos outros. Por este ponto de vista, todos os criminosos seriam doentes. No entanto, à luz da ciência isso não acontece. Existe uma pessoa, comete um crime (ou seja, vai contra elementos definidos na constituição portuguesa, especificados no Código Penal, no caso de ser em Portugal) e existe um médico psiquiatra que relata a existência de distúrbio psiquiátrico e é estabelecida a inimputabilidade por um juiz. De acordo com a definição do dicionário, ‘desumanizar’ associado ao cuidado de enfermagem, prende-se com ato de nós, cidadãos e profissionais de saúde, tratarmos estas pessoas esquecendo as suas características que as definem como humanas. Ou será que elas próprias, num

contexto de doença perderam por si só essas qualidades morais e ignoraram os direitos alheios?

Num estudo realizado num 'manicómió judiciário', no Brasil, as autoras referem que "Os transtornos psiquiátricos e neurológicos são classificados pelo profissional como desvio de conduta e o crime cometido é utilizado para classificar o paciente. Assim, no lugar de pacientes internos, há "homicidas" como pacientes. Caracterizados como homicidas e portadores de graves desvios de conduta, cujo convívio social é inviável, o atendimento às suas necessidades ficam em segundo plano, deixando visível a postura punitiva dos profissionais do HCT. Neste contexto, a desumanização da loucura ganha destaque" (Santana & Alves,2015).

Poderá tratar de forma diferente um individuo que possui uma *inaptidão para cumprir o contrato social, provocando a falta de condição de convivência em sociedade*, de acordo com a natureza do seu crime?

O enfermeiro é um profissional e ao mesmo tempo um ser humano que deve poder ficar incomodado com a injúria, injustiça e crueldade. Esta reflexão aparece crivada de perguntas porque na realidade penso que até ao final da mesma não conseguirei encontrar uma resposta inequívoca, e sim uma ponte para que mais questões surjam. Muito pela própria definição de desumanização, na minha interpretação, ter significados que são diferentes opto por refletir sobre na ação do enfermeiro, enquanto pessoa e profissional, correr o risco de esquecer que está a cuidar de alguém, que embora tenha ignorado o de terceiros, tem direitos fundamentais e existem para com estes clientes obrigações éticas e morais.

- Conclusão

A minha experiência, que é só do que posso falar, leva me a responder negativamente à pergunta inicial, no contexto de estágio em que me encontro.

Embora os cuidados que tenho presentes que devo ter com doentes mentais, tal como os cuidados com doentes do foro físico, conhecer individualmente cada um dos residentes, faz-me esquecer ou nem ter presente na memória a natureza dos crimes cometidos. Vejo os como doentes que são, ou estariam, no momento em que os cometeram. Vejo os sobretudo como pessoas que precisam e merecem que eu seja a melhor profissional que posso ser. Saber do passado de sofrimento, abandono, maus tratos ou só solidão, de cada um deles, surge como algo que me interessa muito mais. Não pela curiosidade mórbida ou a exploração gratuita do sofrimento alheio. Sim para perceber melhor alguns padrões de pensamento e comportamento. A inexistência de

modelos, ou os modelos 'errados' porque claramente não proporcionaram o desenvolvimento de competências sociais adequadas, os défices de afeto, a pobreza, a doença e a violência parecem ser muito mais valorizáveis para que eu, enquanto pessoa e profissional que cuida, possa encaixar no meu conjunto de valores, o cuidar destas pessoas.

- Planear a ação

“Os profissionais da saúde não desvinculam a caracterização dos pacientes da condição social destes. Por serem sujeitos sob custódia do Estado, pelo cometimento de atos ilícitos, os pacientes são tratados como tal. A loucura associada ao crime e ao perigo é reproduzida como estigma, refletindo na forma como é dispensado o cuidado em saúde” (Santana & Alves, 2015).

Quanto ao tema, a minha postura tem sido congruente com o cuidar de pessoas com patologia psiquiátrica com atenção às suas características pessoais e da doença. Por isso continuarei a potenciar a relação inequívoca enfermeira-cliente com a noção de que não quero ter atitudes que tem efeitos negativos, tanto para a pessoa alvo de estigma, como para quem estigmatiza (eu). Manterei a auto análise e receberei críticas construtivas no que concerne à minha forma de estar.

Cabe-me também a mim, futura enfermeira com formação especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, transmitir conhecimentos à população em geral e, em particular, aos restantes enfermeiros, de forma a diminuir o estigma que persiste em relação a estas pessoas.

Referências:

Castanyer, O. (2004). A assertividade, a expressão de uma auto-estima saudável (3^a ed.). Coimbra: Edições Tenacitas.

Frehse, F. (2008). Erving Goffman, sociólogo do espaço. *Revista brasileira de ciências sociais*, 23(68).

Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais - uma estratégia em saúde mental: concetualização e modelos teóricos. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, 6.

- Martin, P. (2016). *4 Personality Disorders Nursing Care Plans*. Obtido em 26 de Outubro de 2017, de NursesLabs: <https://nurseslabs.com/personality-disorders-nursing-care-plans/>
- Meleis, A., & Hall, J. (1994). Scholarly caring in doctoral nursing education: promoting diversity and collaborative mentorship. *Journal of nursing scholarship*, 26(3), pp. 177-180.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (Norv./Dez. de 1994). Facilitating transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, pp. 255-259.
- Penal, C. (19 de Dezembro de 2016). *Atualizado de acordo com a Lei n.º 39/2016*. Obtido de <http://www.codigopenal.pt>
- Portella, M., & Santos, V. (2012). Treinamento de habilidades sociais. *Nucleo de experimentos em neurociências*.
- Santana, A., & Alves, M. (2015). Vivências de profissionais de saúde em um manicômio judiciário e a visão sobre os pacientes. *Revista enfermagem UFPE online*.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, C. (2013). *A promoção do autocuidado de doentes internados em psiquiatria forense como contributo para o seu processo reabilitativo*. Setúbal: IPS.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (6ª ed.). Lusociência.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2010). Escala de Comportamento Interpessoal: Adaptação para a língua portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 8(1), pp. 37-49.

APENDICE IX - Projeto estágio do Módulo I

Módulo I - *Promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção*

- **Desenvolver elevado conhecimento sobre mim enquanto pessoa e enfermeira**

| Indicadores de processo | Indicadores de resultado |
|--|--|
| <p>-Demonstração da tomada de consciência sobre mim própria durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, formais ou informais.</p> <p>-Favorecimento do desenvolvimento de processos psicológicos, a nível do desenvolvimento pessoal e da aprendizagem;</p> <p>-Facilitação da aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-me com os outros;</p> <p>-Realização de reflexões quinzenais segundo <i>Ciclo Reflexivo de Gibbs</i>.</p> | <p>-Identifico no momento as emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais que podem interferir na relação terapêutica;</p> <p>-Giro os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses e resistências na relação terapêutica;</p> <p>-Mantenho os limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico;</p> <p>-Monitorizo as minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais, registando diariamente aquilo do qual tenho consciência;</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>-Desenvolvo de competências de observação especializada e focalizada, comunicação terapêutica, gestão de emoções, aprofundamento de conhecimentos, trabalho de equipa, planeamento e avaliação de atividades de grupo;</p> <p>-Realizo reflexões segundo o ciclo de Gibbs;</p> <p>- Reflito com o enfermeiro orientador todos os momentos de intervenção.</p> |
|--|--|

- **Integrar o serviço, a equipa multidisciplinar e as atividades desenvolvidas na Unidade de adolescentes;**

| Indicadores de processo | Indicadores de resultado |
|---|--|
| -Apresentação e reunião informal com o enfermeiro chefe/orientador; | -Conheço a estrutura orgânica e física do serviço; |

| | |
|--|---|
| <p>-Consulta de documentação existente no serviço: protocolos, normas, metodologia de trabalho e processos clínicos;</p> <p>-Obtenção de informação sobre a estrutura funcional do serviço;</p> <p>-Apresentação à equipa multiprofissional;</p> <p>-Participo no planeamento e avaliação de atividades.</p> | <p>-Integro a equipa multidisciplinar;</p> <p>-Observo intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicoeducativas dos diferentes profissionais;</p> <p>-Conheço as infraestruturas e as atividades desenvolvidas;</p> <p>-Reconheço a dinâmica e metodologia de prestação de cuidados;</p> <p>-Respeito as dinâmicas do serviço.</p> |
|--|---|

- **Desenvolver intervenções de promoção da saúde mental e prevenção da doença com os adolescentes que frequentam a Unidade e com as suas famílias;**

| Indicadores de processo | Indicadores de resultado |
|--|---|
| <p>-Promoção do potencial de saúde do cliente, através da otimização das respostas humanas aos processos de transição: desenvolvi mentais, situacionais, fortuitas.</p> <p>-Conhecimento sobre o papel do enfermeiro nos processos de transição;</p> <p>-Identificação e fortalecimento dos fatores de proteção/resiliência e de vulnerabilidade/risco para a saúde mental do cliente e família;</p> <p>-Diagnóstico da situação de saúde mental e dos recursos específicos, reais e potenciais do cliente;</p> <p>-Promoção de ações que auxiliem o cliente no processo de gestão e adequação comportamental;</p> | <p>-Realizo um estudo de caso;</p> <p>-Discuto soluções com o enfermeiro orientador e com os pares em momento oportuno;</p> <p>-Promovo o bem-estar emocional, a comunicação e relações interpessoais;</p> <p>-Permito e favoreço a expressão de sentimentos;</p> <p>-Obtenho conhecimento sobre as intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas realizadas com os adolescentes e famílias;</p> <p>-Contribuo para a mobilização de recursos e potencialidades de cada adolescente e família, de forma a contribuir para uma adaptação mais ajustada ao seu cotidiano;</p> |

APENDICE X – Estudo de caso do Módulo I

Introdução

Com o objetivo de se aprofundar conhecimentos sobre o cliente com informação precursora de um plano de cuidados realiza-se um estudo de caso. A escolha do cliente deu-se por ter havido a oportunidade de acompanhar o seu percurso desde o primeiro dia de internamento.

