Mestrado em Enfermagem na

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

A Auto-Estima do Utente com Humor Depressivo:

Intervenções do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica

Mara Raquel Esteves de Andrade

Lisboa

2020

Mestrado em Enfermagem na

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

A Auto-Estima do Utente com Humor Depressivo:

Intervenções do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica

Mara Raquel Esteves de Andrade

Orientadora: Profª Drª Ana Cristina Miranda Romano Fontes Pereira de Melo

Lisboa

2020

“Vive a vida o mais intensamente que puderes. Escreve essa intensidade o mais calmamente que puderes. E ela será ainda mais intensa no absoluto do imaginário de quem te lê.” (Vergílio Ferreira)

AGRADECIMENTOS

Com grande admiração e gratidão: à Orientadora, Profª Dr.ª Ana Melo, meu modelo a seguir. Por ter estado sempre presente, por me ter encorajado, animado, por ter sido a minha âncora nos momentos difíceis e me ter conduzido na viagem mais difícil e recompensadora da minha vida.

Aos orientadores clínicos: pela paciência, partilha, compreensão e conhecimentos que tão bem me transmitiram. Por terem sido cruciais no sucesso dos meus estágios e por me direcionarem no caminho ao centro de mim.

A todos os professores da ESEL: pelo profissionalismo e sabedoria que demonstraram.

Ao Prof. Dr. Jaime Fonseca do ISCSP: pelo altruísmo e pelo precioso apoio na análise dos dados deste relatório.

Aos meus queridos pais: os meus melhores exemplos de força, conquista, trabalho, dedicação e amor. Pelo apoio que sempre me dão, pelo exemplo que transmitem e por me ensinarem que só com amor se atingem os melhores resultados.

Aos manos e sobrinhos: a minha alegria e alento. Pela compreensão, pela força e pelo amor que me dão.

Aos meus colegas de turma: pelos momentos de alegria, de risadas, de lágrimas, de conforto, de ânimo. Pelas vivências e experiências que me irão acompanhar para sempre.

Um bem-haja a todos!

“Aquilo que vivi é um presente embrulhado em palavras, nitidez de um lado e de outro, caminho até ao centro de alguma coisa ou de alguém, eu. Aquilo que vivi é a oferta única de um sorriso que não precisa de explicação.”

(José Luís Peixoto)

SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

HD – Hospital de Dia

IA – Internamento de Agudos

RESUMO

A incidência cada vez maior de casos de depressão na população portuguesa e o elevado número de utentes com diagnósticos de enfermagem autoestima comprometida e humor depressivo, observados no decorrer dos estágios em hospital de dia e internamento de agudos de psiquiatria, tornaram premente a abordagem destes diagnósticos. Estudos revelam que o nível de autoestima pode fazer a diferença entre a saúde e a doença mental, dessa forma, a compreensão e promoção da mesma pode ser crucial no tratamento dos utentes com humor depressivo. Nesse âmbito, este relatório pretendeu perceber se existia relação entre autoestima e humor depressivo, planear e executar intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, expressivas e relação terapêutica, de forma a compreender se estas podiam contribuir para a promoção da autoestima e diminuição da recorrência de humor depressivo. O modelo teórico de enfermagem utilizado para sustentar a minha prática foi o Modelo Teórico de Peplau. Para dar resposta aos objetivos foi efetuada uma abordagem de triangulação metodológica através da colheita de dados diretos e indiretos provenientes de relação terapêutica, aplicação de escalas, avaliação escrita e verbal das sessões, execução de um estudo de caso, realização de intervenções de enfermagem psicoterapêuticas, psicoeducativas e expressivas e efetivação de notas de sessão.

Pese embora no resultado das escalas não se tenha verificado um aumento médio significativo da autoestima do grupo, a nível individual foram verificadas diferenças relevantes na promoção da autoestima. Os dados provenientes da relação terapêutica, da avaliação e notas de sessão, permitem afirmar que houve aumento da autoestima e diminuição de recorrência de humor depressivo, constatando-se que as intervenções de enfermagem efetuadas tiveram influência positiva nesses diagnósticos. Os resultados gerais demonstraram também a existência de relação entre as variáveis.

Estas conclusões podem ser um contributo valioso em futuros estudos longitudinais e para a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Palavras-chave: Autoestima, humor depressivo, saúde mental.

ABSTRACT

The increasing incidence of depression cases in the Portuguese population and the high number of patients with nursing diagnoses of compromised self-esteem and depressive mood, observed during the day hospital and acute inpatient psychiatry unit internships, made the approach of these diagnoses pressing. Studies show that the level of self-esteem can make the difference between health and mental illness, so understanding and promoting it can be crucial in the treatment of users with depressed mood. In this context, this report intended to understand whether there is a relationship between self-esteem and depressed mood, planning and executing psychoeducational, psychotherapeutic, expressive and therapeutic interventions, in order to understand whether these can contribute to the promotion of self-esteem and decrease recurrences of depressed mood. The theoretical model of nursing used to support my practice was Peplau's Theoretical Model. A methodological triangulation approach was used through the collection of direct and indirect data from therapeutic relationships, scales application, written and verbal evaluation of the sessions, execution of a case study, execution of psychotherapeutic, psychoeducative, and expressive nursing interventions and effectuation of session notes.

Even though the result of the scales did not show a significant increase in the average of the group's self-esteem, at the individual level relevant differences were found, in the promotion of self-esteem. The data taken from the therapeutic relationship, from the evaluation and session notes, allow me to state that there was an increase in self-esteem and a decrease in recurrence of depressive mood, showing that the nursing interventions performed had a positive influence on these diagnoses. The general results also demonstrated the existence of a relationship between the variables.

These conclusions can be a valuable contribution to future longitudinal studies and for mental and psychiatric health nursing.

Keywords: Self-esteem, depressive mood, mental health.

Índice

INTRODUÇÃO *19*

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO *21*

1.1. DEPRESSÃO 21

1.2. AUTOESTIMA 23

1.3. RELAÇÃO ENTRE HUMOR DEPRESSIVO E AUTOESTIMA 26

1.4. MODELO TEÓRICO DE HILDEGARD PEPLAU 28

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO *33*

2.1. CONTEXTO 33

2.2. AMOSTRA 34

2.3. PROCEDIMENTOS 35

2.4. METODOLOGIA 36

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICO-DEONTOLÓGICAS *37*

4. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS (À LUZ DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMP) *39*

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS *61*

CONSIDERAÇÕES FINAIS *67*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS *71*

Apêndices *80*

Apêndice 1 - Notas da Sessão *82*

Apêndice 2 - Ficha de Avaliação do Programa *84*

Apêndice 3 - Consentimento Informado *86*

Apêndice 4 - Panfleto *88*

Apêndice 5 - Estudo de Caso *90*

Apêndice 6 - Plano Sessão 1 IA *126*

Apêndice 7 - Plano Sessão 1 HD *128*

Apêndice 8 - Plano Sessão 4 HD.....130

Apêndice 9 - Base de Dados 132

Anexos 138

Anexo 1 - Escala Autoestima.....140

Anexo 2 - Autorização Utilização Escala 142

Anexo 3 - Autorização Comissão de Ética.....144

Índice de Figuras

Gráfico 1 - Excerto da Base de Dados 61

INTRODUÇÃO

No âmbito do 10º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, foi proposta a realização de um relatório de estágio. Este relatório, subordinado à temática 'A Auto-estima do Utente[1] com Humor Depressivo: Intervenções do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica', visa: retratar o percurso de desenvolvimento de competências do EESMP, a pesquisa e o trabalho desenvolvido por mim durante os estágios.

Através da realização de pesquisa bibliográfica, constatei que além de elevada, a incidência de casos de depressão na população mundial é cada vez mais crescente. Averiguei que cerca de 4,4% da população mundial, sofre de depressão (DGS, 2017), sendo esta a doença do mundo que mais causa incapacidade e dependência psicossocial (11,8%) (Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães, & Caldas-de-Almeida, 2013; OMS, 2017). No que se refere à população portuguesa, verifiquei que cerca de 7,9% tem uma perturbação de humor (Almeida et al., 2013). Analisei ainda estudos que mostravam que o nível de autoestima pode fazer a diferença entre a saúde e a doença mental, dessa forma a compreensão e promoção da mesma é crucial no tratamento dos utentes (Hepper, 2016).

Por outro lado, constatei que grande parte dos utentes, tanto no hospital de dia, como no serviço de internamento, tinha o diagnóstico de enfermagem de humor depressivo e autoestima comprometida, pelo que seria relevante aprofundar estes conceitos nos estágios e direcionar as minhas intervenções de enfermagem nesse sentido. O modelo teórico de enfermagem utilizado para sustentar a minha prática foi o Modelo Teórico de Hildegard E. Peplau.

Nesse seguimento, decidi desenvolver no relatório de estágio os conceitos autoestima e depressão e efetuar dois estágios, em hospital de dia e internamento de agudos, que permitissem compreender se as intervenções do

[1] [1] Neste projeto optou-se por utilizar a palavra utente pois, segundo a Ordem dos Enfermeiros, palavras como utente, doente ou consumidor de cuidados, não colidem com os princípios preconizados nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2002). Utente como aquele que usa, que utiliza bens, serviços públicos ou privados (Dicionário da Língua Portuguesa, 2019).

EESMP podiam ter influência no utente com diagnósticos de enfermagem de autoestima comprometida e humor depressivo, dando resposta à questão de partida: Poderão as intervenções do EESMP contribuir para a promoção da autoestima e prevenção de recorrências do humor depressivo?

Para dar resposta a esta questão, formulei vários objetivos. Objetivo geral: Desenvolver as competências comuns e específicas do EESMP. Objetivos específicos: Identificar a existência de relação entre autoestima e humor depressivo; Estabelecer relação terapêutica com base na confiança, de forma a potenciar as faculdades do utente e contribuir para o empoderamento do mesmo; Planear e executar intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, expressivas, de forma a promover a autoestima e prevenir recorrências de humor depressivo; Analisar a eficácia das intervenções de enfermagem aplicadas.

De forma a concretizar os objetivos definidos pretendi utilizar uma abordagem de triangulação metodológica (Carmo & Ferreira, 2008; Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010; Waltz, Strickland & Lenz, 2010; Ingham-Broomfield, 2016), através da colheita de dados diretos e indiretos provenientes de: relação terapêutica, aplicação de escalas, avaliação escrita e verbal das sessões, execução de um estudo de caso, realização de intervenções de enfermagem psicoterapêuticas, psicoeducativas e expressivas e realização de notas de sessão.

Este relatório começa pelo enquadramento teórico, onde se identificam os principais conceitos e o modelo de enfermagem utilizado, de seguida apresento o enquadramento metodológico para os dois estágios, as considerações ético-deontológicas, passando às intervenções desenvolvidas (à luz das competências específicas do EESMP), finalizando com a análise dos resultados e as principais conclusões.

Para realizar este relatório foram utilizadas as normas APA (2018) e de acordo com o Novo Acordo Ortográfico Português em vigor.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para dar resposta à questão de investigação, efetuei uma revisão de literatura, objetivando "a consulta e recolha de informação pertinente relativa à área de investigação em geral e à problemática da investigação em particular" (Sousa & Batista, 2011), sendo os conceitos-chave deste relatório a depressão, humor depressivo e autoestima. O modelo teórico de enfermagem, fundamental como base estruturante para o exercício profissional do EESMP e para a compreensão dos conceitos definidos, será também abordado, tendo sido escolhido o Modelo Teórico de Hildegard E. Peplau.

Foi feita pesquisa em bases de dados científicas como Medline, Pubmed, Scielo, Cinahl, Google Académico, entre outras e validado rigor científico e pertinência do artigo de acordo com o Scientific Journal Ranking.

1.1. DEPRESSÃO

Saúde mental pode ser definida como "estado de bem-estar no qual o individuo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere" (WHO, 2018). Umas das causas da diminuição da saúde mental na sociedade moderna é a depressão que, pela sua incidência e recorrência, se tornou um problema de saúde pública (Crane & Kuyken, 2013).

Segundo a DSM-5 (2014, p.155),

> Os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distimia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. (...) Presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo.

Para Townsend (2011, p.539) a depressão é "uma alteração no humor que é expressa por sentimentos de tristeza, desespero e pessimismo. Há uma perda do interesse nas actividades habituais e os sintomas somáticos podem ser evidentes. São comuns alterações no apetite e padrões do sono." Pode também ser classificada quanto à gravidade, periodicidade e características específicas.

A pessoa com depressão apresenta uma falta de interesse e prazer nas atividades diárias, perda ou ganho de peso, insónia ou sono excessivo, falta de energia, dificuldade em concentrar-se, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, com possibilidade de pensamentos de morte e suicídio (APA, 2019).

A depressão está incluída nas perturbações de humor e é descrita como percursora de sofrimento acentuado, causando prejuízos a nível pessoal, social e ocupacional influenciando de forma negativa o pensamento, alterando a capacidade física, causando dor e inabilidade de agir a ultrapassar tal estado (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Na pessoa com depressão, o facto de o humor afetar os pensamentos, agravando o próprio humor, faz com que a pessoa inconscientemente altere a forma como avalia e interpreta o que a rodeia (Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn, 2016). As perturbações de humor afetam também a competência cognitiva, a linguagem, a concentração, levando à perda de energia, de interesse nas atividades, perda de apetite, perda de desejo sexual, originando sentimentos de culpa (Kaplan, Sadock & Greb, 1997).

No que se refere à prescrição e intervenção do enfermeiro, é resultado de um processo reflexivo após um pedido de ajuda e definição dos respetivos diagnósticos e intervenções de enfermagem (Amaral, 2010). Sendo o meu foco um diagnóstico de enfermagem e não clínico, no âmbito do conceito supracitado destaco o principal diagnóstico de enfermagem:

Humor depressivo (Sequeira, 2006; CIPE, 2016; OE, 2018). Pode estar presente em grau muito ligeiro, ligeiro, moderado, moderadamente grave, ou grave (Sequeira, 2006). Segundo a OE (2018, p.29) o humor depressivo é caracterizado por:

> Tristeza persistente (há mais de uma semana); Desesperança e pessimismo (sensação de que o futuro não lhe trará nada de bom); Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades; Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão.

As intervenções de enfermagem que a OE (2018, p.29) define para dar resposta ao diagnóstico são: “Ensinar Sobre Humor Depressivo; Executar Apoio

Emocional; Executar Entrevista Motivacional; Executar Estimulação Cognitiva; Executar Intervenção Familiar; Executar Programa de Saúde Mental Positiva; Executar Reestruturação Cognitiva; Executar Relação de Ajuda - Treinar Competências Sociais; Vigiar Equilíbrio do Humor".

