

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

A empatia na intersubjetividade da relação terapêutica: a intervenção do enfermeiro de saúde mental

Ana Laura Godinho Santos

**Lisboa
2018**



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

A empatia na intersubjetividade da relação terapêutica: a intervenção do enfermeiro de saúde mental

Ana Laura Godinho Santos

Orientador: Prof. Doutora Ana Melo

**Lisboa
2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Sem compreensão empática do mundo do ajudado e
das suas dificuldades tais como ele as vê,
não há espaço para oferecer ajuda.”
(Carkhuff, 1969)

AGRADECIMENTOS

Foram várias as pessoas que compartilharam comigo este longo e exigente caminho e que contribuíram para a minha aprendizagem e crescimento.

À Prof.^a Doutora Ana Melo, a dedicação com que me acompanhou, a sabedoria e humildade com que me orientou, a serenidade e amabilidade com que me acolheu nos dias difíceis, a confiança e segurança que me transmitiu desde o primeiro dia. Estou profundamente grata.

Às pessoas e famílias com quem me cruzei e de quem cuidei, por me terem permitido descobrir na relação com o outro, crescer e olhar a doença mental com outras lentes.

Aos profissionais que me acompanharam, em especial à Enf.^a Sandra, ao Enf. Estrela, à Enf.^a Lurdes e à Enf.^a Natacha a disponibilidade e generosidade com que compartilharam os seus conhecimentos e ensinamentos, inspirando-me para ser melhor enfermeira.

Aos meus pais. À minha mãe, o amor e dedicação com que sempre cuidou de mim, ensinando-me em primeira instância a essência do cuidar. E ao meu pai, o entusiasmo e motivação para superar mais um desafio.

Ao Rafael, a força e a entrega com que me acompanhou, sendo o meu porto de abrigo.

Aos meus familiares e amigos, a compreensão pelos dias de ausência e o carinho demonstrado nos dias de reencontro.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EESMP- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

JBI- The Joanna Briggs Institute

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

RESUMO

Atualmente a percentagem de pessoas com doença mental tem vindo a aumentar, sendo frequente encontrar pessoas com ansiedade, agressividade e/ou agitação psicomotora, internadas em unidades de cuidados intensivos. É necessário intervir junto destas, de modo a dar-lhes atenção, proporcionar a expressão de sentimentos, o esclarecimento de dúvidas, de modo a compreender as significações da experiência do internamento e ajudá-las na identificação das suas necessidades.

De modo a colmatar uma necessidade sentida na prática clínica, o presente relatório foi desenvolvido tendo por base a dimensão relacional da prática de enfermagem, nomeadamente, na empatia enquanto característica do enfermeiro promotora da relação terapêutica com a pessoa com doença mental. Este tema surge da interseção de duas áreas de prestação de cuidados distintas: doente crítico e saúde mental e psiquiatria.

Estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa com doença mental, requer que o enfermeiro desenvolva competências humanas e técnicas específicas, sustentadas em teorias atuais, nomeadamente a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau.

Com a realização do estágio, em contexto de Hospital de Dia e internamento de psiquiatria de agudos, pretendeu-se consolidar competências no relacionamento terapêutico com a pessoa com doença mental através do exercício autorreflexivo. Foram desenvolvidas atividades de grupo e individuais, que permitiram pensar a empatia na relação terapêutica, contribuindo para aumento do conhecimento na práxis de enfermagem.

O caminho percorrido na área da saúde mental e psiquiatria foi um desafio pessoal e profissional, que contribuiu positivamente para o desenvolvimento consistente das competências específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Palavras-Chave: Enfermagem de Saúde Mental, Empatia, Relação Terapêutica, Hildegard Peplau,

ABSTRACT

The percentage of people with mental illness has been increasing, and patients interned in intensive care units often suffer from anxiety, aggressive behavior and/or psychomotor agitation. There is a need for taking action in order to give attention to these patients, allow them to express their feelings and clear up their doubts, thus understanding the meaningfulness of hospitalization experience and helping patients to identify their necessities.

To address this need that is felt in the clinical practice, the current report was based on the relational dimension of nursing practice, emphasizing nurse's empathy as a promoter of the therapeutic relationship with the person with mental illness. This subject arises from the intersection of two different healthcare areas: critical ill patient, and mental health and psychiatry.

To establish a therapeutic relationship with the person with mental illness, the nurse must develop specific human and technical skills, supported by updated theories, as the Theory of Interpersonal Relations, by Hildegard Peplau.

The internship developed in the context of a day hospital and acute inpatient psychiatry aimed at consolidating skills in the therapeutic relationship with the person with mental illness through self-reflection. Several group and individual activities were carried out to enable the assessment of empathy's role in therapeutic relationship, therefore contributing to the knowledge enhancement in nursing practice.

This experience in mental health and psychiatry was a personal and professional challenge, which positively impacted on the development of specific skills as a Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatry Nursing.

Key-Words: Mental Health Nursing, Empathy, Therapeutic Relationship, Hildegard Peplau

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. REFERENCIAL TEÓRICO	15
1.1 Intervir à luz da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau	15
1.2 A Empatia: uma característica do Enfermeiro	17
1.3 A Empatia junto da Pessoa com Doença Mental – Revisão Integrativa da Literatura	20
1.3.1 Análise e Discussão dos Artigos	22
2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM- REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA DESENVOLVIDA	26
2.1. Primeira Fase: Aquisição e Treino de Competências	26
2.1.1 Caracterização do Hospital de Dia	27
2.1.2 Intervir à Luz do Projeto	28
2.1.3 Construir uma relação: Estudo de Caso	34
2.2. Segunda Fase: Implementação de Competências	38
2.2.1 Caracterização do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental	38
2.3 O meu percurso pessoal	43
2.3.1 Eu, enquanto enfermeira, num processo de autoconhecimento	43
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
ANEXO I- MEDITAÇÃO PARA “DESLIGAR O PILOTO AUTOMÁTICO”	
ANEXO II- MEDITAÇÃO DO RASTREIO CORPORAL	
ANEXO III- MEDITAÇÃO DOS MOVIMENTOS COM ATENÇÃO PLENA	
ANEXO IV- MEDITAÇÃO DA RESPIRAÇÃO E DO CORPO	
ANEXO V- MEDITAÇÃO DOS SONS E PENSAMENTOS	
ANEXO VI- TEXTO “A MINHA MÃE ESTÁ SEMPRE CHEIA DE PRESSA”	
APÊNDICES	
APÊNDICE I- CRONOGRAMA DE ESTÁGIO	
APÊNDICE II- PLANO DE SESSÕES DO “SERENAR” NO HOSPITAL DE DIA	
APÊNDICE III- AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DO “SERENAR” NO HOSPITAL DE DIA	

APÊNDICE IV- PLANO DA SESSÃO DO “SERENAR” NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO

APÊNDICE V- AVALIAÇÃO DA SESSÃO DO “SERENAR” NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO

APÊNDICE VI- FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO “SERENAR” NO INTERNAMENTO

APÊNDICE VII- PLANO DA SESSÃO DE CINEMATERAPIA

APÊNDICE VIII- PLANO DA SESSÃO DE BIBLIOTERAPIA

APÊNDICE IX- ESTUDO DE CASO

APÊNDICE X- JORNAL DE APRENDIZAGEM I “SER ASSERTIVO”

APÊNDICE XI- JORNAL DE APRENDIZAGEM II “A EMPATIA NA AGRESSIVIDADE”

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e tem como finalidade descrever o meu percurso enquanto enfermeira na aquisição e desenvolvimento de competências específicas de EESMP. A sua realização tem como base a descrição e a reflexão das atividades desenvolvidas no decurso do estágio, procurando alcançar uma posterior discussão pública.

Recordo que, desde criança cuidar do outro esteve sempre presente, quer nas brincadeiras, quer mais tarde em situações que a vida colocou no meu caminho. Associado ao cuidar do outro, comecei a sentir curiosidade pela forma como as relações interpessoais se estabelecem e como é que as nossas vivências, emoções e crenças influenciam estas relações. O meu interesse pessoal foi-se tornando progressivamente profissional. Por conseguinte, conhecer e compreender o outro na sua mais profunda essência através do estabelecimento de uma relação terapêutica¹ com vista a promover ganhos em saúde², começou a delimitar o meu caminho na Enfermagem.

¹ **Relação terapêutica** é um processo interpessoal (estabelecido entre o enfermeiro e a pessoa que requer ajuda) e finito (desenvolve-se num tempo e espaço limitado) que se centra no bem-estar da pessoa (Chalifour, 2008). Esta é definida como uma interação intencional e planeada que tem como finalidade proporcionar condições que ajudem a pessoa a fazer face aos seus problemas e/ou dificuldades e responder às suas necessidades, desenvolvendo-se no sentido da sua natureza (Chalifour, 2008). Este conceito remete para o conceito de **relação psicoterapêutica** que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) é promovida no âmbito da ESMP e preconiza uma ligação técnica e processual entre a pessoa e o enfermeiro. Esta relação, que se desenvolve na dimensão do real, imaginário e simbólico permite a identificação de sentimentos e atitudes que a pessoa desenvolve face a si e ao outro, a explicação da origem do sofrimento e de novas formas de resolução de problemas; bem como a libertação de emoções e sentimentos da pessoa.

² **Ganhos em Saúde** segundo o Ministério da Saúde (2000, 2011, p.2) são definidos como

ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, diminuição da incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.

Após três anos de experiência numa UCI, senti que a reflexão sobre a dimensão relacional da prática de enfermagem criou em mim a necessidade de consolidar competências ao nível da relação com a pessoa³ doente.

A temática “*A empatia na intersubjetividade da relação terapêutica- a intervenção do enfermeiro de saúde mental*”, surgiu da interseção da minha área profissional com a área de ESMP e, sustenta-se no enunciado nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo, nomeadamente na possibilidade de aplicar conhecimentos e habilidades relacionados com a área de estudo- a empatia na relação terapêutica; em contextos distintos- como os cuidados intensivos e a psiquiatria.

Numa pesquisa inicial, concluí que o internamento numa UCI é frequentemente percecionado como hostil e a atuação dos enfermeiros como distante e desumana, sendo o primeiro contato, com a pessoa, fugaz em detrimento da urgência de cuidados diretos a prestar (Silveira et al, 2005).

Segundo os mesmos autores, a interação e o estabelecimento de uma relação de confiança entre a díade (enfermeiro e pessoa) nem sempre é valorizada, enquanto intervenção de enfermagem, em prol das rotinas implementadas neste serviço (Silveira et al, 2005).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2017) a percentagem de pessoas com perturbações mentais, sobretudo perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e demências, tem vindo a aumentar, sendo frequente na UCI prestar cuidados a pessoas com estes antecedentes clínicos.

Atendendo que este serviço é um contexto de cuidados onde a pessoa está sistematicamente sujeita a fatores de *stress*, que despoletam e/ou potenciam sentimentos de ansiedade, medo, angústia, insegurança, entre outros (Silveira et al, 2005), considero adequado sustentar-me na visão da Ordem dos Enfermeiros (2015) que apela à implementação de intervenções que visem prevenir problemas relacionados com o stress e a depressão, bem como promover a saúde mental.

Dar atenção, proporcionar a expressão de sentimentos e esclarecimento de dúvidas à pessoa, com o objetivo de identificar as significações da experiência do

³**Pessoa** é um indivíduo que vive num equilíbrio instável (Peplau, 1990). Esta está inserida num **ambiente** onde adquire a moral, os costumes e as crenças (Peplau, 1990).

internamento, é fundamental, de modo a auxiliá-la na identificação das suas necessidades.

Considerando toda a dinâmica de uma UCI, é importante repensar a prática atual, formulando, pensando e construindo diferentes formas de atuação em torno desta problemática.

Sendo o EESMP responsável por compreender “os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental⁴ é afetada pelos fatores contextuais” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.2) considerei importante o desenvolvimento deste relatório no contexto da minha prática clínica.

Atendendo que para estabelecer relações interpessoais eficazes, o enfermeiro deve ter competências técnico-científicas e relacionais que visem o respeito e a compreensão por aquilo que a pessoa expressa verbalmente, vive e sente (Chalifour, 2008), considerei importante ampliar o meu conhecimento acerca das características pessoais do enfermeiro que promovem esta relação. Para tal, fiz uma breve revisão da literatura e conclui que, entre várias, a empatia constitui um alicerce na intervenção junto da pessoa.

Com nesta revisão, ousou dizer que o conceito de empatia não é consensual para os diferentes autores, constituindo uma característica da relação de difícil implementação e heteroavaliação. A par destas questões, senti alguma dificuldade na pesquisa de artigos científicos, com menos de cinco anos, que abordassem a empatia enquanto constructo da relação com a pessoa com doença mental. Graça et al (2013) concluíram que a investigação na área da empatia é ainda exploratória, sendo que as revisões sobre esta temática na literatura de enfermagem é, significativamente, menor quando comparada com a literatura de psicologia (Perraud et al, 2006).

A Ordem dos Enfermeiros (2015, p.17034) defende que a ESMP é uma área especializada que se sustenta na evidência científica e apoia nas teorias de enfermagem, com vista a alcançar os “mais elevados padrões de qualidade no cuidar”.

⁴ **Saúde Mental** segundo a Organização Mundial de Saúde (2014) é um definida como um estado de bem-estar no qual cada pessoa percebe o seu próprio potencial, é capaz de resolver problemas do quotidiano, consegue trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para a sua comunidade.

Sequeira (2014) considera que estes padrões⁵ dependem de um trabalho de investigação contínuo por parte dos Enfermeiros envolvidos tanto na formação, quanto na prática clínica. Aspeto que vai ao encontro da Organização Mundial de Saúde (2002, p.19) que sublinha a necessidade de fortalecer a investigação, com vista a “melhorar a compreensão das perturbações mentais e, de desenvolver intervenções mais eficazes”.

Tendo por base os resultados obtidos, considerei oportuno aprofundar este conceito não só com vista a desenvolver competências pessoais enquanto enfermeira, que sejam promotoras da relação terapêutica, mas também contribuir para o desenvolvimento do conhecimento nesta área da enfermagem.

Indo ao encontro ao pressuposto pela Ordem dos Enfermeiros (2015) nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, adotei, para a realização deste relatório, a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, na medida em que preconiza que a prática de enfermagem se deve orientar através do significado psicológico dos eventos, sentimentos e comportamentos que a pessoa integra, ao invés da orientação biomédica.

Sendo a enfermagem uma profissão centrada na relação com o outro, considerei apropriado fundamentar-me na visão existencial-humanista, recorrendo a autores como Carl Rogers, do ponto de vista teórico, e de Jacques Chalifour, do ponto de vista da prática clínica, para o desenvolvimento e implementação do meu projeto.

Como objetivo geral do estágio defini *consolidar competências no relacionamento terapêutico com a pessoa com doença mental*.

⁵ **Padrões de Qualidade de Enfermagem de Saúde Mental** são definidos como

a sistematização de uma ação em resposta a uma necessidade em cuidados de saúde de uma pessoa, família ou comunidade, num determinado contexto e num determinado momento, que traduza a intervenção mais efetiva, de acordo com os dados disponíveis no momento da sua prescrição e execução (...) são importantes para: estimular a reflexão sobre as práticas, dar consistência ao conhecimento em enfermagem, trazer imparcialidade ao cuidado dos diferentes pacientes, avaliar a eficiência associada às intervenções de enfermagem, avaliar a qualidade das práticas de enfermagem, garantir práticas que cumpram requisitos científicos e estejam em consonância com a evidência empírica, promover a integração dos resultados de investigação clínica e a sua reformulação, aumentar a eficiência nos resultados. (Sequeira, 2014, p.6,8).

Com o intuito de alcançar este objetivo foram estabelecidos objetivos específicos, nomeadamente

1. Consolidar competências na área do suporte e gestão emocional na relação terapêutica com a pessoa com doença mental, internada em regime ambulatório ou internamento agudo;

2. Treinar competências pessoais, como a empatia, na relação com o outro.

Para além dos objetivos por mim definidos, procurei *realizar intervenções de âmbito psicoterapêutico* com vista a alcançar as competências específicas do EESMP preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), que são apresentadas no segundo capítulo deste relatório.

De modo a alcançar os objetivos traçados para este estágio, dividi-o em duas fases: a primeira, de aquisição e treino de competências do EESMP, com início no dia 25 de Setembro de 2017 e término a 24 de Novembro de 2017; e a segunda, de implementação de competências EESMP, com início dia 25 de Novembro de 2017 e término no dia 7 de Fevereiro de 2018.

Na fase de aquisição e treino de competências do EESMP, decorrida num Hospital de Dia da Região de Lisboa e Vale do Tejo, tive a oportunidade de frequentar os diferentes grupos psicoterapêuticos. Nestes grupos, realizados pelos diferentes profissionais da equipa transdisciplinar, observei as intervenções e aprofundei conhecimentos sobre as características da relação terapêutica (evolução da relação, o conteúdo das trocas e os papéis assumidos pela pessoa e profissionais), as fases da relação, bem como as habilidades dos profissionais.

A par da integração nos grupos, desenvolvi atividades de cariz psicoterapêutico, sustentadas numa visão existencial-humanista (ex: estudo de caso) e numa visão cognitivo-comportamental (ex: atividade “serenar”, cinematerapia e biblioterapia). Estas atividades permitiram uma transição para a segunda fase do projeto, que se iniciou no Hospital de Dia e terminou no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do mesmo hospital,

Atendendo ao facto de não ter experiência profissional na área de psiquiatria, foi fundamental realizar o estágio tanto em contexto comunitário como em contexto de internamento de doentes em fase aguda.

A seleção dos locais de estágio teve por base a riqueza do seu contributo ao nível dos conhecimentos da práxis para a realização do meu projeto.

Relativamente à estrutura e organização do relatório, este encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo contempla o referencial teórico, nas quais as intervenções implementadas se sustentaram. O segundo capítulo integra o percurso realizado em contexto clínico, explicitando com maior detalhe as intervenções implementadas, os resultados obtidos e as suas reflexões, articuladas com as competências específicas do EESMP. O terceiro, e último capítulo, apresenta um sumário do percurso percorrido, refletindo acerca das dificuldades sentidas e questões daí emergentes, bem como sugestões para outros percursos na área.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

De modo a estruturar e construir o meu caminho de aprendizagem foi fundamental sustentar-me numa base de conhecimentos segura, do âmbito da relação terapêutica e da empatia. Pelo que, ao longo deste capítulo apresento o referencial teórico e os conceitos-chave que, através de uma dedicada investigação, alicerçaram este projeto.

1.1 Intervir à luz da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau

Peplau (1990) define enfermagem como um processo significativo, terapêutico e interpessoal que visa promover a saúde das pessoas e comunidades através do desenvolvimento da personalidade com vista a alcançar progressos a nível criativo, construtivo, produtivo, pessoal e comunitário.

Sendo que esta é uma relação interpessoal, desenvolve-se entre uma pessoa doente ou que necessita de cuidados de saúde e um enfermeiro com formação especializada para reconhecer e responder ao pedido de ajuda (Peplau, 1990). O processo de doença surge quando o confronto com as necessidades, as frustrações, os conflitos e a ansiedade não permitem à pessoa reorganizar e reconstituir eficazmente a sua personalidade (Peplau, 1990).

De acordo com a Teoria das Relações Interpessoais, a relação terapêutica assenta em quatro fases: a fase de orientação, a fase de identificação, a fase de exploração e a fase de resolução (Peplau, 1990).

Na fase de orientação a pessoa reconhece a sua necessidade de ser ajudada e recorre ao enfermeiro para a ajudar a identificar e compreender a situação que está a viver (Peplau, 1990).

Na fase de identificação o enfermeiro auxilia no processo de exploração da situação que a pessoa vive, nomeadamente os seus sentimentos e emoções, com vista a fortalecer as características positivas da personalidade e, concomitantemente, a ajudar a superar o processo de doença como uma experiência (re)orientadora dos sentimentos (Peplau, 1990). Nesta fase existe uma identificação por parte da pessoa com quem a ajuda (Peplau, 1990).

Na fase de exploração o enfermeiro projeta juntamente com a pessoa novas metas a alcançar através de esforço pessoal. Nesta fase a pessoa tenta retirar da relação todos os benefícios possíveis e procura alcançar os objetivos recém-propostos (Peplau, 1990).

Na fase de resolução a pessoa começa, gradualmente, a adotar novos objetivos e a libertar-se da sua identificação com o enfermeiro (Peplau, 1990).

Quando estabelecida uma relação com a pessoa, o enfermeiro tem a capacidade de a ajudar a experimentar o mal-estar e utilizar a energia resultante da ansiedade que sente, para identificar e avaliar as dificuldades perante aquela situação (Peplau, 1990), contudo para tal, é necessário que este conheça e compreenda o papel que vai assumindo ao longo das diferentes fases da relação.

São eles:

1. O Estranho: o enfermeiro e a pessoa são dois estranhos ao olhar um do outro, pelo que o profissional deve recorrer a um trato cortês, aceitando a pessoa como pessoa e não como doente, não tecendo juízos de valor (Peplau, 1990). Até prova contrária, a pessoa deve ser vista como emocionalmente capaz (Peplau, 1990).

2. A Pessoa de Recurso: o enfermeiro adequa as respostas às necessidades de aprendizagem da pessoa, dando informação concreta e objetiva às questões colocadas por esta, permitindo-lhe obter conhecimento relativo à saúde e plano de cuidados (Peplau, 1990). Para além de promover a aprendizagem, o enfermeiro presta aconselhamento (Peplau, 1990).

3. O Professor: o enfermeiro, através de técnicas psicoterapêuticas, sustenta-se no conhecimento prévio da pessoa e devolve-lhe o seu interesse e a sua capacidade de usar informação (Peplau, 1990). O ensino é dividido em duas categorias (1) educativa (é fornecida informação) e (2) empírica (é usada a experiência da pessoa como ponto inicial, para se desenvolver produtos de aprendizagem) (Peplau, 1990).

4. O Líder: o enfermeiro através de uma relação de cooperação e participação ativa auxilia a pessoa a cumprir as suas tarefas (Peplau, 1990).

5. O Substituto: perante a forma de estar e o comportamento do enfermeiro, a pessoa pode confrontar-se com sentimentos e emoções vividas numa relação anterior (Peplau, 1990).

Nesta situação, é papel do enfermeiro ajudar a pessoa a identificar semelhanças entre si (profissional) e o indivíduo de quem a pessoa se lembra, bem como as suas diferenças (Peplau, 1990). Nesta fase existe uma definição das áreas de dependência, independência e interdependência (Peplau, 1990).

6. O Conselheiro: é no aconselhamento que o profissional dá resposta ao pedido de ajuda da pessoa, sendo este papel o mais enfático na relação (Peplau, 1990). As técnicas interpessoais objetivam ajudar a pessoa a identificar e a compreender na sua totalidade o que está a vivenciar, atualmente, e de que modo a experiência pode ser integrada, ao invés de dissociada de outras experiências da vida (Peplau, 1990).

O enfermeiro ao afastar-se do modelo biomédico pode intervir junto da pessoa, ajudando-a a explorar o significado psicológico dos eventos, vivenciar os seus sentimentos e compreender os seus comportamentos, de modo a aprender a lidar com a sua dimensão humana (Peplau, 1990). Contudo, para ajudar a pessoa, o profissional necessita de compreender o significado da experiência para esta (Peplau, 1990), mobilizando o conceito de empatia, que abordarei no próximo subcapítulo.

1.2 A Empatia: uma característica do Enfermeiro

Numa relação terapêutica, para o enfermeiro conseguir ajudar a pessoa é fundamental que este mobilize não só o saber e a perícia adquiridos, mas também características pessoais que constituem os principais recursos na relação (Chalifour, 2008) nomeadamente a empatia, a congruência e a consideração positiva incondicional (Rogers, 1977).

A par de Chalifour (2008) e Rogers (1977), Goleman (2012, p.117) considera, que a relação cresce a partir da “sintonia emocional, da capacidade de sentir empatia”, O conceito de empatia é um conceito complexo que tem sido alvo de interesse para várias áreas de investigação, motivo pelo qual a sua definição consensual tem sido dificultada (Graça et al, 2013), e é muitas vezes confundida com o conceito de simpatia⁶ (Goleman, 2012).

⁶ **Simpatia** remete para o sentimento de solidariedade perante os problemas da outra pessoa, sem que se partilhe os sentimentos desta (Goleman, 2012).

Após uma pesquisa inicial na literatura, reuni alguns conceitos de empatia que é uma “palavra originária do grego *empathia* e resulta da junção de *em* (“dentro de”) com *pathos* (“sofrimento”) ” (Graça et al, 2013, p.58).

Simplificadamente, empatia é definida como a compreensão profunda e objetiva de sentimentos e comportamentos da pessoa que engloba demonstrar conscientemente a preocupação para com o bem-estar do outro (Bioethics Thesaurus, 1992).