Stake (2009) propõe o método de estudo de caso intrínseco, que é utilizado quando o investigador pretende compreender um caso particular e as suas peculiaridades, mais precisamente na perspetiva de aplicação prática do Processo de Enfermagem em todas as suas etapas com vistas à sistematização da assistência em enfermagem.

O estudo de caso é considerado no domínio da Enfermagem, como o precursor dos planos de cuidados, tidos como o primeiro passo a se alcançar o que é definido como Processo de Enfermagem, com foco na individualização do cuidado a pessoa, família e comunidade, com vistas à integralidade do ser e a autonomia profissional (Silva & Santos, 2009).

5. IDENTIFICAÇÃO

Nome: J.

Idade: 21 anos

Sexo: Masculino

Etnia: Caucasiano

Naturalidade: Coimbra

Nacionalidade: Portuguesa

Escolaridade: 12º ano

Profissão: Não tem

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católica

Agregado Familiar: Mãe e Pai

Residência Atual: Moita

6. HISTÓRIA PESSOAL E FAMILIAR

Motivo de internamento: isolamento social, perda de energia, fadiga persistente, restrição do campo de interesses, insónia inicial, pessimismo, ansiedade e múltiplos sintomas somáticos.

História de doença atual – Aspectos significativos do seu desenvolvimento

Infância (1-10 anos) – muda de infantário e escola para acompanhar a mãe que era professora;

10 anos - Aponta a entrada no ciclo como o **início da sua ansiedade** – sentia-se nervoso quando era observado por colegas, tinha medo da crítica dos outros, ficava muito incomodado quando se sentia observado. Apesar disto tinha amigos e convivia naturalmente com eles;

11 anos - Vítima de bullying. As agressões eram maioritariamente verbais, pejorativas e associadas a empurrões e ocorriam com maior frequência no balneário. Após estes episódios a sua atitude habitualmente era relatar o sucedido à mãe, que depois falava com os agressores;

12-13 anos - Salmonelose – após remissão mantém sintomas gastrointestinais diários de cólicas, flatulência e diarreia, durante vários meses. Sentiu-se rejeitado pelos colegas de turma que se riam dele e o evitavam

dizendo que cheirava mal. Deixou de querer ir à casa de banho na escola – pedia à mãe que trabalhava na escola que o levasse a casa de carro para poder ir à casa de banho. **Agravamento do quadro ansioso, com comportamentos de evitamento** - não ia às visitas de estudo, não queria ir ao quadro, **humor progressivamente mais triste e isolamento social**. “Desde então passei a andar pela escola com um ar sério e triste” sic. “No sétimo ano foi quando senti pela primeira vez o que era a depressão”. Dificuldades progressivamente maiores em ir à escola, os pais obrigavam-no a ir. Durante o ano houve um isolamento social progressivo, passou a relacionar-se apenas com um amigo de turma, dificuldades de concentração, houve uma diminuição do rendimento escolar e começou a centrar-se mais nas suas queixas somáticas e nos sentimentos de tristeza e desespero- “Não percebia porque não passavam as cólicas. Ansiedade relacionada com a crítica dos pares e com o olhar do outro.

13-15 anos - Mudou de escola para ponte de sor. A mudança trouxe melhoria dos sintomas somáticos e do absentismo escolar, mas a ansiedade de desempenhos e as dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais mantiveram-se – “Eu já ia com muitos medos e não fui capaz de fazer amigos novos”. - Mantém humor deprimido, diminuição da energia e motivação para a escola e outras atividades, astenia e isolamento social. Os sintomas eram flutuantes e reativos a eventos externos. “Passava quando saía com os meus pais” sic. **Mudanças de antidepressivos:** iniciou sertralina. Posteriormente mudou para paroxetina, relatando alguma melhoria do humor e diminuição da ansiedade.

16-18 anos - Grandes dificuldades de integração na turma. Passava muito tempo em casa, a jogar computador. Rutura afetiva com o único amigo que tinha. Acabou por deixar novamente duas disciplinas por fazer. Não conseguiu integrar-se na turma - “não fui capaz de fazer amigos”.

- Nos tempos livres passava o dia a jogar computador.

18-19 anos - Esteve um ano em casa a tentar fazer a matemática do 11º e do 12º - chumbou.

Mantém-se isolado, com sintomas de fadiga, tristeza, auto desvalorização diminuição da energia e da motivação. Retoma o acompanhamento pedopsiquiátrico e psicológico que posteriormente abandona por sensação de ineficácia terapêutica.

19-20 anos - Estudou à noite e completou o 12º ano. - De manhã acordava cedo e fazia exercício. Durante o dia jogava computador, via filmes, desenhos animados, ia às compras com o irmão, andava de bicicleta, tinha explicações e estudava para as disciplinas. Primeiro período correu bem. Sem acompanhamentos em psicologia ou psiquiatria.

Após a morte do vizinho e ida ao cemitério, é referido um aumento da ansiedade, início de insónia inicial marcada, procurando frequentemente os pais de noite por não conseguir dormir. “Às vezes tinha medo de adormecer porque podia não acordar”. Relaciona o início da insónia com uma traição de uma colega da escola “ela deu com a língua dos dentes quando eu partilhei que estava deprimido e tinha problemas psicológicos. Toda a gente passou a saber”. Sic.

Recorre a uma médium que lhe refere ter princípio de esquizofrenia

20 anos - Sem plano para o futuro, **permanece no ano seguinte em casa**, com queixas de fadiga, insónia inicial e intermédia, mal-estar geral, ideias de morte passivas, com grandes níveis de preocupação relativamente à doença e centrada em sintomas somáticos “Eu tenho muitas doenças” “tenho sempre uma narina entupida, olho seco, o problema da barriga e o do olho que ninguém descobre...”sic “as drogas deram cabo de mim”, “se não dormir, não consigo viver assim” sic.

Neste ano tem história de consulta de vários profissionais, desde psiquiatras a terapias alternativas, com polimedicação, que J. abandona.

Agravamento da insónia inicial e intermédia, com repercussões marcadas nas relações familiares – levanta-se de noite para chamar os pais, adormecendo com a presença deles. - Passa a maior parte do dia deitado ou no computador, com longos períodos de gemidos, verbalizando “estou a sofrer, ajudem-me”, só conseguindo parar com alguma assertividade do pai.

Integra a Unidade de Adolescentes.

- Não se apuram episódios de hipomania ou mania, abuso de substâncias, ideação suicida ou comportamentos auto lesivos.

O doente e a família referem que todos os tratamentos feitos trouxeram melhorias escassas e temporárias

→ Antecedentes Pessoais:

1. Gravidez e Parto

- Gravidez: desejada e planeada, de termo.

Intercorrências: ao 3º mês de gravidez cirurgia por torção de quisto ovário. Mãe fantasia que esta situação teve impacto na ansiedade do filho “eu acho que ele pode ser assim por causa disto, eu estava muito nervosa na gravidez”. Parto: eutócico, de termo e no hospital, sem intercorrências.

2. Infância

- Desenvolvimento psicomotor sem alterações

- Alimentação: Sem dificuldades na amamentação e introdução da alimentação sólida.

- Problemas emocionais: refere tique de “ranger os dentes” desde os 4 anos; recorrem à consulta de Neurologia aos 7 anos, por sugestão da educadora que o achava “muito nervoso”. Nega onicofagia, enurese ou terrores noturnos.

3. **Desenvolvimento Afetivo-Sexual** : vida afetiva e conjugal: nunca teve uma namorada. Esteve interessado por uma colega da turma aos 16 anos, mas quando percebeu que não era correspondido tornou-se agressivo com esta. Refere actividade masturbatória vivenciada com prazer.

4. Antecedentes Médico-Cirúrgicos

- Desvio do septo nasal; “problema ocular” em investigação diagnóstica: “Há uma mancha branca sempre a piscar e quando eu tenho os olhos fechados é mais forte, as coisas piscam e tremem... Já fui a vários oftalmologistas mas ninguém vê nada”

- 7 anos - Neurologista por indicação da educadora “era uma criança nervosa”. Sem diagnóstico ou terapêutica.

- Hipotireoidismo diagnosticado aos 14 anos. Medicado com eutirox, controlado.

5. Actividade Social e tempos livres

- **Nas relações:** tem dificuldade em confiar nos outros: “já fui traído muitas vezes” sic. Relações familiares centradas na doença do J e nas patologias que surgiram no irmão que motivaram gastos financeiros elevados. Ausência de relações sociais com pares ou relações afetivas.
- **Principais interesses e hobbies:** quando era mais novo experimentou durante curto tempo algumas atividades desportistas (natação, judo, karaté) e aprendeu a tocar guitarra. Um dos seus passatempos favoritos era jogar computador, mas agora deixou de os jogar. Diz que não faz nada e “fica apenas na cama”.
- **Tipo de habitação:** vive em casa alugada na Moita com os pais desde o início do mês de Outubro, data em que iniciou o tratamento na Unidade de Dia. A família reside em Montargil, tendo esta mudança sido realizada com o objectivo do doente frequentar este programa de tratamento.
- **Problemas financeiros:** pai desempregado; mãe de baixa por apoio à família

6. Personalidade Prévia

- **Pelo próprio:** tímido, ansioso e desinteressante: “eu sou ansioso desde que nasci, a minha timidez agravou no 2º ciclo e por isso não desenvolvi... sou uma pessoa pouco interessante que nunca tem nada para dizer” sic;
- **Pelos pais:** perfeccionista e ansioso; mãe refere que “é nervoso como eu e tem de ter sempre tudo perfeito, como ele quer... ele é perfeccionista como o pai”.