Sendo a depressão um fenómeno complexo, pessoal e individual, a pessoa com depressão desconecta-se do mundo interno e externo ao lidar com o seu próprio desespero, pelo que Feely & Long (2009) baseados no Modelo de Peplau abordaram a importância do EESMP nesta área, frisando a importância de o utente falar, aceitar e conectar-se com as suas próprias experiências, relacionando-as com os seus sentimentos e comportamentos; falar dos seus significados, da aceitação das mesmas, projetando-as em acontecimentos futuros.

Também no utente com autoestima comprometida, o EESMP tem um papel fundamental e até algumas intervenções são idênticas, pelo que irei de seguida abordar de forma mais detalhada esse conceito.

1.2. AUTOESTIMA

A autoestima é uma necessidade universal dos seres humanos e uma componente chave de promoção e manutenção da saúde física e mental (Meisenhelder, 1985). Para Rogers (1985) todas as pessoas merecem estimar-se e ser estimadas, devendo a própria pessoa promover a autoaceitação, tanto das suas virtudes, como das fraquezas.

A autoestima, sendo uma faceta do autoconceito, constitui a avaliação que a pessoa faz às suas qualidades e desempenhos (Sequeira, 2006). "É uma atitude do indivíduo para consigo próprio, que vai sendo adquirida ao longo do crescimento e do desenvolvimento". "Permite uma relação social saudável e positiva"; "desenvolve a criatividade"; e "influencia e condiciona a aprendizagem" (Sequeira, 2006, p.52-53).

Segundo Amaral (2010, p. 49) a autoestima é definida como:

> tipo de auto-conceito com as características especificas: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e de auto-limitação,

desafio das imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento da mesma maneira que da crítica construtiva.

Para Townsend (2011) “a auto-estima refere-se ao grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e é uma medida do valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos” (p. 250).

A autoestima elevada associa-se a um bom ajustamento, autoaceitação e estabelecimento de relações saudáveis e fortes. Por outro lado, uma autoestima diminuída associa-se a “falta de confiança, dependência dos outros, vergonha, uso de fachadas defensivas, rigidez e autoritarismo” (Sequeira, 2006). “Os indivíduos com baixa autoestima vêem-se a si próprios como incompetentes, não passíveis de serem amados, inseguros e indignos” (Townsend, 2011, p. 252).

Sequeira & Sampaio (2020, p.117) referem que, no diagnóstico de enfermagem baixa autoestima, se destacam os seguintes dados principais: “A pessoa revela opinião ou imagem mental de si próprio em dissonância com a realidade; A pessoa revela pensamentos negativos sobre si e/ou sobre o seu desempenho; A pessoa desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas”. Também destacam alguns dados secundários/opcionais, como “avaliação negativa de si”; “comportamento indeciso”; “verbalização de sentimentos de inutilidade”, entre outros.

Alguns autores referem que pode ser construída como uma característica permanente de personalidade (traço de autoestima) ou como uma condição psicológica temporária (estado de autoestima ou autoestima contingente) (Sedikides & Gregg, 2003). Sequeira e Sampaio (2020, p.117) identificam também dois critérios de diagnóstico de autoestima, a “Baixa autoestima situacional”, “caso as manifestações de baixa autoestima sejam decorrentes de uma situação atual” e “Baixa autoestima crónica”, “caso essas manifestações sejam de longa data”. Por seu lado, Tafarodi & Ho (2006) relatam que o compromisso com uma única autoestima em nada contribui para diminuir a ambivalência em relação ao eu, pelo que abordam dois tipos de autoestima: implícita e explícita. Referem que a medição da autoestima visa avaliar a autoavaliação do indivíduo como pessoa, um ser moral. Essa avaliação não é fixa, mas reflete o imperativo de compreender a si mesmo como uma identidade

através do tempo, aquele que é tanto um sujeito quanto um agente de mudança. Porém, a reflexão moral sobre a própria personalidade é um ato sintético que apresenta configurações complexas de pensamento avaliativo e sentimento significativo dentro de um quadro simbólico culturalmente vinculado **(**Tafarodi & Ho, 2006).

Outro autor refere que os indivíduos com elevada autoestima contingente tendem a ter maior variabilidade do traço de autoestima e com o passar dos anos a autoestima contingente destes tende a diminuir. Refere ainda que alguns indivíduos utilizam determinados recursos de forma a promover a sua autoestima, como sendo a aparência, a performance e os relacionamentos com os outros (Kang, 2019).

No âmbito do conceito supracitado destaco o principal diagnóstico de enfermagem: ***Baixa autoestima*** (Sequeira & Sampaio, 2020), ***autoestima comprometida*** *(*CIPE, 2016) ou ***autoestima diminuída*** (Amaral, 2010).

As intervenções de enfermagem definidas por Amaral (2010, p. 49, 50) para dar resposta ao diagnóstico são: “Aumentar a Socialização; Encorajar Relação Complexa; Incentivar o Humor; Promover Reunião Comunitária; Facilitar Licença de Saída; Disponibilizar Presença; Disponibilizar Suporte Emocional e Iniciar Reestruturação Cognitiva”. Sequeira e Sampaio (2020, p.118) basendo-se nas *Nursing Interventions Classification* de Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner (2018) identificaram também intervenções de enfermagem, como sendo: “Executar aconselhamento”; “Executar apoio emocional”; Executar intervenção psicoeducativa; Executar reestruturação cognitiva; “Executar relação de ajuda”; “Executar intervenção de promoção de autoestima: “Encorajar o utente a identificar as suas forças”; “Reforçar as forças pessoais identificadas pelo utente”; “Assistir o utente na procura de autoaceitação”; “Encorajar o utente a falar para si mesmo no dia a dia, no sentido de verbalizar afirmações positivas”; “Assistir o utente na identificação de respostas positivas por parte dos outros”; Evitar a crítica negativa; “Transmitir confiança na capacidade de o utente lidar com a situação”; entre outros.

A ligação entre humor depressivo e autoestima, a semelhança das suas expressões diretas, a influência mútua que exercem, bem como a

correspondência de algumas intervenções de enfermagem, revela a necessidade de analisar de forma mais minuciosa a sua relação.

1.3. RELAÇÃO ENTRE HUMOR DEPRESSIVO E AUTOESTIMA

Smeijers et al. (2017) e Townsend (2011) referem que a baixa autoestima é um sintoma de vulnerabilidade à depressão e um sintoma de depressão.

"Auto-estima diminuída é um componente importante da depressão, que age como uma forma de punição e de anestesia. Ela indica a auto-rejeição e o auto-repúdio, o que pode ser um processo consciente ou inconsciente, expresso de formas directa e indirectas" (Sequeira, 2006, p.54).

As expressões diretas de baixa autoestima podem incluir: autocrítica, autodiminuição, culpa e preocupação, manifestações somáticas, recusa do prazer a si mesmo, perturbações nos relacionamentos, alienação da realidade, autodestrutibilidade, destrutibilidade em relação a outros (Sequeira, 2006, p. 54,55), relacionando-a com as expressões do humor depressivo.

Na sua investigação, Wang et al. (2018) mostraram que a autoestima estava significativamente relacionada à depressão e a satisfação com relacionamentos mediava parcialmente essa relação.

Em estudos longitudinais feitos a casais verificou-se que a presença de sintomas depressivos mais elevados num parceiro era associada a níveis mais altos de depressão e menor autoestima no outro parceiro, um ano depois. O suporte conjugal em situações de stress influenciava os níveis de autoestima e depressão. Os resultados mostravam ainda que as relações de casal representavam um importante fator contextual que podia estar implicado nas vias de desenvolvimento que conectam a autoestima e os sintomas de depressão (Johnson, Galambos, Finn, Neyer, & Horne, 2017).

Num outro estudo longitudinal de seis anos feito a pessoas idosas, verificou-se que a autoestima e o humor depressivo seguiam duas trajetórias de desenvolvimento paralelas e estáveis ao longo dos anos. O humor depressivo não era necessário nem suficiente para baixar a autoestima, o que significava que a autoestima e o humor depressivo não se antecipavam um ao outro na velhice. Nesse estudo, não se verificou relação entre autoestima e depressão, em vez disso, a correlação entre eles seria inteiramente atribuível a fatores

comuns (genéticos ou ambientais) (Gana, Bailly, Saada, Broc & Alaphilippe, 2015).

No que se refere aos estudos específicos de determinado tipo de autoestima, alguns referem que existem diferenças na autoestima implícita entre as pessoas com depressão e pessoas sem depressão, no entanto, utentes com depressão podiam apresentar níveis positivos de autoestima implícita (De Raedt, Schacht, Franck & De Houwer, 2006). Lemmens et al., 2014 referem que é a medida explícita da autoestima e não a implícita que está relacionada com a depressão. Outras investigações revelam que os níveis de autoestima implícita são mais baixos em pessoas com um episódio depressivo do que em pessoas saudáveis, no entanto não se verificaram diferenças significativas da autoestima implícita entre pessoas com episódios depressivos recorrentes e pessoas saudáveis. Nesse âmbito, os autores sugerem tratamentos de prevenção de recaída que também aumentem a autoestima implícita e explícita, com avaliações periódicas dos mesmos (Risch et al., 2010).

Outros estudos mostram ainda que algumas pessoas têm comportamentos implícitos e explícitos discrepantes, como uma alta autoestima explícita e baixa autoestima implícita (frágil), ou baixa autoestima explícita e alta autoestima implícita (danificada) (Phillips & Hine, 2016). Outro estudo fornece evidências que a autoestima danificada pode ser mais prejudicial do que uma baixa autoestima constante (Smeijers et al., 2017). Para Kim & Moore (2019), enquanto que a autoestima danificada pode ser um forte preditor de sintomas depressivos, a associação entre sintomas depressivos e autoestima implícita e explícita deve-se principalmente à forte ligação entre autoestima explícita e depressão.

Ainda outro estudo sugere que indivíduos com baixa autoestima implícita são mais vulneráveis a ter depressão, mesmo quando têm simultaneamente elevada autoestima explícita. A vulnerabilidade conferida pela autoestima frágil dependeria do uso de ruminação, que se acreditava ser uma ineficaz estratégia explícita de autorregulação. Dessa forma, as tentativas de aliviar o desconforto associado à autoestima frágil acabavam por empobrecer os recursos cognitivos,

aumentando vieses e perpetuando um ciclo cognitivo depressivo (Phillips & Hine, 2016).

Em resumo, os resultados da revisão de literatura mostram que existem vários estudos que relacionam a depressão e a autoestima, havendo estudos que abordam a autoestima de forma global, considerando que não há benefícios em desagregar o conceito e outros que consideram diferentes tipos de autoestima, notando que, consoante o tipo de autoestima, pode haver ou não relação com a depressão. Verifiquei também estudos contraditórios na relação entre os conceitos, que mostravam não haver ligação entre os mesmos. Especificamente na área da enfermagem, não se encontraram muitas investigações que englobassem as duas temáticas, pelo que, para melhor compreender o estado da arte, efetuei pesquisas e obtive conhecimentos de outras ciências, como da psicologia e medicina.

De forma a compreender melhor os conceitos abordados e como integrá-los na prática, escolhi um modelo teórico de enfermagem que me permitisse adquirir ferramentas e moldes internos focando na principal área do EESMP, a relação terapêutica.

1.4. MODELO TEÓRICO DE HILDEGARD PEPLAU

A disciplina de Enfermagem esteve, ao longo dos anos, à sombra e na dependência de outras ciências. Dessa forma é fundamental a utilização de um modelo teórico de enfermagem que sustente não só a minha prática enquanto estudante, mas também como futura EESMP, de forma a fundamentar as minhas intervenções, as minhas reflexões e o meu processo de autoconhecimento.

O Modelo Teórico de Enfermagem selecionado foi o Modelo Teórico de Hildegard E. Peplau (1991) pois foi o modelo com que mais me identifiquei enquanto enfermeira e que mais sentido me fez, tendo em conta os objetivos a que me propus.

Segundo a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1991) existem dois componentes essenciais para a saúde: demandas fisiológicas e condições interpessoais. “O elemento central do processo terapêutico é a experiência interpessoal corretiva, com base na ideia de que, ao vivenciar um

relacionamento saudável com o terapeuta, o paciente pode aprender a ter relacionamentos interpessoais mais gratificantes" (Stuart, & Laraia, 2001, p.88).

Esta teoria de Peplau lembra a visão existencial humanista, onde também é dada muita importância ao encontro, com ênfase ao aqui e agora, à presença, à autenticidade (Chalifour, 2008).

"Ao definir a enfermagem como um processo interpessoal, Peplau também discutiu a importância das necessidades humanas básicas, que devem ser satisfeitas para que um estado de saúde seja conquistado e mantido" (Stuart, & Laraia, 2001, p.88). De forma a compreender as necessidades do utente, o enfermeiro deve possuir conhecimentos vastos e abrangentes, desde as ciências biológicas, às ciências sociais e psicológicas, de forma a proporcionar o bem-estar físico, emocional e social do mesmo (Peplau, 1991).

A relação é terapêutica e educativa quando há respeito mútuo, confiança, cooperação e partilha na resolução dos problemas. A relação entre enfermeiro e utente pode ser representada como um continuum; se por um lado estão duas pessoas com objetivos e interesses diferentes, por outro lado estão duas pessoas a trabalhar juntas para resolver uma dificuldade apresentada, sobre a qual têm conhecimentos comuns, tendo em vista o desenvolvimento e maturação da personalidade (Peplau, 1991). O processo terapêutico é um processo de reeducação." (Stuart, & Laraia, 2001, p.88).

Peplau (1991) refere que a relação terapêutica é personalizada e individualizada, pois cada pessoa é única, com as suas próprias crenças, valores, vivências, sendo o utente o centro de atuação do enfermeiro. Chalifour (2008) nos seus fundamentos existenciais-humanistas, acaba por partilhar desta visão, quando refere que o utente é como um *gestalt*, um organismo capaz de se autorregular, tendo, no entanto, em algum momento, necessidade de apoio "para o poder que possui e para o desenvolvimento de Si" (Gomes, 2016, p.252), de forma a conseguir aceder às próprias ferramentas internas e adquirir responsabilidade na tomada de decisão, sendo o principal agente propulsor de mudança.

Assim como o utente, o enfermeiro carrega consigo bagagens internas de conhecimentos, vivências, experiências. "A enfermagem psicodinâmica constitui

em entender o próprio comportamento para ajudar outros a identificar dificuldades sentidas, e a aplicar os princípios das relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência" (Townsend, 2011, p. 44). É essa partilha e troca de saberes entre duas pessoas que torna a relação terapêutica tão rica e enriquecedora para ambos e que ultrapassa a simples ligação, para ecoar numa parceria única de cuidados, onde cada parte é responsável e preponderante para a relação. Stuart & Laraia (2001, p.89) corroboram essa questão, referindo que para Peplau "A dupla paciente e terapeuta é vista como uma parceria na terapia interpessoal." O exercício de enfermagem consiste, segundo Peplau (1991) e de acordo com a sua Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem, num processo significativo, criativo, construtivo, terapêutico e interpessoal.