Numa perspectiva rogeriana, a empatia define-se como o processo, complexo, exigente e intenso, ainda que sutil e suave, através do qual o enfermeiro, imaginariamente, se coloca no papel e na situação da pessoa, de modo a interpretar os seus sentimentos, atitudes e comportamentos (Rogers,1985). Para tal, é necessário que deixe

de lado (...) os nossos próprios pontos de vista e valores, para entrar no mundo do outro sem preconceitos (...) de lado o nosso próprio eu, o que pode ser feito apenas por uma pessoa que esteja suficientemente segura de que não se perderá no mundo possivelmente estranho ou bizarro do outro e de que poderá voltar sem dificuldades ao seu próprio mundo quando assim o desejar (Rogers, 1985, p.73).

Para Goleman (2012) a empatia é fruto da autoconsciência, isto é, quanto maior for o conhecimento que o enfermeiro tem das suas emoções, maior será a sua capacidade de intuir os sentimentos da pessoa.

Graça et al (2013) definem empatia como a capacidade do enfermeiro, através de emoções vivenciadas pela pessoa, deduzir um estado emocional. Os autores subdividem o conceito em empatia cognitiva e empatia emocional (Graça et al, 2013). A empatia emocional corresponde à alteração do estado emocional provocada pelo estado afetivo do outro (Graça *et al*, 2013). Enquanto, a empatia cognitiva resulta de um processo consciente do enfermeiro, que se coloca na posição da pessoa, com vista a reconstituir o seu estado mental e com o intuito de conhecer a sua perspetiva (Graça et al, 2013).

Goleman (2012) considera que a empatia, enquanto habilidade para reconhecer o que sente e vive o outro, reside na observação e interpretação da sua comunicação não-verbal (ex: gestos, expressão facial, tom de voz, etc).

Sustentando-se em estudos fisiológicos, o autor concluiu que só existe empatia quando a comunicação não-verbal dos intervenientes está sincronizada e, sugere, que para se ser empático é necessário estar calmo e receptivo para que os sinais, mais subtis, originados pelos sentimentos da outra pessoa sejam recebidos e replicados pelo cérebro emocional do enfermeiro (Goleman, 2012).

Rogers (1977) defende que para ser empático é necessário que o enfermeiro tenha, permanentemente, sensibilidade para compreender as constantes mudanças que ocorrem na pessoa, a sua percepção do significado, sentimentos e emoções que vivencia. Segundo o autor, o profissional, ao ser empático, vive temporariamente no universo da pessoa, movendo-se

delicadamente dentro dele sem julgar, perceber os significados que ele/ela quase não percebe, tudo isto sem tentar revelar sentimentos dos quais a pessoa não tem consciência, pois isto poderia ser muito ameaçador. Implica em transmitir a maneira como (...) sente o mundo dele/dela à medida que examina sem viés e sem medo os aspetos que a pessoa teme. Significa frequentemente avaliar com ele/ela a precisão do que sentimos e nos guiarmos pelas respostas obtidas. (...) Mostrando os possíveis significados presentes no fluxo de suas vivências, ajudamos a pessoa a focalizar esta modalidade útil de ponto de referência, a vivenciar os significados de forma mais plena progredir nesta vivência. (Rogers, 1977, p. 73)

Neste processo, torna-se fundamental que o enfermeiro compreenda e acolha a pessoa na sua singularidade, desprendendo-se de diagnósticos clínicos e julgamentos de valor (Chalifour, 2008), com vista a identificar e satisfazer as necessidades da pessoa, promovendo o tratamento da mesma (Gill et al, 2014).

Apesar de constituir um conceito do conhecimento da maior parte dos profissionais, Dias et al (2010) concluíram que a sua aplicação na prática de enfermagem é condicionada por dificuldades como a falta de tempo, o estado emocional do enfermeiro, falta de valorização por parte da equipa de saúde e a rotina extenuante do dia-a-dia.

1.3 A Empatia junto da Pessoa com Doença Mental – Revisão Integrativa da Literatura

Para a realização deste relatório procurei conhecer o estado da arte relativo à empatia, enquanto característica do EESMP, na relação terapêutica, optando por seguir a metodologia da Revisão Integrativa da Literatura⁷.

Na formulação da pergunta de investigação recorri ao método PICo (JBI, 2014), definindo P(opulação)- pessoa com doença mental; I(nteresse)- empatia; Co(ntexto)- relação terapêutica e elaborei a seguinte questão de investigação “De que modo a empatia promove a relação com a pessoa com doença mental?”

Para seleccionar os estudos a incluir na amostra bibliográfica final foi indispensável a utilização de critérios de inclusão e exclusão. No estudo realizado constituíram critérios de inclusão (1) os dados provenientes de estudos qualitativos e quantitativos, (2) estudos que abordassem a empatia e/ou relação terapêutica e (3) estudos de enfermagem relativos à intervenção junto da pessoa com doença mental.

Por outro lado, foram critérios de exclusão (1) estudos fora do âmbito da saúde mental e psiquiatria, (2) estudos publicados noutros idiomas que não o inglês, português e castelhano, (3) estudos não indexados a bases eletrónicas de pesquisa – de forma a excluir artigos que não tenham sido revistos por peritos e que não estejam acessíveis internacionalmente – e (4) estudos com data de publicação anterior a 2012 – uma vez que é pretendida apenas a evidência científica mais recente –, (5) todos os estudos que não dão resposta às questões orientadoras de pesquisa e (6) todos os estudos que se encontram duplicados.

⁷ **Revisão Integrativa da Literatura** constitui um “método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (...) constitui basicamente um instrumento da Prática Baseada em Evidências (...) permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado” (Souza et al, 2010, p.102,106). A escolha deste método prende-se com o facto de os estudos da Revisão Integrativa da Literatura serem

extremamente úteis na tomada de decisões na área da saúde, permitem desenvolver prática clínica baseada em evidência, poderão ser de grande utilidade na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e são um valioso contributo para fazer a aproximação da teoria à prática (Ramalho, 2005, p.38)

Tendo por base o método PICO foram elaboradas as seguintes questões orientadoras de pesquisa:

- Questão 1: De que modo a empatia é vivenciada na relação terapêutica entre o EESMP e a pessoa com doença mental?
- Questão 2: De que forma é percebida a empatia pelo EESMP?
- Questão 3: De que forma é percebida a empatia pela pessoa com doença mental?

Para dar resposta à pergunta de investigação, utilizei como estratégia a pesquisa em diversas bases de dados eletrónicas, livros, publicações periódicas e literatura cinzenta, sendo que para a constituição da amostra final só foram consideradas as duas primeiras. Assim, no período entre 17 de Janeiro de 2018 e 06 de Março de 2018, recorri ao motor de busca EBSCO e realizei a pesquisa nas bases de dados *CINAHL Plus with Full Text*, *MEDLINE with Full Text*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Cochrane Clinical Answers*, *MedicLatina*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Academic Search Complete*, *ERIC*. Utilizei, para tal, os conceitos de empatia, enfermagem psiquiátrica, relação terapêutica e doença mental. Recorrendo ao *MeSH*, estabeleci termos de pesquisa, correspondentes aos conceitos anteriormente mencionados, que me permitiram realizar pesquisas nas referidas bases de dados: *Empathy* (S1), *Psychiatric Nurs** (S2), *Nurse-Patient Relation* (S3) e *Mental Disorder** (S4).

Após estabelecidos os termos de pesquisa, considerei como campo de pesquisa o MM *Empathy* (56,582) e MH *Psychiatric Nurs** (47,549), MH *Nurse-Patient Relation* (33, 572) e MH *Mental Disorder** (287,011). De seguida, procedi à relação entre os mesmos recorrendo aos operadores booleanos AND: (S1 AND S3) AND (S2 AND S4). Como resultados, obtive 14 artigos.

Após a aplicação dos critérios de exclusão- estudos com data de publicação anterior a 2012 e textos integrais, obtive um total de 8 resultados. Os estudos constituintes da amostra foram posteriormente analisados segundo os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, tendo sido excluídos 9 artigos por apresentarem data de publicação anterior a 2012. Assim, fiquei com uma amostra final de 3 artigos.

Após leitura dos textos obtidos concluí que nenhum dos artigos, com menos de cinco anos, dava resposta às questões de pesquisa. De modo a colmatar esta questão, optei por aumentar o intervalo de tempo da pesquisa e incluir artigos, com idade inferior a 12 anos.

Autor Ano de Publicação	Resposta à Questão 1	Resposta à Questão 2	Resposta à Questão 3
Dearing e Steadman, 2008		x	
Dearing e Steadman, 2009		x	
Shattel, McAllister, Hogan e Thomas, 2006			x
Perraud, Delaney, Carlson-Sabelli, Johnson, Shephard e Paun (2006)	x		

Tabela 1- Amostra Final da RSL

Os artigos constituintes da amostra final foram relidos, tendo sido feito um levantamento dos respetivos textos que davam resposta às questões orientadoras (Tabela 1). Assim, com base neste levantamento foi possível concluir que apenas 1 artigo conseguiu dar resposta à questão 1, que 2 artigos conseguiram dar resposta à questão 2 e que 1 artigo conseguiu dar resposta à questão 3.

1.3.1 Análise e Discussão dos Artigos

O estigma⁸ e os estereótipos atribuídos à pessoa com doença mental são partilhados, frequentemente, pelos enfermeiros iniciados⁹, o que interfere na relação terapêutica e limita a prestação de cuidados de enfermagem (Dearing e Steadman, 2008). Numa fase inicial, os enfermeiros apresentam reduzidos conhecimentos relativos à doença mental, o que os torna inseguros na abordagem à pessoa cuidada e que os leva, conseqüentemente, a adotar atitudes negativas, fundamentadas nos

⁸ **Estigma** define-se como uma atribuição profundamente depreciativa, que conduz ao descrédito, e que constitui uma discrepância entre a identidade social virtual e identidade social real (Goffman, 1975).

⁹ **Enfermeiro iniciado** é o enfermeiro que não tem qualquer experiência das situações com as quais se confronta na prática clínica. Este adota uma postura limitada e rígida, na medida em que cumpre regras que lhe são dadas de modo a dar resposta as situações que enfrenta (Benner, 2001).

seus próprios preconceitos, que dificultam a habilidade de ser empático (Dearing e Steadman, 2009).

Para as autoras, existem muitos aspetos do sofrimento sentido pela pessoa com doença mental que vão para além da compreensão dos enfermeiros (Dearing e Steadman, 2008), o que condiciona a relação terapêutica. Assim, torna-se fundamental potenciar a empatia cognitiva do profissional de modo a existir uma melhor perceção do sofrimento da pessoa de quem cuida e, concomitantemente, estabelecer um relacionamento interpessoal mais eficaz e terapêutico (Dearing e Steadman, 2009).

Considerando a relação terapêutica a base do cuidar em saúde mental e psiquiatria, Shattel et al (2006) partilham a concepção de que o enfermeiro deve conhecer e compreender as perceções e preocupações da pessoa com doença mental, adotando uma atitude de empatia para com esta.

Sendo esta uma dimensão difícil de avaliar, Shattel et al (2006) procuraram perceber de que forma a pessoa com doença mental percebe a empatia do enfermeiro, emergindo outras dimensões da relação que estão intimamente ligadas, nomeadamente a compreensão. Para a pessoa com doença mental ser-se compreendido é sentir-se importante enquanto pessoa e, o facto de o profissional tomar notas durante a entrevista e/ou lembrar-se de si no intervalo de tempo entre elas, foram aspetos que proporcionaram sentir-se importante (Shattel et al, 2006).

A empatia, a par de outras características do enfermeiro, foi salientada, pela pessoa com doença mental como promotora da relação (Shattel et al, 2006). Para esta, o facto de o profissional demonstrar interesse, vontade ou desejo em compreendê-la, constituíram aspetos fundamentais para o estabelecimento de uma relação (Shattel et al, 2006).

A pessoa cuidada está frequentemente sintonizada com a comunicação não-verbal do enfermeiro, pelo que o contacto visual e o toque são amplamente valorizados contrariamente a respostas do tipo sugestões, conselhos e/ou consolamento (Shattel et al, 2006).

A par da compreensão relativa à pessoa de quem cuida, é necessário que o enfermeiro tenha consciência e conhecimento dos seus sentimentos e reações quando estabelece uma relação. Neste sentido, Dearing e Steadman (2008) concluíram que os enfermeiros iniciados sentem dificuldade em estabelecer uma

conversa com pessoas com doença mental, nomeadamente com esquizofrenia, experienciando frequentemente sentimentos de ansiedade e medo.

Para as autoras, a exposição à experiência vivida pela pessoa com doença mental, quer através da dramatização ou simulação, é determinante na manifestação de empatia do enfermeiro (Dearing e Steadman, 2008), na medida em que ajuda o profissional a identificar os seus sentimentos e a mudar as suas atitudes perante a pessoa com doença mental, o que conseqüentemente melhora a capacidade deste ser empático (Dearing e Steadman, 2009). Compreender as vivências e emoções da pessoa com doença mental, através da simulação de vozes, incita uma mudança na visão dos enfermeiros iniciados e promove um maior respeito, empatia e paciência (Dearing e Steadman, 2008).

As autoras defendem que, a capacidade de ser empático e criar uma relação terapêutica não constitui uma habilidade inata, podendo ser ensinada e aprendida (Dearing e Steadman, 2009). Torna-se fundamental que os enfermeiros recebam orientação que lhes permita à luz das suas experiências exercitar o julgamento clínico apropriado e desenvolver a comunicação crítica (Dearing e Steadman, 2009).

Perraud et al (2006) consideram, igualmente, que o recurso a supervisão das intervenções é fundamental para a compreensão e expressão da empatia por parte do enfermeiro, na medida em que a supervisão objetiva estabelecer um processo paralelo. Com este processo pretende-se que o enfermeiro ao ser tratado com respeito e empatia, passa a intervir de igual modo junto da pessoa cuidada (Perraud et al, 2006). Para as autoras, o facto de o profissional elaborar uma narrativa, com uso de trechos de diálogo, que expresse o encontro entre si e a pessoa com doença mental permite-lhe espelhar o sistema de significados e formas de estar no mundo da pessoa cuidada (Perraud et al, 2006).

Contudo, apesar do enfermeiro poder vivenciar experiências semelhantes às vividas pela pessoa com doença mental, é necessário que este a olhe como um ser *uno*, atribuindo-lhe uma vivência individual.

Na perspectiva de Shattel et al (2006), o facto de o profissional se fundamentar nas suas experiências particulares de modo a dar respostas à pessoa cuidada condiciona a relação terapêutica, porque a vê sob um olhar paternalista, considerando-a vulnerável e incapaz de tomar as suas próprias decisões.

Segundo as autoras, a pessoa com doença mental deseja ser olhada como um ser humano, na base de uma relação de igualdade (Shattel et al, 2006).

Para Perraud et al (2006), a empatia é considerada uma condição facilitadora da relação terapêutica, contudo existe pouca literatura de enfermagem que evidencie a ligação entre esta característica e os processos empáticos aplicados na prática clínica.

2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM- REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA DESENVOLVIDA

Ao longo deste capítulo apresentarei as duas fases do estágio que tinham como objetivo geral *consolidar competências no relacionamento terapêutico com a pessoa com doença mental*, por mim definido, bem como adquirir as competências específicas do EESMP preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010).

2.1. Primeira Fase: Aquisição e Treino de Competências

Como mencionado na introdução, a primeira fase do estágio decorreu no Hospital de Dia e teve a duração de 9 semanas.

Durante esta fase do estágio, considerei importante numa primeira instância integrar os grupos psicoterapêuticos como observadora participante e posteriormente *realizar intervenções de âmbito psicoterapêutico* de modo a adquirir e treinar as competências de EESMP. As intervenções, previamente planeadas, sustentaram-se em duas perspetivas psicoterapêuticas distintas: existencial-humanista e cognitivo-comportamental.

Apesar de o projeto se sustentar numa perspetiva existencial-humanista, visando a relação, no aqui e agora, com a pessoa com doença mental. Considerei importante a realização de intervenções em grupo, nomeadamente sessões de biblioterapia, de cinematerapia e do “Serénar”. A seleção desta última atividades, que já tinha sido implementada com sucesso há cerca de 1 ano atrás no serviço, baseou-se não só na experiência anterior, mas também na necessidade de promover o controlo da ansiedade¹⁰ sentida pelas pessoas que estão internadas no serviço.

A conjugação destas intervenções teve por base o facto de a pessoa viver num equilíbrio instável influenciado pelo ambiente onde está inserida (Peplau, 1990).

¹⁰ **Ansiedade** é definida como um inespecífico sentimento de desconforto, acompanhada por uma resposta do organismo automática (Johnson et al, 2009). É um sinal de alerta perante um perigo (Johnson et al, 2009).

E, se a olharmos como um ser *uno*, considero não ser possível dissociar o seu estado emocional instável de um conjunto de comportamentos, que contribuem positiva e/ou negativamente para o seu equilíbrio. Por este motivo considero que, embora sustentadas em duas perspetivas distintas, as intervenções se complementam.

2.1.1 Caracterização do Hospital de Dia

Atualmente o Hospital de Dia está integrado num hospital da área de Lisboa e Vale do Tejo. Este articula-se com o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental e consulta externa do mesmo hospital, mas também com as equipas comunitárias do centro hospitalar no qual está inserido.

O Hospital de Dia foi criado com o intuito de proporcionar cuidados diários à pessoa com doença mental em regime de internamento parcial. Tem como principais objetivos (1) promover a mudança psicológica, (2) otimizar a terapêutica farmacológica, (3) integrar os familiares no tratamento, (4) promover o conhecimento da pessoa e dos familiares relativamente à doença mental e (5) promover estilos de vida saudáveis e vigilância da saúde. Para tal, oferece um programa intensivo, com duração de cerca de ano de tratamento, a pessoas com doença mental que se encontram estáveis e/ou se acredita que exista um potencial de recuperação.

São critérios de exclusão para a admissão ao tratamento, pessoas com demências, *delirium*, oligofrenia e/ou que tenham consumo ativo de substâncias ou que ponham em risco a sua vida e a de terceiros.

A equipa transdisciplinar é constituída por uma médica, uma psicóloga, dois EESMP, uma assistente operacional e tem a cooperação de uma técnica de apoio social.

O programa é composto por atividades de carácter reflexivo- que estimulam a introspeção e a tomada de consciência acerca de diversos aspetos inerentes à saúde mental; e atividades de carácter lúdico/físico- que promovem a integração no grupo e a expressão emocional.

A admissão da pessoa com doença mental no Hospital de Dia é feita após referenciação pelos serviços de articulação e, inicia-se com uma primeira entrevista, realizada pela médica psiquiatra, um psicólogo e um enfermeiro, onde são analisados os critérios de inclusão e avaliada a motivação da pessoa para integrar o grupo.

Este é constituído por um máximo de 20 pessoas, tanto do género feminino como masculino.

No Hospital de Dia, a par da frequência diária nos grupos, a pessoa é igualmente seguida, uma vez por semana, por um período ajustável de três meses em consulta individual com a médica psiquiatra ou pela psicóloga.

Os EESMP, para além de serem responsáveis pela gestão de algumas das atividades em grupo de carácter reflexivo e lúdico, fazem a gestão da terapêutica farmacológica, a avaliação dos parâmetros antropométricos e sinais vitais, bem como a articulação com outros profissionais de saúde, nomeadamente a dietista.

2.1.2 Intervir à Luz do Projeto

Após três semanas de observação das sessões psicoterapêuticas, foi-me proposto pelos orientadores clínicos cogerir um grupo de atividades que iria substituir, no período de outono/inverno, a caminhada semanal. Este grupo, nominado “Serena”, consistiu numa dinâmica de grupo, e tinha como objetivo proporcionar um espaço, não tão reflexivo como os outros grupos, onde as pessoas pudessem estar mais descontraídas e, ao mesmo tempo, fosse promovida a integração no grupo, a melhoria das relações interpessoais (Batista, 2007) e a expressão emocional¹¹.

O “Serena” consistiu num total de seis sessões de meditação guiada baseada num programa de *mindfulness* (em apêndice). Apesar de não conhecer o programa, o contacto com a meditação não era novo. Ao longo da minha formação académica, o interesse por esta área foi crescendo o que me levou a ter algumas experiências enquanto praticante.

Não ter experiência na gestão de grupos, nem formação profissional em *mindfulness*, era o meu maior receio.

Após partilhado com os orientadores clínicos, senti segurança porque me asseguraram que seria um grupo supervisionado pela Enf.^a S., que já tinha uma vasta experiência em ESMP e na gestão destes.

Para me contextualizar e fundamentar esta intervenção num grupo de pessoas com doença mental, realizei uma breve revisão da literatura, de modo a perceber se

¹¹ **Unidade de Competência F2.3-** Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

existiam alguns critérios que desaconselhassem a aplicação de exercícios de *mindfulness* na população psiquiátrica. Conclui que esta técnica é passível de ser implementada, com maior sucesso em casos de depressão e ansiedade generalizada (Gotink et al, 2015). Mas que foram, igualmente, observados resultados positivos em pessoas com perturbação da personalidade bipolar e esquizofrenia, dentro dos quais se destaca o aumento da perceção de pensamentos e sentimentos negativos e melhoria no funcionamento intergrupar (Gotink et al, 2015).

Ao longo das seis semanas, realizei os planos das sessões (em apêndice), selecionando exercícios que tinham como resultados esperados a aquisição de concentração e de estratégias para controlo de fatores de *stress* e o autocontrolo da ansiedade por parte dos utentes.

Na revisão da literatura que fiz, obtive um artigo científico resultante de um estudo que procurava compreender de que forma a meditação *mindfulness* reduzia a ansiedade e *stress* num grupo de 32 participantes com doença mental internados num serviço de internamento de doentes em fase aguda (Redstone, 2015).

Este estudo permitiu-me comparar os seus resultados com os por mim obtidos, nas sessões realizadas. Tal como descrito por Redstone (2015), a sessão de “Serena” iniciava com uma contextualização e breve explicação dos exercícios. Atendendo que cada grupo estava programado para 60 minutos, a sessão preconizava a realização de um exercício com movimento e um exercício sem movimento.

A seleção desta dinâmica teve em consideração as características das pessoas, que tive oportunidade de ir observando e conhecendo nas primeiras semanas de estágio. Entre cada exercício, estipulei que existiria um momento de partilha e reflexão entre as pessoas, relativo ao que se tinha realizado, de modo a promover a sua adesão.

Um aspeto que divergia do estudo analisado, e que tinha sido considerado inicialmente por mim e pelos orientadores clínicos, foi a aplicação de uma escala de avaliação de ansiedade.

Contudo, atendendo que aquele era um grupo menos reflexivo e que tinha como intuito proporcionar um espaço onde as pessoas pudessem estar mais descontraídas e, ao mesmo tempo, terem contato com estratégias de controlo de ansiedade passíveis de aplicar no seu dia-a-dia, optamos por não a aplicar. Por este

motivo, não tenho dados quantitativos que permitam analisar fidedignamente a intervenção.

No entanto, ao longo das sessões os participantes mostraram-se interessados e motivados, existindo uma partilha de alguns episódios do seu quotidiano nos quais passaram a aplicar os exercícios aprendidos. A par destas experiências, foram verbalizando *“sinto-me bem (...) relaxada”, “ a sua voz tranquiliza-me”, “ sinto-me tranquila”, “ agora ficava a descansar”, “ é o exercício que mais me tranquiliza”*. No entanto, conclui que existiram exercícios, nomeadamente a meditação dos sons e pensamentos (em anexo), que foram mais difíceis de realizar. Após esta meditação algumas pessoas partilharam *“sinto-me mais ansiosa (...) os pensamentos não ajudaram”* e *“sinto-me igual (...) tensa”*.

Apesar de, por vezes, não identificarem uma aparente mudança após os exercícios, considero que foi importante a sua aplicação e partilha porque permitiu às pessoas pensarem e refletirem acerca dos seus sentimentos e emoções, o que segundo Gotink et al (2015) se traduz por um aumento da perceção de pensamentos e sentimentos negativos.

O “Serena” não estava preconizado no meu plano de atividades de estágio, contudo percebi que, durante a partilha e reflexão dos exercícios, emergiam questões do universo pessoal de cada uma daquelas pessoas, que me permitiam conhecer melhor as suas emoções e sentimentos.

Este conhecimento e compreensão são inerentes à empatia cognitiva, porque potencia a identificação com o outro e com que sente, procurando encontrar atitudes adequadas para o ajudar (Rézette, 2010). Ao conhecer o universo da pessoa com doença mental, o enfermeiro estabelece uma ligação imaginária que lhe permite pensar sobre o que o outro está a viver e a desprender-se de diagnósticos clínicos e de valor (Chalifour, 2008).

Segundo Gill et al (2014), ao ser empático com a pessoa, o enfermeiro está a acolhê-la e compreendê-la, identificando necessidades que requerem ser supridas através de um conjunto de estratégias.