→ Antecedentes Familiares:

Pai: 57 anos, ex-empregado fabril, desempregado há 8 anos desde falência da fábrica; episódio depressivo há 30 anos, remissão com farmacoterapia.

Relação: “ele é bipolar, tanto é querido e bem falante ou é uma grande besta. Está sempre a gritar, mas só com a família... diz que como eu sou, o irrita”.

Mãe: 54 anos, professora do 1º ciclo; antecedentes de ansiedade não especificada, nunca teve acompanhamento psicoterapêutico ou farmacológico.

Relação: “antes era boa, mas agora não que eu estou sempre a dizer o mesmo e falo pouco”; “ela agora tem de ser protetora porque eu não estou

bem, mas quando eu tinha de me desenvolver era demasiado... ia levar o lanche ao intervalo, falava com os outros (colegas)..." sic J.

Irmão: 30 anos, engenheiro informático, a residir e trabalhar em Aveiro há 1 ano em empresa de informática. Sem antecedentes médico-cirúrgicos ou psiquiátricos relevantes. Saiu de casa aos 11 anos do J.

Relação: considera-o egoísta e que menospreza o seu sofrimento. "sempre nos demos bem até aos 20 anos... agora não, que acho injusto eu estar neste estado, nesta miséria e ele estar com amigos, com a carta e com trabalho". Pede repetidamente ao irmão que volte para casa e aos pais para lhe tirarem o carro e lhe darem os mesmos medicamentos que ele já tomou, "quero que ele fique igual a mim" sic.

- Avô materno: 87 anos; toma "calmantes" há muitos anos, mas o doente desconhece o motivo.

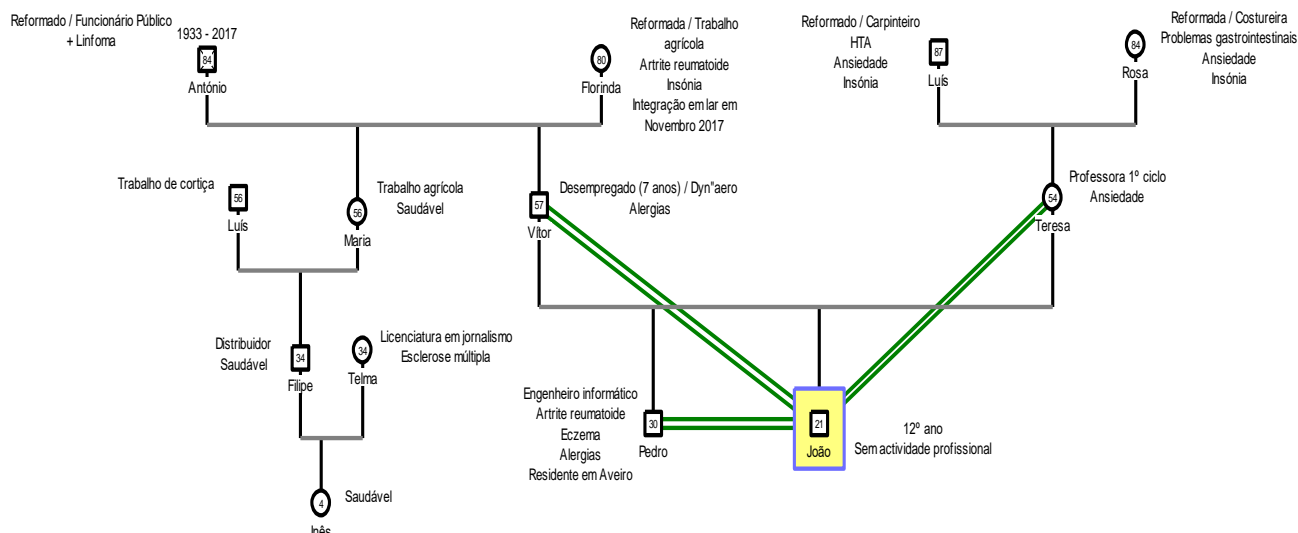
- Avó materna: 84 anos; refere que "está de saúde fraca", mas mantém recusa de recorrer a cuidados médicos há vários anos; "ela é como eu, tem diarreia todos os dias por causa dos nervos...";

- Avó paterna: 80 anos; tem doença avançada que não sabe especificar, mas que condiciona atualmente total dependência nas AVDs.

- Avô paterno: falecido em Maio do presente ano, com "doença do sangue".

Sem relação próxima com nenhum dos avós, inclusive o já falecido.

→ **Genograma**



7. HISTÓRIA CLÍNICA ACTUAL

3.1 Terapêutica actual

Agomelatina 25mg 1 d, Lorazepam 2,5 mg 1d

a. Avaliação estado mental

- Vigil, colaborante;
- Orientado em todas as referências,
- Idade aparente inferior à idade real, fâcies pálida e bradimímica, expressão pesada; postura curvada;
- Contacto superficial, tenso e facilmente irritável, atitude pueril e vitimizadora;
- Atenção fácil de captar e manter;
- Sem aparentes alterações de memória;
- Discurso fluente e organizado, tonalidade monocórdica
- Sem alterações da forma e do curso do pensamento; conteúdo com predomínio de rumações acerca de queixas de insónia e fadiga. Sem atividade produtiva;
- Sem alterações da sensorio percepção;
- Humor deprimido, ressonância afetiva mantida;
- Vida instintiva- insónia inicial e intermédia;
- Crítica parcial para a doença.

Abordagem Terapêutica



8. PLANO DE CUIDADOS DE ACORDO COM DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CIPE

Diagnóstico

Vontade de viver – presente em grau diminuído

«a vontade é influenciada por pensamentos e desejos de continuar a viver apesar das circunstâncias difíceis, forte ímpeto de viver, fazer escolhas ou agir no sentido de promover a própria vida» (CIPE, Versão B2, 2002).

O cliente verbaliza desinteresse por viver; desinteresse por actividades que habitualmente gostava de fazer; pessimismo; desinteresse pela doença e sua evolução/tratamento; desinteresse por participar em actividades; anedonia; ideação suicida (?).

Intervenções de enfermagem

- **Disponibilizar presença** através de manifestar interesse; demonstrar uma atitude de aceitação; ouvir as preocupações do doente e estar fisicamente disponível.

- **Planear/oferecer escuta ativa** através de encorajar verbalização de sentimentos, percepções e medos; ajudar o doente na identificação de situações problema geradoras de ansiedade; estar atento ao tom, ritmo e volume de voz; identificar os temas predominantes no discurso; demonstrar empatia e compreensão; evitar barreiras à comunicação (minimizar sentimentos, oferecer soluções fáceis, interromper, falar de si próprio, terminar prematuramente a conversa).

- **Promover suporte emocional** através de proporcionar sentimentos de segurança durante os períodos de maior ansiedade; motivar a utilização de mecanismos de defesa apropriados; discutir as experiências emocionais; ajudar a reconhecer sentimentos, como a ansiedade, o medo e a tristeza; encorajar a expressar sentimentos de ansiedade, medo ou tristeza.

- **Motivar a pessoa para um projeto de vida** através de explorar, em conjunto, acontecimentos positivos e pessoas significativas, no sentido de identificar razões plausíveis que possam dar significado à sua vida; encorajar a identificar as suas próprias habilidades (positivas) e forças; incentivar a escrever referências gratificantes e frustrantes da sua vida (o facto de escrever facilita a reflexão sobre o assunto); discutir soluções alternativas ao seu modo de vida (as soluções devem ser fornecidas pela pessoa e, portanto, não devem ser sugeridas); ajudar a identificar e a estabelecer os seus próprios objetivos; encorajar a pessoa a identificar novos desafios; ajudar a examinar os recursos disponíveis para alcançar os objetivos propostos.

- **Incentivar participação em actividades;**

- **Planear/executar relação de ajuda;**

A Relação de ajuda é uma relação na qual aquele que ajuda, fornece ao outro, condições que ele necessita tendo em vista a satisfação das suas necessidades humanas fundamentais.

Se a pessoa ajudada não tem uma participação ativa durante a relação, então, não há interação mas sim informação sem retroação, isto é, a sua experiência não é utilizada neste processo interativo. Considera-se a relação de ajuda como uma intervenção psicoterapêutica, na qual a pessoa deve ter consciência do problema e desejar resolvê-lo. A relação de ajuda distingue-se da ajuda esporádica e circunstancial, pelo que, deve ser planeada com a pessoa, podendo ser implementada através de várias de sessões (de número variável), sendo o mínimo de três, que em suma correspondem à explicitação do problema; Procura orientada de “soluções” e avaliação das alternativas. A relação de ajuda é essencialmente indicada para a resolução de problemas concretos (reais ou potenciais);

Sequeira (2006) apresenta uma exemplificação esquemática da relação de ajuda como intervenção psicoterapêutica:

Fase Inicial: início da relação (uma sessão) - conhecer a pessoa e apresentar-se; clarificar as necessidades, as expectativas e os objetivos da pessoa; descrever o papel da pessoa e os objetivos da relação; Incentivar a pessoa a verbalizar ao seu problema; ajudar a definir com clareza as circunstâncias do problema (causas, factores precipitantes, factores associados, etc.); Negociar um contrato com a pessoa; avaliar a duração possível da relação.