Peplau (1991) identifica quatro fases na relação enfermeiro-utente: orientação, identificação, exploração e resolução. Na primeira fase o utente deve reconhecer e compreender as suas dificuldades e a extensão da sua necessidade de ajuda; deve ser ajudado a compreender o que os serviços de saúde podem oferecer; a energia derivada da tensão e ansiedade conectada à necessidade sentida podem ser aproveitadas para significados positivos de definir, compreender e enfrentar o problema em questão.

Quando já foi providenciada a ajuda profissional chega a fase de identificação, que é determinada por vários fatores: participação na relação ou interdependência com o enfermeiro; independência ou distanciamento do enfermeiro; dependência ou necessidade do enfermeiro. Quando o enfermeiro permite que o utente expresse o que sente e receba toda a ajuda necessária, esse consegue encarar a doença como uma experiência que reestrutura os sentimentos e fortifica forças positivas da personalidade. Permitir que o utente reexperimente sentimentos antigos em novas situações de desamparo, mas com aceitação e atenção profissionais, exige um relacionamento em que o enfermeiro reconheça e assuma uma variedade de papéis ajustados às necessidades do utente, permitindo assim o desenvolvimento da personalidade do mesmo (Peplau, 1991).

Peplau (1991) refere que as duas primeiras fases são idênticas às da passividade-recetividade e identificação da infância ou da fase oral do desenvolvimento da personalidade. Muitos utentes após explorarem os seus desejos para manter o seu comportamento adulto atual ao fazerem coisas por si durante uma doença grave, chegam ao pleno reconhecimento da sua necessidade de ajuda e conseguem aceitá-la.

Quando o utente se identifica com o enfermeiro que reconhece e compreende as relações interpessoais na relação, passa à fase de utilização completa do que os serviços lhe podem oferecer. Ao mesmo tempo começa a identificar e orientar outros objetivos, como a ida para o domicílio ou o regressar ao trabalho.

A fase da resolução implica a libertação gradual da identificação, ajudando o utente a gerar e fortalecer a capacidade de permanecer mais ou menos sozinho, adotando novos objetivos. Isso só pode ser bem sucedido quando as fases anteriores são cumpridas, em termos do que Peplau (1991) refere por *maternidade psicológica:* aceitação incondicional num relacionamento sustentador que fornece total satisfação das necessidades; reconhecimento e respostas a sinais de crescimento, mesmo que triviais, quando provêm do utente; transferência de poder do enfermeiro para o utente à medida que ele se torna disposto a adiar a satisfação de seus desejos e utilizar os seus próprios esforços para alcançar novos objetivos. É a fase de término da relação terapêutica e dissolução dos laços existentes, onde tanto utente como enfermeiro cresceram e se desenvolveram individualmente (Peplau, 1991). “O terapeuta ajuda o paciente a atender aos objetivos da terapia, isto é, satisfação de necessidades e crescimento pessoal. (...) “...o enfermeiro também cresce e descobre coisas sobre si mesmo. O autoconhecimento é essencial para o sucesso como terapeuta interpessoal.” (Stuart, & Laraia, 2001, p.89).

Em síntese, pode-se verificar que no Modelo de Peplau, como modelo psicodinâmico que é,

> o trabalho de parceria estabelecido entre terapeuta e utente é próximo, sendo esta parceria o principal agente de mudança (...) visa trazer o cerne do problema do utente do inconsciente para o consciente, para que este adquira *insight* para o

> mesmo, sendo que o utente vai aprendendo acerca de si mesmo por via da exploração das suas interações na relação terapêutica (Valente, Sequeira & Sampaio,2020, p. 21).

É quando o utente compreende as relações interpessoais na relação, que atinge a plenitude do que os serviços lhe podem dar (Peplau, 1991).

De forma a aprofundar os meus conhecimentos nesta área, realizei dois estágios que me permitiram compreender e pôr em prática os conceitos acima abordados, bem como o Modelo de Enfermagem em questão. Nesse âmbito, apresento de seguida o enquadramento metodológico, onde constam amostras, descrição dos contextos, procedimentos, instrumentos de recolha de dados e intervenções do EESMP.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.1. CONTEXTO

– Hospital de Dia

O primeiro estágio foi desenvolvido num Hospital de Dia de Psiquiatria da zona de Lisboa. O serviço objetiva "oferecer tratamentos diários aos seus doentes, em regime de internamento parcial", entre as 9:00h e as 16:00horas e "Oferece um programa intensivo de tratamento a utentes que ainda não se encontrem estáveis e/ou relativamente aos quais se acredita existir um significativo potencial de recuperação".

A equipa técnica é constituída por dois EESMP, uma psiquiatra, uma psicóloga, uma psicomotricista e uma assistente operacional. Admite utentes com idade mínima 18 anos e máxima de 65 anos. A referenciação é feita a partir do internamento ou da consulta externa. Diagnósticos médicos mais comuns: perturbações de personalidade, perturbações psicóticas e perturbações de humor. Lotação máxima de vinte utentes, em frequência diária e regime de exclusividade. O tempo de permanência é de 0 a 18 meses (preferencialmente 12 meses) e o tratamento é voluntário. Para cada utente é efetuado um plano terapêutico individualizado e pressupõe que o utente participe de forma assídua e pontual nas diferentes atividades propostas. A maioria das atividades são feitas em grupo. O modelo utilizado no serviço é um modelo psicodinâmico, o que acabou por ir ao encontro do modelo escolhido como base do meu relatório e estágios. Os EESMP dinamizam vários grupos distribuídos na semana, que vão sendo adaptados às necessidades e características individuais e do grupo.

– Internamento de Agudos

A Unidade Autónoma de Psiquiatria deste Hospital do Distrito de Lisboa é constituída pelas valências: Internamento de Doentes Agudos; Hospital de Dia e Ambulatório. O meu estágio incidiu no Internamento de Agudos.

O IA é constituído por 14 quartos, dos quais 11 são duplos e dois são individuais e um de isolamento. Tem uma capacidade máxima de internamento de 25 utentes e a média de dias de internamento é de 4/5 dias, sendo que o serviço tem praticamente sempre a lotação máxima. As condições e instalações do serviço foram facilitadoras para o meu desempenho como estagiária, pois eram excelentes (serviço relativamente novo, com condições físicas adaptadas aos utentes, quartos e corredores espaçosos, um grande pátio ao ar livre, todo o material necessário à prestação de cuidados, etc). O facto de ter também vários gabinetes e salas onde o enfermeiro podia estar com o(s) utente(s), permitiu estabelecer relação terapêutica num ambiente calmo, privado e protegido (Mann, 2010), possibilitando um contacto genuíno.

A Equipa é constituída por: Diretor de Serviço, Médicos Especialistas, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Enfermeira Chefe, Enfermeiros Adjuntos, Enfermeiros Especialistas, Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Técnicos.

Os utentes são internados na enfermaria pelo Psiquiatra através do Ambulatório, do HD ou pelo Serviço de Urgência. A maioria dos utentes está internado por psicose e tentativa de suicídio e a população no serviço é maioritariamente jovem adulto e adulto.

2.2. AMOSTRA

– Hospital de Dia

Utentes-Alvo: Grupo do HD. Quando iniciei o estágio o grupo era constituído por 17 utentes, tendo ficado reduzido a 14 pela não comparência de dois utentes e por um ter tido alta. No entanto, o grupo mostrou-se algo inconstante, uma vez que em cada sessão houve sempre utentes diferentes a faltar. Em média, em cada sessão estiveram presentes 9 utentes, sendo que apenas uma utente integrou as sete sessões do programa.

Média de idades: 32 anos.

Escolaridade: 1 utente com doutoramento, 1 com mestrado, 2 licenciados, 1 com 9º ano, restantes utentes com o 12º ano.

Critérios de seleção: utentes que apresentem os diagnósticos de enfermagem - humor depressivo (OE, 2018) e autoestima comprometida (CIPE, 2016) - com capacidade e interesse de participação em dinâmicas de grupo. Todos os utentes do grupo tinham pelo menos um dos dois diagnósticos, de acordo com registos de enfermagem do serviço e avaliação de cada caso com enfermeiros orientadores.

Critérios de exclusão: Utentes que não respeitem as normas e regras do grupo.

Dificuldades: Assiduidade dos utentes, o que fez com que o programa não fosse cumprido na sua totalidade, podendo prejudicar os resultados esperados.

– Internamento de Agudos

Utentes que apresentem diagnóstico de enfermagem – humor depressivo (OE, 2018) e autoestima comprometida (CIPE, 2016) - que saibam ler e compreendam a língua portuguesa, com capacidade e interesse de participação em dinâmicas de grupo e individuais. Critérios de exclusão: Utentes com défice cognitivo, com agitação psico-motora, com incapacidade de participar em dinâmicas de grupo, ou que não respeitem as normas e regras do grupo.

No projeto inicial tinha previsto incluir dois utentes específicos para aplicar a Escala e que participassem nas intervenções de grupo e individuais. No entanto, após reflexão com o orientador, verificamos que seria complicado dado o tempo de internamento não ser muito longo e o espaçamento dos dias de estágio, o que faria com que a intervenção não fosse bem-sucedida. Dessa forma decidimos não aplicar as escalas neste serviço.

2.3. PROCEDIMENTOS

No desenvolvimento das intervenções de grupo, foram utilizados alguns métodos, como: Método demonstrativo; Método interrogativo; Exposição dialogada, através da partilha de conhecimentos anteriores e aquisição de novos; Análise do mapa concetual, de forma a conhecer e refletir sobre os principais conceitos, promovendo o raciocínio lógico; Realização de exercícios didáticos práticos, visando a aquisição de conhecimentos e estratégias, de forma a capacitar e promover o crescimento pessoal; Avaliação verbal em grupo, no

final de cada sessão, promovendo a partilha de ideias, o crescimento e a elaboração de sessões adaptadas às necessidades específicas dos utentes; Preenchimento de notas da sessão (apêndice 1) no final de cada sessão; Reflexão com orientadores no final de cada sessão; Reflexão e avaliação verbal no final de cada sessão; Ficha de Avaliação do Programa (avaliação individual escrita) preenchida no final do Programa (apêndice 2) no HD.

2.4. METODOLOGIA

Foi efetuada uma Abordagem de Triangulação Metodológica (Waltz, Strickland & Lenz, 2010; Ingham-Broomfield, 2016), através da colheita de dados diretos e indiretos provenientes de aplicação de escala, relação terapêutica, intervenções de enfermagem de grupo psicoterapêuticas, psicoeducativas e expressivas, notas de sessão e estudo de caso.

A Escala de Auto-Estima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) adaptada e validada para a população portuguesa por Santos (2008), escolhida por ter bons indicadores psicométricos (anexo 1). Foi feito pedido via email ao autor, para autorização de utilização da Escala (anexo 2). Esta visa efetuar uma avaliação global da autoestima e é constituída por 5 itens de orientação positiva e 5 cinco itens de orientação negativa, cotados de ‘concordo fortemente’, ‘concordo’, ‘discordo’ e ‘discordo fortemente’. Os scores totais variam entre 10 e 40, sendo que resultados mais elevados evidenciam níveis maios altos de autoestima. Algumas afirmações apresentadas na Escala são “Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a)”; “Sinto que não tenho muito de que me orgulhar”; “Gostaria de ter mais respeito por mim próprio”; “Adopto uma atitude positiva para comigo”.

A base de dados foi constituída no Statistical Package for Social Sciences – SPSS (versão 25.0).

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICO-DEONTOLÓGICAS

Aspetos ético-deontológicos foram tidos em consideração ao longo dos estágios. No artigo 5º da Lei de Saúde Mental consta que o utente tem o direito a "a) Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis" e também o direito a "e) Aceitar ou recusar, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou actividades de formação".

Nesse seguimento, no HD, na primeira sessão foi esclarecido o âmbito, enquadramento e objetivos do Programa AutoEstima-Te, bem como procedimentos de participação no mesmo e disponibilizado Consentimento Informado (apêndice 3) onde constava toda a informação, para ser lido e assinado por todos os utentes. Foi ainda solicitada à Comissão de Ética do Hospital autorização para realização do estudo e aplicação das escalas, que teve parecer favorável (anexo 3). No estudo de caso feito no IA também foi solicitada autorização à utente em questão de utilização dos dados recolhidos no relatório e antes das sessões psicoeducativas foi explicado a cada utente em que consistia a sessão e os objetivos da mesma, sendo que cada um teve escolha de participar ou não. Nas sessões propriamente ditas apresentei-me e enquadrei o âmbito das mesmas. Foi sempre salvaguardada a confidencialidade e o sigilo de cada utente (Coelho & Ramos, 2005).

Foram também tidos em conta os princípios éticos fundamentais, de acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem (2015) – autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e vulnerabilidade. Autonomia repercute o respeito pelas escolhas e decisões do utente, sendo este o principal responsável nas suas tomadas de decisão; traduz-se numa relação simétrica de responsabilidade partilhada. Beneficência inclui fazer o bem de forma a ajudar o utente a usufruir do que é para seu benefício. Não causar dano ou prejudicar o outro - princípio da não maleficência. Segundo o princípio da justiça, tratar situações idênticas de forma igual e situações diferentes de forma distinta, de acordo com as especificidades de cada utente. Vulnerabilidade exige o respeito e a responsabilidade com o utente, preservando a sua dignidade e integridade, sabendo que o mesmo apela ao meu cuidado e proteção da sua vida.

4. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS (À LUZ DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMP)

Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

De forma a atingir a esta primeira competência, foram desenvolvidas atividades/intervenções de enfermagem, que apresento de seguida.

Efetuei reflexões críticas de acordo com o Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988), que englobaram vivências pessoais e profissionais nos estágios, as dinâmicas que promovi ou assisti, os utentes, os serviços, as equipas e a minha prestação enquanto enfermeira e futura enfermeira especialista.

‘Perceber a intensidade da primeira competência e o impacto que isso teria irritou-me, no início. Pensei que era injusto passar por todo aquele exercício interior quando havia tanto trabalho a fazer, tinha que ter uma boa prestação no estágio, devia manter o foco nisso, nos trabalhos, ao invés, ainda tinha que me desmoronar toda... Afinal, olhar para dentro é doloroso e a minha resistência ao caminho do autoconhecimento demonstrava isso mesmo. Agora olho para trás e sorrio: o processo foi árduo, mas, é engraçado, pois o que recordo melhor é tudo o que de bom houve e tudo o que alcancei. A dor, o cansaço, as lágrimas já lá vão... O que ficou foi a Mara na sua plenitude e isso valeu por todo o sacrifício (*Em Diário de Aprendizagem 8*).