Sendo consolidar competências na área do suporte e gestão emocional na relação terapêutica com a pessoa com doença mental, internada em regime ambulatorio ou internamento agudo, uma das competências específicas que preconizei para este estágio, considerei realizar duas atividades que me permitissem,

a par do “Serena”, intervir junto da população-alvo¹².

Ao longo das sessões psicoterapêuticas, conclui que o relacionamento ineficaz com a família era uma das maiores dificuldades sentidas por aquelas pessoas e que originava sentimentos de tristeza, raiva e/ou angústia. O facto de este relacionamento condicionar a recuperação da pessoa e, de os familiares serem integrados no processo de tratamento, considerei importante promover a expressão de sentimentos e emoções por parte do grupo¹³. Através da compreensão do seu universo procurei ajudar as pessoas a explorar a situação, fortalecer as características positivas da sua personalidade e a encarar a experiência no Hospital de Dia como promotora da sua recuperação (Peplau, 1990).

Para tal, realizei uma sessão de biblioterapia e uma de cinematerapia. Tanto uma atividade como a outra, integravam os grupos geridos pelos meus orientadores no Hospital de Dia, pelo que a sua realização foi mais uma vez sob supervisão do Enf. E.. Para a sessão de biblioterapia, ocorrida na oitava semana, selecionei o texto *A minha mãe anda sempre cheia de pressa* (em anexo), que retrata um processo de saúde/ doença mental.

Sendo esta a primeira sessão de carácter reflexivo que realizava, senti-me ansiosa.

Apesar do grupo já me conhecer, considerei importante apresentar-me e esclarecer que seria eu que iria gerir aquela sessão, de modo a que existisse um reconhecimento do papel que estava a desempenhar e, conseqüentemente, criar laços que permitissem estabelecer uma relação terapêutica.

¹² **Unidade de Competência F4.2-** Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à sua situação (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

¹³ **Unidade de Competência F2.1.-** Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2010). **Unidade de Competência F.2.2-** Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Após apresentar e disponibilizar os textos, questionei se existia algum voluntário para ler. A Sr.^a D.^a M.H.M. disponibilizou-se prontamente a ler o texto. À medida que o lia, começou a chorar compulsivamente. Enquanto chorava, considerei importante manter o silêncio, de modo a promover a expressão da sua dor. Ao escutarmos a Sr.^a D.^a M.H.M., estávamos a proporcionar-lhe espaço para partilhar o que sentia e/ou vivenciava, sem filtros. Eu, olhava-a como um ser humano em sofrimento (notas de campo).

Permanecer em silêncio, escutando-a, proporcionou à Sr.^a D.^a M.H.M. confiança para terminar a leitura e “abrir” um espaço para poder partilhar a sua dor, se assim o desejasse. Consegui compreender que se identificava com a personagem, e que a história lhe trouxera recordações da infância. Através do seu discurso, transparecia sentir uma tristeza e uma angústia, que estavam a assumir formas extremas. O seu corpo reagia através das lágrimas, um fâcies ruborizado, olhar cabisbaixo e uma postura curvada sobre si mesma. Partilhou sentir-se infeliz e incompreendida pelos outros, nomeadamente pela sua mãe, ao longo da sua vida.

À medida que expressava a sua zanga e tristeza o seu tom de voz mudava, ora era altissonante ou baixo, quase que reprimido. Enquanto a escutava, realizei o exercício mental de me colocar no seu lugar, colocando a mim mesma a questão “perante esta vivência, como me sentiria eu?”. Percecionei a tristeza e a zanga que partilhava com o grupo e, esses sentimentos fizeram-me tomar consciência de que estava realmente ali, naquele momento, em sintonia com aquela pessoa.

Progressivamente o não-verbal da Sr.^a D.^a M.H.M. alterou-se, ficou aparentemente mais tranquila dirigindo o olhar, adotando uma postura mais ereta e, procurando escutar as reflexões das outras pessoas. Nestas situações Rézette (2010) considera fundamental que o enfermeiro escute atentamente os medos da pessoa, com o intuito de compreender o impacto que a situação tem na vida desta e, de que forma pode tranquilizá-la, ou não, através das palavras.

Nesta situação em particular, foi evidente que a escuta ativa a par da relação empática estabelecida facilitaram à Sr.^a D.^a M.H.M. expressar as suas vivências e sentimentos, e provocar uma mudança no seu comportamento.

Intervir junto das pessoas com doença mental recorrendo a estratégias de cuidados adequadas às suas necessidades emocionais é uma competência do

Enfermeiro que está diretamente relacionada com sua experiência emocional (Rézette, 2010). Considero que, o facto de esta situação ter ocorrido ao fim de oito semanas de estágio e, ao longo destas, ter feito um percurso de autoconhecimento importante foi fundamental, para não me sentir angustiada e saber intervir de forma empática.

Estar sob supervisão foi muito importante, porque senti que à medida que ia colocando as questões ao grupo, Enf. E. ia através do seu não-verbal suportando a minha intervenção. Aspeto que me transmitiu maior segurança e confiança em mim mesma.

Para a sessão de cinematerapia, que decorreu na nona semana de estágio, foi selecionado o filme “Um quente Agosto”. Este filme retrata os conflitos que existem numa família disfuncional e que podem conduzir a processos de doença mental.

Partindo do pressuposto que as pessoas ao tomarem conhecimento da história, refletem sobre um facto evidente, considerei conjuntamente com os orientadores que seria interessante dividir o filme em duas partes, de modo a impulsionar o grupo a aceder à sua imaginação e, conseqüentemente, poder revelar aspetos do seu universo pessoal. Assim, cada parte da sessão contemplou um espaço para análise e discussão.

Na primeira parte, o grupo teve que refletir e analisar a história daquela família com base no que conhecia do filme e, foi incitado responder à questão: *o que imaginam que vai acontecer?* Perante o desafio colocado, a maioria das pessoas fundamentou-se em experiências que tinha tido até então *“é melhor cada um ir para seu lado (...) foi o que aconteceu quando a avó faleceu (...) a ponte de ligação deixou de existir e tudo ficou melhor”, “é difícil quebrar padrões (...) tenho a vida que tenho porque copieei o padrão que tive em casa”* e/ou em percepções que têm *“quando as pessoas não se dão bem e continuam juntas é um engano (...) quando se afastam acabam por alcançar outros horizontes”*.

Na segunda parte, já tendo conhecimento do fim da história, as pessoas acabaram por refletir sobre dados concretos e comparar com as suas expectativas. Este confronto proporcionou, do meu ponto de vista, uma eventual mudança de opinião e, conseqüentemente, uma percepção de que as coisas podem ser mutáveis. *“Será que ainda é possível a relação com os meus pais mudar?”*, perguntou uma pessoa que, nos grupos até à data, era perentória em dizer *“eu e os meus pais nunca*

nos vamos dar bem”.

Ao longo da sessão senti que, apesar do Enf. E. estar presente, captei a atenção de todos e que, o facto de, me sustentar no conhecimento prévio que tinha de cada uma daquelas pessoas e devolver-lhe questões, demonstrando, interesse (Peplau, 1990) foi importante no estabelecimento da relação.

Ao longo da sessão mantive o contacto visual e escutei atentamente cada pessoa. Procurei imaginar o significado dos pensamentos, sentimentos e emoções a partir do seu discurso e das experiências que partilhava. À medida que o fazia, dava *feedback* com o intuito de mostrar a cada um os possíveis significados presentes nas suas vivências e de os ajudar a perceberem-los de forma mais plena e consciente (Rogers, 1977).

Apesar de me considerar uma pessoa empática, suste os meus pontos de vista e valores, despindo-me de preconceitos e de juízos de valor de modo a empatizar com o outro (Rogers, 1977) nem sempre foi fácil. Existiram situações em que senti tendência de analisar e julgar as situações à luz das minhas próprias experiências, o que Shattel et al (2006) considera condicionar a relação terapêutica. Para contornar este aspeto, tive necessidade de realizar os jornais de aprendizagem (em apêndice) a par das reflexões conjuntas com os orientadores.

O facto de identificar a minha propensão de olhar a experiência do outro, sob a minha própria perspectiva, ajudou-me a procurar e identificar estratégias. De modo a contornar esta situação, passei a colocar a seguinte questão a mim mesma “se eu estivesse nesta circunstância, tendo eu as características desta pessoa, como reagiria?”. Este exercício incitou-me a escutar atentamente a pessoa, de modo a conhecer e compreender o seu mundo apenas como só ela o conhece.

2.1.3 Construir uma relação: Estudo de Caso

A elaboração do estudo de caso teve como intuito não só investigar e compreender aprofundadamente a pessoa, mas também *consolidar competências na área do suporte e gestão emocional na relação terapêutica com a pessoa com doença mental, internada em regime ambulatório ou internamento agudo* e adquirir competências de EESMP.

Para a realização do estudo de caso apresentado (em apêndice), considerei seleccionar a Sr.^a D^a M.H.M. que até à data não estava a ser seguida em consulta

individual e que, nos grupos psicoterapêuticos, partilhara estar a atravessar uma situação de mudança na sua vida que lhe trazia muito sofrimento e ansiedade.

De modo a pedir o seu consentimento para a realização do estudo de caso, aproveitei o facto de nos encontrarmos sozinhas, enquanto avaliava os seus parâmetros vitais. Apesar de não ter experiência na área, procurei sustentar-me nos conhecimentos teóricos que tinha e, nos conhecimentos adquiridos através da observação e reflexão das intervenções dos orientadores clínicos nos grupos.

Após explicar a intenção e objetivo das entrevistas e pedir o consentimento da Sr.^a D.^a M.H.M., fui confrontada com a sua dificuldade em comunicar eficazmente¹⁴ “*quer portanto que seja o seu objeto de estudo?*”. Perante esta pergunta procurei esclarecê-la, novamente, quanto à minha intenção e clarificar que a via como uma pessoa, não como um objeto.

Senti que o fato ser recetiva à sua questão, sem julgamento, e de lhe transmitir, cordialmente, a minha visão dela, enquanto ser humano (Peplau, 1990) despoletou-lhe um sorriso e captei a sua atenção. Segundo Shattel et al (2006), a pessoa com doença mental deseja ser olhada como um ser humano, na base de uma relação de igualdade. E, este olhar promove o estabelecimento de uma relação (Shattel et al, 2006). No fim deste encontro, a Sr.^a D.^a M.H.M. disponibilizou-se para marcarmos a primeira entrevista

Por volta das 11h, de sexta-feira a Sr.^a D.^a M.H.M., bateu à porta da sala dos profissionais e pediu-me a medicação. Uma vez que, na véspera lha tinha dado, após validação com a Enf.^a S., considerei que poderia facultar-lhe a medicação. Quando lha entreguei, questionou-me quanto aos comprimidos do fim-de-semana, que lhe eram dados a cada sexta-feira. Como não tinha conhecimento dessa situação, pedi-lhe se poderia aguardar um bocadinho para confirmar com os enfermeiros, que de momento não se encontravam presentes.

Confrontada com a minha resposta a Sr.^a D.^a M.H.M., exaltou-se e disse-me “Não está a confiar em mim (...) portanto eu não confio em quem não confia em mim” (sic) e virou costas indo embora. (cont.).

¹⁴ **Unidade de Competência F3.1-** Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

(cont) *Perante este acontecimento, senti necessidade de clarificar com a utente o porquê de não lhe dar a medicação naquele momento, mas considerei que deveria falar primeiro com os meus orientadores. Nessa sexta-feira a Sr.^a D.^a M.H.M. foi embora depois do grupo e não compareceu à nossa entrevista. Na altura, atendendo às características pessoais da utente, era uma situação que já previa. Apesar de não ter tomado o ocorrido como uma questão pessoal, senti-me discretamente ansiosa, e tive necessidade de clarificar a situação com a Sr.^a D.^a M.H.M, de modo a manter a nossa relação.*

Na segunda-feira seguinte, quando a vi, pedi para falar, se possível. Disse-me “ não quero falar consigo. Se não confia em mim, também não confio em si” (sic). Solicitei, novamente, para falarmos na sala de seguimento individual e lá esclareci o porquê de não lhe ter dado a medicação na manhã de sexta-feira. Expliquei-lhe que a confiança nela não era a questão da situação, mas sim, a necessidade de respeitar as regras do serviço.

E que eu tinha que validar aspetos, como a medicação, junto dos enfermeiros, sendo a confiança em mim que poderia estar ou não em causa. De modo a colocar-lhe a questão da responsabilidade para com os outros, aproveitei para lhe devolver que tinha ficado à sua espera na sexta-feira, como combinado, e que esta não compareceu. Após ouvir a minha explicação, pediu desculpa pelo mal-entendido e disse “assim sendo, aceito que faça o meu estudo de caso” (sic), comprometendo-se a comparecer na sexta-feira seguinte, pela mesma hora (notas de campo).

Como evidenciado nas situações descritas, desde o início da interação com a Sr.^a D.^a M.H.M. que me confrontei com algumas dificuldades da relação, nomeadamente o facto de a utente apresentar um padrão de impulsividade e rutura perante a frustração¹⁵.

¹⁵ **Unidade de Competência F.3.1.** Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). **Critério F.3.1.3** Identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Esta situação fez-me refletir acerca das dificuldades que a comunicação com o outro me coloca, e a necessidade de trabalhar a assertividade. Esta necessidade é algo que me tem acompanhado ao longo da vida, quer pessoal quer profissionalmente, e que ainda sinto alguma dificuldade em pôr em prática sobretudo nas situações que me causam algum constrangimento ou que sinto receio do julgamento negativo pelo outro.

Contudo, pensar e refletir este aspeto com os orientadores clínicos e pedagógicos foi fundamental para dar resposta à situação descrita e, concomitantemente, consolidar competências na área da relação. Superada esta primeira dificuldade na relação, senti mais confiança em mim e nas minhas capacidades.

Atendendo às características pessoais da Sr.^a D.^a M.H.M., nomeadamente o facto de referir diversas vezes “*querem que eu seja o vosso objeto de estudo*”, acordei previamente com os orientadores clínicos que a entrevista não seria realizada com supervisão, de modo a promover um ambiente contentor e intimista favorável à relação. A entrevista decorreu numa sala de consultas individuais, após a hora de almoço.

Esta tinha como objetivo a colheita de dados relativos à história de vida e processo de doença da Sr.^a D.^a M.H.M. e sustentou-se num guião semi-diretivo que elaborei previamente. Quando colocada a primeira questão relativamente à sua infância, senti a entrevista fluir naturalmente. Tendo por base os registos clínicos e as notas de enfermagem que lera previamente, rapidamente conclui que a Sr.^a D.^a M.H.M. partilhava comigo situações remotas à infância que despoletavam em si sentimentos de alegria, não antes partilhadas naquele internamento. Percebi que as nossas interações tinham dado frutos, que apesar das primeiras dificuldades, se tinha estabelecido uma relação e que a Sr.^a D.^a M.H.M. confiava em mim.

Ao partilhar um episódio ocorrido no dia anterior à entrevista “*eu vi um cãozinho no meio da estrada (...) só pensava no que lhe ia acontecer (...) então meti-me no meio dos carros a tentar afugentar o cãozinho para a beira estrada (...) os carros começaram a buzinar e uns velhos começaram a gozar comigo a dizer que sou maluca e eu mandei-os passear*” (sic), o seu tom de voz foi aumentado progressivamente. Olhava para mim diretamente. Não me senti assustada nem receosa, senti que o que

me transmitia era um sentimento de zanga para com as pessoas que tinham troçado da sua preocupação.

Sustentando-me em Phaneuf (2002) e Chalifour (2008), no decorrer da entrevista o enfermeiro deve não só escutar e interpretar o que lhe é dito, mas também a linguagem não-verbal da pessoa, relacionando o que é dito e observado. É com base neste entendimento que a relação de confiança se cria e torna impulsiona uma eventual mudança de comportamentos.

Segundo Peplau (1998), o Enfermeiro através do seu conhecimento reconhece a necessidade de intervenção junto da pessoa. Por considerar que a Sr.^a D.^a M.H.M. estava a atravessar um período de mudanças, que requeria uma rápida reorganização e, que lhe despoletava ansiedade, considerei realizar, com o seu consentimento, uma entrevista de suporte¹⁶.

Esta entrevista não se chegou a concretizar por não comparecimento da Sr.^a D.^a M.H.M. Senti necessidade de clarificar o motivo que a levou a faltar à entrevista, tendo obtido como resposta que existiam fatores que condicionavam a sua comparência diária no Hospital de Dia “*é por isso que eu não gosto de compromissos, nunca sei como vai ser a minha vida*” e pela dificuldade em reconhecer a sua necessidade de ajuda “*sempre fui borderline, sou uma outsider da sociedade*”.

2.2. Segunda Fase: Implementação de Competências

Esta fase teve a duração de 9 semanas. Iniciou-se no Hospital de Dia e terminou no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental.

2.2.1 Caracterização do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, pertencente ao mesmo hospital, foi criado com o intuito de proporcionar cuidados diários à pessoa com doença mental, com idade superior a 17 anos. Este serviço está diretamente articulado com o Serviço de Urgência Hospitalar e com as equipas comunitárias da referida área de

¹⁶ **Unidade de Competência F3.4-** Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

intervenção. Este serviço tem a dotação máxima de 24 camas, para pessoas com situação psicopatológica aguda, estando 1 delas destinada ao isolamento.

A equipa transdisciplinar é constituída por psiquiatras, médicos internos de psiquiatria, psicóloga, enfermeiros generalistas, EESMP, assistentes operacionais, terapeuta ocupacional e tem ainda apoio de uma técnica de apoio social.

Os cuidados de enfermagem baseiam-se no método de enfermeiro responsável, que tem como objetivo prestar cuidados individualizados à pessoa. O acolhimento da pessoa é feito por quem se encontra de serviço, mesmo que não seja o seu responsável. Cabe ao enfermeiro colher todos os dados que considere pertinentes, preencher a nota de entrada e fazer o acolhimento à pessoa: apresentando-lhe o serviço (funcionamento, localização dos espaços), a sua unidade e as regras de funcionamento do mesmo (horários de visitas, da realização dos telefonemas, objetos que são necessários estar guardados). Quando necessário e requerido por um familiar, o Enfermeiro responsável, ou não, participa na reunião familiar que é conduzida pelo médico psiquiatra assistente.

A nota de alta é elaborada pelo enfermeiro que está responsável pelos cuidados prestados naquele turno, sendo o documento entregue à equipa comunitária, referente à área de residência da pessoa com o intuito de promover a continuidade dos cuidados. Saliento a existência de uma reunião da equipa transdisciplinar todas as terças e quintas-feiras, onde os casos das pessoas internadas são discutidos de acordo com a perspetiva médica, de enfermagem, social e ocupacional.

2.2.2 Intervir junto da pessoa em crise

Antes de integrar o serviço de internamento de agudos senti algum receio, porque não tinha contactado, até então, com pessoas com doença mental em crise. No meu contexto de trabalho é frequente contactar com pessoas que manifestam agitação psicomotora, confusão mental e/ou agressividade.

Contudo, até então, a minha intervenção cingia-se predominantemente à contenção química, através da administração de terapêutica endovenosa, e/ou física quando a pessoa apresentava comportamentos “hostis ou destrutores, para o próprio ou para terceiros, necessitando nesta situação de (...) proteger, quer da autoagressão ou hetero agressão” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.3).

Apesar do meu receio, a integração no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental foi um processo facilitado pelo facto de ter realizado estágio no Hospital de Dia. O contacto com a pessoa com doença mental não era novo e as enfermeiras orientadoras disponibilizaram-se para pensar conjuntamente comigo todas as situações que vivenciasse naquele contexto.

Inicialmente, tinha definido realizar entrevistas estruturadas de suporte à pessoa internada, com vista a conhecer o que vive e sente numa situação de internamento. No entanto, após discussão com as orientadoras conclui que, dada a minha inexperiência na área, seria importante vivenciar experiências com a pessoa em crise e refleti-la, de modo a colocar de lado os preconceitos, de iniciada, e perder medos e receios.

Na última semana de ensino clínico no serviço de internamento, aproximei-me do Sr. V.C. que se encontrava, junto à janela do corredor, sozinho. Observando-o, apercebi-me que estava com um fâcies fechado e olhar vago. Ao chegar ao pé de si, abordei-o perguntando-lhe “Como está Sr. V.? Parece-me pensativo.”. Dirigindo o olhar para mim, respondeu-me de forma agressiva que estava chateado porque alguém lhe tinha roubado a sua roupa interior e a pasta de dentes. Sabendo que o Sr. V.C. apresenta episódios de delírios persecutórios, procurei chamá-lo à realidade e questionei se os seus pertences teriam mesmo desaparecido ou se não estariam no espólio ou no armário do quarto. Negando firmemente, ameaçou-me “se estás a duvidar de mim, daqui a pouco parto-te toda. Se disse que me roubaram foi porque me roubaram!”(sic). À medida que me respondia agressivamente, o seu não-verbal mudou, adotando uma postura mais ereta, inclinou-se para a frente e cerrou as mãos.

Perante esta resposta ameaçadora não fui capaz de lhe responder no imediato, porque senti o medo a instalar-se subitamente, paralisando-me. O corpo ficou mais tenso, apesar de procurar conscientemente parecer descontraída, e pensei o que faria se o utente partisse para a agressão física. Senti-me ameaçada, contudo sabia que estava num espaço protegido, acompanhada de mais profissionais (cont.).

(cont.) Enquanto procurava uma resposta na minha cabeça, perguntou-me “Como é que ficavas se te tivessem roubado os documentos?” (sic) Colocando-me nessa situação hipoteticamente, respondi-lhe que era uma situação muito aborrecida e que não ia gostar, mas que teria que arranjar uma solução.

Questionei-o logo de seguida de forma calma e segura “Foi o que lhe aconteceu?” Perante a minha pergunta, voltou a encostar-se no cadeirão e a baixar o olhar respondendo-me que sim, que os documentos tinham desaparecido, mas que a assistente social tinha pedido uma segunda via. Tendo por base a sua resposta, aproveitei para reforçar que o desaparecimento dos seus pertences teria igualmente uma solução. Respondeu-me “não preciso de solução nenhuma, porque tenho mais roupa em casa” (sic). Terminando, virou a cara para a parede e ficou em silêncio (excerto de Jornal de Aprendizagem, em apêndice).

Por outro lado, ao estar atenta aos sinais que foi apresentando, nomeadamente o inclinar-se para a frente e cerrar os punhos enquanto olhava para mim fez-me ter noção da ameaça de uma eventual agressão, o que aumentou a minha tensão e fez-me sentir medo.

Reconhecer este sentimento foi essencial porque me permitiu tomar consciência da minha vulnerabilidade enquanto ser humano e de que modo, esta, pode condicionar a minha intervenção enquanto profissional.

Esta foi uma situação que me colocou à prova. Ao sentir-me ameaçada compreendi que o estabelecimento de uma relação terapêutica poderia estar comprometido. Empatizar com uma pessoa agressiva, neste caso o Sr. V.C., era a maior dificuldade que tinha. Afinal, *como poderia eu empatizar com alguém que estava a ameaçar a minha segurança?* Foi a pergunta que me surgiu, no imediato. Considero que quando o Sr. V.C. me questionou quanto a um hipotético roubo de documentos, colocar-me conscientemente de forma imaginária nessa situação permitiu-me conhecer a sua perspetiva, bem como os seus sentimentos e emoções (Graça et al, 2013).

Ao estar junto de si, disponibilizando tempo para (1) identificar as suas necessidades, (2) auxiliá-lo na expressão adequada dos seus sentimentos, emoções e frustrações e (3) negociar de forma realista evitando ameaças (Ferreira e Florido, 2011) provocou uma mudança no seu não-verbal.

Senti que ao escutar atentamente as suas questões e demonstrar empatia, consegui gerir os sinais de ameaça que o Sr. V.C. expressou.

A par das interações individuais, que ocorriam sobretudo nos tempos livres quer na sala de convívio, quer nos passeios do jardim do hospital, realizei uma sessão de “Serena” no serviço de internamento de agudos, com um grupo de 6 pessoas com doença mental que se encontravam estáveis e tinham uma data de alta clínica próxima.

A realização desta atividade surgiu da necessidade de implementar um novo projeto de enfermagem no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental que permitisse à pessoa, com estabilidade clínica, contactar com estratégias de controlo de ansiedade e *stress*.

Para a realização desta atividade elaborei um plano (em apêndice) tendo por base o exercício da meditação dos movimentos corporais (em anexo). A sua seleção sustentou-se nas especificidades da população-alvo, nomeadamente a sua dificuldade de concentração.

A sessão teve a duração de 20 minutos e iniciou-se, igualmente, com uma contextualização do exercício. Seguida da prática guiada e uma breve partilha de como cada pessoa se sentia: “*Sinto-me relaxado*”, “*Sinto-me sonolento*”, “*Sinto-me aliviada (...) bem*” e “*Sinto-me descontraída*”. Consideraram como aspetos dificultadores o ruído exterior à sala, as dores musculares que foram sentindo e a agitação psicomotora de dois participantes. Apesar de demonstrarem agitação psicomotora, as duas pessoas em causa demonstraram consciência da sua dificuldade de concentração e procuraram conter-se no lugar enquanto as outras pessoas realizavam o exercício.