- Fase intermediária: identificação e transição (1 a 2 sessões) permitir que a pessoa explore a sua vivência; verificar as interpretações possíveis; estabelecer prioridades; orientar na procura de estratégias de intervenção de modo a atingir os seus objetivos.

- Fase terapêutica: trabalho e exploração (nº de sessões variável de acordo com as capacidades/necessidades da pessoa) Analisar os meios utilizados pela pessoa para resolver o problema; Promover o desenvolvimento de estratégias alternativas; Discutir o impacto das estratégias delineadas (vantagens e desvantagens); Permitir a verbalização de os medos, preocupações, indecisões e necessidades; Ajudar a examinar os recursos disponíveis para alcançar os objectivos propostos (ex.: apoio familiar, comunitário,...);

- Fase de manutenção: consolidação da relação (nº de sessões variável de acordo com as capacidades/necessidades da pessoa) Efectuar o treino das estratégias delineadas; Escolher actividades de partilha que visem responder às necessidades específicas; Avaliar capacidades da pessoa; Efectuar reforços positivos Orientar a pessoa de acordo com as suas necessidade

- Fase final: termo da relação (uma sessão) Encorajar a exprimir aquilo que sente relativamente ao final da relação; Verificar se todos os objectivos foram atingidos; Efectuar a avaliação da interacção. Nota. Terminar relação de ajuda quando a pessoa apresentar possibilidades de resolução do problema de forma autónomo ou verificar-se a ineficácia desta abordagem metodológica.

Diagnóstico

Obsessão presente em grau moderado

«É um tipo de processo de pensamento (pensar) com as características específicas. Pensamento ou ideia persistente com que o espírito está contínua e involuntariamente preocupado, pensamentos sugestivos de atos irracionais, pensamento repetitivo, ocupação do pensamento com detalhes triviais, e irrelevantes, ideias absurdas sem base na realidade, que se não consegue eliminar pela lógica ou raciocínio; associado a comportamento compulsivo» (CIPE, Versão B2, 2002).

Intervenções de enfermagem

- Disponibilizar presença;

- **Planear/oferecer escuta ativa** através de encorajar verbalização de sentimentos, percepções e medos; ajudar na identificação de situações problema geradoras de ansiedade; identificar os temas predominantes no discurso; demonstrar empatia e compreensão.

- **Incentivar a participação em actividades de distração** através de sugerir técnicas consistentes atendendo ao nível de energia e habilidades; descrever os benefícios da estimulação em diferentes modalidades sensoriais; encorajar o doente a escolher a técnica de distração desejada, como a música, envolver-se numa conversa ou contar um acontecimento ou história e encorajar a participação da família e outros elementos significativos.

Diagnóstico

Auto-estima Diminuída (nos diferentes graus)

Auto-estima é um tipo de Autoconceito com as características específicas: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e de autolimitação, desafio das imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento da mesma maneira que da crítica construtiva (CIPE, Versão B2, 2002).

Intervenções de enfermagem

- Contrariar tendências auto depreciativas, induzindo a uma visão diferente de si próprio;
- Avaliar a relação entre os sentimentos e a realidade;
- Explorar as razões para o autocriticismo ou culpa;
- Assistir na identificação de capacidades e reforça-las positivamente;
- Ajudar a identificar as respostas positivas dos outros;
- Aproveitar todas as oportunidades para fazer sobressair as suas potencialidades;

- Promover coping:

Através de encorajar a identificar a sua própria força, estratégias positivas e capacidades de enfrentar e resolver problemas; ajudar a identificar as prioridades na sua vida; promover a relação de ajuda; ajudar a identificar e a estabelecer os seus próprios objetivos; ajudar a examinar os recursos disponíveis para alcançar os objetivos propostos; discutir soluções alternativas ao seu modo de vida.

Diagnóstico

Adesão ao regime terapêutico - Comprometido

Volição com as características específicas: ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações e de comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.

(ICN, 2005, p. 8)

Intervenções de enfermagem

- Ajudar a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico;
- Incentivar a adesão ao regime terapêutico;

- Promover uma gestão eficaz do regime prescrito;
- Ensinar sobre as complicações da não adesão ao regime terapêutico.

Durante o período de estágio ocorreram 3 reuniões familiares com os pais de J.; 2 reuniões de pais onde algum deles esteve presente e diversos momentos de atividade desportiva e grupos terapêuticos com a presença e intervenção de J.

1ª REUNIÃO FAMILIAR

Na primeira reunião familiar fui apresentada aos pais de J. que acederam à minha presença durante a mesma. A reunião foi constituída, para além da mãe e do pai, por mim, a psicóloga e o enfermeiro de saúde mental e psiquiatria.

Apresentam-se visivelmente abatidos. Ambos apresentam aspeto cuidado mas uma postura com ombros ligeiramente descaídos. O pai fala mais baixo e mais lentamente. A mãe comunica de forma mais enérgica. Ambos têm um fâcies que sugere tristeza.

Começa-se por falar sobre se o ambiente familiar em casa e a presença ou ausência de melhorias que os pais observem no J.

Da reunião destacam-se a ida a Aveiro para passar o fim-de-semana com o irmão de J., em que J. insiste em comprar uma *playstation* e lhe é negado pelos pais, as idas de J. a Montargil e as tarefas que J. desempenha em casa. Quanto a J. o pais referem que mantém insónias, com queixas frequentes, choro e apelo a 'desaparecer'. Refere muitas vezes 'eu não consigo, eu não aguento' sic. Nisto J. recorre constantemente aos pais durante a noite, momentos em que o pai lhe dá conselhos e J. volta para a cama. Por vezes 'encontrei-o a bater com a cabeça na cama' ou 'começa a lamuriar-se e acorda os vizinhos' sic'.

Salientam que mantém astenia, anedonia e justifica toda a inação física e social com o sono: 'tu se não dormisses, eu queria vez se fazias isso' sic.

Referem também um momento em que J. irritado com a mãe, que durante um desentendimento lhe terá sugerido que ia acabar internado numa instituição 'para deficientes', J. terá dado um murro na parede. A mãe ficou assustada e o pai refere ter-lhe dito: 'devias era ter partido os dedos'.

Foram definidos objetivos cujo principal seria, a mãe voltar a Montargil ao trabalho (tem estado de atestado para apoio à família) e o pai dividiria tarefas com J. de forma a reiniciar um processo de autonomização do filho.

Os pais saem da reunião aparentemente mais tranquilos e esperançosos, embora no estabelecimento de objetivos, pareceram duvidar da exequibilidade deste plano.

2ª e 3ª REUNIÕES FAMILIARES

Os pais de J. mostram-me com expressão e discurso depressivos. Referem exaustão no que concerne a J. Contam que na primeira semana após a saída da mãe, J. esteve mais ativo e com menos lamentos mas que depois disso deixou novamente de realizar as tarefas em casa, mostrou desinteresse por atividades familiares e reinicia padrão comportamental de lamentos, choro e chamada noturna do pai quando mantém insónia. A dada altura pai parece mais cansado que a mãe, dado que esta tem estado ausente durante o período da semana.

1ª REUNIÃO DE PAIS

Esta reunião aconteceu de forma conjunta com todos (ou quase todos) os pais dos jovens que frequentam a Unidade. Aqui irei focar a participação da mãe de J. Mais uma vez a mãe apresenta um aspeto externo sugestivo de cansaço. Ao aprofundar a mãe, após ouvir outros pais, é solicitada a participar dando a sua opinião. Não parece estar muito disponível para participar nas sugestões para os problemas alheios dado imersão no seu próprio problema familiar. Posto isto, num fâcies lábil refere 'não aguento mais', 'ele continua a dizer que não aguenta e porquê tanto sofrimento?' sic,

O objetivos da entrevista inicial é compreender o funcionamento psíquico do adolescente e interações com a família.

Dado que isto já terá sido realizado por outros técnicos, no sentido de não ser insistente com estes conteúdos, foi realizada a consulta do processo clínico de J. Acedendo previamente a algumas informações antes da realização da primeira entrevista.

1ª ENTREVISTA COM J.

Comecei por explicar a J. o porquê de estar a falar pessoalmente com ele e como aluna a pertinência de ‘acompanhar’ algum caso em particular (estudo de caso). Acedeu a que continuássemos a entrevista. Delineei previamente o objetivo de consolidar a relação empática e abordar algumas tarefas da adolescência em que eu considere existir menor competência.

Posicionei-me junto dele e pedi-lhe que ficasse confortável. Controlei os aspetos mais evidentes da comunicação: tom de voz, palavras utilizadas e postura corporal. Direcionei o meu olhar sem ainda assim fixar de forma incómoda.

Dei seguimento à minha entrevista perguntando a J. como se vê. Respondeu-me ‘então, como um pobre coitado’. Pedi-lhe que desse seguimento a essa ideia. Referiu-me que é uma pessoa que não é capaz de fazer nada sozinho, não tem trabalho e está sempre cansado. ‘Eu estou aqui e ninguém é capaz de tratar o meu problema’ sic. J. refere-se à sua insónia dado que é um aspeto que povoa o seu discurso diário. Identifiquei previamente a sua insónia como o pensamento recorrente e obsessivo dado que além de estar constantemente a falar disso, centra nela a causa para todas as atividades de vida em que se diz incapaz. Não quis nesta fase, e dado as intervenções já realizadas neste sentido, dar um enfoque especial ao tema da insónia.