Solicitei supervisão clínica, através da avaliação periódica formal e informal, com os orientadores dos serviços e da Escola. De salientar que os orientadores, após cada sessão que eu fiz, disponibilizaram sempre tempo para fazermos avaliação da sessão em conjunto, para refletirmos nos aspetos que correram bem e nos pontos a melhorar. Incentivaram-me também a escrever sempre os registos individuais de cada utente, refletindo sobre cada aspeto, verbal e não verbal. Devo dizer que estes momentos de reflexão oral e escrita me permitiram conhecer-me melhor enquanto pessoa e enfermeira, compreender os pontos fortes e pontos a melhorar, ter outras perspetivas das sessões e do grupo e sessão a sessão sentir-me mais confiante e sentir o grupo,

demonstrar presença, autenticidade e empatia para com os utentes, adaptando as sessões às suas necessidades e, sempre que possível, interesses. Só através desse tipo de estar autêntico para o outro, se pode aceder à pessoa por trás da doença, acompanhando-a no desenvolvimento da sua saúde (Hesbeen, 2013). Ao mesmo tempo consegui compreender a importância de estabelecer limites e fazer com que fossem cumpridos, potenciando para a melhor reflexão grupal, tendo em conta os objetivos estabelecidos para a sessão. Percebi que, facilmente, o grupo pode dispersar, seguir outro rumo, que por vezes é interessante e relativo à temática e ao propósito da sessão, outras vezes é um rumo aleatório de uma conversa casual e é dever do terapeuta conduzir o grupo de volta ao caminho que pretende seguir.

Neste seguimento partilho excerto de uma reflexão relativa à 5ª sessão do Programa desenvolvido no HD. Aconteceu que utilizei o desenho como mediador e, na parte de análise em grupo de cada desenho, os utentes estavam a dar descrições breves, superficiais dos desenhos dos outros. Ainda incentivei à exploração mais profunda de um dos desenhos, mas de seguida voltaram a repetir as descrições esquivas e, foi exatamente nesse momento que eu bloqueei. ‘Quando senti que estava a perder o controlo bloqueei... Fiquei perdida.’ (*Em Diário de Aprendizagem 6)*

Assim como neste dia, as reflexões com os enfermeiros orientadores permitiram conhecer-me melhor, incluindo as minhas reações ao comportamento dos outros, neste caso, a sensação de perda de controlo da situação. Ao perceber melhor o meu ímpeto de querer controlar tudo e a forma como reajo perante situações de descontrolo permitiu-me identificar a origem desta reação, compreender e identificar estratégias que me permitiram evitar ser dominada por tal impulso, perceber o que me pode afetar enquanto pessoa e profissional e também afetar a relação de ajuda.

Como seria de esperar, essa não tinha sido a única vez que me senti assomada pela angústia de não estar no controlo e no domínio de uma situação. O processo é lento e doloroso... ‘O término de um estágio e início de um novo, com todos os desafios e esforços que isso implica, foi para mim extremamente difícil, desgastante e até desmotivante. (...) Percebi que estava frustrada porque

não me sentia completamente segura no estágio, porque tinha dúvidas, receios, não conhecia bem as rotinas e tarefas e isso estava ligado à necessidade persistente e constante de controlar. Compreendi que, não "dominar" o serviço, me desanimava... Tive que relembrar a mim mesma novamente que sou uma estagiária, que está em processo de aprendizagem e não me posso exigir mais do que isso. Relembrar que devo abrandar a exigência pessoal, ser mais bondosa comigo... (...) Percebi que não se pode controlar tudo... Por muito que nos esforcemos. E aceitei esse facto. Foi aí que o estágio teve um novo brilho!' (*Em Diário de Aprendizagem 7*)

Além dos descritos em cima, outros sentimentos me assombraram quando fenómenos de contra-transferência surgiram inconscientemente, sendo difíceis de assumir e aceitar. 'Ao mesmo tempo que cresci e me desenvolvi enquanto pessoa e profissional e que tive das melhores experiências profissionais da minha vida, gastei também muita energia. Foi por isso que, no dia em que o primeiro estágio terminou, me senti extremamente exausta. (...) Iniciei o estágio no internamento de agudos sem vontade nenhuma, sou sincera. Só queria descansar e ter mais tempo para digerir toda a experiência anterior. (...) Na reunião de orientação expliquei a minha desmotivação e falta de vontade em estar no estágio. (...) A Profª Orientadora, com os seus anos de experiência, como sempre viu mais além e encaminhou-me a afastar-me e a olhar para tudo o que estava a acontecer comigo. Sem julgamentos, simplesmente observar. Disse-me para refletir sobre de que forma a situação clínica de alguns utentes do serviço me poderia estar a afetar, se não haveria transferência, por o meu foco ser o humor depressivo (...) Percebi que, afinal, Ela tinha razão: estava-me a identificar mais com as situações dos utentes que cuidava, do que eu própria imaginava e daí a resistência em continuar o estágio. A tristeza, o humor mais depressivo, a vontade de estar na cama e não querer falar com ninguém, levaram-me a, de forma inconsciente, repetir o padrão e tendencialmente deixar-me levar por esse monstro interior chamado tristeza intensa que me habita '(*Em Diário de Aprendizagem 7).* Sendo o próprio enfermeiro o seu principal instrumento de trabalho, o EESMP deve fazer uma introspeção, ter profunda consciência de si, das suas limitações, das suas capacidades, de forma a

conseguir estar para o outro e ao mesmo tempo perceber como isso o afeta (Chalifour, 2008; Leal, 2018).

Também no HD, de forma diferente e mais intencional, vivi e compreendi emoções antigas... 'Quando escolhi a música para a sessão 3 do HD sabia bem o quanto já me tinha identificado com a letra dessa música. (...) Refletia sobre mim mesma, o que já tinha sentido, vivido e reprimido. Sei que é uma música de confrontação com os monstros interiores, com a dor, mas ao mesmo tempo é uma música de alento e esperança. Foi uma das sessões mais difíceis de executar para mim, mas também das que avalio de forma mais positiva para o grupo.' *(Em Diário de Aprendizagem 5).*

Outra ocasião aconteceu no início do estágio no HD, quando comecei a assistir às sessões de grupo. Comecei a sentir que ficava irritada quando aquela utente intervinha. Ela era tão provocatória e incitava sempre situações de conflito... Saí de algumas sessões até ansiosa e cheguei a perguntar à orientadora: 'porque é que ela é assim, porque não lhe dizem para se moderar no que diz?' A orientadora refletiu comigo sobre a importância de, nos grupos terapêuticos, se pretender um ambiente de réplica da vida real, de forma a compreender as relações do dia a dia. Ao refletir mais sobre esta situação, recordei o modelo teórico no qual sustentei a minha prática e compreendi a importância de, ao lidar com comportamentos semelhantes, facilitar ao utente a expressão completa e manifestar aceitação incondicional, o que pode fazer com que este descontinue a atitude de oposição e progrida no seu desenvolvimento (Peplau, 1991).

A orientadora disse-me também para refletir sobre o porquê de eu me estar a irritar com uma situação que não consigo controlar nem alterar. Reparei que isto me acontecia noutras circunstâncias, profissionais ou pessoais. 'Porquê irritar-me com o que não consigo controlar? Não será melhor de facto deixar ir...?' *(Em Diário de Aprendizagem 5).* A meditação, que já era do meu interesse antes de iniciar a especialidade, teve outro impacto e interesse já nas aulas de Relação Terapêutica, mas também no estágio do HD. A orientadora faz sessões de meditação para o grupo uma vez por semana e tive a oportunidade de participar. Esses momentos, de grande aprendizagem, trouxeram-me também

um conforto e uma calma que me acompanham até hoje. Continuo a fazer meditação e, sem dúvida, tem sido essencial neste processo árduo de autoconhecimento, no controlo da ansiedade, no estar concentrada no momento presente, no aqui e agora. Penso: as emoções, os pensamentos são passageiros, não me definem, nem replicam quem eu sou. Ao conhecer-me melhor e aos fatores que ocasionam determinadas reações da minha parte, ganho mais competências de acesso às minhas ferramentas internas e consigo utilizá-las de modo a promover a construção pessoal. "O enfermeiro (...) aprende, com a experiência do doente, a tomar consciência de si e a lidar com a vulnerabilidade" (Gomes, 2016, p.245).

Fiz introspeção, de forma a ter profunda consciência de mim enquanto pessoa e profissional, das minhas capacidades, limitações e conseguir estar para o outro percebendo simultaneamente como isso me afeta. 'Durante anos fui muito indecisa e precisei sempre validar as minhas decisões e opiniões, esconder-me sempre atrás de uma ou várias pessoas que decidiam por mim. (...) Tem sido difícil conseguir tomar decisões cada vez mais autónomas, responsáveis, conscientes e confrontar-me com os resultados das minhas próprias tomadas de decisão, tentando não procurar agradar sempre aos outros, mas também agradar-me a mim. A cada dia que passa mais ganho a consciência de quem sou eu, genuinamente eu, com os meus gostos, as minhas opiniões, a minha forma de ser *(Em Diário de Aprendizagem 5).*'

Efetuei autoavaliação escrita no meio e no final de cada estágio e validei com os orientadores dos serviços e da Escola. Numa das avaliações 'Refleti sobre a importância da autoconsciência e senti-me grata por ter chegado até aqui e por me terem incentivado, desde o início da especialidade, a refletir sobre a ação. Sinto-me também grata por me permitir errar e finalmente perceber que só posso ser uma melhor pessoa e profissional se aceitar o erro como fundamental na minha construção. (...) Gradualmente começo a perceber como é boa a sensação de simplificar a vida, para variar…' (*Em Diário de Aprendizagem 6)*

Partilhei experiências e fiz discussão de casos com a equipa de enfermagem. As duas equipas de enfermagem dos serviços onde estagiei foram fundamentais na minha construção pessoal e profissional.

Partilhei experiências com outros EESMP e com outros elementos das equipas multidisciplinares, nomeadamente psiquiatras, psicólogos e assistente social.

Promovi a participação ativa em reuniões de supervisão clínica da equipa de psicólogos do HD, e em reuniões de equipa multidisciplinar no HD e no IA, o que contribuiu para o desenvolvimento de capacidades observacionais e reflexivas e para o desenvolvimento de capacidades de avaliação do utente e perceção do circuito do mesmo, tendo oportunidade de observar o papel de cada elemento da equipa.

Participei em diversas atividades/reuniões efetuadas nos serviços, de modo a melhor compreender o funcionamento e papel dos diversos profissionais no cuidado ao utente com doença mental. O facto de ter estado em dois serviços que me acolheram de braços abertos e me ofereceram a possibilidade de participar e conhecer as suas realidades, contribuiu de forma muito positiva na minha prestação no estágio e no meu desenvolvimento enquanto enfermeira e aluna.

Recursos: Documento de registo de reflexão crítica; Documento de autoavaliação; Enfermeiros orientadores; Equipa de Enfermagem e Multidisciplinar; Livros e artigos científicos (Rogers, 1985; Gibbs, 1988; Peplau, 1991; Lazure, 1994; Chalifour, 2008).

Indicadores de Resultado: Efetuei reflexões críticas, de acordo com o Ciclo Reflexivo de Gibbs (Gibbs, 1988); Efetuei e validei a autoavaliação; Solicitei supervisão clínica; Solicitei reuniões de enfermagem e multidisciplinares.

Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

De forma a atingir a segunda competência, foram desenvolvidas atividades/intervenções que descrevo de seguida.

Integrei estágio na comunidade – Hospital de Dia – e em internamento – Serviço de Psiquiatria Internamento de Agudos. No IA o orientador deu-me a oportunidade de ir dois dias para a consulta, o que me permitiu compreender o seguimento do utente após alta ou acompanhamento de forma a prevenir o internamento; dessa forma consegui melhor compreender os serviços de apoio existentes.

Conheci a dinâmica institucional dos serviços onde efetuei os estágios: objetivos, âmbito, rotinas, procedimentos, funcionamento e constituição e funcionamento da equipa multidisciplinar.

Refleti com os orientadores de como os serviços permitem otimizar a saúde mental da pessoa, família, grupos e comunidade.

Identifiquei necessidades educacionais, através da observação, consulta de manuais dos serviços e de articulação com equipa de enfermagem e multidisciplinar.

Promovi sessões de educação para a saúde nos dois serviços (descritas na quarta competência).

Recursos: Plano Nacional de Saúde Mental 2017-2020; Enfermeiros orientadores; Documentação dos serviços.

Indicadores de Resultado: Fiz ponte entre os locais de estágio e o seu papel na otimização da saúde mental da pessoa, família, grupos e comunidade; No IA tive oportunidade de ir dois dias para a consulta com o EESMP, o que foi uma excelente experiência e momento de aprendizagem, de forma a compreender o circuitos dos utentes e respetivas respostas; Nas sessões de educação para a saúde identifiquei o número de participantes e avaliei o grau de satisfação no final da sessão. Através da articulação com equipa de enfermagem e assistente social, percebi que não existia no IA nada informativo acerca das respostas na área da saúde mental existentes na zona, dessa forma sugeri aos orientadores elaborar um panfleto onde constassem as principais respostas no distrito de Lisboa, para que pudesse ser entregue no momento da alta (apêndice 4). A equipa de enfermagem, enfermeira-chefe, assistente social e psiquiatra diretora acharam o panfleto muito elucidativo e pertinente para o serviço, reforçando que

o mesmo seria uma mais valia para os utentes. A enfermeira-chefe remeteu-o à direção do hospital, para que o mesmo fizesse parte dos documentos oficiais do hospital. No HD também deixei contributos para o serviço, no último dia dei aos orientadores material que não utilizei no programa desenvolvido (por uma questão de timing, material a mais), que os orientadores acharam muito pertinente para utilizarem nas suas sessões futuras. A pedido dos orientadores deixei também o programa AutoEstima-Te desenvolvido, para utilização futura deles e para disponibilizarem a futuros alunos.

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

De forma a atingir esta terceira competência, foram desenvolvidas atividades/intervenções que apresento de seguida.

Efetuei Avaliação do Estado Mental dos utentes, no âmbito da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Amaral, 2010; OE, 2018).

Planeei intervenções de enfermagem para dar resposta aos diagnósticos e avaliei os resultados, como especificado no estudo de caso (apêndice 5). Elaborei planos de cuidados onde se evidenciavam diagnósticos como humor depressivo e autoestima comprometida e intervenções como vigiar o humor; promover humor adequado; incentivar ao autocuidado; executar atividades terapêuticas individuais; disponibilizar presença; realizar intervenção psicoeducacional; entre outras, personalizadas a cada utente que prestei cuidados.

No IA fiquei responsável por dois utentes em cada turno, com diagnósticos de autoestima comprometida ou humor depressivo, mantendo seguimento nos turnos seguintes, sempre que possível, promovendo o estabelecimento da relação terapêutica e de forma a contribuir para a recuperação da saúde mental.

Efetuei registos de enfermagem que espelharam os cuidados prestados.