De modo a partilhar a minha experiência e as conclusões que retirei das sessões de “Serena”, quer no Hospital de Dia, quer no serviço de internamento, foi-me proposta a realização de uma formação em serviço. Assim, elaborei uma apresentação *powerpoint* (em apêndice) onde apresentei dados obtidos na revisão da literatura que elaborei, previamente, e fiz uma comparação entre as sessões no Hospital de Dia e no serviço de internamento.

Esta sessão proporcionou aos enfermeiros presentes considerar a futura implementação desta atividade no serviço.

2.3 O meu percurso pessoal

Intervir junto da pessoa com doença mental, ao longo do estágio, permitiu-me reconhecer e refletir acerca de características pessoais que numa primeira instância podem condicionar a minha relação com o outro. Assim, ao longo deste subcapítulo apresento episódios ocorridos ao longo do estágio que foram fulcrais nesta tomada de consciência e autoconhecimento.

2.3.1 Eu, enquanto enfermeira, num processo de autoconhecimento

Iniciar o estágio era uma etapa que despoletava em mim sentimentos antagónicos. Por um lado receava não conseguir dar resposta aos objetivos deste, por não ter experiência na área de psiquiatria, por outro sentia-me entusiasmada e motivada pessoal e profissionalmente.

Integrar o Hospital de Dia, foi uma agradável surpresa, porque desde o primeiro momento que me senti acolhida e apoiada, não só pelos orientadores, mas por toda a equipa transdisciplinar.

De modo colmatar a minha inexperiência na área e a facilitar a minha integração, recorri à leitura de documentos de apoio do serviço, de bibliografia de psiquiatria, às informações dadas pelos diferentes elementos da equipa e à observação das dinâmicas do serviço. À medida que integrava as sessões e as refletia com os orientadores clínicos, tomava consciência de que modo os EESMP intervêm junto das pessoas com doença mental. Apesar de saber que a comunicação e relação interpessoal constituem instrumentos de trabalho dos enfermeiros, naquele contexto compreendi de que forma era possível reduzir a ansiedade e/ou agressividade das pessoas internadas com base nestas.

Este foi um processo de aprendizagem moroso e exigente, que requereu a par da pesquisa bibliográfica, reflexões conjuntas regulares com os orientadores. Nestas reflexões procurei sempre colocar o meu papel na situação em questão. Enquanto instrumento da relação (Chalifour, 2008), considerei importante pensar a minha intervenção junto da pessoa, não só sob as minhas próprias lentes, mas também à luz da visão do outro. Com esta reflexão pretendia sobretudo (re)conhecer-me na relação com vista a aumentar o meu autoconhecimento.

Relembro que numa das primeiras semanas de estágio, no decorrer de uma atividade psicoterapêutica, se gerou uma situação de conflito entre duas pessoas. Enquanto as escutava e observava, apercebi-me que tinha escorregado um pouco na cadeira e me sentia cansada de toda a discussão. Perdida nos pensamentos, entendi rapidamente que não ouvira algumas das coisas que tinham dito durante a discussão e que a minha ausência mental foi uma reação consciente de fuga perante aquela situação.

Enquanto ambas situações decorriam, eu, enquanto observadora, pensei o que faria se estivesse no lugar do Enfermeiro E. “Se no início dos conflitos teria intervindo de imediato de modo a contê-los?”. “Se deixaria o conflito desenrolar-se do modo como Enf. E. deixou?” Pensei, igualmente, “de que forma os conflitos são terapêuticos?” E “o que eu mesma, senti naquelas situações enquanto observadora? De que modo as minhas emoções podiam condicionar o conflito?” (notas de campo).

Pensar a situação em questão, foi importante para tomar consciência que de que quando me sinto ansiosa tenho tendência a ter reações conscientes de fuga, mas também mecanismos de defesa¹⁷ perante a situação que despoletou tal emoção¹⁸. A partir da minha tomada de consciência, resultante da primeira situação descrita, numa situação de conflito entre três pessoas, ocorrida no serviço de internamento, a minha intervenção foi consciente e promotora de mudança.

Dar conta de que estava perante uma situação potencialmente ansiogénica para mim, possibilitou-me, de forma consciente, gerir as minhas emoções¹⁹ e intervir adequadamente junto dos intervenientes.

¹⁷ **Mecanismos de defesa** são “manobras psicológicas inconscientes ao serviço do eu (...) que têm como objetivo proteger a pessoa da sua ansiedade e angústia” (Chalifour, 2008, p.107).

¹⁸ **Unidade de Competência F1.1.1.** Identifica no aqui -e – agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

¹⁹ **Unidade de Competência F.1.1.4-** Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Na penúltima semana de estágio, enquanto organizava com quatro pessoas um jogo de cartas, duas delas- o Sr. A.B e o Sr. V.N- tentavam explicar-me as regras. Por não concordar com o que me estava a ser explicado, uma terceira pessoa- o Sr. B.N. interveio, interrompendo os outros. Nesta altura, o Sr. V.N. mandou o Sr. B.N. calar-se e iniciou-se uma discussão entre ambos. O Sr. V.N. nesta altura começou a ser mais agressivo, proferindo linguagem vernácula em tom elevado. Perante esta situação solicitei que se acalmassem, indicação que foi respeitada, e dei-lhes feedback do que havia acontecido (“existem duas possíveis regras, o Sr. V.N. defende que é assim, e o Sr. B.N defende que é de outra maneira. Vamos chegar a um acordo. Quantas pessoas conhecem a primeira regra?”) e perante a resposta das pessoas presentes chegamos a uma conclusão e estabelecemos a ordem do jogo. Em particular com o Sr. V.N. transmiti-lhe que não me pareceu adequada a linguagem que tinha utilizado para com o Sr. B.N., feedback que foi acolhido por si (“Tem razão” (sic)) (notas de campo).

Como evidenciado acima, percebi rapidamente que na relação os sentimentos e as emoções circulam livremente entre a pessoa e o enfermeiro (Cunha, 2002). E, quando o Enfermeiro tende a vivenciá-los à luz das suas experiências podem surgir vínculos anti terapêuticos e/ou reações de contratransferência (Cunha, 2002).

Durante um dos grupos psicoterapêuticos, gerido pela Dr.^a I.F., senti pela primeira vez angústia. Encontrava-me na terceira semana de estágio e, até então, não me tinha sentido assim em nenhum grupo.

Num grupo psicoterapêutico a Sr.^a D.^a F.A., que se apresentava com um fâcies fechado, foi incentivada pelo grupo a partilhar o que se passava consigo. Após algumas questões colocadas pelos colegas, acabou por relatar o seu fim-de-semana. Durante o seu discurso, muito marcado por tristeza, foi partilhando o quão difícil estava a ser gerir situações novas, que envolviam grandes mudanças na sua vida; bem como dificuldades que sentia no relacionamento com os seus filhos.

Enquanto falava, começou a chorar, sendo o seu discurso várias vezes interrompido devido ao seu estado emocional (notas de campo).

À medida que a Sr.^a D.^a F.A. relatava o fim-de-semana, a sua tristeza parecia contagiar-me. Enquanto a ouvia e observava, comecei a sentir-me angustiada. Uma angústia que foi crescendo, culminando no momento em que senti os meus olhos encherem-se de lágrimas. Segundo Rézette (2010), a angústia surge como uma proteção a um sentimento ligado a algo que não é nomeável e permite-nos quando despertos, refletir com vista a identificar o fator desencadeador deste sentimento. Sentir-me angustiada naquela situação, fez-me tomar consciência que também estava triste.

Inicialmente, não compreendi qual o motivo que despoletou este sentimento em mim, contudo, sustentando-me em Cunha (2002), entendi que quanto maior for a identificação do enfermeiro para com a situação da pessoa cuidada, mais intensos serão os sentimentos de cumplicidade ou rejeição. À medida que a Sr.^a D.^a F.A. partilhava a sua experiência, compreendi que o meu inconsciente me remetia para vivências que eu outrora experienciei e que, estas, me estavam a fazer sentir triste.

Baseando-me em Rézette (2010), ao aperceber-me da angústia que estava a sentir naquele momento, permiti-me compreender a partir de que representação esta emergiu e o que simbolizava, atenuando desta forma o que estava os meus sentimentos ²⁰. Nesta situação em particular, tinha um papel de observadora na sessão, contudo considero que foi fundamental refletir, conjuntamente com os orientadores, o ocorrido na medida em que me permitiu perceber os quão facilmente os fenómenos de contratransferência ocorrem numa relação terapêutica.

Focar-me no “aqui e agora” ajudou-me a conter as lágrimas. Percebi que estava a olhar a experiência daquela pessoa à luz do meu conhecimento, e não sob o seu olhar. Não estava a ser empática. Intervir junto das pessoas recorrendo a estratégias de cuidados adequadas às suas necessidades emocionais é uma competência do enfermeiro que está diretamente relacionada com sua experiência emocional (Rézette, 2010). Quando esta experiência é inexistente, podem surgir situações em que o Enfermeiro sente uma grande identificação para com o doente, existindo o risco de este deixar de ter uma relação empática com a pessoa e passar a ter uma identificação projetiva com a mesma (Rézette, 2010).

²⁰ **Unidade de Competência F.1.1.2.** – Gere os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Ser enfermeira, para mim, é, acima de tudo, um compromisso. É ser e estar junto da pessoa que requer a nossa ajuda de forma permanente e consistente. Durante uma sessão de jogos terapêuticos, gerida pelo Enf. E., apercebi-me de que a forma como colocava limites na relação com o outro, não era a forma como o desejava.

Ao ouvir a forma como falavam acerca do Enf. E. e a forma como se referiam a mim, surgiu uma dúvida relativamente aos fatores que condicionam a relação existente entre mim e os utentes. Por um lado, eu tinha consciência de que naquele contexto eu era aluna da especialidade e não enfermeira do serviço, pelo que a abordagem dos utentes seria diferente para comigo comparativamente aos outros técnicos. Por outro lado, surgiu-me a dúvida de que modo a abordagem dos utentes para comigo poderia ser menos informal e assim passar alguns limites da relação. (...) Após término da sessão, falei com o Enfermeiro E. sobre as inquietações que me surgiram no decorrer da atividade, nomeadamente de que forma conseguiria estabelecer limites eficazmente. Quando questionada relativamente a forma como estabeleço limites no meu contexto de trabalho, lembrei situações em que me confrontei com pessoas que facilmente ultrapassavam os limites da relação (...) Quando fiz uma breve reflexão sobre a estratégia que utilizo nestas situações, constatei que recorro frequentemente ao evitamento e à mudança no tom de voz, promovendo um maior distanciamento. Após pensar nesta estratégia, senti que esta não me satisfazia enquanto enfermeira, aspeto que partilhei com o Enfermeiro E.” (excerto de Jornal de Aprendizagem, em apêndice)

Compreendi que, quando determinadas pessoas me abordavam de forma mais informal ultrapassando os limites da relação profissional, a minha resposta era irrefletida. Ao distanciar-me da pessoa não estava a ser assertiva, mas sim reativa. Segundo Chalifour (2008), ao ignorar o comportamento de uma pessoa e as suas repercussões concentrando-se apenas no seu tratamento e saindo rapidamente de junto desta, o Enfermeiro está a contornar as dificuldades da relação, nomeadamente, a assertividade.

Quando este recusa ser assertivo junto da pessoa, com receio de certas reações emocionais e comportamentais por parte desta, o Enfermeiro tende a procurar no exterior da relação uma solução que não requeira um grande envolvimento (Chalifour, 2008), situação que ocorria comigo até à data. Procurava que o contacto fosse breve e mediado através de aspetos exteriores à relação (ex: outros profissionais).

Refletir sobre esta situação permitiu-me consciencializar de que sempre senti dificuldade em ser assertiva, em situações de contexto profissional, pelo receio das reações emocionais da outra pessoa, e que, conseqüentemente sinto um mal-estar por não intervir adequadamente. Segundo Chalifour (2008), nestas situações o enfermeiro, pode sentir-se incompetente e perder a autoestima enquanto profissional.

Em circunstâncias nas quais o Enfermeiro sinta o seu papel colocado em causa, Chalifour (2008) aconselha a colocar a seguinte questão *Que emoções me habitam ao longo dos meus contatos com a pessoa?* De modo a que se consciencialize da presença de determinadas emoções e consiga fazer a sua gestão. Para tal, aconselha o Enfermeiro a falar acerca destas com a pessoa e/ou com os seus colegas com vista a evitar que as emoções emerjam desadequadamente, prejudicando a relação. No fim da sessão, ao refletir com o Enf. E. senti que a expressão das minhas preocupações e emoções foi fundamental à sua compreensão e gestão.

O caminho do autoconhecimento é longo e exigente. Dar oportunidade para estar presente no “aqui e agora” e pensar-me na relação, possibilitou-me caminhar um pouco mais em direção à descoberta do eu. O estágio realizado foi fundamental porque me permiti refletir enquanto enfermeira. E esta autorreflexão, sempre, conjunta e permanente com os orientadores clínicos e pedagógico, ajudou-me a aumentar o conhecimento acerca de mim, enquanto pessoa e profissional como preconizado nas competências específicas do EESMP.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A área de saúde mental e psiquiatria é complexa do ponto de vista relacional, exigindo ao EESMP conhecimentos, não só do ponto de vista clínico, mas também da relação com o outro e em relação a si mesmo. A relação terapêutica surge como um veículo promotor da autonomia da enfermagem e permite ao EESMP intervir junto da pessoa que requer ajuda, de forma intencional e planeada (Chalifour, 2008).

Enquanto instrumento da relação, o EESMP observa as atitudes, a expressão de sentimentos, emoções e receios da pessoa, com vista a estabelecer estratégias que permitam uma reflexão e resolução conjunta dos problemas identificados. De modo a compreender o universo interno da pessoa, nomeadamente o que vive e sente, é fundamental que o EESMP seja empático. A empatia surge como uma característica fundamental ao estabelecimento de uma relação terapêutica, na medida em que permite que o profissional “despir-se” de preconceitos e retirar as suas próprias lentes, com o intuito de entrar no mundo da pessoa que requer ajuda.

Empatizar com o outro, segundo Rogers (1977) é um processo moroso, complexo e exigente que requer um grande autoconhecimento por parte do EESMP, porque quanto maior for o conhecimento que este tem das suas emoções, mais facilmente conseguirá intuir os sentimentos da pessoa que ajuda (Goleman, 2012). Com vista a compreender de que modo a empatia é vivenciada e experienciada na relação entre o EESMP e a pessoa com doença mental grave, considere a realização deste projeto e do estágio no Hospital de Dia e no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental.

Compreendi que apesar de ser uma área de grande interesse, não existe muita literatura de enfermagem, recente, que aborde a empatia na relação terapêutica, aspeto que resultou numa das primeiras e, maiores, dificuldades por mim sentidas na realização deste relatório. Um aspeto que me condicionou e, por vezes angustiou, foi o facto de a literatura científica que obtive através da Revisão Integrativa da Literatura não me permitir comparar, fidedignamente, as situações observadas e vividas em estágio. Contudo, de modo a colmatar este aspeto, procurei pensar e refletir as minhas vivências, frequentemente, com os orientadores e compreender, à luz das literatura, de que forma a empatia estava ou não expressa.

A realização do estágio e, posteriormente, deste relatório permitiu-me pensar-me na relação com o outro e refletir, de forma estruturada, sobre o meu percurso enquanto enfermeira em contexto de aprendizagem. Considero que ao longo deste caminho existiram mudanças em mim, não só enquanto profissional, mas também enquanto pessoa.

A primeira fase do estágio foi fundamental para ganhar competências no âmbito relacional, nomeadamente através do “serenar”, da biblioterapia, da cinematerapia e do estudo de caso. Julgo que, ao conduzir estes grupos, adquiri maior facilidade e confiança em falar em grupo, algo que desde criança constituía um fator ansiogénico para mim.

A partir dos grupos psicoterapêuticos, considerei fundamental pensar sobre minha comunicação não-verbal. À medida que as sessões decorriam, tomei consciência dos gestos que tinha e que evidenciavam, sobretudo, tensão (“*cruzava a perna, e balouçava-a ritmadamente*”) e ansiedade (“*mordiscava a unha*”). Esta tomada de consciência de mim foi importante, na medida em que me permitiu debruçar sobre aspetos que requerem mudança e que são facilmente identificáveis pela outra pessoa. Segundo Phaneuf (2002, p.31) é fundamental que o Enfermeiro “observe o seu próprio comportamento e o modifique segundo as necessidades, de maneira a controlar melhor a sua maneira de estar face às pessoas cuidadas”.

Apesar dos aspetos menos positivos supracitados, considero que o facto de ter investido no meu autoconhecimento foi fundamental para estar em relação e conseguir distinguir o que era meu e o que era do outro. Conhecer-me, permitiu-me, à luz da perspetiva rogeriana, entrar no mundo da pessoa com doença mental e transmitir-lhe o modo o via e sentia, deixando de lado os meus próprios pontos de vista e valores (Rogers, 1977).

Através da relação, percebi que só conseguia ser empática com o outro se estivesse no “aqui e agora”. O facto de me focar no momento presente, permitiu-me a estar em sintonia com a pessoa, dando-lhe *feedback* com o intuito de a ajudar a permanecer em contacto com o que vivia e sentia, a explorá-lo e partilhá-lo comigo. Inicialmente senti dificuldade em distinguir, na prática, a empatia emocional da empatia cognitiva (Graça et al, 2013). Existiram situações em que senti que o estado afetivo da pessoa provocou uma alteração do meu estado emocional, surgindo sentimentos de tristeza e angústia.

De modo a aceder ao universo da pessoa e mais facilmente compreender o que estava a sentir e a transmitir-me, sem sentir mudança no meu estado emocional, recorri ao exercício de colocar mentalmente a questão “nesta circunstância como reagiria?”. Conclui rapidamente que esta não era a questão mais adequada, na medida em que me confrontava com uma resposta completamente diferente à que obtinha da pessoa que ajudava. Procurei então clarificar “como me sentiria nesta situação se tivesse as alterações de pensamento desta pessoa?” e, perante esta pergunta senti que mais facilmente conseguia compreender o que me estava a transmitir.

Pretendia alcançar de que modo a empatia é vivenciada na relação pelo EESMP e percebida pela pessoa com doença mental. Como referi anteriormente, a análise e reflexão conjunta com os orientadores de diferentes situações, descritas em parte nos jornais de aprendizagem, permitiu-me pensar como vivenciei a empatia na relação. Dada a instabilidade emocional e alteração do pensamento das pessoas com doença mental junto de quem intervimos, não me foi possível recolher testemunhos escritos que me permitissem conhecer a sua experiência e, conseqüentemente fazer uma comparação.

Apesar da falta de dados qualitativos resultantes da experiência da pessoa com doença mental, considero que a realização deste relatório contribui positivamente para o aumento do conhecimento da empatia na prática de enfermagem e lanço o desafio de, no futuro, se realizar um estudo que permita comparar a perspectiva do EESMP e da pessoa com doença mental face à empatia na relação.

Planear todo o percurso na área de SMP, não foi fácil. O facto da minha experiência profissional estar restrita à intervenção em situações de risco de vida e cuidados pós-cirúrgicos dificultou, em parte, este caminho de aprendizagem. Contudo, saliento novamente que a orientação clínica e, principalmente, pedagógica foi fulcral para alcançar a meta a que me propusera.

Em suma, sinto, que com a realização de estágio nestes dois contextos, sobretudo no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, foi possível olhar a pessoa com doença mental de outra forma, rompendo estereótipos e preconceitos de quem não tem experiência na área de SMP.

Com este, foi possível adquirir competências de EESMP no cuidado à pessoa com doença mental, atuando em situações de crise e estabelecendo planos de

cuidados adequados e avaliando os resultados obtidos. Saliento como resultado major do estágio, a consolidação das minhas competências ao nível da relação terapêutica.

Ao refletir sobre a prática, articulando-a com a teoria, analiso o meu percurso, tomo consciência das minhas ações e obtenho competências. Analisar o meu desempenho e postura e refleti-la conjuntamente com os orientadores no “aqui e agora” foi fulcral para conseguir aprender com os erros e valorizar as minhas conquistas.

Tenho plena consciência de que a minha responsabilidade perante as pessoas, famílias, comunidade e, os meus pares, aumenta com a obtenção do título de EESMP, contudo encaro-o com um desafio pessoal e profissional. Assim, considero que os objetivos, inicialmente, estabelecidos bem como as competências específicas exigidas pela Ordem dos Enfermeiros, foram alcançados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2014)- *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Canada Disponível em <http://www.apa.org/topics/anger/> Consultado a 01/02/2018

Arnhold, N. et al (Org.) (2004). *Shared “Dublin” descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards*. Dublin: JQI

Batista, F. (2007). *Manual do Formando “Métodos, Técnicas Pedagógicas e Suportes Didáticos em Contexto Real de Trabalho”*. Lisboa: Delta Consultores e Perfil

Carlson, E.B., Spain, D.A., Muhtadie, L., McDade-Montez, L. & Macia, K.S. (2015). Care and caring in the intensive care unit: Family members’ distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care*, 30, 557-561

Carquain, S. (2000). *A minha mãe está sempre cheia de pressa. Cent histoires du soir*. Paris: Ed. Marabout. Acedido a 17/04/2018. Disponível em: <http://www.portaldacrianca.com.pt/ler1historiap.php?id=43>

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Volume 1*. Loures: Lusodidacta

Cunha, M.C. (2002). O Setting Fonoaudiológico: A que será (e não será) que se destina? *Distúrbios da Comunicação*, 13, 323-333

Dearing, K.S. & Steadman, S. (2008). Challenging Stereotyping and Bias: A Voice Simulation Study. *Journal of Nursing Education*, 47 (2), 59-65

Dearing, K.S. & Steadman, S. (2009). Enhancing Intellectual Empathy: The Lived Experience of Voice Simulation. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45 (3), 173-182

Ferreira, F.H. e Florido, P. (2011) Situações de Agitação e Violência: A realidade numa Unidade de Utentes Agudos. *Psilogos*, 9 (1), 28-34

Gill, S.D., Dunning, T., McKinnon, F., Cook, D. & Bourke, J. (2014). Understanding the experience of inpatient rehabilitation: insights into patient-centred care from patients and family members. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 264-272.

Goffman, E. (1975). *Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores

Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional*. (12ª ed.). Lisboa: Temas e Debates Editora

Gotink, R.A., Chu, P., Busschbach, J.J.V., Fricchione, G.L. et Hunink, M.G.M. (2015). Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs. *Public Library of Science*, 16, 1-11

Graça, J., Palma, M., Mendonça, C., Cargaleiro, I. & Melo, J.C. (2013). Empatia-Ferramenta Pró-Social Explorada num Grupo Terapêutico. *Psilogos*, 11 (2), 57-69

[http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=empathy](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=empathy) Acedido a 03/04/2018

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ Acedido a 24/04/2018

Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J.M., Maas, M., Moorhead, S. e Swanson, E. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC, NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Ministério da Saúde (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégias para a Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde Disponível em:

http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/Obter_Ganhos_em_Saude2.pdf

Nunes, L., Amaral, M., & Rogério, G. (Coord.) (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a: 04/04/2018 Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

Parecer Nº 226/2009. Elaboração de parecer sobre Circular Normativa da DGS nº8/ DSPSM/ DSPCS de 25/05/200 referente a medidas preventivas de comportamentos agressivos/ violentos de doentes- contenção física, 1-7. Acedido a 24/04/2018. Disponível em <https://www.ordemEnfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer-CE-226-2009.pdf>

Peplau, H.E. (1990). *Relaciones interpersonales na enfermeria- Un marco de referencia conceptual para la enfermeria psicodinâmica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A

Pereira, P. & Botelho, M.A. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 61-73

Perraud, S., Delaney, K.R., Carlson-Sabelli, L., Johnson, M.E., Shephard, R. & Paun, O. (2006). Advanced Practise Psychiatric Mental Health Nursing, Finding Our Core: The Therapeutic Relationship in 21st Century. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42 (4), 215-226

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência

Ramalho, A. (2005). *Redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise*. Coimbra: Formasau

Regulamento nº129/2011 de 20 de Outubro (2010) Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República II Série*, Nº 35 (07/04/2017) 8669-8673

Regulamento nº 356/2015 de 25 de Junho (2015) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República II Série*, Nº 122 (07/04/2017) 17035-17041

Rézette, S. (2010). *Psicologia Clínica em Cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência

Redstone, L. (2015). Mindfulness Meditation and Aromatherapy to Reduce Stress and Anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 192-193

Riley, J. B. (2004). *COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM*. Loures: LUSOCIÊNCIA

Rogers, C.R. (1977). *A Pessoa como Centro*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo

Sequeira, C. (2014). Padrões de qualidade em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 6-8

Silveira, R.S., Lunardi, V.L., Filho, W.D.L & Oliveira, A.M.N. (2005). UMA TENTATIVA DE HUMANIZAR A RELAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM A FAMÍLIA DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI. *Texto Contexto Enfermagem*, 14,125-130

Shattel, M.M., McAllister, S., Hogan, B. & Thomas, S.P. (2006). “She Took the Time to Make Sure She Understood”: Mental Health Patients’ Experiences of Being Understood. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (5), 234-241

Souza, M.T., Silva, M.D. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8 (1), p. 102-106

The Joanna Briggs Institute (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual: 2014 edition*. Australia: The Joanna Briggs Institute. Disponível em <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>

Townsend, M.C. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica- Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Loures: LUSOCIÊNCIA

Williams, M. & Penman, D. (2011). *Mindfulness* (14ª ed.) Alfragide: Lua de Papel

ANEXOS

ANEXO I- MEDITAÇÃO PARA “DESLIGAR O PILOTO AUTOMÁTICO”

1- Segurar

Vão escolher o fruto seco que mais vos agrada e segurá-lo na palma da mão, ou entre o dedo indicador e o polegar.