Quando questionei sobre o seu aspeto físico referiu não gostar: ‘Tenho sempre uma cara triste, tenho grandes olheiras, borbulhas na cara, ando curvado e tenho barriga’ sic. Associa a sua cara triste ao facto de dormir pouco assim como as olheiras e andar sempre com ar casado e o facto de ter barriga à toma de medicação’. Neste ponto questionei sobre quais os aspetos de que não gosta que são modificáveis e o que, do seu ponto de vista, poderia fazer nesse sentido. Falámos sobre o desporto em que eu lhe disse que demonstrava

sempre que vi, muita energia e não parecia cansado. Nesse sentido, e quanto aos defeitos corporais como a sua postura e barriga foi levantada a possibilidade de 'fazer' ginásio ou um desporto coletivo. Explorámos as vantagens a nível físico e social. Neste continuum falámos sobre a sua vida social que refere ser restrita aos familiares diretos. 'Já na escola eu não falava com ninguém e ninguém comigo', 'não gosto de sair porque lá na terra todos me conhecem e acham que eu sou estranho' sic. Refere que 'ficou estranho' por causa da medicação e pedi-lhe que me falasse sobre o que motivou a toma de medicação, como se imagina sem a medicação e expliquei-lhe como existem sintomas que pode estar a associar à medicação mas que podem ser apenas coincidentes dadas características do seu problema.

Terminámos a falar sobre as tarefas de casa que tinham sido acordadas com os pais, encarregar J. das mesmas. Valorizei os aspetos positivos. No sentido de fomentar a ideia de se autonomizar gradualmente disse-me que não ia conseguir arranjar um trabalho por causa dos problemas de memória e por consequência de aprendizagem. 'Se me derem uma aula de português ou matemática vou-me esquecer logo' sic. Falei-lhe sucintamente sobre a importância da inteligência prática com alguns exemplos. Respondeu-me 'faz sentido' sic. Terminámos a entrevista com o comprometimento de voltarmos a falar.

Ao longo do meu estágio J. vem

2ª ENTREVISTA COM J.

Na continuidade da primeira entrevista foi questionado J. sobre as mudanças projetadas em conjunto com a família, para desenvolver no sentido da promoção de autonomia. J. refere que não tem feito muitas coisas nesse sentido e que protela para o seu pai, dado que a mãe estará mais ausente. Refere não 'sou capaz'. Dado que um dos problemas identificados se relaciona com fenómenos de fobia social foi questionado sobre a sua última experiência em que teve de interagir socialmente, fora da Unidade e na ausência dos pais. Referiu não ter tido problema. Pedi-lhe que enumerasse alguns problemas que

lhe pudessem acontecer e foi referida a ansiedade. Enumerou-me algumas formas de como lida com a ansiedade. Foram validados e sugeridos outros métodos (cognitivo-comportamentais). Manteve o discurso da incompetência e realizado em conjunto uma revisão de eventos e aquisição de competências no passado como forma de aumentar a auto-estima e auto-confiança. Ainda assim J. mostra-se renitente.

Aquando da projeção da realização de algumas tarefas como a emancipação do seio familiar, refere 'não era capaz de viver sem a ajuda dos meus pais'. Em resposta recriamos tarefas que J. conseguirá realizar de forma autonomia relacionadas com o auto cuidado e com a manutenção da sua integridade física. Quando referiu que para se defender ou 'chorava ou tinha de agredir a outra pessoa' explorámos alternativas. Posteriormente, no grupo, ao ser agredido verbalmente por um colega, respondeu 'à letra'.

NA ATIVIDADE DESPORTIVA

J. apresenta-se de manha sempre com ar sonolento e refere não ter energia. No entanto após o início da atividade J. ajuda na escolha do desporto, movimenta-se sem limitações, interage dando a sua opinião e é espontâneo 'Na equipa da enfermeira vamos de certeza perder' sic. Demonstra competitividade e esforço. Durante algum tempo verbalizava não 'ser bom do desporto' sic, no entanto ao longo do tempo acaba por reconhecer o seu bom desempenho e pede ainda que a atividade desportiva ocupe mais tempo no mapa de atividades da Unidade.

12-12-2017

No intervalo encontrei J. e cumprimentei-o. Dei lhe um aperto de mão e perguntei-lhe 'como está?' Respondeu-me apenas 'dormi mal, acordei às 2h e depois voltei a dormir e acordei às 6h' sic. Perguntei-lhe se sonhou, ao que respondeu 'sonho muitas vezes mas depois esqueço-me', 'hoje sonhei que estava numa casa sozinho e estava sem doenças, estava a fazer as minhas coisas e feliz.' Sic

Tentei explorar se para ele teria algum significado esse sonho. Encolheu os ombros.

AVALIAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS

As intervenções e respetiva avaliação foram realizadas através dos momentos formais e informais com J. no decorrer deste estágio.

É fulcral que o enfermeiro intervenha na “crise” que a pessoa está a vivenciar, auxiliando ativamente o indivíduo a mobilizar os seus próprios recursos para superar o problema, recuperando dessa forma, o equilíbrio emocional (Raffo, in Sá et al., 2008). Não assistir atempadamente as pessoas que vivenciam uma crise, poderá levar a que estas entrem num ciclo vicioso, aumentando a vulnerabilidade para transtornos mentais.

Atualmente J. apresenta-se corporalmente mais solto, integrado no grupo, sensível às dificuldades/problemas dos colegas, utiliza o humor como forma de se relacionar com o grupo, é capaz de expressar a sua opinião (mesmo quando contrária ao dos pares), está mais disponível em aceder aos sentimentos (ainda que com movimentos de fuga), pede ajuda ao grupo quando sente dificuldade em encontrar soluções alternativas para os problemas com que se depara, tem uma visão de futuro menos negativa mas ainda um pouco ambivalente face à mudança.

Foi através da integração de múltiplas atividades e através das intervenções propostas que J. aumenta o seu insight, autonomia e auto-estima. Sendo estes fatores característicos de comportamentos adaptativos e cujos processos de transição foram otimizados. J. terá no entanto diferentes tarefas da adolescência para desenvolver e/ou concluir por forma a ser uma adulto saudável. Até à data de fim do estágio eram estes os ganhos mensuráveis para o cliente.

Referências

Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica*. Coimbra: Quarteto Editora.

APENDICE XI – Reflexões referentes ao Módulo I

Referente à 1ª quinzena de estágio numa Unidade de Adolescentes



A Reflexão é um potencial meio de facilitação do processo de integração e articulação entre a teoria e a prática. Poderá ser entendida como um pensamento sistemático, crítico e criativo com o intuito de compreender as origens da ação (Fish & Twinn, 1997).

A ação reflexiva implica uma consideração ativa, persistente e cuidadosa daquilo em que se acredita ou que se pratica. Implica mais do que a busca de soluções lógicas e racionais para os problemas. Implica intuição, emoção e paixão. Deve ser encontrado um equilíbrio entre reflexão e rotina, senão corre-se o risco de posição acomodativa (rotina) ou demasiado contemplativa (reflexiva).

1. Descrição

Como caminhar no sentido de 'me mobilizar' como instrumento terapêutico? Após algumas reflexões, por assuntos que vão surgindo no dia-a-dia, faz-me sentido escrever um pouco sobre este tema. Surge no contexto de estágio numa Unidade de Adolescentes onde sinto necessidade de reconstruir a noção de mim como tal.

2. Pensamentos e sentimentos

Fazer-me analisar e pensar sobre isto, é necessitar de olhar para dentro de mim e necessariamente é um processo que me traz 'dores de crescimento'. Não me doem as articulações e sim algo no meu ser. É medir a distância entre a entidade com potencial terapêutico que sou e que gostava de ser. E percebo que a distância ainda é grande e para isso terei de me olhar muitas vezes, identificar a minha imaturidade e forçar-me a

crescer. A frustração que isto causa é acompanhada pela certeza de que é ao mesmo tempo o ímpeto à melhoria da competência. É angustiante pensar que talvez não saiba bem onde me descobrir e como me mobilizar para o outro. À medida que leio para realizar esta reflexão vou respondendo a essa angústia.

3. Avaliação

A operacionalização do que foi falado é efetivamente mais complexo que a sua própria análise ou reflexão. Acredito que passa por pensá-la primeiro e com isto abrir o caminho para a construção, com os saberes teóricos da relação de ajuda nas suas técnicas e filosofia subjacente. Mas esta será única com cada pessoa com quem se estabelece e levará muito de mim naquilo que tenho como sendo o meu *self*. Não há propriamente algo de negativo nesta investigação de mim se eu tiver a capacidade de ver um aumento da minha maturidade pessoal e profissional em cada 'dor' que vou tendo pelas dificuldades que surgem no meu caminho.

4. Análise

Tentei com o meu orientador de estágio perceber o que poderia planear para este período de tempo, para que houvesse ganhos para mim e para as pessoas que são o alvo dos meus cuidados. Não foi fácil perceber (mais aceitar que perceber) que há actividades que eu tinha pensado, que não farão sentido desenvolver, e por outro lado, que terei de investir na procura de mim enquanto instrumento terapêutico para o outro. Depois de pensar durante um tempo, sobre como descobrir esse caminho, como me conhecer, autoanalisar, decodificar as mensagens do outro e responder de acordo com as suas necessidades eis que surge o silêncio.

O silêncio pode ser o universo onde os sons podem acontecer. Sob esse prisma, vejo a oportunidade de poder 'escrever' daqui em diante quem é o tal EU com poder terapêutico.

Foi por causa de uma piada sobre espelhos, de um dos jovens que é acompanhado na Unidade, que fiquei a pensar nisso como uma dica na minha reflexão. Será que me posso apresentar como um espelho do outro e isso poder ter impacto na sua vida a ponto de lhe melhorar a doença e/ou ajudar a recuperar algum bem-estar?