No IA validei os ensinos efetuados no dia de alta, ao utente e família, assegurei entrega da nota de alta de enfermagem corretamente preenchida e entrega de panfletos de apoio. Pude observar no IA que a preparação da alta era uma preocupação da equipa multidisciplinar (principalmente equipa de enfermagem, equipa médica e assistente social), desde o dia da admissão era iniciado o planeamento, assegurando a melhor resposta para o utente no pós-alta.

Identifiquei situações de risco, de utentes e famílias, promovi maior acompanhamento e vigilância aos mesmos e encaminhei para assistente social do IA.

Identifiquei a necessidade de intervenção noutras áreas de especialidade e promovi o seu encaminhamento, nomeadamente na área da nutrição.

Efetuei intervenções de enfermagem que visavam a recuperação da saúde mental, especificamente através da promoção da autoestima e prevenção da recorrência de humor depressivo.

Recursos: Programa informático de registos, avaliação inicial e nota alta de enfermagem; Equipa de Enfermagem e Multidisciplinar; Enfermeiros orientadores; Utentes e famílias.

Indicadores de Resultado: Efetuei avaliação do estado mental, efetuei diagnósticos, planeei intervenções e avaliei os resultados; Efetuei registos de enfermagem; Fiz ensinos e validei a compreensão dos mesmos, ao utente e família; Encaminhei situações de risco ou necessidade de especialidade de outra área; Contribui para os serviços com sugestões pertinentes e material didático.

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

De forma a atingir a última competência, foram desenvolvidas atividades/intervenções que abordo de seguida.

Identifiquei diagnósticos e atividades do EESMP, no âmbito da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Amaral, 2010; CIPE, 2016; OE, 2018).

Efetuei um estudo de caso, ou seja, “exploração de um único fenómeno, limitado no tempo e na ação (...) um estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida, um caso que é único, específico, diferente e complexo” (Sousa & Baptista, 2011). ‘Compreendi bem a importância da relação terapêutica neste processo... Mostrar disponibilidade e genuíno interesse no outro, devolver empatia, compreensão, confiança... Recordar os acontecimentos significativos, as dúvidas, os receios e devolver em apoio, esperança e orientação na descoberta das ferramentas internas de encontro ao auto-conhecimento e das capacidades intrínsecas esquecidas ou desconhecidas... Potenciar o utente na descoberta de si mesmo e orientá-lo no caminho tenebroso da aceitação de si e da sua doença mental...’ *(Em Diário de Aprendizagem 8)*

Pretendi também fazer intervenção individual através da relação terapêutica, com base no Modelo Teórico de Enfermagem da Peplau (1991), numa relação baseada na confiança que ajudasse o utente a identificar os problemas e encontrar os mecanismos internos de enfrentar os mesmos. Nesse seguimento, pretendi tirar notas após os encontros. A relação terapêutica foi o foco da minha intervenção, pois é a pedra basilar da intervenção do EESMP, integrando várias competências específicas, onde tanto o enfermeiro como o utente crescem e se desenvolvem (Peplau, 1991; Lazure, 1994; Chalifour, 2008; Sampaio, Sequeira & Lluch Canut, 2015; Diário da República, 2018).

Apliquei a Escala de Auto-Estima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) adaptada e validada para a população portuguesa por Santos (2008), na primeira e última sessão do programa AutoEstima-Te desenvolvido no HD.

Efetuei Intervenções de Enfermagem Psicoterapêuticas, Psicoeducacionais e Expressivas (Diário da República, 2018).

As atividades foram feitas em grupo terapêutico, direcionadas para a promoção da autoestima e prevenção do humor depressivo do utente e sempre planeadas por mim e discutidas com os orientadores. O poder do grupo está nas

relações e contribuições entre os utentes e o líder do grupo nos objetivos comuns do grupo. No que se refere a um grupo de psicoterapia, “O objetivo de um grupo de psicoterapia é o tratamento da disfunção emocional, cognitiva ou comportamental” (Stuart & Laraia, 2001, p. 75). Ajuda os utentes a compreenderem o modo como se relacionam com os outros e como esse comportamento se relaciona a traços básicos de personalidade (Stuart & Laraia, 2001). A terapia de grupo revela ser fundamental no tratamento de utentes com humor depressivo. Permite a partilha e o relacionamento com outras pessoas com problemas semelhantes; quando o utente percebe que não está sozinho e não é o único a vivenciar a doença, desenvolve um sentimento de esperança e papel ativo no processo de recuperação (Townsend, 2011).

Após cada sessão de grupo foi efetuada avaliação de forma verbal pelos utentes e foram tiradas notas da participação e comunicação não verbal dos utentes.

No IA foram desenvolvidas duas sessões de psicoeducação (Plano de Sessão 1 em apêndice 6). A primeira tinha como tema ‘Autoestima’ e os objetivos gerais eram: Estimular a reflexão crítica acerca do conceito autoestima. Refletir sobre estratégias de *coping*. Avaliação da Sessão: Estiveram presentes dez utentes. Iniciou-se por uma breve apresentação de cada um, referindo nome e cidade de origem, servindo como forma de o grupo se conhecer e como quebra-gelo. Os utentes foram incentivados à participação na sessão e reflexão sobre a temática, através da realização de perguntas por parte dos terapeutas. A assimilação dos conceitos foi sendo feita ao longo da sessão, através do incentivo da repetição dos mesmos por parte dos utentes. No final foi elaborado um resumo da sessão e a questão ‘Como foi para vós esta sessão?’, houve algumas respostas positivas como “gostei muito, penso que este tipo de sessões são mesmo muito importantes” (sic), “muito interessante”(sic), “um tema muito interessante, faz-nos pensar”(sic). No final da sessão, no decorrer da tarde duas utentes abordaram-me e pediram para esclarecer algumas questões no âmbito da sessão efetuada, sendo que uma delas elogiou a temática e referiu que “fazia-me falta falar mais sobre isto”(sic); o que avaliei de forma positiva, pois demonstrou interesse e pensamento crítico acerca do conceito.

A segunda sessão decorreu no âmbito de avaliação de necessidades de serviço com o orientador e equipa de enfermagem e foi subordinada à temática 'Adesão Terapêutica'. A importância da adesão terapêutica é transversal a todos os utentes, por isso fiquei desde logo motivada por contribuir para uma necessidade do serviço e também me permitiu aprofundar os meus conhecimentos na temática. Como objetivos gerais: Estimular a reflexão crítica acerca da importância da adesão terapêutica. Referir os fatores que podem levar à não adesão. Identificar complicações da não adesão à terapêutica. Identificar estratégias de *coping*. A sessão contou com a participação de doze utentes. A mesma foi avaliada pelos utentes, por mim e pelo orientador de forma positiva. Os utentes refletiram sobre a importância da adesão, compreenderam as consequências do abandono terapêutico e contribuíram com exemplos pessoais muito pertinentes. No final de cada sessão foi efetuada avaliação verbal com o orientador e concordamos que ambas correram de forma positiva, sendo que os objetivos tinham sido atingidos. O orientador salientou o meu à vontade no grupo e o quão importante tinha sido motivar alguns utentes mais introvertidos a participar e estimular à reflexão.

No HD estruturei um Programa subordinado à temática 'AutoEstima-Te´. Como objetivos do programa foram definidos os seguintes: Promover a autoestima e diminuir o humor depressivo, através de intervenções de enfermagem de grupo psicoeducativas, psicoterapêuticas e expressivas; Desenvolver o *insight*; Estimular a reflexão pessoal e com o grupo; Promover o autoconhecimento; Adquirir ferramentas de promoção da saúde e prevenção de complicações da doença; Contribuir para a participação ativa do utente no processo de recuperação. Teve a duração de sete semanas, com uma frequência semanal (segundas-feiras à tarde), na sala de atividades do HD. Cada sessão teve a duração de 90 minutos e contou com a minha presença e um dos enfermeiros orientadores. Em média estiveram presentes 9 utentes em cada sessão.

De seguida irei aprofundar em que consistiu cada sessão, objetivos, âmbito, avaliação.

1ª Sessão – O grupo

A primeira sessão tinha como principais objetivos: Apresentar os intervenientes; Apresentar os objetivos do programa e da sessão; Introduzir o conceito autoestima; Estimular a reflexão crítica acerca do conceito; Aludir à identificação com um animal; Refletir sobre a característica com que mais se identifica, promovendo a reflexão pessoal (Plano da sessão 1 em apêndice 7). Para esta sessão foi escolhida a abordagem psicoeducativa, de forma a promover uma participação ativa e dinâmica dos utentes na reflexão acerca do conceito de autoestima, percecionando os conhecimentos prévios do grupo relativamente ao mesmo, bem como pela introdução e consideração de novos elementos. Na sessão estiveram presentes 11 utentes, eu e a Enf. Especialista. Foi referido o âmbito do Programa, os objetivos, a duração, frequência, objetivos da intervenção, frisando a importância da assiduidade e pontualidade, no âmbito da eficácia da mesma e estabelecidas regras do grupo.

A dinâmica inicial tinha como objetivo conhecer o grupo. Foi solicitado a cada elemento do grupo que dissesse o seu nome e o nome do animal com que mais se identificava. Cada utente devia ainda dizer o nome dos elementos que já se tinham apresentado e o seu nome de seguida. O grupo demonstrou curiosidade, sendo um momento de descontração, risadas e alguns comentários acerca dos animais dos outros, mas também de reflexão individual. Foi de seguida solicitado que escrevessem num pequeno cartão a característica do seu animal com que mais se identificavam e de seguida partilharem com o grupo. Este exercício tinha como principais objetivos a perceção do eu e a perceção da estima individual através da característica escolhida. Verificou-se que alguns utentes conseguiram identificar uma característica positiva.

No início da apresentação do conceito foi feita a questão “O que é a autoestima?” Houve alguma renitência inicial, no entanto, depois do primeiro impasse, o grupo demonstrou interesse e participação na definição e análise, reflexão e colocação de questões acerca do conceito e na partilha de exemplos e situações reais. A maioria dos utentes verbalizou ter autoestima baixa, sendo que apenas uma utente verbalizou ter alta autoestima. Aquando da visualização de uma imagem apresentada, em que um gato se vê ao espelho e vê um leão,

foram referidas descrições como: “eu quando me vejo ao espelho-me vejo-me ainda mais magro”, “olho para o espelho e vejo-me gordo e feio”, “ainda não acredito na imagem que reflete quando olho ao espelho, não me consigo aceitar assim, gorda”, “era bom ver-me assim”, “a autoestima daquele gato até está elevada demais” (sic).

Por último foi aplicada a Escala de Auto-Estima, reforçando a confidencialidade da mesma e aplicado o Consentimento Informado.

´Cheguei ao final do dia e pensei em como estava aliviada, feliz. Tinha atingido os objetivos da primeira sessão com sucesso, tinha refletido no que tinha corrido bem e no que devia melhorar nas próximas sessões. Mais uma excelente aprendizagem para o meu percurso como futura EESMP e também na minha construção pessoal. Senti-me orgulhosa... A minha primeira intervenção terapêutica em grupo’ *(Em Diário de Aprendizagem 2).*

2ª Sessão – As emoções do meu animal

A segunda sessão tinha como principais objetivos: Definir depressão e humor depressivo; Compreender a relação e as principais diferenças entre autoestima e depressão; Estimular à reflexão crítica acerca dos conceitos e relacionar com o eu; Expressar as emoções no animal simbólico, com o desenho como mediador; Avaliar o humor depressivo através da forma como realiza a tarefa solicitada e a autoestima através da avaliação que faz do desenho e o descreve**.** Para esta segunda sessão foram escolhidas as abordagens psicoeducativa e expressiva. Estavam presentes na sessão 10 utentes, eu e a Enf. Especialista.

A atividade, como todas as seguintes, iniciou com resumo das sessões anteriores e um quebra-gelo. Foi estimulada a reflexão acerca do conceito de depressão e relação deste com a autoestima. A maioria dos utentes devolveu ter depressão ou alguns dos sintomas e baixa autoestima. O grupo mostrou compreender a relação entre os conceitos, bem como as principais diferenças. Nesta fase de reflexão sobre os conceitos dois utentes demonstraram o seu descontentamento por “a medicação psiquiátrica é sempre a mesma” (sic), “não há evolução desde há 40 anos” (sic) e o desejo de existir uma “pilula milagrosa”

que “rapidamente resolvesse o problema”. Foi referida a importância da utilização concomitante das várias alternativas no tratamento do humor depressivo, além da farmacológica, nomeadamente psicoterapia, mudança de hábitos de vida, suporte familiar e social e, essencialmente, as mudanças internas em cada um. Neste âmbito refleti nas palavras de Peplau (1991) onde refere a importância de o enfermeiro ter vastos e abrangentes conhecimentos nas ciências sociais, biológicas e psicológicas, de forma a compreender as necessidades de cada utente e contribuir para o bem-estar físico, emocional e social do mesmo.

Chegada a esta fase iniciou-se a dinâmica que consistia em desenhar em metade da folha A4 o animal escolhido com as emoções positivas que gostariam de sentir mais vezes e na outra metade desenhar o animal com as emoções negativas que sentiam com mais frequência. Verificou-se que as emoções negativas eram as mais dominantes, sendo que, regra geral, as emoções positivas ocuparam menos espaço e destaque nos desenhos. A maioria dos utentes apresentava poucas cores, ou uma única cor para os dois desenhos, geralmente tons escuros. Dois utentes não descreveram nenhuma emoção positiva, referindo: “não sei descrever nenhuma emoção boa” e “tenho dificuldade em manifestar emoções, desde criança” (sic).

Concluiu-se, através da descrição dos desenhos e pela verbalização e escrita das emoções negativas que identificaram como predominantemente recorrentes, a predominância de humor depressivo na maioria dos utentes. A maneira como a generalidade dos utentes “diminuiu” o seu animal e a própria avaliação negativa atribuída à capacidade de desenho, revelou a baixa autoestima dos mesmos.

3ª Sessão – Alguém me ouviu?

A terceira sessão tinha como principais objetivos: Promover a autoanálise e o autoconhecimento; Incentivar à expressão de sentimentos, pensamentos, sensações físicas e emoções; Refletir sobre estratégias de *coping*. Para esta terceira sessão foi escolhida a abordagem Psicoterapêutica - Biblioterapia. Estavam presentes na sessão 9 utentes, eu e o Enf. Especialista.

Foi referido ao grupo que iria ser colocada a música ‘Alguém me Ouviu’ de Boss AC e pedi que sentissem a mesma, que escutassem com atenção e atentassem aos pensamentos, emoções e sensações físicas que a mesma causava neles. Coloquei a música e fui observando como eram as reações dos utentes: alguns sorriram, outros abanavam a cabeça ou a perna ao som da música, outros estavam sérios e uma utente baixou a cabeça e tapou-a com as mãos. No final da música pedi que cada um referisse, de forma sucinta, como se tinha sentido ao escutar, uma emoção, um pensamento, uma sensação física... Uma utente disse de imediato, “esta música é horrível”, “muito deprimente”. Os restantes utentes comentaram que a música era “intensa”; que lhe tinha dado “saudade por recordar velhos tempos, ouvia muito Boss AC”; “identifico-me muito com esta música”; “senti-me bem ao ouvir a música”, “é libertadora”, “apetece gritar”; “faz muito sentido”; “sensação de tremor na barriga”; “este texto tem tudo a ver comigo” (sic).