Foquem-se nele, aproximem-no como se nunca tivessem visto nada de semelhante. Conseguem sentir o peso dele na vossa mão? Está a criar sobra na palma da mão?

2- Ver

Demorem algum tempo a observar o fruto. Imaginem que nunca tinham visto um fruto destes na vida. Olhem para ele com grande cuidado e total atenção. Deixem que os vossos olhos explorem em pormenor. Examinem as partes em relevo onde a luz incide, as reentrâncias mais escuras, as dobras e as saliências.

3- Tocar

Deem voltas ao fruto entre os vossos dedos, explorando a sua textura. Como é que o sentem entre o polegar e o indicador?

4- Cheirar

Agora, segurem-no por baixo do nariz, atentando ao que notam de cada vez que inspiram. Tem cheiro? Deixem que preencha a vossa atenção. E o cheiro, é muito ou pouco evidente, reparem nisso.

5- Colocar

Levem lentamente o fruto à boca e reparem na forma como a vossa mão e braço sabem exatamente onde o pôr. Depois, num gesto suave, introduzam-no na boca, reparando no que a língua faz para o “receber”. Sem mastigar, explorem simplesmente as sensações de o ter na língua. Aos poucos, vão explorando o fruto com a língua, continuando durante trinta segundos, ou mais, se assim desejarem.

6- Mastigar

Quando estiverem prontos, deem uma trinca no fruto e prestem atenção aos efeitos que o fruto tem na vossa boca. Reparem em quaisquer sabores que libertem. Sintam a textura enquanto os vossos dentes o mordem. Continuem a mastigar devagar, mas não engulam já. Tomem atenção ao que está a acontecer na boca.

7- Engolir

Vejam se conseguem detetar a primeira intenção de engolir quando ela surgir na vossa mente, e sintam-na com total consciência antes de realmente engolirem o fruto. Repararem no que a língua fez para a preparar para a deglutição. Tentem seguir as sensações de engolir o fruto. Se conseguirem, sintam conscientemente o modo como ele se vai movendo até ao vosso estômago.

E se não o engolirem de uma só vez, repararem conscientemente no segundo ou até no terceiro pedacinho que engolirem, até engolirem por completo. Atentem no que a língua faz depois de terem engolido.

8- Reflexão

Registem as consequências desta forma de comer. Há algum sabor posterior? Como se sente a ausência do fruto seco? Há uma tendência automática para ir buscar outro? Existem alguns pormenores nos quais repararam durante o exercício?

Há quanto tempo não prestavam atenção aquilo que realmente estavam a fazer? Repararam no sabor e na textura do fruto?

ANEXO II- MEDITAÇÃO DO RASTREIO CORPORAL

1- Deitem-se de costas e coloquem-se de um modo confortável para vocês. Pode ser mais confortável para vocês fechar os olhos, no entanto se alguém não o quiser, pode permanecer de olhos abertos; ou abri-los em qualquer altura.

2- Agora, vão concentrar-se na vossa respiração. No movimento de inspiração e expiração. À medida que vão mergulhando mais profundamente neste movimento, tomem consciência das sensações físicas do vosso corpo, especialmente os pontos de toque ou pressão entre o vosso corpo e o colchão.

3- Continuem conscientes do movimento da vossa respiração e recordem que não é altura de adormecer, mas sim de ter plena consciência da vossa experiência aqui e agora. Não devem tentar mudar a forma como se estão a sentir, nem sequer para ficarem mais descontraídos ou mais calmos. A intenção deste exercício é trazer à consciência qualquer sensação que tenham à medida que focam a vossa atenção sistematicamente em cada parte do corpo. Podem não identificar quaisquer sensações. Se for esse o caso, registem isso mesmo. Não há necessidade de tentar imaginar sensações onde nada é perceptível.

4- Agora tragam a vossa consciência até às sensações no seu abdómen, tornando-vos conscientes dos padrões em mudança na parede abdominal à medida que a respiração faz o ar entrar e sair do vosso corpo. Demorem-se alguns minutos nas sensações provocadas pelo ato de inspirar e expirar, enquanto o vosso abdómen sobe e desce.

5- Depois de se terem focado nas sensações do vosso abdómen, concentrem a atenção como se fosse um foco de luz e faça-a descer pelo corpo até às pernas, chegando aos pés e aos dedos dos pés. Foquem-se nos dedos dos pés, conferindo-lhes uma atenção suave e interessada. Investiguem as qualidades das sensações. Poderão notar uma sensação de contato entre os dedos dos pés, ou talvez uma sensação de formigueiro, ou de calor, ou de dormência, ou não sentirem nada disto. O que quer que sintam é legítimo. Não há necessidade de julgarem. Permitam às sensações serem tal como são.

6- Numa inspiração sintam ou imaginem que a respiração podia entrar pelos pulmões e continuar pelo corpo todo, através das pernas e até à ponta dos pés. Na expiração, sintam ou imaginem a respiração a vir da ponta dos pés. Na expiração, sintam ou imaginem a respiração a vir da ponta dos pés, percorrendo os pés, pernas, tronco e finalmente sair pelo nariz. Continuem a concentrar-se desta maneira durante algumas respirações. Talvez achem difícil apanhar-lhe o jeito, não há problema. Pratiquem o melhor que puderem, de uma forma divertida.

7- Quando estiverem prontos, numa expiração deixem os dedos dos pés e guiem a vossa atenção plena para as sensações na planta dos pés. Levem até lá uma atenção suave e curiosa. Depois dirijam a vossa atenção para o peito do pé e a seguir para cada um dos calcanhares. Poderão notar, por exemplo, uma sensação ligeira de pressão no ponto onde os calcanhares entram em contato com o colchão.

8- Permitam que a vossa atenção plena se expanda para toda a superfície dos pés, para o peito do pé, para os tornozelos, até aos ossos e articulações. Dirijam uma inspiração mais profunda e mais intencional para os dois pés. Na expiração, abandonem completamente os pés e passem a dar atenção à parte de baixo das pernas.

9- Continuem a fazer o rastreio de todo o vosso corpo da mesma forma, demorando-se sempre um pouco em cada parte em que se concentram. Depois da parte de baixo das pernas, subam para os joelhos e de seguida para as coxas. Agora centrem a vossa atenção na zona pélvica: virilhas, órgãos genitais, rabo e ancas. Tomem consciência da parte de baixo das costas, abdómen, parte de cima das costas e, por fim, do peito e ombros. Suavemente, levem a vossa atenção plena para as duas mãos. Quando se centrarem nas mãos poderão em primeiro lugar tomar atenção às sensações na ponta dos dedos e polegares, depois aos dedos e polegares por inteiro, às palmas das mãos e finalmente às costas das mãos. De seguida, desloquem-se lentamente para os pulsos, antebraços, cotovelos, braços, ombros e axilas. Depois conduzam a vossa atenção plena para o pescoço, rosto (maxilares, boca, lábios, nariz, bochechas, ouvidos, olhos e testa) antes de, por fim, manterem a atenção plena na vossa cabeça.

10- Deverão focar-se em cada região do vosso corpo durante cerca de vinte a trinta segundos. Não há necessidade de medirem o tempo com precisão ou de contarem as respirações- simplesmente tenham em atenção cada parte do vosso corpo durante o tempo que vos pareça natural.

11- Quando tomarem consciência de quaisquer sensações intensas, tais como tensão, numa parte do corpo, em particular, vejam como funciona “respirar com” essa zona para posteriormente a explorarem. Usem a inspiração, de um modo suave, para trazerem consciência às sensações. Depois vejam como as sensações mudam-se mudarem- quando respiram e as libertam.

12- De vez em quando, a mente irá inevitavelmente vagar e distrair-se da respiração e do corpo. Isso é inteiramente normal. Quando repararem que acontece, limitem-se a reconhecer o facto, tomem nota mental do local para onde foram os vossos pensamentos e façam regressar suavemente a vossa atenção à parte do corpo em que tinham intenção de se focar.

13- Depois de terem rastreado o todo o corpo desta forma, passem alguns minutos a dedicar atenção plena ao corpo como um todo. Usuem das sensações de totalidade. Tentem conter todas as sensações fundidas num estado de atenção plena espaçosa, sentindo a respiração a fluir livremente para dentro e fora do corpo.

14- Agora vão abrir lentamente os vossos olhos e, quando se sentirem preparados, vão levantar lentamente o tronco e sentar no colchão.

ANEXO III- MEDITAÇÃO DOS MOVIMENTOS COM ATENÇÃO PLENA

1- Fiquem de pé, descalços ou com meias, com os pés afastados à largura das ancas e os joelhos distendidos, de modo a que a perna possa dobrar ligeiramente e os pés fiquem, mais ou menos, paralelos. Mantenha as costas direitas, mas sem tensão. Mantenham os braços paralelos ao tronco.

Levantar os dois braços

2- Numa inspiração, lenta e conscientemente, ergam os braços para os lados, paralelos ao chão. Depois de expirarem, continuem na próxima inspiração a levantá-los, num movimento lento e consciente, até que as mãos estejam erguidas acima da cabeça.

Enquanto os braços se vão movendo, tentem estar totalmente despertos para as sensações nos músculos. De que modo se movem? E mantenham-nos alongados.

3- Deixem que a respiração se faça livremente e ao vosso ritmo, continuem a esticar-se para cima, com as pontas dos dedos a empurrar suavemente na direção do céu e os pés firmemente assentes no chão. Dediquem algum tempo a sentir as sensações de alongamento nos músculos e nas articulações do seu corpo, onde quer que elas se apresentem: desde os pés e pernas, passando pelo tronco e ombros, até aos braços, mãos e dedos.

4- Enquanto mantêm este alongamento por uns tempos, reparem no que está a acontecer à vossa respiração; permitam que esta flua livremente para dentro e para fora. Mantenham-se abertos a quaisquer mudanças nas sensações dos vossos corpos a cada inspiração e expiração, enquanto continuam a manter o alongamento. Se notarem sensações de tensão crescente ou desconforto, abram-se também a elas.

5- Quando estiverem prontos, devagar- muito devagar- numa expiração, deixem os braços voltarem para baixo. Desçam-nos num movimento lento, registando as sensações a mudar à medida que descem e talvez as roupas a moverem-se na superfície da vossa pele. Sigam as sensações com grande atenção até que os vossos braços voltem a descansar junto ao corpo. Deixem os ombros descaídos.

6- Se estiverem de olhos abertos, poderão sentir vontade de os fechar suavemente, e após cada alongamento desta sequência, concentrem a vossa atenção nos movimentos da respiração e nas sensações e sentimentos por todo o corpo enquanto permanecem de pé, tal como os efeitos posteriores dos alongamentos.

“Apanhar fruta”

7- De seguida, abram os olhos e, estendam conscientemente o braço esquerdo para cima, como se estivessem a apanhar fruta de uma árvore que não está ao vosso alcance, prestando a máxima atenção às sensações por todo o corpo e à respiração. Olhem para cima, para lá dos dedos.

8- Deixem o calcanhar direito levantar do chão à medida que o braço esquerdo estica o seu máximo. Sintam o alongamento de todo o corpo, desde a ponta dos dedos da mão esquerda até aos dedos do pé direito. Quando terminarem este alongamento, deixem o calcanhar ir em direção ao chão e o braço descer lentamente. Baixem o braço, acompanhando o movimento dos dedos das mãos com os olhos, se quiserem, reparando nas cores e nas formas que os vossos olhos absorvem enquanto seguem as mãos a descer. Depois, virando o rosto para o centro, fechem os olhos, sintonizando-vos com os efeitos que o alongamento provocou, juntamente com as sensações provocadas pela respiração.

9- Deixem o calcanhar esquerdo levantar do chão à medida que o braço direito estica o seu máximo. Sintam o alongamento de todo o corpo, desde a ponta dos dedos da mão direita até aos dedos do pé esquerdo. Quando terminarem o alongamento, deixem o calcanhar regressar ao chão. Baixem o braço, acompanhando o movimento dos dedos das mãos com os olhos, se quiserem, reparando nas cores e nas formas que os vossos olhos absorvem enquanto seguem as mãos a descer. Depois, virando o rosto para o centro, fechem os olhos, sintonizando-vos com os efeitos que o alongamento provocou, juntamente com as sensações provocadas pela respiração.

Inclinar-se para o lado

10- Agora, lenta e atentamente, ponham as mãos nas ancas e deixem, numa expiração, o corpo inclinar-se todo para a esquerda, com as ancas a moverem-se ligeiramente para a direita, de modo a que o corpo faça uma grande curva que se alonga de um lado desde os pés, passando pelas ancas e tronco, formando uma lua em quarto crescente. Imaginem que estão a fazer isto entre duas placas de vidro (uma à frente e outra atrás) mantendo o corpo num único plano, em vez de o deixarem descair para a frente ou para trás. Depois, enquanto inspiram, voltem à posição vertical de pé e, em seguida, ao expirar, inclinem-se devagar, desenhando uma curva na direção oposta. Não é importante a velocidade com que se inclinam para o lado, mas sim, a

qualidade da atenção que colocam no movimento. Sentiram alguma alteração no corpo após o alongamento?

Rotação de ombros

11- Por fim, rodem os ombros ao mesmo tempo que deixam os braços descaídos passivamente ao longo do corpo. Primeiro ergam os ombros na direção às orelhas tanto quanto possível, depois para trás como se estivessem a tentar juntar as omoplatas, em seguida deixem-nos descair por completo, finalmente apertem os ombros em frente do corpo o máximo possível, como se estivessem a tentar juntá-los. Deixem que seja a respiração a determinar a velocidade de rotação: a inspiração durante metade do movimento e a expiração na outra metade. Continuem a “rodar” através destas várias posições tão lenta e atentamente quanto puderem, primeiro num sentido e depois no contrário.

12- E, para concluir esta sequência de movimentos, permaneçam quietos durante um bocado, e sintonizem-se com as sensações do vosso corpo. Que sentimento vos invade? Que sensações emergem?

13- Agora lentamente, sentem-se no colchão. Sentem-se com as costas direitas, com a cabeça e pescoço alinhados. Deixem os ombros relaxados. Coloquem-se numa postura confortável, mas eu transmita dignidade. Fechem os olhos ou baixem o olhar, de modo a concentrarem-se.

ANEXO IV- MEDITAÇÃO DA RESPIRAÇÃO E DO CORPO

1- Tragam a vossa atenção para a respiração, para o modo como o ar entrar e sai pelas vossas narinas. Como o vosso abdómen expande à medida que inspiram. Reparem nas sensações que têm à medida que inspiram e expiram.

2- Na medida do possível, sigam atentamente as sensações físicas durante a inspiração e a expiração, notando eventualmente as pausas ligeiras que fazem entre uma inspiração e a expiração seguinte.

3- Não tentem controlar a respiração. Deixem que ela se faça por si, naturalmente.

4- Vão reparar que a mente vai começar a deambular. Não tem problema nenhum. Significa que a mente está desperta. Tentem compreender para onde a mente vos leva. Tragam a mente de volta numa nova inspiração, as vezes que forem precisas. Na inspiração tragam a mente de volta. Na expiração, não a deixem ir.

Todo o Corpo

5- Expandam a vossa atenção. Procurem captar as várias sensações por todo o corpo, onde quer que sejam, percecionando o corpo como um todo: sentado e a respirar. Tenham atenção plena às sensações físicas que surgem nos pontos onde o corpo está em contacto com o colchão, nomeadamente, as sensações de toque, pressão ou contacto entre as várias partes do corpo.

6- Na medida das vossas possibilidades, conciliem todas estas sensações específicas com a sensação da respiração e do corpo no seu conjunto, numa consciência ampla e vasta, notando que as “lentes” da atenção podem ser focadas estreita ou amplamente. Reparem em quaisquer sensações agradáveis, desagradáveis ou neutras, guiando por uma curiosidade sã até qualquer coisa que esteja a surgir no corpo a cada momento, e à sua reação.

7- Se ocorrerem sensações intensas em qualquer zona do corpo, especialmente se forem desagradáveis, podem perceber que a sua atenção é repetidamente atraída para elas, afastando-se da atenção à respiração ou ao corpo no seu conjunto. Nestes momentos, mudem de postura e, dessa forma, ganhem consciência da intenção de se mexer, do movimento e dos seus efeitos posteriores. Ou podem experimentar conduzir intencionalmente a atenção diretamente para a área onde as sensações são mais intensas e explorar cuidadosamente o padrão pormenorizadamente de sensações que vão descobrindo.

Quais são, precisamente, as qualidades das sensações? Onde é que se localizam exatamente? Variam com o tempo ou mudam de um lado para o outro do corpo?

Usem a respiração como um veículo para levar a atenção plena a estas regiões onde se concentra a intensidade, “inspirando” e “expirando” a partir delas.

8- Abram-se o melhor que puderem às sensações que emergem neste momento. Permitam-se “saber” o que estão a sentir, vivendo-o diretamente, sem pensar sobre isso ou procurar um significado para o que estão a viver.

9- Sempre que se sentirem “levados” pela intensidade das sensações físicas, ou pelos pensamentos, sentimentos ou divagações, voltem a ligar-se suavemente ao “aqui e agora”, tornando a focar a atenção nos movimentos da respiração ou na sensação do corpo enquanto um todo.

ANEXO V- MEDITAÇÃO DOS SONS E PENSAMENTOS

1- Agora, quando estiverem prontos, permitam que o vosso foco de atenção passe das sensações corporais para a audição. Abram o vosso sentido aos sons, à medida que eles vão surgindo.

2- Não há necessidade de procurarem sons ou ouvirem sons em particular. Pelo contrário, mantenham-se simplesmente à escuta, de modo a ficarem recetivos à atenção plena dos sons que vêm de todas as direções e à medida que forem surgindo (sons à frente...atrás...ao lado... em cima... ou em baixo... sons perto, sons longe). Desta forma estão a abrir-se para todo o espaço de som à vossa volta: a “paisagem sonora”. Talvez reparem em como os sons óbvios podem facilmente remeter os mais subtis para segundo plano. Reparem em quaisquer espaços entre os sons- Momentos de relativa calma.

3- Tomem consciência, o melhor que puderem, dos sons simplesmente enquanto sons, enquanto sensações puras. Reparem na tendência que todos temos de rotular sons assim que são recebidos (ex: carro, passos, voz, ar condicionado).

4- Tentem simplesmente reparar neste rótulo e depois voltar a concentrar-se, para além e aquém do rótulo, nas sensações puras dos próprios sons (incluindo os sons dentro dos sons). Tentem ouvir os sons como se fosse a primeira vez. Sem conhecimento nenhum acerca deles.

5- Pode parecer que estão a pensar acerca dos sons. Vejam se conseguem religar-se com consciência direta às suas qualidades sensoriais (ex: padrões de altura, timbre, volume e duração), e não aos seus significados, implicações ou histórias acerca deles.

6- Tomem consciência do espaço de onde vêm os sons. Sempre que repararem que a vossa consciência já não está focada nos sons, reconheçam calmamente para onde é que foi a mente e depois voltem a sintonizar a vossa atenção nos sons à medida que surgem e desaparecem a cada momento.

7- Agora, lentamente, libertem-se dos sons.

Pensamentos

8- Mudem o foco de atenção, de modo a que os vossos pensamentos estejam centrados na atenção plena- vejam-nos como acontecimentos da mente, na medida do possível.

9- Reparem nos pensamentos que surgem na mente, notem quando aparecem. Podem ser pensamentos sobre o que estão a fazer, ou o que vão fazer. Podem ser pensamentos do passado. Preocupações. Ansiedades. Pensamentos tristes, felizes ou pensamentos neutros. Vejam como pairam no espaço da mente.

10- Deixem que os pensamentos vejam e vão por si próprios. Conseguem ver a forma que os pensamentos apresentam na vossa mente? Observem os pensamentos como se fossem nuvens a pairar no céu.

11- Observem o modo como um pensamento ou imagem surgem na vossa mente. Quando isso acontecer, prestem-lhe atenção durante o tempo que ele permanecer no “céu”, e depois libertem-no quando ele desaparecer.

12- Se houver quaisquer pensamentos que tragam consigo sentimentos ou emoções intensas, quer sejam agradáveis ou desagradáveis, reparem na sua “carga emocional” e intensidade o melhor que puderem e deixem-nos ser como já são.

13- Lembrem-se que se a dada altura sentirem a vossa mente dispersar ou a ser repetidamente atraída pela história do vosso pensamento. Podem reparar que a mente ficou presa em determinado pensamento. Ter esta consciência é bom. Deste modo têm a noção de que têm que voltar à respiração e à sensação do corpo como um todo, sentado e a respirar, e use esta concentração para ancorar e estabilizar a sua atenção de volta ao momento presente.

14- Utilizem estes últimos momentos para voltarem a focar-se no aqui e agora, através da respiração. A um momento presente, onde está tudo. Onde existe paz.

15- Agora, lentamente, vão tomar consciência da sala onde estão. Movimentem os dedos das mãos e dos pés. Movimentem o pescoço. E, quando se sentirem preparados, abram os olhos.

**ANEXO VI- TEXTO “A MINHA MÃE ESTÁ SEMPRE CHEIA DE
PRESSA”**

Tudo começou no dia em que a mãe de Ivan retomou o trabalho e começou a olhar o seu relógio com paixão. Durante todo o dia não tirava os olhos dele e dizia:

- Meu Deus, já são cinco horas? Já são seis horas, trinta e sete minutos e vinte e quatro segundos? Já são oito horas e vinte e oito? Mas isto é terrível!

E corria, cabelos ao vento, do emprego para a escola, da escola para o emprego, do emprego para as aulas de violino de Ivan, das aulas de violino de Ivan para as suas aulas de canto, das aulas de canto para o dentista, do dentista para o talho, do talho para a mercearia...

A mãe de Ivan queria fazer tudo. Para ganhar tempo, tinha comprado, numa loja especializada, um par de sapatilhas supersónicas, que tinham um motor que se aciona através de um botãozinho vermelho. Estas sapatilhas chegavam a atingir quinze quilómetros por segundo. Parece muito divertido, não parece?

Só que não era nada divertido, porque a mãe de Ivan achava que o filho era demasiado lento para o seu gosto. Quanto mais pressa tinha, mais o achava indolente. Então, enervava-se e criticava-o. Ficava furiosa com aquilo que via como lentidão, mas que era, na realidade, um comportamento perfeitamente normal. Quando Ivan estava a desenhar, tinha de acabar o desenho em três segundos (tenta tu desenhar um carneiro ou um avião em três segundos e vê se é possível). Quando Ivan tocava violino, tinha de fazer os exercícios em três milésimas de segundo, caso contrário a mãe punha-se a suspirar e olhava para o relógio como se este fosse um comboio que ela tinha de apanhar.

- Despacha-te!- dizia.

Mas parecia dizer "Pacha-te! Pacha-te!", como se fosse um comboio. À força de tanto correr, a mãe de Ivan pôs-se a fazer disparates. De manhã, em vez de beijar Ivan à despedida na escola, beijava o diretor. À noite, Ivan saía do banho cheio de sabonete seco, porque não havia tempo para o lavar com água. Em casa, só se comia peixe e carne crus porque não havia tempo para ligar o forno. Um dia, quando, depois de uma festa de aniversário, a mãe foi buscar Ivan a casa de um amigo, saiu com outra criança, porque esta tinha apertado os atacadores dos sapatos mais depressa do que Ivan.

E é claro que se esquecia das coisas essenciais: beijar, fazer mimos ou falar com o filho. Estas eram ocupações que, segundo ela, tomavam demasiado tempo. Não é pois de admirar que Ivan tenha pensado que a mãe já não gostava dele.