Um espelho do ponto de vista de fazer ao outro olhar-me mas identificar-se e reconhecer-se. No fundo não deverá ver-me a mim mas de alguma forma a si mesmo, permitindo-lhe observar os seus próprios pensamentos, emoções e a gerir-se como resposta. Promover a mudança se a resolução de um problema passar por isso.

Não falo de um espelhar literal. Falo de uma relação de ajuda, um acompanhamento nas etapas do processo de resolução de problemas, em que o outro não é anulado ou substituído na ação. Não copiando o que em nós é refletido, e sim ajudando o outro na descoberta de si mesmo como fonte do 'remédio' que terá de tomar para se superar.

'Se puderes olhar vê. Se puderes ver repara.' O que José Saramago queria dizer com isto só ele saberia, no entanto, faz-me sentido que o ver atentamente e reparar no que é menos superficial, ou seja, mais difícil de aceder, é diferente do ato de dirigir o olhar e apenas fazer uso desse sentido. O mesmo se aplica à escuta dado que o conteúdo de uma mensagem é apreendido ao nível sensitivo mas, como refere Lazure (1994) «escutar (...) é também aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas perceções externas e internas.» A 'escuta' vai para além da audição. Ver e reparar no outro é de alguma forma escutar o que tem para nos transmitir. É comunicar. A comunicação é a base para desenvolver uma relação terapêutica, e por isso mesmo, faço de novo a analogia do espelho que recebe e emite. Como elemento que está na relação com a intencionalidade de 'ajudar o outro', fica connosco a responsabilidade daquilo que é refletido ao outro – a clarificação de si mesmo e o feedback.

5. Conclusão

Para concluir recorro a Phaneuf (2005) quando refere que na relação de ajuda é necessário encorajar o outro na identificação e nomeação das suas necessidades. Nisto descobrir os recursos para lhes fazer face e empenhar o outro num processo ativo, numa mudança em que o 'doente' é um interveniente na própria situação e não um espetador que procura a resolução do problema fora de si mesmo.

Na interação é impossível não comunicar e a adequação da comunicação às necessidades do outro, numa base de respeito e autenticidade será, do meu ponto de vista, a resposta para me encontrar enquanto 'instrumento terapêutico'.

Não poderei ser o espelho da *Mónica*, que não dá resposta à sua pergunta e como tal fá-la tirar as conclusões que o seu ego quer que tire.

6. Planear a ação

Para responder a esta questão complexa parece-me que há um longo caminho a percorrer no caminho da competência. «A competência manifesta-se obrigatoriamente na ação e na complexidade das suas perspetivas. Também, o saber que está na sua base não se limita à simples possessão de conhecimentos, mas permite a utilização e

a aplicação pertinentes, adequadas e eficazes em meio real» (Phaneuf, 2005). Sendo que é necessário aliar aos conhecimentos do outro a própria intuição, autoridade, iniciativa e inteligência sobre as situações.

A mobilização da competência ao serviço do outro começa em tomar consciência e reconhecer estas características em nós próprios e por isso considero que tendo noção da distância entre o *self* e o *self ideal*, estes dois elementos irão naturalmente mover-se numa convergência. Operando mudanças internas e aumentando a capacidade de presença, respeito, escuta, compreensão e empatia pelo outro. É provavelmente um processo longo e nada estático mas acredito que neste caminho será possível ir consolidando um 'Eu' terapêutico competente.

Referências

Lazure, H. (1994). *A relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Fish, T. (1997). *Quality Clinical Supervision in the Health Care Professions: principled approaches to practice*. Butterworth Heinemann, Oxford

Referente à 2ª quinzena de estágio numa Unidade de Adolescentes

«A minha crueldade começou por acidente.

Um dia salvei um homem que se queria matar e hoje ele está vivo e tem uma vida completamente desgraçada.

Quando queremos ser bonzinhos, estragamos tudo.

Só devemos evitar os suicídios, se garantirmos a essas pessoas uma vida maravilhosa.

Agarrar na mão do desgraçado e dizer: “Espera aí, sofre mais um pouco”, não me parece bem.

É melhor continuarmos o nosso caminho e se alguém se atirar lá de cima há apenas que tentarmos o desvio a tempo, de maneira a não chegarmos atrasados ao emprego. (...)»

Tavares, G. *O homem ou é tonto ou é mulher*

1. Descrição

O que penso eu, ser empático ao outro e simultaneamente enfermeira, quando num mesmo dia ‘cuido’ de um jovem que deseja (ou desejou) morrer e de um jovem que há um mês luta (e todos os profissionais e familiares) para que possa viver? Se o suicídio é para mim uma temática fraturante em si mesmo, pela ambiguidade do que me faz sentir, é também um pensamento decorrente por questões pessoais e profissionais. Surge agora a oportunidade de escrever sobre isso no âmbito do trabalho com adolescentes, em grupo, na Unidade de Adolescência, onde embora não esteja diretamente envolvida, existe o NES (Núcleo de Estudos do Suicídio).

2. Pensamentos e sentimentos

Dizia aquilo, Gonçalo M. Tavares, um literário que admiro que maneja com excelência a ironia e que acredito que a sua pretensão é agitar a consciência de cada um dos leitores. Faz-me sentido citá-lo neste texto porque a reflexão surge da ‘agitação’.

Porque é importante para mim pensar mais sobre isto? A minha prática diária e onde me sinto relativamente confortável a 'ser enfermeira' é no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos. Para mim é comum ver ou utilizar todos os meios técnicos e farmacológicos ao alcance de um hospital central para evitar ou adiar a morte. É o grande *goal* da nossa ação. E por isto a morte tem sido uma constante na minha vida profissional. Assisto e de alguma forma integro diversos processos de luto, seja por morte efetiva do corpo ou pelo desaparecimento das competências anteriores ao evento.

A morte traz-me a necessidade de me confrontar com duas coisas essenciais: o desaparecimento do outro e a minha própria finitude. Quanto à primeira tentei ajustar o coping a um pensamento 'quasi filosófico' sobre o sentido da vida e o privilégio que me foi dado por alguém ter tido milhares de oportunidades de morrer e tê-lo feito junto a mim. É quase uma confiança metafísica. Quanto ao segundo ponto, ainda não sei lidar. É por também por isso que a questão do suicídio é algo que me faz refletir.

Vai se aprendendo a gerir as emoções ao lidar com o corpo frio, a inexistência da pessoa que horas antes nos falava, o choro da família e a necessidade de estar presente para pessoas que fariam de tudo para evitar a morte. Pessoas que têm em comum o medo atroz de uma perda iminente. Mas existem pessoas que a desejam. E às quais, como enfermeira de saúde mental e psiquiatria devo saber adequar a minha resposta.

De acordo com a perspetiva ética a relação entre quem cuida e quem recebe os cuidados pauta-se por princípios e valores. A relação terapêutica deve estabelecer-se com base na empatia e num ponto de equilíbrio ético, em que a decisão e a ação vão de encontro ao respeito mútuo, dado que o enfermeiro é primeiramente uma pessoa dotada de princípios, valores e crenças. São ambos indivíduos de carácter único. É no exercício desses princípios em equação com os da pessoa que é o alvo dos cuidados que acontece o *melhor agir*. No entanto, esta reflexão não se prende com aspetos morais nem sequer deontológicos porque não está em causa em momento algum o *meu agir*. Prende-se em como eu, enfermeira, lido com esta ambiguidade entre o querer viver e querer morrer.

3. Avaliação

Ao consultar o Programa Nacional para a saúde mental, de 2017, encontro o seguinte:

«O número de mortos por saúde mental é baixo e está, na maioria, relacionado com o suicídio.» Tem vindo a aumentar entre população jovem nas últimas décadas, sendo que os jovens representam, atualmente, o grupo de maior risco (WHO, 2010).

Confronto-me com esta realidade que é um tanto ou quanto paradoxal. Uns dariam tudo para viver, outros querem morrer. O meu foco está sobretudo em pessoas numa fase de desenvolvimento muito particular dado que «a adolescência constitui-se, em si mesma, como um período desenvolvimental conturbado, dado que os jovens estão expostos a novas exigências e a mudanças físicas, cognitivas e sociais» (Costa & Mota, 2012).

Numa revisão sobre a adolescência, a definição do conceito é complexa e pouco consensual. É difícil definir um período estanque mas pode dizer-se que estará concluído quando o jovem já terá conseguido concretizar uma série de tarefas, ditas desenvolvimentais, que se expressam no plano intelectual, na socialização, na afetividade e na sexualidade. Pressupõe-se que quando o jovem se sente suficientemente autónomo (num plano interno) face às figuras parentais, que já terá elaborado o seu próprio espaço de identidade, adquiriu um sistema de valores próprios e que tem capacidade para manter relações estáveis e maduras com o outro (Ferreira & Nelas, 2006).

É geralmente aceite que a adolescência é de preferência um processo e não um período, e que se caracteriza por muitas mudanças pessoais que são frequentemente intensas, como sejam as físicas, as sociais, as psicológicas e as cognitivas (Roberts, 1988).

Para alguns autores da perspetiva interacional a fase de separação (dos pais) é um processo extremamente complexo e a sua realização requer que os objetivos das fases anteriores tenham sido atingidos, assim sendo, só após o estabelecimento e a interiorização de relações íntimas, confiantes e recíprocas com os membros da família é que os adolescentes poderão separar-se dos laços familiares, substituindo-os por ligações extra familiares. E as diferenças nas trajetórias do coping ao longo do desenvolvimento dos indivíduos estará diretamente relacionada com os diferentes estilos de vinculação do passado e do presente.