De seguida, distribui a cada utente folhas com a letra da música e um utente voluntário leu em voz alta e refletiu-se sobre o texto. A primeira utente em cima mencionada voltou a referir “este texto é muito deprimente”, “não gosto nada de ler estas coisas”, “porque é que não trouxe uma música mais alegre?” (sic). O grupo devolveu o quão importante era ouvir este tipo de músicas, até para refletir e desabafar sobre os problemas e seria importante ela não guardar o sofrimento só para ela. Nesse momento a utente em questão começou a chorar – no diário de aprendizagem nº 4 abordei este momento, como me senti, como reagiram os presentes e como se sentiu a utente. O grupo elogiou a utente por, pela primeira vez desde que estava no grupo, ter desabafado, ter exteriorizado a sua dor, o quão importante isso era no tratamento, sendo uma vitória já o estar a conseguir fazer e que momentos destes, pese embora ela os desejasse evitar, serviam exatamente para se confrontar consigo mesma e libertar-se da negatividade que a envolvia. Mais que nunca, neste momento senti bem o poder da terapia de grupo: a partilha, a identificação, o acolhimento, o apoio e recordei Townsend (2011): “O elemento de apoio de pares propicia um sentimento de segurança pois são discutidos e resolvidos aspectos problemáticos ou constrangedores” (p.571).

Grande parte dos utentes referiram identificação com o texto e destacaram algumas frases: “por dentro sou um mendigo que aparenta ser um rei” (sic), “por muitos anos mantinha esta aparência de ser forte e aguentar tudo, até que um dia “explodi e entrei em depressão”(sic), reforçando a importância de falar sobre os problemas e sentimentos negativos, não os reprimindo; “e o escuro revelou que em mim a luz se esconde” (sic) e a necessidade de se manter forte perante as adversidades, reforçando a importância de “valorizar as pequenas coisas” (sic), afirmou que o texto fazia todo o sentido no âmbito do programa, pois relacionava-se com os conceitos, depressão e autoestima; outro utente leu vários excertos com os quais se identificava, como “prisioneiro de mim próprio, o meu pior inimigo” (sic) e manifestou intenção de se manter firme na luta diária; outra utente na análise do texto salientou “e não sei se quem me viu sabe a dor que em mim carrego e a angustia que se esconde” (sic), referindo que neste grupo sente que no HD é compreendida. No final, cada utente resumiu a sessão numa palavra: “libertação”; “identificação”; “tristeza”; “intensa”; “horrível”; “esperança”; “realidade”; “faz todo o sentido”; “alívio” (sic).

Houve exteriorização e partilha de sentimentos, emoções, pensamentos, sensações físicas, houve reflexão crítica acerca dos mesmos e houve partilha e assimilação de estratégias de *coping*. Permitir que o utente reexperimente sentimentos antigos em novas e árduas situações, mas com aceitação e atenção profissionais, exige que o enfermeiro reconheça e assuma uma variedade de papéis e técnicas, permitindo o desenvolvimento da personalidade do utente (Peplau, 1991).

4ª Sessão – Quem sou eu para o grupo?

A quarta sessão tinha como principais objetivos: Refletir acerca das características positivas dos vários elementos do grupo; Refletir acerca das características positivas identificadas pelo grupo sobre o próprio; Escrever as características numa peça de puzzle e pintar a peça a gosto, de forma a compreender de que forma o próprio avalia a avaliação dos outros sobre si mesmo; Compreender que a peça do puzzle é uma parte que constitui o próprio, dando a noção de reconstrução do eu; Promover a curiosidade na aquisição das outras peças do puzzle, pela participação nas próximas sessões; Avaliar a

autoestima através da forma como descreve o outro, como avalia a própria descrição e como o representa no puzzle (Plano de Sessão 4 em apêndice 8). Para esta quarta sessão foram escolhidas as abordagens Psicoterapêutica e Expressiva. Estiveram presentes 8 utentes, eu e a Enfª Especialista.

Foi feita a dinâmica de destaque das características positivas do outro. Metade dos utentes estavam virados de costas para a outra metade, com uma folha colada nas costas, onde cada um escreveu a característica que mais admirava no utente da frente, invertendo depois os papéis. Foi ainda feita uma reflexão crítica sobre o que cada um tinha escrito na sua folha. Todos os utentes ficaram admirados, mesmo emocionados. Dei algum compasso de tempo para que cada um absorvesse com calma o que diziam sobre si. Foi muito interessante ver a quantidade de aspetos positivos que o grupo identificou em cada um dos outros: “Fiquei muito surpreendida”; “estou tão mal que nunca pensei que o grupo visse tantas coisas positivas em mim” (sic), referindo também que tem dificuldade em reconhecer os próprios aspetos positivos e a valorização dos outros ajuda a aumentar a sua autoestima; “admirada, mas feliz e agradecida(sic)”; “Fico até emocionado com o que leio” (sic); “São coisas positivas, é bom ouvir” (sic) e emociona-se, justificando que, apesar dos seus comportamentos mais agressivos com os pares, estes reconhecem características positivas nela; “Alguém escreveu que eu sou alegre, que bom”; “o que me motiva são estes grupos” (sic) “Infelizmente tudo o que referem como positivo é fruto de tudo o que eu já tive de passar de mau, tudo o que já sofri”, manifestando dificuldade em aceitar o elogio (sic).

De seguida foi disponibilizada mais uma peça do puzzle, onde cada um escreveu as características identificadas pelo grupo e decorou a gosto (Música ambiente: Arrival of The Birds & Transformation de The Cinematic Orchestra). A maioria dos utentes aplicou cores diferentes para cada característica positiva que escreviam na peça do puzzle. De destacar a calma e o semblante feliz dos utentes, a alegria com que preenchiam aquela peça, com tudo de bom salientado pelos pares. A música escolhida foi também muito importante neste exercício, pois remete para a transformação e crescimento pessoal.

5ª Sessão – O que eu admiro nos outros?

Os objetivos desta sessão eram: Representar o próprio animal com as características que mais admira nos outros animais, utilizando o desenho como mediador; Efetuar reflexão crítica sobre o animal desenhado; Escrever as características na peça do puzzle e pintar a peça; Compreender que a peça do puzzle é uma parte que constitui o próprio, dando a noção de reconstrução do eu; Promover a curiosidade na aquisição das outras peças do puzzle, pela participação nas próximas sessões; Avaliar a autoestima através das características que identifica, da forma como avalia o desenho e como o descreve no puzzle. Para esta sessão foi escolhida a abordagem Expressiva. Estavam presentes na sessão 8 utentes, eu e a Enfª Especialista.

A dinâmica efetuada - Reconhecimento do outro, utilizando o desenho como mediador – consistia em desenhar o próprio animal com as características que mais admiravam nos outros animais do grupo. De seguida cada elemento teve espaço para partilhar o seu desenho com o grupo e refletir acerca do mesmo. Nesta fase a apresentação dos desenhos ao grupo decorreu de forma mais rápida que o planeado, senti-me, como terapeuta, estar a perder o controlo da dinâmica, pois as descrições dos desenhos foram curtas e rápidas e poderiam ter sido mais exploradas.

6ª Sessão – Perdão

Os objetivos gerais eram: Compreender relação entre perdão e autoestima; Compreender importância da meditação no processo de perdão e na promoção da autoestima. Para esta sexta sessão foi escolhida a abordagem Psicoterapêutica – Meditação. Estavam presentes na sessão 12 utentes, eu e a Enfª Especialista.

Foram colocadas as questões ao grupo: ‘O que fez na última semana para cuidar de si?’ e ‘que impacto teve em si fazer isso?’. Foi feita reflexão introdutória dos conceitos autocuidado, perdão e relação destes com a autoestima; reflexão acerca dos benefícios da meditação no autocuidado e perdão de si e dos outros. De seguida foi feita a Meditação do Perdão que durou cerca de 20 minutos e reflexão acerca da mesma, onde se abordaram sentimentos, sensações, pensamentos, decorrentes da meditação efetuada. Sentimentos de culpa,

vergonha, crítica, punição, decorrentes de lembranças do passado. Nesse dia refleti sobre a importância de o terapeuta desenvolver, na relação com o outro, um clima de confiança, acolhimento, proteção e confidencialidade, pois permite que o utente seja mais autêntico, espontâneo, promovendo a partilha e dessa forma possa ser orientado mais eficazmente no acesso às suas capacidades internas (Chalifour, 2008).

7ª Sessão – Construção do Eu e Encerramento do Programa

Os objetivos gerais para esta sessão eram: Refletir sobre o programa efetuado e benefícios na promoção da autoestima e diminuição do humor depressivo; Sintetizar os principais conceitos abordados em cada sessão e construir o puzzle individual simultaneamente, onde cada peça simboliza uma sessão e uma parte do eu simbólico; Encerrar o programa. Para esta sessão foi escolhida a abordagem Psicoterapêutica. Estavam presentes na sessão 9 utentes, eu e o Enf Especialista.

Foi feito resumo e reflexão das seis sessões anteriores; no resumo e reflexão de cada sessão cada utente escrevia nas duas últimas peças do puzzle a palavra que mais se destacou na sessão, a característica que identificou, ou sentimentos, emoções e pensamentos que surgiram. De seguida solicitei que um voluntário corajoso fosse receber uma caixa presente. Este, antes de abrir a caixa, tinha que ler um cartão, que dizia que devia entregar o presente à pessoa com determinada característica positiva e por aí em diante, cada um recebe o cartão e identifica um elemento do grupo, até chegar ao último utente que recebe o cartão da generosidade e pode abrir o presente e partilhar com o grupo (caixa de chocolates). Foi um momento de descontração, mas também de valorização e estima por cada utente, muito apreciado pelo grupo. A seguir foi feito o preenchimento da Escala de Auto-Estima e da Ficha de Avaliação Final**.** Por último foi feita a leitura em grupo de uma frase motivadora: “Talvez a coisa que se torna mais indispensável fazermos, enquanto seres humanos, seja a de recordar a nós próprios e aos outros a complexidade, a fragilidade, a finitude e a singularidade que nos caracterizam” (Damásio, 2004) e encerramento do Programa com avaliação do grupo: “espetacular”; “a Enf. foi muito atenciosa às nossas necessidades, motivou a nossa participação”; “houve sessões difíceis,

mas foi bom refletir sobre estes assuntos... acho que agora fico a pensar mais nisto"; "avaliação de excelente"; "percebi a importância de gostar mais de mim...parece que agora já me tenho visto com outros olhos, é importante falar destas coisas num grupo destes"; "desejo-lhe muito sucesso e obrigada pela sua dedicação"; a Enf. dedicou-se mesmo, fez atividades espetaculares, que se destacaram"; "o programa foi muito interessante e criativo"; "Continue com a sua criatividade e que tenha muito sucesso" (sic).

Como refere Peplau (1991), é a fase de término da relação terapêutica e dissolução dos laços existentes, onde tanto os utentes como a enfermeira cresceram e se desenvolveram individualmente.

No final de cada sessão foi sempre realizada avaliação com os orientadores, o que foi um excelente contributo reflexivo e de crescimento pessoal e profissional. No decorrer das sessões senti uma grande melhoria e desenvolvimento, tanto nas minhas habilidades como terapeuta, como na participação, interesse, crescimento e desenvolvimento do grupo.

Como aspetos principais e mais difíceis e desafiantes para mim, ao longo das sessões, destaco: a gestão do tempo e o simplificar das dinâmicas; quando um utente falava durante muito tempo, remeter para outro elemento; estimular os elementos mais introvertidos a participar; remeter questões individuais para o grupo e não ter a tendência de dar logo resposta; tentar motivar todos os elementos do grupo a partilhar algo de si; acolher e permitir que o utente se expressasse mais quando partilhava questões sensíveis; entrega autêntica e sentir o grupo; compreender e atentar à comunicação verbal e não verbal de todos; necessidade de conduzir eu o grupo, de forma a dar espaço a que todos participassem, senão alguns elementos acabam por "minar", o que prejudica a participação de alguns elementos mais passivos; adaptação contínua das sessões, de forma a dar resposta às necessidades do grupo.

Recursos: Livros e artigos científicos pertinentes e atualizados (Rogers, 1985; Peplau, 1991; Lazure, 1994; Chalifour, 2008); Livros com Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Amaral, 2010; CIPE, 2016; Diário da República, 2018); Escala de Auto-Estima de Rosenberg adaptada e validada por Santos (2008); Apontamentos das aulas; Utentes; Fundamentação Teórica

de Intervenções de Enfermagem; Ficha de avaliação da sessão e ficha de notas da sessão; Enfermeiros orientadores.

Indicadores de Resultado: Efetuei avaliação do estado mental, levantei diagnósticos, planeei intervenções e avaliei os resultados; Apliquei escalas e fiz análise dos dados recolhidos; Validei e refleti com os orientadores a conformidade e pertinência das técnicas selecionadas; Efetuei Intervenções de Enfermagem Psicoterapêuticas, Psicoeducacionais e Expressivas; Promovi relação terapêutica, tirei notas de campo e refleti sobre os resultados; Solicitei preenchimento de fichas de avaliação de sessão; Recolhi avaliação escrita, tirei notas da participação e avaliação da sessão e refleti sobre os dados obtidos; Desenvolvi estudo de caso; Capacitei o utente e validei a eficácia da relação de ajuda com o mesmo; Analisei os dados obtidos pelas escalas e efetuei análise dos mesmos.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foi efetuada uma análise e reflexão acerca da eficácia das intervenções de enfermagem, através da síntese das avaliações dos utentes, notas de sessão e análise dos dados obtidos através das escalas aplicadas.

No que se refere à aplicação da Escala da Auto-Estima, foram recolhidos dados primários, sendo estes definidos como "informações que o investigador obtém diretamente através da conceção e aplicação de inquéritos" (Sousa & Batista, 2011:71). Foi constituída a base de dados no Statistical Package for Social Sciences – SPSS (versão 25.0), software este que permitiu realizar as análises efetuadas, tanto gráficas como analíticas, que consta no apêndice 9.

Relativamente à análise dos resultados da Escala, pude optar pela aceitação da hipótese nula, porque os valores p são todos superiores a 0.05, assim concluindo pela não existência de evidência nos dados que permitam concluir que há diferenças significativas entre o antes e o depois, em relação a todas as variáveis, pelo que não se pode generalizar que houve aumento da autoestima do grupo. No entanto, a análise gráfica permite evidenciar algumas oscilações em termos médios, através dos gráficos 1 a 10. A título de exemplo, no gráfico 1 'Globalmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a) a média aumentou, o que é positivo.