Então, para tentar prender a sua atenção, como se tenta prender a água entre as mãos, começou a andar mais devagar. De manhã, demorava vinte minutos e quinze segundos para atar um cordão. Só de um sapato! Quando bocejava, demorava três minutos a abrir a boca. A mãe ficava louca de raiva, mas este comportamento era mais forte do que Ivan.

Quando mais ela se apressava, mais ele se atrasava. Ivan pensava que se andasse mais devagar, a mãe começaria também a andar mais devagar e poderia amá-lo e abraçá-lo como quando ele era pequenino. Claro que ele podia dizer isto à mãe mas, quando se tem cinco ou seis anos, já não se chora para ter o que se pretende. Então, exprimimo-nos de outra forma. Toma-se um caminho diferente do das lágrimas.

Certo dia, aconteceu o que tinha de acontecer: Ivan adoeceu de lentidão. Dormia o dia todo. Bocejava, fechava os olhos e não queria fazer nada, como se a mãe o tivesse cansado com tantas correrias. Já não podia ir à escola porque, quando acabava de se vestir, já tinha anoitecido. A mãe consultou inúmeros médicos que faziam urgências (daqueles que chegam de motorizada de quinze em quinze minutos).

O primeiro falou de uma gripe-relâmpago, o segundo de uma infeção cerebral, o terceiro de uma crise de crescimento. Ivan engoliu xaropes de alcaçuz, de framboesa e de banana. Mas continuava a dormir. Então, pela primeira vez em muito tempo, a mãe começou a refletir. Deitou fora todos os xaropes e sentou-se à cabeceira do filho. Sem fazer barulho, desligou as sapatilhas supersónicas e pô-las aos pés da cama, como fazemos quando estamos à espera do Pai Natal.

Um dia, Ivan abriu os olhos muito devagarinho e viu a mãe a descalçar as sapatilhas. Saltou logo da cama, como se estivesse curado.

- És tu, mamã? Esperaste por mim? Amas-me um bocadinho?

- Claro que te amo. Mesmo quando andava sempre a correr de um lado para o outro amava-te na mesma. Nunca deixei de te amar. Como pudeste pensar, por duas milésimas de segundo, que eu tinha deixado de te amar?

A mãe de Ivan pensou que nunca se diz vezes demais aos filhos que os amamos acima de tudo, mais do que o trabalho, mais do que o nosso emprego, mais do que o tempo que passa, mais do que qualquer outra coisa!

Abraçou o seu filho querido com muita força durante quinze minutos, e garantiu que, naquele dia, nem sequer olhou para o relógio. Nem naquele nem nos que se lhe seguiram.

APÊNDICES

APÊNDICE I- CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

**APÊNDICE II- PLANO DE SESSÕES DO "SERENAR"
NO HOSPITAL DE DIA**

O “Serena” consistiu num total de seis sessões de meditação guiada baseada num programa de *mindfulness*.

Mindfulness é uma técnica de meditação com atenção plena, que pretende aumentar a consciencialização com o objetivo da pessoa aprender a viver mais plenamente (Williams e Penman, 2011). Esta técnica visa que a pessoa esteja mais atenta e consciente das suas sensações físicas, emoções e pensamentos, de modo a responder às situações com base na sua perceção e não por resposta automática (Williams e Penman, 2011).

Caracterização do Grupo-Alvo

Utentes internados no Hospital de Dia com diagnóstico de enfermagem de ansiedade. O grupo é constituído por 15 utentes, de ambos géneros, com idades compreendidas entre os 23 e 62 anos. Estes utentes frequentam o serviço há mais de 2 meses e menos de 12 meses.

A sua presença e participação, nos grupos psicoterapêuticos, não é regular pelo que o número de participantes é variável de sessão para sessão.

Duração das Sessões

Cada sessão está programada para o máximo de 60 minutos.

Planificação das Sessões

Foi elaborado um quadro de planeamento das sessões (quadro 1) de acordo com a taxonomia NANDA. Foi identificado o diagnóstico de ansiedade, que se encontrava presente no grupo, em diferentes quadros clínicos. As intervenções de enfermagem foram implementadas de acordo com a classificação NIC e os resultados e indicadores de resultados construídos tendo por base a classificação NOC.

Exercícios

Utilizados exercícios de meditação *mindfulness* tendo como fonte bibliográfica o livro da autoria de Williams e Penman (2011).

Planeamento	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Ansiedade	
	Resultados Esperados (NOC)	<ul style="list-style-type: none"> - Que os utentes adquiram concentração. - Que os utentes apresentem autocontrolo da ansiedade. 	
	Indicadores de Resultados (NOC)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização de sensações de tranquilidade e calma; - Diminuição da agitação psicomotora; - Aplicação de exercícios de <i>mindfulness</i> no dia-a-dia para diminuição da ansiedade. 	
Implementação	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Facilitação do Processo de Meditação através de exercícios que permitam	Nº Sessão
		1. Desenvolver a atenção plena durante a realização de uma atividade do dia-a-dia (“Desligar o Piloto Automático”);	1, 6
		2. Treinar a mente de modo a focar a atenção diretamente nas sensações corporais sem julgar ou analisar o que descobriu (“Meditação do Rastreo Corporal”).	1, 3, 4
		3. Fazer movimentos corporais com atenção plena, de modo a desenvolver a consciência do corpo (“Meditação dos Movimentos com Atenção Plena”).	2, 4, 7
		4. Identificar padrões que nos afastam do momento presente (“Meditação da Respiração e do Corpo”).	2, 5, 6
		5. Compreender a semelhança entre os sons e os pensamentos, e de que modo influenciam o nosso estado geral (“Meditação de Sons e Pensamentos”).	2, 3, 5

Quadro 1- Planeamento das Sessões (cont.)

Planeamento	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Ansiedade	
	Resultados Esperados (NOC)	<ul style="list-style-type: none"> - Que os utentes adquiram concentração. - Que os utentes apresentem autocontrolo da ansiedade. - Que os utentes apresentem estratégias para controlo dos fatores de <i>stress</i>. 	
	Indicadores de Resultados (NOC)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização de sensações de tranquilidade e calma; - Diminuição da agitação psicomotora; - Aplicação de exercícios de <i>mindfulness</i> no dia-a-dia para diminuição da ansiedade. 	
Implementação	Intervenções de Enfermagem (NIC)	<p>Promover a Redução da Ansiedade</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover um ambiente contentor (luminosidade, ruídos); 2. Refletir sobre a sessão, pedindo para descreverem numa palavra como se sentem e dar <i>feedback</i>; 3. Promover o suporte emocional através da escuta ativa; 4. Promover a realização de exercícios que sirvam de estratégias no controlo da ansiedade. 	<p>Nº Sessão</p> <p>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7</p>

Quadro 1- Planeamento das Sessões

Etapas	Atividades	Métodos e Técnicas	Recursos	Avaliação	Tempo Estimado (minutos)
Introdução da sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos profissionais (aplicável na 1ª sessão) - Contextualização da atividade (aplicável na 1ª sessão) - Ponte com a sessão anterior (aplicável a partir da 2ª sessão) - Breve apresentação dos exercícios 	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> -Sala de Dinâmicas; - Colchões; - Almofadas; - Candeeiro. 	N/A	5
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de <i>mindfulness</i> 	Imagética		N/A	30
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Partilha de experiências - Fecho da sessão e ponte para a sessão seguinte 	Discussão Orientada		N/A	25

Quadro 2- Estrutura das sessões

**APÊNDICE III- AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DO “SERENAR”
NO HOSPITAL DE DIA**

Nº Sessão	Indicadores de Resultados (NOC)	Avaliação
1	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização de sensações de tranquilidade e calma; - Diminuição da agitação psicomotora; - Aplicação de exercícios de <i>mindfulness</i> no dia-a-dia para diminuição da ansiedade. 	<p>Grupo composto por 4 participantes.</p> <p>Foi facilitado o processo de meditação através do recurso a uma linguagem verbal simples e de fácil compreensão para o grupo, tom de voz suave e comunicação não-verbal congruente com linguagem verbal.</p> <p>Reduzi a iluminação da sala de modo a promover um ambiente propício à concentração e meditação, contudo os ruídos no exterior da sala condicionaram por momentos a concentração nos exercícios.</p> <p>Durante a realização da meditação “Desligar o Piloto Automático”, observei que, os utentes demonstraram alguma dificuldade em cumprir plenamente os passos descritos, nomeadamente o ato de saborear e controlar impulso de deglutir e comer compulsivamente. Durante a realização da “Meditação do Rastreo Corporal” os dois utentes mostraram alguma agitação motora.</p> <p>Na partilha de experiências, a Sr.^a D.^a R.S. partilhou a dificuldade em se abstrair dos pensamentos o que condicionou a realização do segundo exercício. A Sr.^a D.^a A.C. recusou a ingestão do fruto seco o que remeteu para eventual atividade delirante presente, mas considerou sentir-se “<i>bem</i>” (<i>sic</i>) no fim do segundo exercício. O Sr. J.C., já tinha integrado o grupo de “serenar” do ano anterior e, partilhou sentir maior facilidade na realização dos exercícios propostos, comparativamente à primeira experiência. A Sr.^a D.^a S.N. referiu sentir “<i>paz e uma sensação de prazer</i>” (<i>sic</i>) durante a realização dos exercícios.</p>

Nº Sessão	Indicadores de Resultados (NOC)	Avaliação
2	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização de sensações de tranquilidade e calma; - Diminuição da agitação psicomotora; - Aplicação de exercícios de <i>mindfulness</i> no dia-a-dia para diminuição da ansiedade. 	<p>Grupo composto por 3 participantes.</p> <p>Foi facilitado o processo de meditação através do recurso a uma linguagem verbal simples e de fácil compreensão para o grupo, tom de voz suave e comunicação não-verbal congruente com linguagem verbal.</p> <p>Reduzi a iluminação da sala de modo a promover um ambiente propício à concentração e meditação, contudo os ruídos no exterior da sala condicionaram por momentos a concentração nos exercícios.</p> <p>Na realização da “Meditação dos Movimentos com Atenção Plena” apesar de apresentarem alguma dificuldade em coordenar os movimentos com as instruções dadas, os utentes partilharam sentirem-se <i>“mais descontraídos (...), algumas dores musculares, mas senti-me bem (...)” (sic)</i>.</p> <p>Após a realização dos outros dois exercícios, duas utentes mostraram-se aparentemente mais inquietas. Durante a partilha a Sr.^a D.^a S.N. e a Sr.^a D.^a R.S. referiram dificuldade em compreender o objetivo do exercício e, partilharam que os “pensamentos que surgiram foram recordações negativas” (sic). Por outro lado, o Sr. J.C., que já aplicava o exercício no seu dia-a-dia, partilhou que <i>“o exercício dos sons e pensamentos é o que mais me tranquiliza (...) ajuda-me em alturas de desespero” (sic)</i>.</p>

Nº Sessão	Indicadores de Resultados (NOC)	Avaliação
3	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização de sensações de tranquilidade e calma; - Diminuição da agitação psicomotora; - Aplicação de exercícios de <i>mindfulness</i> no dia-a-dia para diminuição da ansiedade. 	<p>Grupo composto por 4 participantes.</p> <p>Foi facilitado o processo de meditação através do recurso a uma linguagem verbal simples e de fácil compreensão para o grupo, tom de voz suave e comunicação não-verbal congruente com linguagem verbal.</p> <p>Reduzi a iluminação da sala de modo a promover um ambiente propício à concentração e meditação, contudo os ruídos no exterior da sala condicionaram por momentos a concentração nos exercícios.</p> <p>Durante a realização da “Meditação do Rastreo Corporal” os utentes mostraram-se aparentemente tranquilos e referiram sentir-se “<i>relaxados (...) bem (...)</i>” (<i>sic</i>). Não mencionaram dificuldade em cumprir as etapas do exercício. A Sr.^a. D.^a. R.S. mencionou pensamentos que surgiram durante a realização do exercício, mas que comparativamente à primeira sessão, conseguiu abstrair-se deles e concentrar-se nas indicações.</p> <p>Após a realização da “Meditação dos Sons e Pensamentos” os utentes mostraram-se, aparentemente, menos inquietos que na sessão anterior e a Sr.^a. D.^a. C.N. partilhou que não tinham surgido “<i>tantos pensamentos negativos</i>”(sic). Por outro lado, a Sr.^a. D.^a. R.S. referiu não ter conseguido realizar corretamente o segundo exercício, uma vez que este a remeteu para os seus problemas “<i>lá de fora (...) não me deixaram concentrar</i>” (<i>sic</i>).</p>

Nº Sessão	Indicadores de Resultados (NOC)	Avaliação
4	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização de sensações de tranquilidade e calma; - Diminuição da agitação psicomotora; - Aplicação de exercícios de <i>mindfulness</i> no dia-a-dia para diminuição da ansiedade. 	<p>Grupo composto por 4 participantes.</p> <p>Foi facilitado o processo de meditação através do recurso a uma linguagem verbal simples e de fácil compreensão para o grupo, tom de voz suave e comunicação não-verbal congruente com linguagem verbal.</p> <p>Reduzi a iluminação da sala de modo a promover um ambiente propício à concentração e meditação, contudo os ruídos no exterior da sala condicionaram por momentos a concentração nos exercícios.</p> <p>Durante a realização da “Meditação do Rastreo Corporal” duas utentes apresentaram dificuldade em concentrar-se no exercício, manifestando agitação motora. A Sr.^a. D.^a C.N. partilhou sentir-se “<i>igual (...)</i> <i>não consegui fazer bem o exercício porque só tinha ideias</i>” (sic). A partir do seu discurso foi apurada ideia persistente de desesperança.</p> <p>Na realização da “Meditação dos Movimentos com Atenção Plena” apesaram maior facilidade em coordenar os movimentos com as indicações dadas, comparativamente à sessão nº2. Apesar disso, a Sr.^a. D.^a R.S. partilhou sentir-se “<i>cansada</i>” (sic).</p>

Nº Sessão	Indicadores de Resultados (NOC)	Avaliação
5	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização de sensações de tranquilidade e calma; - Diminuição da agitação psicomotora; - Aplicação de exercícios de <i>mindfulness</i> no dia-a-dia para diminuição da ansiedade. 	<p>Grupo composto por 5 participantes.</p> <p>Foi facilitado o processo de meditação através do recurso a uma linguagem verbal simples e de fácil compreensão para o grupo, tom de voz suave e comunicação não-verbal congruente com linguagem verbal.</p> <p>Reduzi a iluminação da sala de modo a promover um ambiente propício à concentração e meditação, contudo os ruídos no exterior da sala condicionaram por momentos a concentração nos exercícios.</p> <p>Na realização da “Meditação dos Sons e Pensamentos” os utentes mostraram-se, aparentemente, menos inquietos que nas sessões anteriores. A Sr.^a D.^a C.N. referiu sentir maior facilidade em se abstrair dos pensamentos persistentes de automutilação.</p> <p>Após a “Meditação da Respiração e do Corpo”, a Sr.^a D.^a A.C. partilhou sentir-se “<i>relaxada</i>” (<i>sic</i>), contudo manifestou incapacidade em expressar as suas dificuldades na realização dos exercícios. O Sr. D.G., que se encontrava presente pela primeira vez, manifestou interesse na realização do exercício e participação em futuras sessões.</p>

Nº Sessão	Indicadores de Resultados (NOC)	Avaliação
6	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização de sensações de tranquilidade e calma; - Diminuição da agitação psicomotora; - Aplicação de exercícios de <i>mindfulness</i> no dia-a-dia para diminuição da ansiedade. 	<p>Grupo composto por 5 participantes.</p> <p>Foi facilitado o processo de meditação através do recurso a uma linguagem verbal simples e de fácil compreensão para o grupo, tom de voz suave e comunicação não-verbal congruente com linguagem verbal.</p> <p>Reduzi a iluminação da sala de modo a promover um ambiente propício à concentração e meditação, contudo os ruídos no exterior da sala condicionaram por momentos a concentração nos exercícios.</p> <p>Durante a realização da meditação “Desligar o Piloto Automático”, observei que, os utentes demonstraram maior facilidade em cumprir as instruções dadas. A Sr.^a. D.^a R.S. e o Sr. P.S. referiram ter começado a aplicar este exercício no seu dia-a-dia, nomeadamente durante os cuidados de higiene.</p> <p>Após a “Meditação da Respiração e do Corpo”, a Sr.^a. D.^a S.N. partilhou sentir-se “<i>relaxada</i>” (<i>sic</i>) e a Sr.^a. D.^a R.S. referiu aplicar, pontualmente, este exercício no seu dia-a-dia, sobretudo quando está perante “<i>coisas que me stressam</i>” (<i>sic</i>).</p>

**APÊNDICE IV- PLANO DA SESSÃO DO “SERENAR”
NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO**

Etapas	Atividades	Métodos e Técnicas	Recursos	Avaliação	Tempo Estimado (minutos)
Introdução da sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos profissionais - Contextualização da atividade - Breve apresentação dos exercícios 	Expositivo	-Sala de Dinâmicas; - Colchões.	N/A	5
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de <i>mindfulness</i> 	Imagética		N/A	10
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Partilha de experiências - Fecho da sessão e ponte para a sessão seguinte 	Discussão Orientada		N/A	5

Quadro 3- Estrutura da sessão

**APÊNDICE V- AVALIAÇÃO DA SESSÃO DO “SERENAR”
NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO**

Nº Sessão	Indicadores de Resultados (NOC)	Avaliação
7	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização de sensações de tranquilidade e calma; - Diminuição da agitação psicomotora; - Aplicação de exercícios de <i>mindfulness</i> no dia-a-dia para diminuição da ansiedade. 	<p>Grupo composto por 6 participantes.</p> <p>Foi facilitado o processo de meditação através do recurso a uma linguagem verbal simples e de fácil compreensão para o grupo, tom de voz suave e comunicação não-verbal congruente com linguagem verbal.</p> <p>Reduzi a iluminação da sala de modo a promover um ambiente propício à concentração e meditação, contudo os ruídos no exterior da sala condicionaram por momentos a concentração nos exercícios.</p> <p>Durante a realização da “Meditação dos Movimentos com Atenção Plena” quatro dos utentes, aparentemente, estiveram concentrados na realização do exercício. O Sr. D.B. e o Sr. M.R. apresentaram agitação psicomotora, contudo demonstraram consciência da sua dificuldade de concentração e procuraram conter-se no lugar enquanto os outros utentes realizavam o exercício.</p> <p>Durante a partilha, o Sr. J.P. e o Sr. J.M. referiram sentir dores musculares o que dificultou a plena realização do exercício, contudo, foi uma “<i>surpresa agradável (...) sinto-me relaxado</i>” (sic). O Sr. M.N. relacionou a agitação motora com “<i>a quantidade e pensamentos que tenho (...) mas foi muito bom (...) obrigado por nos ter proporcionado este momento</i>” (sic).</p>

Quadro 4- Avaliação da Sessão

APÊNDICE VI- FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO
“SERENAR” NO INTERNAMENTO

Etapas	Atividades	Métodos e Técnicas	Recursos	Avaliação	Tempo Estimado (minutos)
Introdução da sessão	- Apresentação do Orador - Contextualização da sessão	Expositivo	-Sala de Dinâmicas; - Cadeiras;	N/A	5
Desenvolvimento	- Apresentação dos conteúdos da Sessão - Esclarecimento de Dúvidas	Expositivo Discussão Orientada	- Computador; - Projetor; -Folhas de Avaliação; - Canetas.	N/A	30
Conclusão	- Avaliação da Sessão - Fecho da sessão	Expositivo		N/A	5

Quadro 5- Estrutura da Apresentação *Power Point* da formação em contexto de trabalho no serviço de internamento

Sessão de Formação em Contexto de Trabalho no Serviço de Internamento de Agudos



8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
de Saúde Mental e Psiquiatria

”SERENAR”

MINDFULNESS NA GESTÃO DA ANSIEDADE

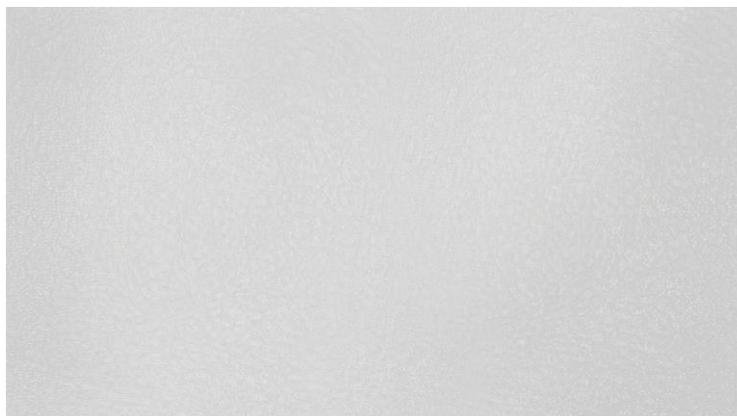
UC Estágio

Fevereiro 2018

Autora: Ana Laura Santos nº5917

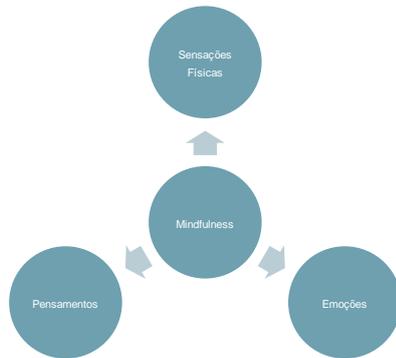
Orientação Pedagógica: Prof. Drª. Ana Melo
Orientação Clínica: Enfª Natacha Rodrigues e Enfª Lurdes Almeida

MINDFULNESS: CONCEITO



Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=VTA0j8FICy8> (Acedido a 01/02/2018)

MINDFULNESS: CONCEITO

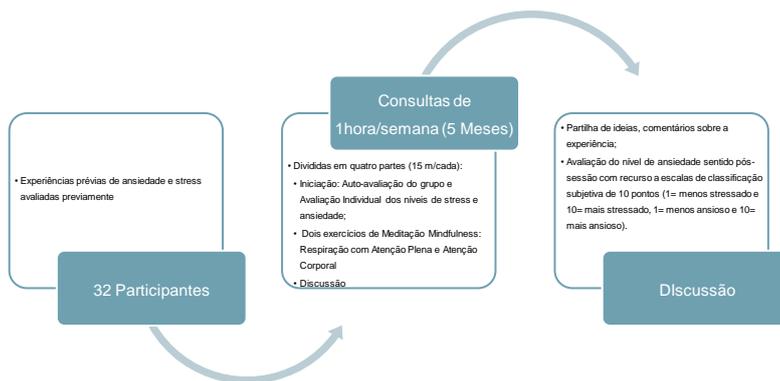


- Estado de atenção plena que treinado pode transformar a personalidade;
- Quando treinado diariamente, este estado de atenção plena tende a tornar-se permanente;
- Foi desenvolvido um programa de 8 semanas.

Williams et Penman, 2011

MINDFULNESS: REVISÃO DA LITERATURA

Questão orientadora “ Em clientes com perturbação do humor hospitalizados numa unidade de agudos, de que modo é que a aromaterapia e a meditação mindfulness afetam os níveis de stress e ansiedade?”



Redstone, 2015

MINDFULNESS: REVISÃO DA LITERATURA



"Foi a primeira vez que fiquei quieto por mais de 5 minutos (...)"

"(...) grupo foi muito relaxante, ajudou minha ansiedade"

"(...) libertei tudo, todos os problemas (...) gostei do grupo e continuaria a fazê-lo se pudesse lá fora."

"(...) a minha ansiedade vem do meu pensamento (...) vou praticar em casa."

"Bom, eu amei o grupo."

Redstone, 2015

MINDFULNESS: REVISÃO DA LITERATURA

Resultados



- PP Bipolar
- Depressão
- Perturbação de Ansiedade
- Esquizofrenia



- Redução da Ansiedade
- Aumento da percepção de pensamentos e sentimentos negativos
- Melhoria no funcionamento intergrupar

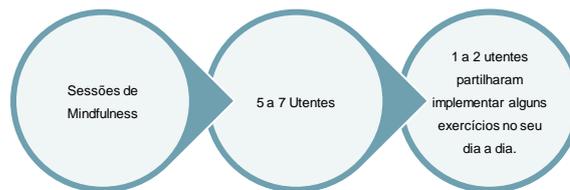
Rinske et al, 2015

MINDFULNESS: REVISÃO DA LITERATURA

- Estudo piloto com um número reduzido de participantes, com resultados motivadores;
 - Sugere uma intervenção que, ao implementada, pode ser eficaz na redução dos níveis de stress e ansiedade de pessoas internadas em unidades de psiquiatria;
 - São necessários estudos mais aprofundados para compreender melhor o impacto do mindfulness;
- Redstone (2015)
- Existe ainda algum ceticismo sobre os programas de mindfulness, contudo a evidência indica que existe uma associação com a redução de ansiedade e stress e melhoria de sintomas depressivos e, concomitantemente, da qualidade de vida;
 - Embora as pesquisas apontem os benefícios do mindfulness, é fundamental ter consciência de que estes programas são um complemento adjuvante a outros tratamentos.