Poder-se-ia assegurar que jovens com ligações afetivas e que cumpriram corretamente este processo de desenvolvimento não teriam depressão ou ideias suicidárias, no entanto, isso não me parece ser correto em absoluto.

4. Análise

Seria expectável (para mim) que um jovem tivesse o ímpeto de viver intensamente e se centrasse na procura de uma vida plena mas isso nem sempre acontece.

Não pretendo alongar-me com aspetos ético-morais e sobre a legitimidade do suicídio. Pretendo sim pensar sobre o enfermeiro de saúde mental perante um jovem que tentou ou desejou a morte não natural.

Acredito que a maioria das pessoas já terá sentido uma tristeza tão profunda que terá desejado mesmo que momentaneamente não acordar na manhã seguinte manifestados por: 'agora gostava de dormir e só acordar daqui a um mês, quando já não sentir isto'. O dormir um mês é sob o meu ponto de vista uma dissimulação da vontade de desaparecer. Morrer. Também creio que na maioria das vezes essas pessoas acabam por ter esta vontade num período muito limitado de tempo porque são competentes na gestão das emoções, pensamentos e sentimentos. Outros porque operam fugas arditas ao sofrimento através de múltiplos meios: comida, luxúria, sexo, consumos ou 'recalcamentos'.

Já desde há muito o suicídio adolescente é mote para histórias de amor, tal Romeu e Julieta, como se o romance se cimentasse melhor no coração dos leitores se acontecesse na tragédia. No nosso dia-a-dia não poderemos olhar para estes eventos como tendo alguma base de romance, tem sim, pelo meu ponto de vista, muito sofrimento. E é neste contexto que surge a complexidade do trabalho com estas pessoas.

Sabendo das características particulares da adolescência como fase de mudança, disruptiva com conceções e padrões relacionais da infância, é importante rever as principais causas identificadas na literatura que se relacionam com o suicídio. Enfoque na importância dos pares, dado que o trabalho que vejo, realizar-se sobretudo em grupo. Araújo et al (2010) falam na presença de sintomas depressivos e na solidão. Alguns jovens relatam sentir falta de ter amigos e reclamam não ter ninguém para dividir experiências e tristezas e por isso apresentando maior probabilidade de desenvolver problemas emocionais, comportamentais e afetivos (Dutra, 2002). Prieto & Tavares (2005) referem a importância das trocas afetivas com pares, que reduzem o impacto das experiências adversas. Nesse sentido, Rivers & Noret (2010) investigaram as implicações da exposição ao *bullying* nos pensamentos suicidas seja como agressores, vítimas, testemunhas ou uma combinação destes três papéis sociais.

Entende-se que as experiências vividas no grupo de pares podem ser muito significativas e influenciar as características individuais dos adolescentes, incluindo comportamentos, temperamentos, cognições e habilidades para resolução de problemas, além de influenciar na sua autoestima e amenizar o impacto de eventos stressores, constituindo-se em importante fonte de apoio emocional e social. Assim, compreende-se que a convivência com os pares - especialmente na fase da adolescência, em que os relacionamentos interpessoais fora do âmbito familiar têm fundamental importância para o jovem em desenvolvimento - pode servir como importante fator de proteção ao suicídio na adolescência.

5. Conclusão

Na vida os acontecimentos operam-se de forma mais ou menos matemática. Regem-se por leis da física e acredito que possam ser quase traduzidos em equações, a forma como vivenciamos qualquer acontecimento é que é altamente subjetiva. O mesmo não tem igual impacto ou resposta em mim e no outro. É no fundo a leitura que faço do mundo, que o constrói. Daí a minha aceitação da vontade do outro quando em causa está a sua própria existência, mas simultaneamente um constructo de mim como agente de potencial reformulação dessa vontade.

Se estiver na minha mão continuarei a 'evitar suicídios', não por ter uma vida maravilhosa para oferecer ao outro, mas por me sentir disponível para o ajudar a adaptar a sua visão dos acontecimentos, fomentar a resiliência, e numa perspetiva mais espiritual, a integrar o sofrimento na sua própria 'felicidade'.

A ética, a moral, o direito e a deontologia são o conjunto dos saberes que orientam o enfermeiro para a prática dos cuidados mas estes devem assentar além disso, na empatia, justiça e bondade. Ainda assim, longe de divagar entre princípios de autonomia ou liberdade, trata-se de entender a dor do outro e aceitar que em última instância valer-lhes-á o livre arbítrio.

Independentemente das minhas convicções pessoais, e de defender a vida, sou uma profissional imparcial no julgamento de quem decide prescindir do bem da vida porque a medida do sofrimento alheio é um processo mediúnico.

Mediante um obstáculo no caminho é tão válido aquele que decide atravessá-lo a todo o custo como aquele que vê benefício em sentar-se na sua sombra enquanto dorme sobre o assunto e explora caminhos alternativos.

Para terminar, acredito que existem várias formas de encarar um mesmo problema. Vai depender da segurança da identidade de cada um, o suporte emocional que tem, as vivências anteriores, o coping e a própria psicogenética. Daí a intervenção na adolescência ser fundamental.

As relações que os jovens estabelecem neste contexto são fundamentais, principalmente quando promovem sentimentos de segurança. Estes aspetos caracterizam jovens mais seguros e capazes de se relacionar positivamente, razão pela qual podemos contribuir para alterar a sua trajetória desenvolvimental, tornando-os mais ajustados. Neste sentido, o estabelecimento de ligações seguras e saudáveis permite ultrapassar o risco, independentemente da configuração familiar. Dada a evidência de que tanto a autoestima como a qualidade das ligações com figuras significativas (pais) têm grande influência no desenvolvimento adaptativo dos jovens, considera-se que deve ser dado relevo a um projeto de intervenção numa perspetiva relacional que facilite o ajustamento adequado ante a adversidade.

6. Planear a ação

Acreditar que posso ser uma entidade terapêutica que existe no outro e que o pode ajudar a ter diferentes olhares sobre o mesmo mundo. Embora possa ser mutilador e destrutivo, o impacto em cada um depende muito das suas estratégias mais ou menos consolidadas. E a adolescência pelas suas características particulares, intensifica as emoções associadas aos acontecimentos, e como tal, compreender e aceitar o outro numa procura conjunta da resiliência e da Auto motivação. Segundo Costa & Mota (2012) «o *stress* psicossocial marcado neste período desenvolvimental e a forma como os adolescentes desenvolvem o coping constituem um importante fator no seu processo adaptativo.» Dado que pelos mesmos autores, adolescentes seguros mostram-se mais competentes em lidar com eventos stressores, pela capacidade de procurar apoio e refletir sobre as possíveis soluções.

É chegar atrasado ao emprego, porque não se desviou do caminho quando alguém se ia atirar lá de cima. Porque agarrámos na mão do desgraçado e dissemos para esperar. Não temos uma vida maravilhosa no bolso nem somos bonzinhos. Somos profissionais detentores de sentimentos mas que sabemos (como profissionais) um pouco mais mais sobre a *ciência do sofrimento* e podemos, junto com o outro, avaliar o tamanho do obstáculo e o que se pode fazer com ele. Reconhecendo a subjetividade do sofrimento e usando os nossos conhecimentos científicos aliados à empatia para

ajudar na maturidade da resolução de problemas.

Referências

Costa, M. & Mota, C., (2012) *Configuração familiar, gênero e coping em adolescentes: papel dos pares*; Psicologia em Estudo, v. 17, n. 4 p. 567-575, Brasil

ARAÚJO, L.C et al, (2010) *Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio*. Psico-USF, 15(1):47-57; Brasil

DUTRA, E. (2002). Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: Orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In: C.S. HUTZ (Ed.), Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção, Casa do Psicólogo, Brasil

Rivers, I. & Noret, N. (2010). *Participant roles in bullying behavior and their association with thoughts of ending one's life*, Reino Unido

Prieto, D. & Tavares, M. (2005) *Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Brasil

Ferreira, M. & Nelas. P. (2006). Adolescências... Adolescentes. Educação, ciência e tecnologia, 32, p. 141-162.

Roberts, A. (1988). Adolescência. Nursing, 10 (Novembro), 23-27.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2010. Participant manual - IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV Geneva. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972_eng.pdf.

Referente à 3ª quinzena de estágio numa Unidade de Adolescentes

O que tento explicar com mais ou menos sucesso, tem a ver com as metas que estabelecemos na nossa vida.

Este pensamento surge como continuação ao meu raciocínio solitário anterior que se prende com as pedras no caminho. Cada vez mais acredito que o ser humano não pode afirmar e jamais acreditar 'só ser feliz se...' É uma inconsideração brutal para com o destino achar que a felicidade reside numa meta, quando esta é o bónus pelo caminho. 'Caros leitores', como numa coluna de uma revista pseudo intelectual que sai ao fim de semana, a felicidade encontra-se no caminho que percorremos diariamente no sentido aos nossos desejos, vulgo sonhos...

Os obstáculos que nos vão surgindo não são mais do que uma vírgula num texto corrido, a pausa necessária para a certeza. Vamos tentar não correr cegamente. Vamos tentar ponderar. Vamos deixar de pensar que só somos felizes chegando a um determinado sítio, porque não sabemos. Nunca lá estivemos.

«Adeus, amigo leitor; tente não ocupar sua vida em odiar e ter medo.»