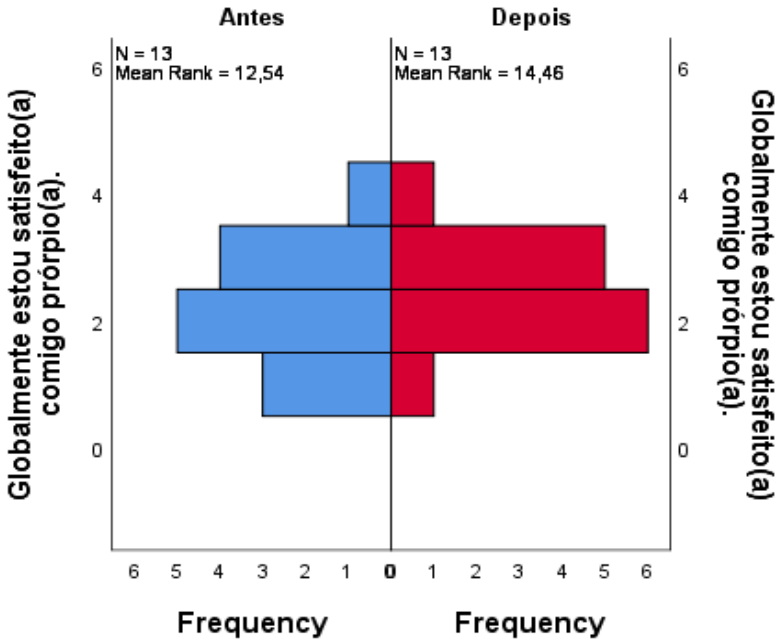


Gráfico 1 - Excerto da Base de Dados

Também no gráfico 7 (Apêndice 9) ‘Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas’, a média também aumentou, o que revela uma melhoria de autoestima. No gráfico 8 (Apêndice 9) ‘Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a)’ a média aumentou de 13,00 para 14,00, o que também se mostra um bom resultado. A análise destes gráficos abordados pode ser indicadora de que, pese embora a autoestima do grupo não tenha tido aumentos significativos, a intenção de se valorizar mais, de ter mais estima e respeito por si aumenta, o que revela melhoria significativa individual, em como os utentes olham e se avaliam a si mesmos.

Relativamente à análise das fichas de avaliação do Programa AutoEstima-Te, as mesmas foram preenchidas pelos 14 utentes. Na questão 2 ‘Este programa promoveu o conhecimento de si próprio?’ Apenas um utente referiu que não, restantes 13 referiram que sim. Estas respostas revelam que, pese embora no resultado das Escalas não se tenha verificado um aumento médio significativo da autoestima, o facto de se ter estimulado durante o Programa à reflexão crítica, em grupo e individual, permitiu que os utentes acedessem às próprias ferramentas internas, eclodindo na consciencialização do eu, o que se mostra fundamental na promoção da autoestima e diminuição da recorrência de humor depressivo. Na questão 3 ‘Considera que estas sete sessões ajudaram a refletir mais sobre as características positivas que possui? Apenas três utentes referiram que não, o que é positivo, pois utentes que disseram no início do Programa não ter nenhuma, ou muito poucas características positivas, ao longo do tempo conseguiram ver em si o positivo. O facto de a intervenção ser em grupo também contribuiu para isso, uma vez que alguns exercícios consistiram em estimular o grupo a identificar as características positivas dos restantes elementos. Através desses, cada utente conseguiu reconhecer no outro e conseguiu ver em si características positivas reconhecidas pelos outros, o que também é revelador de melhoria da autoestima. Relativamente à questão 4 ‘Considera que este programa contribuiu para se sentir menos vezes triste?’ 4 utentes responderam que não, os restantes 10 referiram que sim. O facto de a maioria dos utentes reconhecer e assumir que se sente menos vezes triste, é um indicador bastante positivo na diminuição da recorrência de humor depressivo. No que se refere à questão 5 ‘Este programa ajudou-o a ter mais estima por si mesmo?’ 8 utentes referiram que sim e 5

utentes referiram que não. A avaliação dos utentes sobre si mesmos é mais positiva e mais de metade dos utentes acha que no final do Programa tem mais estima por si, o que revela possibilidade de ter havido promoção da autoestima. Mesmos os utentes que referiram que não, nas questões acima referiram que o Programa ajudou a promover o autoconhecimento e a refletir sobre as suas características positivas, o que também é um bom indicador de resultado. Na questão 6 'Considera que este programa o ajudou a estar mais atento às características positivas dos outros elementos do grupo?' verificou-se que apenas 1 utente referiu que não. O facto de cada utente conseguir identificar nos outros características positivas de forma mais frequente aumenta a recetividade de também se permitir a ouvir dos outros as características mais positivas e valorizá-las, o que é o oposto de uma autoestima baixa ou comprometida. À questão 7 'Como se sentiu ao participar neste programa?' algumas respostas dos utentes foram "Bem. O programa promoveu o autoconhecimento."; "Senti-me integrado."; "Senti-me bem."; "Ao estar a participar neste programa, sentia-me feliz e bem animada"; "Estive menos triste e a minha autoestima aumentou um bocado durante as sessões. Já é qualquer coisa."; "Senti-me bem na maioria das vezes. Por vezes um pouco ansiosa e em conflito comigo mesma mas relacionado com o que era pedido na sessão. O trabalho interior é difícil!"; "Não me senti bem a participar na sessão de meditação mas acho que era algo com que eu precisava lidar." (sic). As respostas dadas pelos utentes manifestam avaliação positiva do Programa e reconhecimento que o mesmo de alguma forma teve um efeito benéfico em cada um.

Os comentários que o grupo ia devolvendo foram cruciais para este relatório, uma vez que é na espontaneidade que melhor se compreende a essência dos pensamentos. Nesse âmbito verifiquei que , ao longo das sete sessões, além de se notar um maior à vontade na participação, uma maior proximidade comigo e com o grupo, foi cada vez sendo dada mais ênfase às características positivas do próprio e dos outros elementos; o grupo reconhecia as características dos outros, através da imagem do animal de cada um, o que foi bom de forma a permitir ligar as características positivas a um elemento concreto, fazendo com que permanecesse de forma mais permanente na memória. A maioria dos utentes já destacava e explorava as próprias

características positivas com mais naturalidade, identificava e esforçava-se para identificar mais para os outros, refletindo com isso um desejo de explorar e falar sobre as próprias características pessoais.

O facto de cada utente se identificar com um animal foi deveras benéfico. Primeiro, reconhecerem-se num animal específico revelou a personalidade e a estima de cada um. A identificação das características com que mais se identificavam com esse animal, incitou à reflexão pessoal. Inicialmente alguns utentes destacaram características tendencialmente negativas, mas com o desenrolar das sessões e, através dos exercícios de reconhecimento de características positivas pelo próprio, bem como características positivas pelo grupo, conseguiram compreender o bom que havia em cada um. O facto de se escreverem essas características, bem como de se representarem através da pintura e do desenho, reforçou a ideia de que essas características eram genuinamente suas. Além disso, o simbolismo do animal do outro, fez com que cada um conhecesse melhor os outros elementos, ajudando-se até mutuamente nesse reconhecimento e valorização das qualidades.

A construção do puzzle, ao longo das sete sessões, foi um excelente contributo. Através desse exercício os utentes puderam reconstruir o eu, onde cada peça simbolizava parte do próprio. O simbolismo de ter o puzzle completo, de transpor para um objeto o que somos e o que gostávamos de ser. De cada um se conseguir vislumbrar nesse “espelho” que refletia as suas características positivas, as dos outros, as que desejavam ter, sentimentos, emoções... Trouxe esperança, felicidade, alívio e foi um grande promotor de autoestima.

Também no IA se constatou, através das sessões de grupo e relação terapêutica individual, que os utentes, pese embora numa fase mais aguda da doença, manifestaram interesse em abordar e refletir sobre os conceitos. Alguns utentes frisaram que, que só o facto de se falar sobre a temática era bom, ajudava a pensar mais sobre a autoestima. Pequenas alterações de comportamento indicaram melhoria de autoestima, como cortar o cabelo, ou fazer um novo penteado e ir-me mostrar, exibindo com orgulho o feito; melhoria da higiene pessoal e do espaço, bem como vestuário mais cuidado e ponderado; até elogiar outros utentes por estarem mais arranjados, ou terem cortado o

cabelo. Em algumas situações estimulei utentes que não queriam sair da cama nem do quarto a ir comigo fazer uma caminhada até ao pátio. Essas ações tinham duplo benefício, incentivar a sair da cama e daquele ciclo de pensamentos solitários e ruminantes e, ao mesmo tempo, desenvolver proximidade e confiança. Através da caminhada, era criado um clima mais descontraído, relaxado, permitindo aos utentes expressarem-se de forma livre e espontânea. Isso teve efeitos muito benéficos, por vezes já eram os utentes a vir ter comigo e perguntavam a que horas íamos fazer a caminhada, tiravam dúvidas sobre assuntos abordados no último encontro, refletiam sobre os conceitos e a importância destes na sua recuperação. A verbalização do desejo de recuperar e de ter um papel ativo nesse processo, o insight para a situação atual e necessidade de apoio terapêutico foram também indicadores da eficácia das intervenções efetuadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da pesquisa bibliográfica e da intervenção nos estágios constatei que existe relação entre autoestima comprometida e humor depressivo, sendo diagnósticos de enfermagem recorrentes e abrangentes aos vários utentes dos serviços, mesmo apresentando perturbações psiquiátricas diferentes.

As notas de sessão, os resultados individuais das escalas, os dados obtidos pelas fichas de avaliação e os dados provenientes das interações da relação terapêutica permitem concluir que, pese embora no resultado das escalas não tenha verificado um aumento médio significativo da autoestima do grupo, a nível individual verifiquei diferenças significativas e relevantes, no âmbito da promoção da autoestima e de diminuição de recorrências de humor depressivo. Pequenas diferenças individuais nos resultados das escalas permitiram verificar uma ligeira melhoria na autoestima, da primeira para a sétima sessão do Programa AutoEstima-Te. A intenção de se valorizar mais e o aumento da estima e respeito por si revela melhoria significativa em como os utentes olham e se avaliam a si mesmos.

A reflexão e análise dos conceitos pelos utentes, o interesse nas temáticas, a participação ativa nas sessões, a valorização dada aos outros elementos do grupo, a valorização que cada um deu a si mesmo, desaguou num explorar do eu, que se revelou crucial na eficácia das intervenções desenvolvidas. O facto de cada utente conseguir identificar nos outros características positivas de forma mais frequente aumenta a recetividade de também se permitir a ouvir dos outros as características mais positivas e valorizá-las, o que é o oposto de uma autoestima baixa ou comprometida. Vários utentes no HD reconheceram que, após o Programa, se sentiam menos vezes tristes, tinham menos pensamentos negativos e sentiam mais estima por si. Também no IA, a nível individual foram observadas pequenas, mas significativas diferenças no comportamento dos utentes, como a vontade de sair da cama e do quarto, a melhoria dos cuidados de higiene e vestuário e o sorrir de forma espontânea com mais frequência. As diferenças também foram notórias no interesse pelas temáticas abordadas e na perceção da existência e cogitação sobre os conceitos. Em cada sessão realizada a participação e contributos do

grupo revelou-se muito positiva e enriquecedora da experiência. Também no IA houve bastante participação e adesão nas sessões de grupo, estimulando à reflexão tanto na sessão, como a nível individual. Como enfermeira valorizei e potenciei os utentes a acederem às suas capacidades internas (Queiroz, 2017) e estes encontraram dentro de si aptidões de usar a relação terapêutica para crescer e evoluir (Rogers, 1985).

Os resultados gerais demonstram ter havido melhoria na autoestima e diminuição na recorrência de humor depressivo, pelo que se pode afirmar que as intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas, expressivas e relação terapêutica podem promover a autoestima e diminuir o humor depressivo dos utentes. Posso também afirmar que os objetivos que defini para este relatório foram atingidos.

Para mim uma das maiores limitações nos meus estágios foi, sem dúvida, a minha falta de experiência em serviços tão específicos como os que estagiei, principalmente no que diz respeito ao HD. Nunca tinha assistido a grupos terapêuticos, muito menos moderado um, o que tornou bastante difícil o processo, mas ainda assim, muito construtiva e enriquecedora a aprendizagem.

Pese embora previsse, no início da realização do estágio no HD, que uma sessão por semana, num total de sete sessões, seria insuficiente para se conseguir um aumento significativo nos níveis de autoestima de cada utente, predispus-me a abordar os conceitos, dada a importância da intervenção do EESMP nesta área e na população com que lidei, assegurando-me de que, no mínimo, a reflexão acerca dos conceitos seria um contributo importante no tratamento dos utentes.

A assiduidade dos utentes nas sessões foi um fator dificultador, mas que me permitiu compreender melhor a dimensão humana e adaptar as sessões às necessidades específicas de cada um. Em cada sessão foi efetuado um resumo e reflexão das sessões prévias, o que permitia avaliar a assimilação de conhecimentos de quem tinha estado presente e, ao mesmo tempo, dar a conhecer os assuntos chave a quem não tinha estado. Além disso, a validação da aquisição de novas noções com os utentes, no final das sessões, permitiu que cada um obtivesse o máximo proveito dos conteúdos de cada sessão em

que participavam. O formato de ligação e continuidade que existia entre as sete sessões, mas ao mesmo tempo o seu caráter de unicidade de cada sessão em específico, permitiu inclusivamente que, mesmo que o utente não comparecesse em uma das sessões, conseguisse de imediato acompanhar a sessão atual, mas, ao mesmo tempo, ter a noção da importância do todo na promoção da sua própria saúde mental. O formato do Programa promoveu também a curiosidade, levando a que utentes que não conseguiam comparecer numa sessão questionassem os restantes sobre o que tinha sido abordado na mesma.

Nesse âmbito, para estudos futuros considero que seria muito interessante e de grande utilidade para a promoção da saúde e prevenção de agravamento da doença dos utentes, efetivar um estudo longitudinal para implementação do Programa AutoEstima-Te e análise da eficácia do mesmo a longo prazo. Tenho esperança que um dia, na minha prestação como EESMP, consiga desenvolver e aprimorar este Programa.