Rinske et al, 2015

MINDFULNESS: HOSPITAL DE DIA



"sinto-me bem (...) relaxada"

"a sua voz tranquiliza-me"

"sinto-me mais ansiosa (...) os pensamentos não ajudaram"

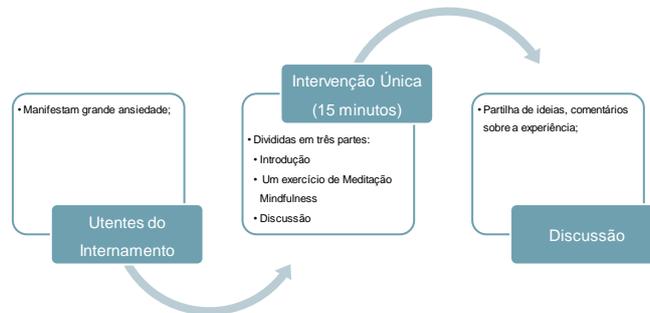
"sinto-me igual (...) tensa"

"sinto-me tranquila"

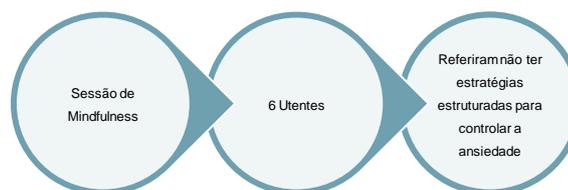
"Agora ficava a descansar"

"é o exercício que mais me tranquiliza"

MINDFULNESS: INTERNAMENTO



MINDFULNESS: INTERNAMENTO



“Sinto-me relaxado”

“Sonolento”

“Sinto-me aliviada (...) bem”

“Sinto-me descontraída”

Dificuldades sentidas:

- Ruído Exterior;
- Dores musculares;
- Agitação psicomotora de dois utentes;

CONCLUSÃO

- O mindfulness é uma técnica de meditação que tem sido alvo de interesse por parte da comunidade científica, contudo ainda carece de estudos relativos à sua implementação na doença mental mais aprofundados;
- Tem efeitos benéficos na redução da ansiedade e stress;
- Em situações de crise é difícil de implementar;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Redstone, L. (2015). Mindfulness Meditation and Aromatherapy to Reduce Stress and Anxiety. Archives of Psychiatric Nursing. (29). 192-193
- Rinske, A.G., Chu, P., Busschbach, J.J.V., Fricchione, G.L. et Hunink, M.G.M. (2015). Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs.
- Williams, M. e Penman, D. (2011). Mindfulness. 14ª Ed. Alfragide: Lua de Papel

OBRIGADA PELA VOSSA PRESENÇA!



APÊNDICE VII- PLANO DA SESSÃO DE CINEMATERAPIA

Etapas	Atividades	Métodos e Técnicas	Recursos	Avaliação	Tempo Estimado (minutos)
Introdução da sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos profissionais - Contextualização da atividade - Apresentação do Texto 	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> -Sala de Dinâmicas; - Cadeiras; -Folhas; -Canetas. 	N/A	5
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Leitura do Texto - Reflexão sobre o texto 	Discussão Orientada		N/A	75
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da Pertinência da Sessão - Fecho da sessão 	Expositivo		N/A	10

APÊNDICE VIII- PLANO DA SESSÃO DE BIBLIOTERAPIA

Etapas	Atividades	Métodos e Técnicas	Recursos	Avaliação	Tempo Estimado (minutos)
Introdução da sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos profissionais - Contextualização da atividade - Apresentação do Filme 	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> -Sala de Dinâmicas; - Cadeiras; -Folhas; -Canetas 	N/A	5
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Visualização do Filme - Reflexão sobre o texto 	Discussão Orientada		N/A	180
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da Pertinência da Sessão - Fecho da sessão 	Expositivo		N/A	10

APÊNDICE IX- ESTUDO DE CASO

Entrevista de Colheita de Dados realizada no dia 17/11/2017, pelas 14h, na Sala de Seguimento Individual, do Hospital de Dia do Hospital. Foi solicitado o consentimento.

1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE E INFORMAÇÕES GERAIS

Nome: M.H.M.

1.1 Motivo do Internamento e Procura de Cuidados

A Sr.^a D.^a M.H.M. integrou o Hospital de Dia em Julho de 2017, após ter sido referenciada pela Equipa Comunitária de Saúde Mental. A utente mostrou-se disponível e motivada e definiu como objetivos pessoais (1) aprender a lidar com as emoções, (2) reconciliar-se com o passado e perdoar os outros, (3) voltar a ter uma vida ativa e (4) voltar a ter uma fonte de rendimento.

2. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

2.1 História Pessoal Sumária

Nasceu em casa. Não sabe se a gravidez foi desejada. Na sua infância, morava em casa da avó paterna, com esta, os pais e seis irmãos. Refere que a sua relação com a avó era boa, *“eu era a neta preferida dela (...) a minha avó dizia que os meus outros irmãos eram um de cada pai. Ela tinha uma má relação com a minha mãe” (sic)*. Relativamente à relação com os pais, considera que *“sempre me dei melhor com o meu pai, do que com a minha mãe (...) na minha casa os papéis eram invertidos, o meu pai era a mãe e a minha mãe o pai (...) ele como era muito doente ficava em casa a tomar conta de nós, enquanto a minha mãe trabalhava” (sic)*.

Aos 7 anos ingressou num colégio de freiras, em semi-internato, o que a marcou de *“forma negativa (...) traumatizou-me (...) sentia que não fazia parte da família, um sentimento de não pertença” (sic)*. Segundo a utente, este sentimento sempre a acompanhou ao longo da vida.

A relação com os irmãos não era muito boa porque era *“maria-rapaz e eles eram muito certinhos (...) lá no pátio chamavam-me a machona, porque não se permitia nada às meninas” (sic)*.

Considera que era uma *“criança feliz, cheia de vida, com espírito de aventura” (sic)*. Apesar da relação com os irmãos não ser a melhor, eram frequentes os episódios de brincadeiras com eles.

Segundo a Sr.^a. D.^a M.H.M, a avó morreu quando esta tinha 12 anos. Um ano mais tarde morreu o pai de doença cardíaca. Com a morte do progenitor, a utente considera que houve uma rutura com a família, na medida em que era o pai quem cuidava de si. Relativamente à relação com a mãe, considera que sempre foi má.

À medida que foi crescendo, as tarefas domésticas eram partilhadas no seio da sua família. Aos 16 anos, na altura do 25 de Abril, interrompeu a escolaridade e envolve-se em movimentos político-partidários “*sempre de esquerda e sempre feministas*” (sic), como militante ativista. Inicia-se, assim, um período de vários ingressos e desistências ao nível académico.

Pelos 35 anos, com o término de uma relação, ingressou na faculdade “*porque queria ir dar aulas para África*” (sic), contudo um acidente de viação fez com que deixasse de poder frequentar as aulas durante um mês, “*o condutor do carro, o V.C., destruiu-me o sonho de uma nova vida, porque já não fui capaz de voltar a estudar, desisti novamente*” (sic). Em 2008, voltou a ingressar na faculdade, num outro curso, contudo três anos mais tarde refere ter abandonado a vida académica porque “*o estado de pobreza foi-se instalando gradualmente (...) fui-me desmotivando (...) surgiram problemas de visão e teve que ser uma amiga a comprar-me estes óculos*” (sic).

Nesta altura, passou a partilhar a casa, que adquirira com a companheira, com a mãe e o irmão mais novo. No início do internamento tinha a intenção de vender a casa e mudar-se para uma comunidade de animais “*porque sou uma mulher de causas*” (sic). Em Outubro de 2017, vendeu a casa e vive, atualmente, em casa de uma amiga.

2.2 Antecedentes Pessoais de Saúde

Relativamente à doença mental, considera que sempre teve noção de que “*vivia entre a sanidade e a loucura (...) descobri primeiro que todos*” (sic).

Iniciou o seguimento pela psicologia na infância “*andava eu no colégio das freiras e levaram-me ao psicólogo*” (sic).

Aos 23 anos, reiniciou o seguimento na psiquiatria após ter tido tuberculose pulmonar porque “*misturava vinagre no café, para ver se morria (...) a minha vida era horrível (...) o meu pai tinha morrido e a minha mãe não me falava*” (sic).

Na idade adulta, aos 52 anos, foi encaminhada pelo médico de família ao Serviço de Urgência do Hospitalar, por um quadro de angústia, ansiedade generalizada, negativismo, irritabilidade fácil, consumos diários de álcool e cannabis, traços de personalidade patológicos com impulsividade, agressividade e baixa tolerância à contrariedade. Na sequência desta ida à urgência teve alta para consulta de psiquiatria na Equipa Comunitária de Saúde Mental, com diagnóstico clínico de Perturbação da Personalidade *Borderline*.

Aos 53 anos, na sequência de rutura com a companheira de quem dependia financeiramente, fica numa situação precária e aumentam as queixas de angústia, choro fácil, ansiedade, isolamento social progressivo, maior irritabilidade, insónia quase total, negligência no autocuidado e maior consumo de álcool e canabinóides.

Aos 54 anos, foi internada, 19 dias, por cumprimento irregular da terapêutica, para desabitação de benzodiazepinas e motivação para adesão a um projeto terapêutico mais abrangente.

Em Junho de 2017, aos 57 anos, dá entrada no Serviço de Urgência Hospitalar por intoxicação por agentes psicotrópicos.

2.3 Antecedentes Familiares/ Genograma

O pai faleceu de doença cardíaca congénita, aos 49 anos. O irmão mais novo tem diagnóstico clínico de Esquizofrenia. Refere que considera que a avó paterna “era doente esquizofrénica, só que ninguém percebeu” (sic).

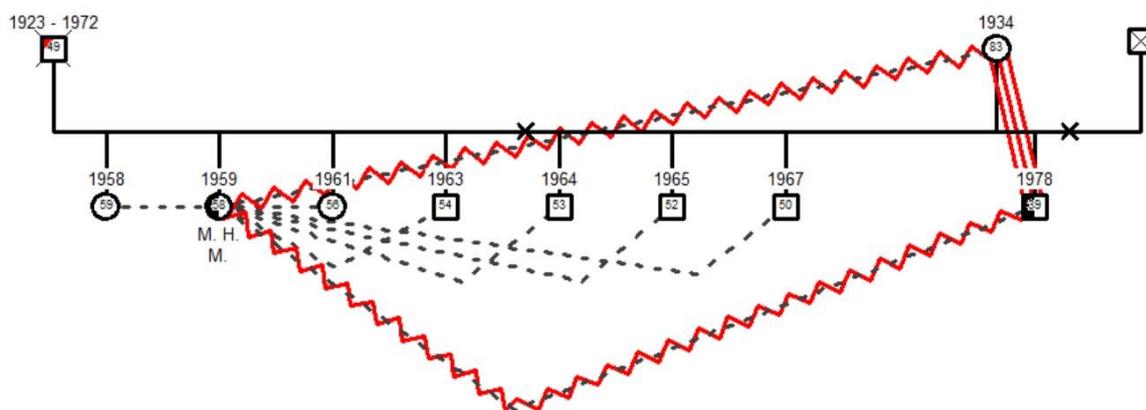


Fig. 1- Genograma da Sr.ª. D.ª M.H.M.

2.4 História de Saúde Atual

A Sr.^a. D.^a M.H.M. quando integrou o Hospital de Dia, apresentava-se nas sessões de grupo acompanhada do seu animal de estimação- uma cadela chamada V. Referia sentir dificuldade na separação com a mesma, uma vez que ambas sentiam angústia e ansiedade quando não estavam juntas. Após um parecer emitido pelo Conselho do Hospital, foi negociado com a utente a frequência ao Hospital de Dia sem a V.

Durante alguns dias, justificando que não tinha ninguém com quem deixar a V., foi testando os limites e apresentava-se acompanhada da cadela. Contudo, após a venda da casa e encontrando-se, atualmente, a morar com a amiga, refere deixar a V. em casa, porque ali “*fica em segurança*” (sic).

A sua assiduidade e pontualidade no Hospital de Dia não é regular. Questiona frequentemente as regras do serviço e conflita com os colegas. Adota uma postura crítica e agressiva para com os pares.

A adesão ao regime terapêutico não é regular, na medida em que é frequente não solicitar a medicação, que lhe é fornecida diariamente no Hospital de Dia.

3. CARACTERIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA

A Perturbação da Personalidade *Borderline* (PPB) caracteriza-se por um padrão global de instabilidade no relacionamento com os outros, humor irregular e irritável, insegurança em relação ao autoconceito e afetos, bem como, impulsividade marcada (Townsend, (2011).

É frequente as pessoas que apresentam PPB (1) sentirem anedonia, o que pode condicionar a capacidade de gestão de emoções fortes, (2) consumirem substâncias de forma abusiva e/ou (3) tentarem o suicídio (Townsend, (2011).

É frequente observar mecanismos de defesa como a negação, projeção e rutura (Townsend, (2011).

A PPB, de acordo com a DSM-V, tem de apresentar cinco ou mais dos seguintes sintomas:

1) Comportamentais e cognitivos

- Esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado;

- Recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamentos de automutilação;
- Ideação paranóide transitória e relacionada com *stress* ou sintomas dissociativos.

2) Emocionais

- Impulsividade em, pelo menos, duas áreas que são potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por exemplo: sexo, gastos financeiros, abuso de substâncias, condução imprudente, comer compulsivamente);
- Instabilidade afetiva devida a acentuada reatividade do humor (por exemplo, episódios de intensa euforia, irritabilidade ou ansiedade, geralmente durando algumas horas e apenas raramente alguns dias);
- Sentimentos crônicos de vazio;
- Raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlá-la (por exemplo, demonstrações frequentes de irritação, raiva constante, agressões corporais recorrentes).

3) Relacionais (em relação ao próprio e aos outros)

- Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
- Perturbação de identidade: instabilidade acentuada e resistente da autoimagem ou do sentimento do self;

Crê-se que a PPB, surge predominantemente em mulheres na idade adulta, e tem a sua etiologia na infância, quando existe um deficit na relação de vinculação da criança com os pais. No tratamento deve-se considerar como enfoque a relação da pessoa consigo própria e com os outros, na medida em que, a área relacionada é a que emerge. A implementação de técnicas de *mindfulness* é eficaz no tratamento da pessoa com PPB (Townsend, (2011).

5. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM ATUAL

4.1 Análise segundo a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau

Peplau perspectiva que a relação enfermeiro-utente se desenvolve ao longo de quatro estádios: a orientação, a identificação, a exploração e a resolução. Na orientação, o utente – Sr.^a. D.^a M.H.M- reconhece a sua necessidade e exprime o desejo que integrar o Hospital de Dia, ou seja, de procurar ajuda. Este desejo foi comunicado ao seu psicólogo assistente que enviou um documento formal a pedir uma primeira avaliação no Hospital de Dia. No estádio de identificação, que ocorre na primeira entrevista, foi explorado junto da Sr.^a. D.^a M.H.M. as principais expectativas e perceções face ao processo terapêutico ocorrido no Hospital de Dia.

Na exploração, estágio no qual a Sr.^a. D.^a M.H.M. se encontra, é espectável que o utente comece a revelar motivação pelo processo de resolução de problemas, contudo, são notórios comportamentos de desafio (ex: trazer a sua cadela de estimação para o serviço, mesmo tendo conhecimento do parecer do Conselho Jurídico) e necessidade de testar o empenho do enfermeiro perante a sua situação (ex: verbaliza que ninguém a consegue ajudar; que tem dores e toda a gente sabe que tem dores e ninguém faz nada).

E por último, o estádio da resolução no qual se estima que exista um crescimento pessoal do doente, demarcado pelo desenvolvimento da capacidade de autorresponsabilização. Este último estádio é avaliado, quando presente, na altura da alta e no grupo pós-alta.

4.2 Apreciação da Variável Fisiológica

4.2.1 Dados Antropométricos

Peso= 48 kg Altura= 1,57 m

IMC= 19,5 kg/m²

4.2.2 Parâmetros Vitais

TA= 107/64 mmHg

FC= 67 bpm

4.2.3 Alergias

Desconhece alergias.

4.2.4 Avaliação Física/Exame Física

Apresenta o cabelo desalinhado, vestuário e calçado bizarro adequados ao clima, embora com aspecto pouco cuidado e/ou limpo. Utiliza prótese dentária superior. Dentes em relativamente bom estado. Postura descontraída. Demonstra pouca preocupação com a sua aparência.

4.3 Apreciação da Variável Psicológica

4.3.1 Exame do Estado Mental

Cooperante com o profissional de saúde durante a entrevista. Contudo ao longo dos grupos psicoterapêuticos é frequente apresentar uma atitude hostil para com os pares e técnicos.

4.3.2 Avaliação da Atitude e Comportamento

Apresenta uma atitude colaborante, embora em momentos de maior tensão se apresente agressiva. De atenção facilmente captável e concentração presente. Com fâcias triste e olhar dirigido. Não apresenta alterações no discurso, quer ao nível do ritmo, forma ou volume.

4.3.3 Humor e Afetividade

Apresenta um humor irregular, predominantemente ansioso. Salientam-se curtos episódios de humor irritável. Fâcias concordante com as emoções expressadas.

4.3.4 Discurso e Linguagem

Apresenta uma linguagem adequada à idade e educação. A velocidade do discurso e a intensidade da voz são adequadas.

4.3.5 Percepção

Não apresenta alterações.

4.3.6 Pensamento

Sem alteração do processo de pensamento.

4.3.7 Consciência, Atenção e Memória

Demonstra incapacidade para, com rigor, realizar exercícios de memória recente ou remota, aspeto que é tido em conta pela utente que refere que esta dificuldade surgiu desde que *“Fui ostracizada pela minha família” (sic)*.

4.3.8 Orientação

Ao longo de toda a entrevista apresenta, aparentemente, dificuldade em orientar-se temporalmente, aspeto que é reconhecido pela própria *“ando perdida no tempo” (sic)*.

4.3.9 Insight e Juízo Crítico

Sem alterações.

4.4 Apreciação da Variável Sociocultural

Atualmente nega qualquer relacionamento interpessoal exceto com a uma amiga *“que é uma espécie de bombeiro (...) um apoio jupante” (sic)*, contudo ao longo dos grupos psicoterapêutico vai manifestando muitos conflitos com esta.

Relativamente à família considera ser *“ostracizada” (sic)*. Refere não ter contacto com a família alargada há vários anos, *“não me recordo quantos” (sic)* e com a mãe e o irmão, com quem vivia, desde há 1 mês.

4.4.1 Integração cultural e social

Relativamente à atividade laboral, trabalhou numa livraria durante 16 anos tendo sido despedida *“por um processo disciplinar”* por incompatibilidades com a chefia. Desde então vive sem qualquer fonte de rendimento, uma vez que o rendimento social de inserção foi suspenso devido ao orçamento do agregado familiar, no qual a utente estava integrada. Nos últimos tempos desempenhou trabalhos esporádicos como cuidadora de idosos e a fazer agricultura biológica.

Quanto às relações interpessoais, refere ter tido sempre poucos amigos porque *“nada permanece (...) quem nada tem, nada perde (...) quando sentia saudades,*

afastava-me, era sinal que estava a depender daquela pessoa (...) tenho medo que as pessoas me façam mal em termos emocionais e físicos, não me sei defender” (sic).

Teve três relacionamentos afetivos, um dos 19 aos 35 anos, os outros dois seguintes com a duração de 7 anos, cada um.

4.5 Apreciação na Variável de Desenvolvimento

4.5.1 Principais marcos de desenvolvimento

Na infância, salienta-se a integração no colégio de freiras, aos 7 anos, bem como a situação de humilhação vivida aquando a mãe a expôs perante os vizinhos. Na adolescência, constitui um marco, a morte do pai e o segundo casamento da mãe. No início da idade adulta, evidencia-se a integração em causas feministas e movimentos partidários.

4.6 Apreciação da Variável Espiritual

Não avaliada.

5 TRATAMENTOS RELACIONADOS

5.1 Terapêutica farmacológica e não farmacológica (Intervenções do ESSMP)

Faz 75 mg de sertralina, uma vez dia. É fornecida a medicação diariamente

6 PLANO DE CUIDADOS

Objetivo Geral: Aumento da Motivação e Socialização

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Indicador de Resultado	Intervenções
Controlo Emocional Instável r/c perturbação psiquiátrica m/p expressão de emoções incoerentes com o fator desencadeador	<p>Que a Sr.^a. D^a. M.H.M. tenha um maior controlo da impulsividade.</p> <p>Que a Sr.^a. D^a. M.H.M. tenha um maior controlo da agressividade.</p>		<p>Aumento da Auto percepção</p> <ul style="list-style-type: none">- Encorajar a Sr.^a. D^a. M.H.M. a reconhecer e discutir os seus pensamentos e sentimentos.- Auxiliar a Sr.^a. D^a. M.H.M. a identificar sentimentos usuais sobre si.- Facilitar a sua identificação de padrões usuais de resposta nas várias situações.- Investigar com a Sr.^a. D^a. M.H.M a necessidade de controlo.- Facilitar a sua autoexpressão no grupo, incentivando-a a participar. <p>Controlo do Comportamento</p> <ul style="list-style-type: none">- Responsabilizar a Sr.^a. D^a. M.H.M. pelo seu comportamento.- Fixar limites com a utente. Usar um tom de voz suave e baixo.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Indicador de Resultado	Intervenções
<p>Relacionamento Ineficaz r/c habilidades ineficazes de comunicação m/p comunicação insatisfatória entre os parceiros (cont.)</p>	<p>Que a Sr.^a. D^a. M.H.M. apresente maior um humor equilibrado.</p> <p>Que a Sr.^a. D^a. M.H.M. apresente maior envolvimento social.</p>		<p>Treinamento da Assertividade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar a Sr.^a. D^a. M.H.M. a reconhecer e reduzir distorções cognitivas que bloqueiam a assertividade. - Distinguir entre os comportamentos de afirmação, agressão e passividade. - Ajudar a esclarecer áreas problemáticas que sente nas duas relações interpessoais. - Promover a sua expressão de ideias e sentimentos, positivos e negativos. - Facilitar oportunidades para a prática, usando a discussão, a modelagem e o desempenho de papéis. - Elogiar as suas tentativas para expressar sentimentos e ideias.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Indicador de Resultado	Intervenções
<p>Relacionamento Ineficaz r/c habilidades ineficazes de comunicação m/p comunicação insatisfatória entre os parceiros</p>	<p>Que a Sr.^a D.^a M.H.M. apresente maior um humor equilibrado.</p> <p>Que a Sr.^a D.^a M.H.M. apresente maior envolvimento social.</p>		<p>Mediação de Conflitos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permitir que os utentes expressem as suas preocupações pessoais; - Oferecer orientação ao longo do processo; - Manter a neutralidade ao longo do processo; - Facilitar a procura de resultados aceitáveis para ambas partes. <p>Controlo do Humor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar a Sr.^a D.^a M.H.M. a identificar pensamentos e sentimentos subjacentes <p>Controlo do Humor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar a Sr.^a D.^a M.H.M. a identificar pensamentos e sentimentos subjacentes ao humor disfuncional; - Auxiliar a utente a identificar aspetos que possam ou não ser mudados; - Encorajar a utente, na medida da sua capacidade, a envolver-se em interações e atividades de grupo. - Administrar medicação estabilizadora do humor, conforme prescrição.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Indicador de Resultado	Intervenções
<p>Ansiedade r/c crises situacionais m/p preocupações expressas relativamente a mudanças na vida (cont.)</p>	<p>Que a Sr.^a D.^a M.H.M. tenha maior controlo da ansiedade</p>		<p>Redução da Ansiedade</p> <ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar um ambiente calmo, promotor da expressão de sentimentos e emoções. -Identificar a(s) fonte(s) de ansiedade da Sr.^a D.^a M.H.M. , através da escuta ativa. -Incentivar a Sr.^a D.^a M.H.M. a partilhar os seus medos e preocupações com o grupo e/ou profissional de saúde nas sessões individuais. -Promover através de uma atividade, como as sessões de meditação baseadas no programa de <i>mindfulness</i>, a redução da ansiedade. - Administrar a medicação prescrita para reduzir a ansiedade, conforme apropriado.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Indicador de Resultado	Intervenções
<p>Ansiedade r/c crises situacionais m/p preocupações expressas relativamente a mudanças na vida</p>	<p>Que a Sr.^a. D^a. M.H.M. tenha maior controlo da ansiedade</p>		<p>Biblioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selecionar textos que reflitam o que a Sr.^a. D^a M.H.M. está a vivenciar. - Falar sobre os sentimentos expressos pelos personagens. <p>Suporte emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discutir com a Sr.^a. D^a. M.H.M. a(s) experiência(s) emocional(ais). - Auxiliar no reconhecimento dos seus sentimentos. - Identificar a função da raiva, da frustração e da fúria para a Sr.^a. D^a. M.H.M. - Permanecer com a utente e oferecer segurança e proteção durante os períodos de ansiedade.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Indicador de Resultado	Intervenções
<p>Falta de Adesão r/c motivação insuficiente m/p comportamento de falta de adesão.</p>	<p>Que a Sr.^a. D^a. M.H.M. tenha um comportamento de adesão.</p> <p>Que a relação enfermeiro/utente seja de confiança.</p>		<p>Facilitação da Autorresponsabilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o nível de responsabilidade que a Sr.^a. D^a. M.H.M. assume. - Discutir as consequências de não lidar com as suas próprias responsabilidades. - Estabelecer limites quanto a comportamentos manipuladores - Encorajar a Sr.^a. D^a. M.H.M. a assumir o máximo de responsabilidades pelo próprio autocuidado, na medida do possível (ex: marcação das consultas de seguimento individual). <p>Estabelecimento de Metas Mútuas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a Sr.^a. D^a. M.H.M. a identificar as suas forças e capacidades. - Auxiliar a utente a identificar metas realistas e atingíveis. - Ajudar a utente a identificar um indicador específico de medida (ex: comportamento) para cada meta. - Ajudar a utente a focalizar mais os resultados esperados do que os desejados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal dificuldade que senti na realização deste estudo de caso, foi a recolha de informação, uma vez que a Sr.^a. D^a. M.H.M. faltou a duas entrevistas agendadas previamente. Contudo, através da consulta do processo clínico e da participação nos grupos psicoterapêuticos tive oportunidade de completar a informação recolhida na entrevista de colheita de dados realizada.