(Stendhal, *Lucien Leuwen*)

Psíco (2012) *Uma crónica de revista pseudo-intelectual*,

in psicotrópico.wordpress.com

1. Descrição

O que fazer quando o resultado da nossa intervenção não é o que desejamos/fantasiámos? Acontece e sempre irá acontecer que a nossa ação não tenha o efeito pretendido no outro. Vou pensar um pouco sobre esse assunto nesta que será a última reflexão do estágio.

2. Pensamentos e sentimentos

Tenho algum medo pelo outro. Sobretudo se fizer aquele exercício com potencial catastrófico que é o de me tentar colocar no seu lugar. Nunca pensarei ou sentirei o mesmo dado que não somos a mesma pessoa.

Estou a realizar um estudo de caso de um jovem, que por questões de confidencialidade não irei identificar. Não o conheci no início da sua estada na Unidade mas pelo que me apercebo nos diversos momentos formais e informais, com o próprio, profissionais e família, que houve alterações no sentido da evolução positiva. Por muito que em períodos se reconheça um avanço e noutros um movimento que identificam como retrocesso. Ainda com ganhos e mesmo sem previsão da data de alta, há a possibilidade de que objetivos delineados não sejam conseguidos. Identifico algumas tarefas da adolescência que não foram ainda adquiridas mas tenho a noção de que se abriu já caminho para algumas delas. A questão do 'abandono' deste percurso, que terá sido em algum tempo idealizado, ainda assim não é o cerne desta reflexão e sim o que penso e sinto eu como 'terapeuta', sobre isso.

Imagino a sua vida quando sair da Unidade e cogito que sem o mesmo incentivo acabará por não conseguir atingir vários patamares naturais do crescimento individual de cada pessoa, e por consequência temo que seja por longo tempo infeliz agarrado àquilo que o prende e impede de crescer e autonomizar.

Simultaneamente reconheço nele competências para saber olhar o mundo à sua volta e onde potencialmente se pode identificar e adaptar. Mas surge-me quando penso na 'liberdade e responsabilidade' que o espera na idade adulta, aquele receio de que não se reconheça como um indivíduo capaz.

3. Avaliação

Preocupa-me dentro dos limites do que me pode preocupar, que existem numa dualidade entre Ser profissional e Ser empático. Frustra-me um pouco saber que ainda há um longo caminho a percorrer pelo outro e que, embora mais apto ainda lhe será muito penoso fazê-lo. Ainda mais sem 'nós'.

Nós somos a Unidade de Adolescentes e o trabalho efetuado é maioritariamente em grupo. Eu sou apenas um elemento temporário e embora muito mais observadora do que elemento interventivo, íntegro enquanto lá estou, a filosofia da equipa, a sua dinâmica e sobretudo os seus objetivos no trabalho com os jovens. E é por isso que faço esta reflexão como se de um membro da equipa eu me tratasse e como de alguma forma fui acolhida.

É importante definir 'quem pretendia o objetivo'. Poderiam ser os profissionais, o jovem, o grupo ou a família. Ou até os quatro elementos em consonância. Acredito que se houver funcionalidade no jovem, o que o profissional pretende é efetivamente o menos importante. Mas e se o jovem continua num registo de não cumprimento das tarefas da adolescência, mantendo comportamentos anti-sociais, de isolamento, não saber reconhecer e gerir a sua inteligência emocional... que adulto será no futuro? Embora eu tenda a achar que mais importante que isso é 'que jovem é hoje?'

4. Análise

Berchelli & Santos (2005) citando Ormont & Kaplan (1990) referem que «o terapeuta habilidoso segue seu método de terapia com espontaneidade, criatividade, tolerância, flexibilidade e competência, ajustando as intervenções de acordo com as respostas e maturidade dos pacientes e do grupo como um todo.» Com a habilidade de desenvolver a interação e fortalecer a ligação emocional entre os participantes num grupo, envolvendo-os pelo diálogo, tópicos em comum, a suas semelhanças e diferenças, conseguindo nesse sentido que venham a atuar como agentes terapêuticos.

O jovem deve sentir que, naquele círculo de pessoas, pelo menos o terapeuta o respeita incondicionalmente no momento em que assume o risco de dizer «algo pessoal, absurdo, hostil ou cínico, e que sua colocação corresponde a uma expressão autêntica da sua pessoa. Além disso, deve sentir que ele está ao seu lado não importa o que possa acontecer» (Berchelli & Santos ,2005).

A formação profissional e o exercício da psicoterapia exige um trabalho árduo e intenso sobre o próprio profissional. Todo o processo terapêutico implica um grande envolvimento pessoal do terapeuta e coloca-o diante de questões existenciais quando

'mergulha' no universo singular de cada cliente e se coloca disponível para a relação (Cardella, 2002).

Benjamin (2004) sugere que quanto mais nos conhecemos, melhor podemos entender, avaliar e controlar os nossos comportamentos, e assim, melhor compreender e apreciar o comportamento dos outros. Quando estamos bem com o nosso *self*, a tendência deste a interferir na compreensão do *self* do outro durante a entrevista é menor. E para se ser capaz de colocar a experiência a serviço do outro e contribuir para que este possa retomar o seu processo de crescimento, é preciso não só que reconheça o que pensa, como percebe, sente, imagina, espera, recorda e faz na relação com o outro (Cardella, 2002).

Sob o ponto de vista do outro, existem algumas teorias que buscam explicar a desistência do plano terapêutico. Desde os ganhos secundários na doença/problema até às teorias de fuga. Na teoria da Auto discrepância, Higgins (1999) explica que se sente desânimo quando esperanças e ambições não foram satisfeitas e ansiedade quando deveres ou obrigações não foram cumpridas. As aspirações e as realizações juntam-se para criar um conjunto de princípios que guiam para o *self* ideal. Quando se antecipa a impossibilidade de concretizar esse 'plano' antecipam-se perdas e surgem o desânimo, a depressão e a desilusão. Desta forma surge a desistência como forma de enfrentar sentimentos negativos que resultam do não conseguimento de objetivos estabelecidos.

O porquê de algumas pessoas conseguirem fazer algo e outras não, não será decerto o objetivo desta reflexão. Poderia ser, no entanto havia que pesquisar em larga escala o que no momento não é o mais pertinente. Decerto terei de olhar os problemas de outra perspetiva, dado que mesmo sob um ponto de vista da não consecução de objetivos, há muitos outros, não definidos formalmente, que o terão sido. Quero eu dizer que muito embora 'possamos' (sim, fomos nós juntos) não ter chegado à meta que foi definida, houve muitos ganhos pelo caminho. Numa consideração de que importa também perceber quem definiu a meta, se outros, se aquele que tem de a atravessar!

5. Conclusão

Sem qualquer desmérito para mim, sei e tenho de ter sempre presente que isto é trabalho. Não poderei trazer as pessoas comigo nem os seus problemas. Acima de

tudo devo acreditar que esse trabalho tem impacto e cabe sempre ao próprio a resposta aos seus problemas e dilemas.

Nesse contexto a não consecução dos objetivos previstos pode, de alguma forma, estar relacionado com o terapeuta, com a pessoa, objeto da terapia ou ainda com a relação entre terapeuta-cliente. Ainda assim, num balanço pessoal do trabalho psicoterapêutico desenvolvido, deve-se numa escala que deve ser dinâmica e flexível, objetivar os ganhos do outro nesta relação terapêutica.

Ainda cumprindo o papel terapêutico, seja ele o descrito de forma geral na literatura, sendo aceite e reconhecido por parte do cliente, pode sempre considerar-se a hipótese de abandono do plano terapêutico. Cunha (2008) refere que este abandono pode trazer para todas as partes envolvidas sentimentos de fracasso e ineficácia. No entanto, Feltes & Oliveira (2012) no seu estudo concluem que sobretudo com pessoas em formação (estagiários), isto motiva a reflexão sobre a sua forma de atuar, e se questionem sobre seus limites e capacidades, e sendo assim, entende-se que o abandono de um projeto psicoterapêutico possa ser muito útil no processo de crescimento do profissional.

Arrisco-me a afirmar que o caminho percorrido num determinado sentido valeu em certa medida por si só. Para todos os elementos desta equação.

6. Planear a ação

Aceitar a hipotética perda. É o que faço como enfermeira de cuidados intensivos. Nunca me arrependo de tudo o que fiz pelo outro mesmo que acabe na sua morte. Cada esforço consciente e intencional valeu a possibilidade de ter tido no outro algum efeito positivo. Reajustar as expectativas. Aprender que o que não correu como queríamos, pode ter corrido como outro queria, ou ainda assim termos, ambos retirado alguma aprendizagem deste processo. Valorizar os ganhos. Corrigir o que for pertinente. Confiar no outro. Aceitar na descoberta de outros caminhos para o mesmo destino.

Concluo a reflexão, assim como me preparo para concluir este estágio, na aprendizagem específica com o jovem que fui acompanhando, que neste processo há força, empenho e virtude, ainda que o 'dono' do mérito ainda não o consiga ver. Do

ponto de vista do profissional, não há na realidade uma perda. Há todos os ganhos no percurso.

Vamos deixar de pensar que só somos felizes chegando a um determinado sítio, porque não sabemos. Nunca lá estivemos.

Referências

Cardella, B. (2002) A construção do psicoterapeuta: uma abordagem gestáltica. São Paulo

Cunha, T. (2008); Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. Arquivos brasileiros de psicologia, Vol.60, No2.

Benjamin, A. (2004) A entrevista de ajuda; 11. ed.; São Paulo

Bechelli & Santos (2005) O terapeuta na psicoterapia de grupo; Rev. Latino-americana de Enfermagem, Brasil

Feltes & Oliveira, 2007; Formação do Psicoterapeuta: lidando com o abandono de psicoterapia; Psicologado Artigos; Brasil