Para a realização do plano de cuidados recorri à nomenclatura da NANDA, NIC e NOC.

APÊNDICE X- JORNAL DE APRENDIZAGEM I
“SER ASSERTIVO”

Numa sessão de jogos terapêuticos, foi trabalhada a comunicação não-verbal através da mímica. Uma vez que se encontravam presentes, apenas, quatro utentes do Hospital de Dia, participei, juntamente com Enf. E., nos jogos escolhidos. Deste modo formamos em conjunto com os utentes, duas equipas de três elementos, que foram criadas, por estes, tendo por base o número de elementos do sexo masculino e sexo feminino. A minha equipa ficou constituída por mim, pela Sr.^a D.^a. L.M. e pelo Sr. J.C..

Um dos jogos escolhidos consistia em selecionar, enquanto equipa, três cartas com palavras escritas e dar a um dos elementos do outro grupo. Ao ver as cartas esse elemento tinha que representar as palavras através de mímica para os pares adivinharem.

No decurso do jogo, a Sr.^a D.^a. L.M. comentou com o Sr. J.C. o facto de estarmos a perder, referindo que tal não aconteceria “*se nós tivéssemos um enfermeiro*” (*sic*). Na altura, no meu íntimo, pensei que papel teria, para eles, enquanto elemento do grupo, uma vez que eu também sou enfermeira. Não senti a minha presença valorizada, o que me provocou algum esmorecimento. Apercebi-me, simultaneamente, que enquanto falavam entre eles referiam-se em relação a mim como a “Laura”, embora diretamente evitassem falar comigo.

Na altura, ao ouvir a forma como falavam acerca do Enf. E. e a forma como se referiam a mim, surgiu uma dúvida relativamente aos fatores que condicionam a relação existente entre mim e os utentes. Por um lado, eu tinha consciência de que naquele contexto eu era aluna da especialidade e não enfermeira do serviço, pelo que a abordagem dos utentes seria diferente para comigo comparativamente aos outros técnicos. Por outro lado, surgiu-me a dúvida de que modo a abordagem dos utentes para comigo poderia ser menos informal e assim passar alguns limites da relação.

Após término da sessão, falei com o Enf. E. sobre as inquietações que me surgiram no decorrer da atividade, nomeadamente de que forma conseguiria estabelecer limites eficazmente, numa situação hipotética.

Quando questionada relativamente a forma como estabeleço limites no meu contexto de trabalho, lembrei situações em que me confrontei com utentes que facilmente ultrapassavam os limites da relação utente-enfermeiro quer pela forma como se dirigem a mim, tratando-me por “Laura” ou pelo modo e/ou expressões que utilizam.

Quando fiz uma breve reflexão sobre a estratégia que utilizo nestas situações, constatei que recorro frequentemente ao evitamento e à mudança no tom de voz. Após pensar nesta estratégia, senti que esta não me satisfazia enquanto enfermeira, aspeto que partilhei com o Enf. E.

A par da minha estratégia insatisfatória, falamos dos fatores que, no grupo do Hospital de Dia em particular, condicionam o estabelecimento de limites eficaz, nomeadamente a proximidade de idades entre mim e alguns utentes, a facilidade de me equacionarem como um deles, enquanto participo ativamente nas sessões; e o meu papel no serviço ser de âmbito formativo e não profissional.

Neste seguimento considereei oportuna a realização de um jornal de aprendizagem relativamente à relação enfermeiro-utente, de modo a aprofundar conhecimentos relativos ao estabelecimento de limites de forma assertiva.

A relação entre duas pessoas estabelece-se pelo meio da criação de um laço e da comunicação (verbal e não verbal). Rézette (2010) considera que a capacidade de uma pessoa se relacionar com outra emerge da sua história pessoal, dos laços que construiu com o mundo exterior e a sua psique; bem como, da sua construção psíquica. A relação enfermeiro-utente estabelece-se quando os dois intervenientes reconhecem que o utente necessita de cuidados e que o enfermeiro, enquanto profissional, tem capacidade de o olhar enquanto um ser em sofrimento, sendo a sua ação no sentido de cuidar (Rézette, 2010). Esta não é uma relação de reciprocidade nem igualdade.

Quando estabelece uma relação com o utente, o enfermeiro é em primeira instância um estranho. Tendo por base este conceito, é Townsend (2011) defende que o enfermeiro deve olhar o utente com respeito e interesse positivo e aceitá-lo como um ser uno, tratá-lo como um ser emocionalmente capaz e relacionar-se com ele nesta base até provas contrárias.

Nesta situação em particular, apesar da minha presença se ter tornada habitual no Hospital de Dia, na minha perspetiva, continuo a ser uma pessoa estranha para os utentes, na medida em que para além de ter um papel mais passivo nos grupos terapêuticos, a relação de confiança não se estabelece num curto espaço de tempo. Segundo Chalifour (2008) o vínculo de confiança criado com o utente é um aspeto ao qual o enfermeiro deve prestar especial atenção, na medida em que quanto mais difícil for o caráter da relação, r

necessidade de assegurar uma presença estável e assídua junto do utente, visto que o vínculo de confiança leva tempo a estabelecer-se.

Por este motivo e por me encontrar em contexto formativo, os utentes podem não olhar para mim enquanto um recurso, na medida em que o enfermeiro, na relação, fornece respostas específicas às questões, emergentes de problemas major, dos utentes (Townsend, 2011).

Em circunstâncias nas quais o enfermeiro sinta o seu papel colocado em causa, Chalifour (2008) aconselha colocar a seguinte questão “*Que emoções me habitam ao longo dos meus contatos com o utente?*”, de modo a que se consciencialize da presença de determinadas emoções e consiga fazer a sua gestão. Para tal, aconselha o enfermeiro a falar acerca destas com o utente e/ou com os seus colegas com vista a evitar que as emoções emerjam desadequadamente, prejudicando a relação com o utente. No fim da sessão, ao falar com o enfermeiro E. senti que a expressão das minhas preocupações e emoções foi fundamental à sua gestão.

Neste seguimento surgiu a minha dúvida relativamente ao modo como sou vista pelos utentes, no geral, e que fatores podem condicionar a relação, nomeadamente a abordagem menos informal e a passagem dos limites da relação enfermeiro-utente.

Numa primeira fase, os limites na relação com o outro surgem através da comunicação. Townsend (2011) considera a existência de condições que têm impacto na relação, nomeadamente, o sistema de valores, as atitudes, as crenças, a cultura, a religião, o estatuto social, o género, o conhecimento, idade e o ambiente no qual a interação tem lugar.

Nesta situação em particular, tal como conclui com Enf. E., a idade próxima entre mim e alguns utentes, nomeadamente o Sr. J.C., bem como o ambiente descontraído no qual o jogo se estava a desenrolar constituíram condições promotoras ao estabelecimento de uma relação mais próxima, semelhante à relação criada pelos pares, e que poderá ser promotora à passagem os limites inerentes à relação profissional.

As trocas numa relação entre o enfermeiro e o utente assentam numa atitude de acolhimento e reciprocidade, pelo que Chalifour (2008) alerta para um conjunto de questões que o enfermeiro deve ter em consideração na presença

de um utente, que no meu entendimento influenciam a comunicação do deste para com os profissionais.

- Como é que os meus colegas nos comportamos na presença do utente (ex: palavras, gestos, modo de fazer as coisas)?

- Quando estou na presença do utente, que revelam os meus modos de estar e fazer, relativamente à qualidade do meu relacionamento com ele (ex: qualidade de contacto, o grau de confiança, o interesse, o grau de consideração por ele)?

- O que lhe comunico quanto ao que vivencio no meu relacionamento com ele?

(Chalifour, 2008)

Quando questionada pelo Enf. E. relativamente às estratégias que uso para lidar com os utentes quando passam os limites da relação, nomeadamente quando recorrem a linguagem inapropriada e/ou são agressivos, conclui que os evito ou mudo o tom de voz com que falo com estes.

Chalifour (2008) considera que quando o enfermeiro recusa ser assertivo junto do utente, com receio de certas reações emocionais e comportamentais por parte do utente, tende a procurar no exterior da relação uma solução que não requeira um grande envolvimento. Segundo o autor, quando o enfermeiro ignora o comportamento do utente e as suas repercussões, concentrando-se no tratamento e saindo rapidamente de junto deste, constitui um comportamento que visa contornar as dificuldades da relação (Chalifour, 2008). Estas são atitudes que utilizo frequentemente, contudo sinto que não se estabelece nenhuma relação entre mim e o utente, o que conduz a uma sensação de mal-estar por não responder às suas necessidades como desejo.

Segundo Chalifour (2008) nestas situações o enfermeiro pode sentir-se impotente e incompetente, perdendo a autoestima enquanto profissional.

Com vista a comunicar assertivamente nestas situações, o autor considera que o enfermeiro deve colocar a si um conjunto de questões que permitam sensibilizar o utente e a proporcionar-lhe a melhor intervenção possível:

- O que conheço acerca deste utente?

- Quais os seus comportamentos (verbais/não verbais) que me colocam dificuldades?

- O utente tem consciência desses comportamentos e dos seus efeitos sobre mim e os outros?
- Que pensa das minhas reações em relação a ele?
- Que emoções está a viver?
- Em que medida é que os seus comportamentos se referem, diretamente, a mim e à nossa relação?
- Que pedido de ajuda traduzem os comportamentos do utente? O que deseja que eu compreenda?
- Quais são os meus pensamentos quando ele manifesta esses comportamentos na minha presença?

(Chalifour, 2008)

A par destas questões, o enfermeiro deve, segundo Chalifour (2008), interessar-se pelo utente, procurar conhecê-lo e observá-lo atentamente de modo a analisar se o problema em se relacionar está associado à sua personalidade ou se prende com a dificuldade que está a viver naquele momento, face à sua doença.

O autor salvaguarda que no caso de o problema estar associado à personalidade do utente, o enfermeiro deve ajudá-lo a reconhecer o comportamento menos adequado e os seus efeitos sobre o outro, a geri-lo e controlá-lo com vista a reduzir os seus efeitos negativos (Chalifour, 2008). No caso de o problema estar associado à sua vivência atual, o enfermeiro deve compreender qual é o pedido de ajuda ou desconforto inerente e ajudar o utente a exprimi-lo. Deste modo o enfermeiro tende a tornar-se assertivo.

Riley (2004) define assertividade como o ponto-chave para uma relação bem-sucedida, e traduz-se pela capacidade do enfermeiro exprimir os seus pensamentos e ideias de forma clara e positiva.

Comunicar assertivamente é, para a autora, uma aprendizagem contínua que requer tempo e prática (Riley, 2004), pelo que tendo por base a minha experiência e idade constitui ainda uma dificuldade no meu dia-a-dia.

Ser-se assertivo é salvaguardar os nossos direitos comunicando de forma clara, direta, sem ameaças ou ataques, sem no entanto negar os direitos do outro (Scott, 1996 citado por Riley, 2004). O treino da assertividade, segundo Riley (2004), deve iniciar-se gradualmente num ambiente seguro, de modo a não

sofrer retaliações. Segundo a autora, para dar uma resposta assertiva devem ser considerados três critérios: o tempo disponível, o conteúdo que se quer transmitir e a receptividade do outro (Riley, 2004).

A comunicação agressiva tende a ser confundida com a comunicação assertiva, na medida em que ambas têm como intuito exercer os nossos direitos. Contudo, quando se comunica de forma rude, violenta e conflituosa, a mensagem não é bem recebida pelo outro, resultando um sentimento de zanga e ressentimento (Riley, 2004). Em suma, a autora define um enfermeiro assertivo como uma pessoa que aparenta ser autoconfiante e contido, que estabelece contacto visual, que utiliza um discurso claro e conciso, que fala de modo firme e positivo, sem sarcasmo e com sinceridade, não é defensivo, toma iniciativa na resolução de situações e apresenta coerência na mensagem verbal e não-verbal.

Considero que a exploração da situação descrita e a realização deste jornal de aprendizagem foi extremamente útil para a minha prática, quer enquanto pessoa, quer enquanto profissional. As estratégias apontadas constituem ferramentas fundamentais, para uma análise reflexiva das situações com as quais me poderei confrontar no dia-a-dia e, que me permitirão responder de modo mais adequado e satisfatório, quer para mim quer para os utentes.

APÊNDICE XI- JORNAL DE APRENDIZAGEM II
“A EMPATIA NA AGRESSIVIDADE”

Na última semana de ensino clínico no serviço de internamento, aproximei-me de um utente- o Sr. V.C.- que se encontrava, junto à janela do corredor, sozinho. Observando-o, apercebi-me que estava com um fâcies fechado e olhar vago. Ao chegar ao pé do utente, abordei-o perguntando-lhe “*Como está Sr. V.? Parece-me pensativo.*”. O utente, dirigindo o olhar para mim, respondeu-me de forma agressiva que estava chateado porque alguém lhe tinha roubado a sua roupa interior e a pasta de dentes. Sabendo que o utente apresenta episódios de delírios persecutórios, procurei chamá-lo à realidade e questionei se os seus pertences teriam mesmo desaparecido ou se não estariam no espólio ou no armário do quarto. Voltou a negar e a referir que lhe tinham mesmo roubado a roupa interior. Perante tal afirmação, voltei a sugerir que se poderia confirmar se a roupa estaria guardada. Negando firmemente, ameaçou-me “*se estás a duvidar de mim, daqui a pouco parto-te toda. Se disse que me roubaram foi porque me roubaram!*”(sic). À medida que me respondia agressivamente, o seu não-verbal mudou, adotando uma postura mais ereta, inclinou-se para a frente e cerrou as mãos. Perante esta resposta ameaçadora não fui capaz de lhe responder no imediato, porque senti o medo a instalar-se subitamente, paralisando-me. O corpo ficou mais tenso, apesar de procurar conscientemente parecer descontraída, e pensei o que faria se o utente partisse para a agressão física. Senti-me ameaçada, contudo sabia que estava num espaço protegido, acompanhada de mais profissionais.

Enquanto procurava uma resposta na minha cabeça, perguntou-me “*Como é que ficavas se te tivessem roubado os documentos?*” (sic) Colocando-me nessa situação hipoteticamente, respondi-lhe que era uma situação muito aborrecida e que não ia gostar, mas que teria que arranjar uma solução. Questionei-o logo de seguida de forma calma e segura “*Foi o que lhe aconteceu?*”. Perante a minha pergunta, voltou a encostar-se no cadeirão e a baixar o olhar respondendo-me que sim, que os documentos tinham desaparecido, mas que a assistente social tinha pedido uma segunda via.

Tendo por base a sua resposta, aproveitei para reforçar que o desaparecimento dos seus pertences teriam igualmente uma solução. Respondeu-me “*não preciso de solução nenhuma, porque tenho mais roupa em casa*” (sic). Terminando, virou a cara para a parede e ficou em silêncio. De seguida fui abordada por outro utente, tendo-me afastado do Sr. V.C..

Ao chegar à sala de enfermagem, minutos depois, pensei como deveria ter reagido perante o Sr. V.C. de modo a não deixar o seu problema sem resposta. Senti que o medo, ao instalar-se, me tinha condicionado e conseqüentemente limitado a minha intervenção.

O Sr. V.C. tem um diagnóstico clínico de perturbação antissocial da personalidade, que é definido como “um padrão difuso de indiferença e violação dos direitos dos outros, o qual surge na infância ou no início da adolescência e continua na vida adulta (...) a falsidade e manipulação são aspetos centrais” (APA, 2014) .

Segundo a APA (2014), a agressão a pessoas e/ou animais, destruição de propriedade, fraude ou roubo e/ou grave violação a regras são comportamentos específicos deste tipo de perturbação da personalidade. As decisões são tomadas de forma impulsiva, sem serem analisadas e/ou tida consideração relativa às conseqüências quer para si, quer para o outro (APA, 2014). A pessoa com perturbação da personalidade antissocial tende a ser irritável e agressiva, podendo cometer atos de agressão física. Este aspeto evidenciou-se quando o Sr. V.C. me ameaçou quando o procurava ajudar na resolução do seu problema.

Segundo Townsend (2011) as pessoas com perturbação da personalidade antissocial apresentam uma tolerância muito baixa à frustração, agindo de forma impulsiva tornando-se furiosas e vingativas. Estas pessoas vêem-se a “sim mesmas como vítimas, utilizando a projeção como mecanismo de defesa primário do ego (...) esta perceção justifica o seu comportamento malicioso” (Townsend, 2011). Apesar do diagnóstico clínico do Sr. V.C., a minha preocupação não assentava nele. Durante o ensino clínico, as breves interações que tinha tido com o utente haviam corrido bem, sem intercorrências semelhantes à situação descrita.

Contudo, nesta situação em particular, o que me preocupou foi o facto de não ter conseguido dar uma resposta satisfatória ao utente, ajudando-o a desconstruir a causa do seu problema, e posteriormente poder ser vítima de agressão.

A raiva é uma emoção que emerge como resposta a um evento ou a alguém que se percebe como mau ou errado. Apesar de ter origem num evento aparentemente negativo, a raiva pode ser uma emoção boa, quando expressada com assertividade, na medida em que permite ganhar motivação ou encontrar soluções para problemas.

Enquanto emoção humana normal pode ser expressada positivamente – quando se recorre à assertividade; ou negativamente- quando se recorre à agressividade. Quando expressada com agressividade, a raiva pode conduzir à violência para com o outro (Townsend, 2011). A agressão pode ser classificada como (1) leve (ex: sarcasmo), (2) moderada (ex: bater portas), (3) grave (ex: ameaças de violência física contra alguém) e (4) extrema (Ex: ato de violência física contra alguém).

Segundo Townsend (2011), a agressividade é uma “resposta que tem como objetivo infligir dor ou lesão a objetos ou pessoas (...) É frequentemente acompanhado de amargura, maldade e ridicularização”. Ferreira e Florido (2011) consideram igualmente que a agressividade é a predisposição para agredir e/ou provocar outro. Esta predisposição assenta numa experiência prévia de observação e imitação de reforços positivos e punições (Ferreira e Florido, 2011). Conhecer a história clínica do utente foi útil, apenas no sentido de prevenir e/ou reduzir as condições para uma eventual agressão, nomeadamente, manter-me de pé uma distância de cerca de 1 metro do utente. Este aspeto é concordante com o defendido por Townsend (2011), o comportamento agressivo pode ser prevenido, se tiver por base a observação do utente e a avaliação de fatores de risco, tais como (1) história de violência prévia, (2) diagnóstico do cliente e (3) comportamento atual.

Para intervir junto de um utente agressivo, o enfermeiro deve conhecer sintomas associados à raiva e agressão de modo a fazer uma avaliação precisa.

Segundo a autora, a melhor intervenção é a prevenção sendo importante estar atento a fatores de risco para potencial ato de violência, nomeadamente, (1) franzir a cara, (2) cerrar os punhos, (3) verbalização em tom grave forçadas através dos dentes cerrados, (4) gritar, (5) contato visual intenso ou evitamento do contato visual, (6) sentimento de ofensa fácil, (7) resposta defensiva às críticas, (8) comportamento passivo-agressivo, (9) rubor da face e (10) estado de tensão contínuo (Townsend, 2011). O facto de ter estado atenta aos sinais que o utente foi apresentando, nomeadamente o inclinar-se para a frente e cerrar os punhos enquanto olhava para mim fez-me ter noção da ameaça, contudo aumentou a minha tensão e fez-me sentir medo de uma eventual agressão.

Contudo, quando me questionou quanto a um possível roubo de documentos, procurei gerir as emoções que me assaltaram e responder-lhe de forma empática, colocando-me nesse papel.

Este aspeto é corroborado por Ferreira e Florido (2011) que definiu a importância de intervir junto do utente agressivo recorrendo a estratégias “descalção”, ou seja, estratégias que visem promover o controlo ambiental e recorrer à relação terapêutica de modo a (1) identificar as necessidades do utente e (2) auxiliá-lo na expressão adequada dos seus sentimentos, emoções e frustrações, (3) negociar de forma realista evitando ameaças, (4) escutar atentamente e demonstrar empatia, (5) adotar uma comunicação não-verbal com aparência calma, confiante e de autocontrolo, sem ser arrogante.

Sucintamente, Townsend (2011) apresenta um conjunto de intervenções que perante um utente que expressa a raiva inapropriadamente, o enfermeiro deve adotar:

1. Manter a calma;
2. Dar *feedback* ao utente, colocando limites à sua comunicação verbal e não-verbal, e expor-lhe as consequências que o seu comportamento inapropriado pode ter;
3. Procurar não tocar no utente, sobretudo quando manifesta tensão;
4. Ajudar o utente a compreender o que motiva a sua raiva;
5. Refletir conjuntamente com o utente com vista a encontrar alternativas para libertar a sua tensão de forma mais assertiva;
6. Observar sinais preditores de aumento da raiva;
7. Assegurar-se da presença de recursos humanos suficientes para o caso de ser necessário ajudar numa situação de violência;

Townsend (2011) sugere ainda que pode ser benéfico, por vezes, ignorar comentários iniciais depreciativos, na medida em que a ausência de *feedback* pode extinguir o comportamento indesejável. Perante a ameaça, ao confrontar-se com o meu silêncio, o Sr. V.C. acabou por colocar uma outra questão e não partir para a agressão. Para além das intervenções sugeridas, a autora propõe ainda, duas técnicas para lidar com a agressão (1) apaziguamento através do tom de voz e (2) recurso a um mediador físico (Townsend, 2011). Enquanto na primeira técnica se pretende promover uma relação contentora e de confiança de modo a reduzir a

ansiedade, na segunda técnica pretende-se ajudar o utente a libertar a tensão associada a elevados níveis de raiva através do esforço físico (Townsend, 2011).

No caso de estas intervenções serem ineficazes, Townsend (2011) sugere que se deve recorrer à administração de terapêutica SOS, prescrita, com o consentimento do utente. Estas intervenções pressupõem o respeito pelo princípio da autonomia, na medida em que se pretende que o utente consiga através do juízo crítico decidir fazer ou procurar aquilo que é o melhor para si (CDE, 2008). Caso o utente se recuse a tomar a terapêutica, o enfermeiro deve reavaliar a situação de modo a verificar a existência de perigo quer para o utente, quer para as outras pessoas e se necessário, após administração de terapêutica, não for suficiente deve recorrer-se à contenção física e/ou isolamento (Townsend, 2011).

Em suma, analisando a situação à luz de fundamentação teórica, concluo que perante o comportamento agressivo do Sr. V.C. consegui gerir o medo, que senti momentaneamente e, ser empática junto do utente. Perante uma situação na qual eu acredite, como era o caso do Sr. V.C. acreditar que lhe tinham roubado a roupa interior e a pasta de dentes, é possível que me sinta chateada- utilizando o termo aplicado pelo utente- e eventualmente com raiva.

Contudo, a resposta que eu dei ao problema inicial do utente, não foi a mais adequada, na medida em que não o estava a ajudar a encontrar respostas para o seu problema, mas sim a dar-lhe uma eventual resolução.

Perante a minha intervenção, o utente, dadas as suas características pessoais, não conseguiu gerir a raiva de forma positiva, ameaçando-me.

No entanto, saliento como positivo, o facto de ter conseguido através da gestão das minhas emoções chegar até ao utente, através da empatia, e por conseguinte “descalar” o seu comportamento agressivo.