Há uma riqueza tão colossal de sentimentos, emoções, sensações, pensamentos, vivências, que advém desta experiência... 'Penso na sorte que tenho em estar a estagiar naquele serviço. Na exigência dos meus orientadores, com tantos conhecimentos e anos de experiência naquela área, ajudando-me a crescer, a evoluir. Penso nas experiências que vivi, nas pessoas que conheci e no que tudo isso me permitiu adquirir aprendizagens intensas e gratificantes. Estas vivências são para sempre minhas e só por isso sei que já valeu a pena todo o esforço que tenho feito para chegar até aqui' (*Em Diário de Aprendizagem 6*). Dessa forma, o conhecimento sobre o autoconhecimento foi crucial nesta caminhada, assim foi no decorrer dos estágios e será ao longo da minha vida pessoal e profissional como futura EESMP, pois é uma das principais ferramentas na relação enfermeiro-utente e é um processo reflexivo contínuo em permanente construção. Quanto mais auto-consciente for o enfermeiro, mais reforçado estará o ambiente terapêutico no cuidado ao utente (Rasheed, 2015). Claro que como enfermeira cresci e evolui...conheci coisas de mim que desconhecia! Nunca tinha refletido nas causas da ansiedade sentida em determinadas ocasiões, ou porque me sentia insegura e dependente da aprovação dos outros, ou que afinal até sou bastante criativa! Compreendi as

minhas reações corporais, emoções, sentimentos em determinadas situações, como reajo, como me sinto. Compreendi melhor quem sou, na minha essência.

Com tudo isto só posso estar grata pela oportunidade de ter estagiado nestes dois locais. Cresci e aprendi tanto... Absorvi ao máximo tudo o que consegui... Tive orientadores muito especiais, excelentes profissionais dotados de experiência e conhecimentos de longos anos, não é todos os dias que se tem a sorte de estar ao lado de pessoas assim, nem é todos os dias que tenho o privilégio maior de aprender com eles. Não tenho forma de lhes agradecer todos os momentos que passámos, os conhecimentos, as reflexões, a partilha, a simplicidade dos momentos que foram especiais e inesquecíveis e certamente me acompanharão no meu percurso pessoal e profissional. Mais do que ensinar-me a praticar, ensinaram-me a viver, a sentir, a deixar fluir, a ver o belo nos pequenos detalhes... Mais que orientadores, foram mestres. 'Os estágios terminam e sinto um misto entre alívio, satisfação, alegria e tristeza porque acabou (...) agora, que já terminou, penso em quão belo foi o caminho, quão rica e intensa foi a experiência. Só consigo estar grata por tudo o que me foi proporcionado, tudo o que os excelentes profissionais com quem tive a sorte de aprender me capacitaram, de conhecimentos e experiências únicas. Todas as ferramentas que me foram dadas e que me permitiram chegar aqui... E chegar a mim... Grata' *(Em Diário de Aprendizagem 8).*

Tive o sonho de tirar esta especialidade, desde o primeiro contacto com o mundo da psiquiatria, onde percebi de imediato a minha paixão. Os anos passaram, investi noutras formações, mas sempre com um fio invisível a puxar-me nesta direção. Quando comecei, senti-me finalmente em casa, sabia que era exatamente isto que me fazia feliz, pois, surpreendentemente, eu podia ser, verdadeiramente, eu. Esta especialidade foi para lá de especial.... Mudou a minha vida! Trouxe, nos conhecimentos e ferramentas que adquiri, a autenticidade e a simplicidade. E isso é o melhor da vida!

"Saber tudo de tudo. Ou tudo de algum saber. Decerto é impossível e mesmo indesejável. Mas que tu sintas que é bela a luz ou ouvir um pássaro cantar e terás sido absolutamente original. Porque ninguém pode sentir por ti."

(Vergílio Ferreira)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, A., Gusmão, R., Corrêa, B., & Silva, J. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório.* Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude- Mental_2.pdf

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

APA – American Psychological Association. (2019). Disponível em: https://www.apa.org/

Baker, R. & e Trzepacz, P. (2001). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental*. Lisboa: Climepsi Editores

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Blomdahl, C.; Gunnarsson, B.A.; Guregård, S.; Rusner, M.; Wijk, H.; Björklund, A. (2016). Art therapy for patients with depression: expert opinions on its main aspects for clinical practice. *Journal of Mental Health*. 25 (6), 527-535. DOI: https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207226

Bone, T. (2018). Art and Mental Health Recovery: Evaluating the Impact of a Community-Based Participatory Arts Program Through Artist Voices. *Community Mental Health Journal* (54), 1180-1188. DOI: https://doi.org/10.1007/s10597-018-0332-y

Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). Adaptação do Inventário de Depressão de Beck II para a população portuguesa. *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica*, Lisboa, 25 a 27 de Julho. Disponível em: http://hdl.handle.net/10174/3948

Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação–Guia para Auto-aprendizagem* (2ª edição). Lisboa: Universidade Aberta.

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

CIPE – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2015*. (2016). Loures: Lusodidacta.

Coelho, R. & Ramos, S. (2005). *Aspectos Éticos da Saúde Mental Parte II*. Ano XVI N.º 39 Dezembro. Cadernos de Bioética.

Crane, R. & Kuyken, W. (2013). The Implementation of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Learning From the UK Health Service Experience. *Mindfulness*, 4, 246–254. DOI: 10.1007/s12671-012-0121-6.

Deontologia Profissional de Enfermagem. (2015). Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.p df

De Raedt, R., Schacht, R., Franck, E., & De Houwer, J. (2006). Self-esteem and depression revisited: Implicit positive self-esteem in depressed patients? *Behaviour Research and Therapy,* 44(7), 1017-1028. DOI: https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.08.003

Diário da república. I SÉRIE-A, ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA Lei nº 36/98 de 24 de Julho Lei de Saúde Mental, nº 169 24-7-1998. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75115272/view?p_p_state=maximized

Diário da República. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.* 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018. Disponível em: https://dre.pt/application/conteudo/115932570

Dicionário da Língua Portuguesa. (2019). Disponível em: https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa

Direção Geral de Saúde. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns - Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes.* Disponível em: https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras- perturbacoes-mentais-comuns.aspx

DSM-5. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5ª Edição. ARTMED Editora LTDA: Porto Alegre.

Feely, M., & Long, A. (2009). Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(8), 725-737. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01452.x

Gana, K., Bailly, N., Saada, Y., Broc, G., & Alaphilippe, D. (2015). Relationship between self-esteem and depressive mood in old age: Results from a six-year longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 82, 169-174. DOI: https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.021

Gibbs G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching & learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.)

Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência.* Saarbrucken/Deutsche: Novas Edições Académicas.

Hepper, E. G. (2016). Self-Esteem. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition).* Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology, 80-91. DOI: https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00076-8

Hesbeen, W. (2013). *Dizer e escrever a Prática do Cuidar do Quotidiano – À descoberta do sentido do cuidado de saúde*. Loures: Lusociência.

Ingham-Broomfield, R. (2016). A nurses' guide to mixed methods research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 46. Disponível em: http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=79323ffa-e042-49cd-8e3b-8e71b4574df2%40pdc-v-sessmgr05

Johnson, M. D., Galambos, N. L., Finn, C., Neyer, F. J., & Horne, R. M. (2017). Pathways between self-esteem and depression in couples. *Developmental Psychology*, 53(4), 787. DOI: 10.1037/dev0000276

Kang, Y. (2019). The relationship between contingent self-esteem and trait self-esteem. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 47(2), 1-19. DOI: https://doi.org/10.2224/sbp.7575

Kaplan, H.; Sadock, B. & Greb, J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.* Porto Alegre: Artmed.

Kim, H. S., & Moore, M. T. (2019). Symptoms of depression and the discrepancy between implicit and explicit self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 63, 1-5. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.12.001

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda – Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira.* Lisboa: Lusodidacta.

Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Lisboa: PACTOR.

Lemmens, L. H., Roefs, A., Arntz, A., van Teeseling, H. C., Peeters, F., & Huibers, M. J. (2014). The value of an implicit self-associative measure specific to core beliefs of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* 45(1), 196-202. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.10.006

Meisenhelder, J. B. (1985). Self-esteem: A closer look at clinical interventions. *International Journal of Nursing Studies*, 22(2), 127-135. DOI: https://doi.org/10.1016/0020-7489(85)90023-9

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2019). *Saúde um Direito Humano - Relatório de Primavera.* Disponível em: http://opss.pt/wp-content/uploads/2019/07/Alterado-RP_2019.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.* Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadrão-documentação_enfermagem-saúde-mental-e-psiquiátrica_auscultação_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Pearson, M. & Wilson, H. (2009). *Using Expressive Arts to Work with Mind, Body and Emotions: Theory and Practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing.* Springer Publishing Company. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=ck8-E6FL-1UC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Peplau,+H.+E.+(1952).+Interpersonal+relations+in+nursing:+A+conceptual+frame+of+reference+for+psychodynamic+nursing.+New+York:+Putnam.&ots=OF_YFwHbpS&sig=H_DaiA4rYlWqd2Id12b-jPmzCEQ#v=onepage&q&f=true

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Phillips, W. J., & Hine, D. W. (2016). En route to depression: Self-esteem discrepancies and habitual rumination. *Journal of Personality*, 84(1), 79-90. DOI: https://doi.org/10.1111/jopy.12141

Rasheed, S. P. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/Client Relationship. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1). Disponível em: http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=958532e0-a1f0-424d-82bf-f4ab92965553%40sdc-v-sessmgr02

Risch, A. K., Buba, A., Birk, U., Morina, N., Steffens, M. C., & Stangier, U. (2010). Implicit self-esteem in recurrently depressed patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* 41(3), 199-206. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.01.003

Rogers, C. R. (1985). *Tornar-se pessoa*. (7ª Ed). Lisboa: Moraes Editora.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sampaio, F. M. C. (2011). A Psicoeducação e a Sobrecarga dos Cuidadores Informais do Idoso com Demência: Análise Baseada na Evidência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (5), 30-36. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1647-21602011000100005&script=sci_arttext&tlng=es

Sampaio, F. M. C., Sequeira, C., & Lluch-Canut, M. T. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: A review of clinical studies. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15-16), 2096-2105. DOI: https://doi.org/10.1111/jocn.12808

Sampaio, F. M. C, Sequeira, C., & Lluch-Canut, M. T. (2017). Content validity of a psychotherapeutic intervention model in nursing: A modified e-Delphi study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 147-156. DOI: https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.007

Santos, P. J. (2008). Validação da Rosenberg Sel-esteem Scale numa amostra de estudantes do ensino superior. In Ana Paulo Noronha, Carla Machado, Leandro Almeida, Miguel Gonçalves, Sara Martins & Vera Ramalho (Organizadores), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. XIII). Braga: Psiquilíbrios Edições. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16164/2/Santos2008000077971.pdf

Saraiva C. & Cerejeira J. (Cord.) (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lousã: LIDEL.

Sedikides, C, & Gregg, A. P. (2003). *Portraits of the self.* In M. A. Hogg & J. Cooper (Eds.), Sage handbook of social psychology (pp. 110-138). London: Sag

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções.* Lisboa: Lidel.

Smeijers, D., Vrijsen, J. N., van Oostrom, I., Isaac, L., Speckens, A., Becker, E. S., & Rinck, M. (2017). Implicit and explicit self-esteem in remitted depressed patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 301-306. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.10.006

Sousa, M. & Batista, C. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios: Segundo Bolonha* (2ª Ed.). Lisboa: Grupo Lidel.

Stuart, G & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica - Princípios e Prática.* Porto Alegre: Artmed Editora.

Tafarodi, R. W., & Ho, C. (2006). Implicit and explicit self-esteem: What are we measuring? *Canadian Psychology*, 47(3), 195. DOI: https://doi.org/10.1037/cp2006009

Valente, G., Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). In Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções.* (pp. 19-23). Lisboa: Lidel.

Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (Eds.). (2010). *Measurement in Nursing and Health Research.* Springer publishing company.

Wang, X., Wang, W., Xie, X., Wang, P., Wang, Y., Nie, J., & Lei, L. (2018). Self-esteem and depression among Chinese adults: A moderated mediation model of relationship satisfaction and positive affect. *Personality and Individual Differences*, 135, 121-127. DOI: https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.06.055

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., Kabat-Zinn, J. (2016). *Mindfulness contra a depressão – Como libertar-se da infelicidade crónica.* Lisboa: Climepsi Editores.

World Health Organization. (2017). *Depression and other Common Mental Disorders.* Global Health Estimate. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=96E5D96F5CEB8DDECEB64429F61521CE?sequence=1

World Health Organization. (2018). *Mental Health: strengthening our response.* Disponível em: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal–rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 19. DOI: https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-19

Yalom, I. & Vinogradov, S. (1992). *Manual de psicoterapia de grupo*. (D. Baptista Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Traduzido do original do inglês Group Psychotherapy, 1982).

Apêndices

Apêndice 1 - Notas da Sessão

HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

NOTAS DA SESSÃO DATA: SESSÃO Nº:	
UTENTE	
Utente	
Utente	
Utente	
Utente	
Utente	
Utente	
Utente	

Notas gerais:

Apêndice 2 - Ficha de Avaliação do Programa

Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital

Ficha Avaliação do Programa AutoEstima-Te

Modelo produzido exclusivamente para efeitos de relatório de estágio da Enfª Mara Andrade, no âmbito do Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Ficha de avaliação do Programa AutoEstima-Te

Gostaria de saber a sua opinião sobre sua experiência com o Programa AutoEstima-Te desenvolvido no Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital. Por isso, solicito que avalie os itens abaixo com um X na coluna de Sim ou Não. As últimas três são questões abertas.

Questões	Sim	Não
1. Considera as atividades desenvolvidas neste programa pertinentes no contexto do Hospital de Dia?		
2. Este programa promoveu o conhecimento de si próprio?		
3. Considera que estas sete sessões ajudaram a refletir mais sobre as características positivas que possui?		
4. Considera que este programa contribuiu para se sentir menos vezes triste?		
5. Este programa ajudou-o a ter mais estima por si mesmo?		
6. Considera que este programa o ajudou a estar mais atento às características positivas dos outros elementos do grupo?		
7. Como se sentiu ao participar neste programa?		
8. O que mais gostou neste programa?		
9. Considerações/Opiniões/Sugestões de Melhoria:		

Nome:

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice 3 - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA FINS DE TRATAMENTO CIENTÍFICO DOS DADOS CLÍNICOS RELATIVOS A ESTE INTERNAMENTO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algum dado está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações até ver todas as suas dúvidas esclarecidas. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, assine este documento no espaço dedicado para o efeito.

A aplicação da Escala de Auto-Estima está incluída no Programa "AutoEstima-Te" a desenvolver no Hospital de Dia de Psiquiatria, entre o dia 30 de setembro de 2019 e o dia 11 de novembro de 2019, no âmbito da execução de relatório de estágio de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

NOME DO ESTUDO **–** "A Auto-Estima do Utente com Humor Depressivo: Intervenções do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica."

TIPO DE ESTUDO **–** Relatório de Estágio Académico.

ENQUADRAMENTO **–** Estudo a desenvolver no âmbito do Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

EXPLICAÇÃO DO ESTUDO **–** Tem como objetivos a promoção da autoestima, sendo o tratamento e acesso aos dados feito exclusivamente pela investigadora principal e profissionais da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

CONDIÇÕES E FINANCIAMENTO **–** A participação é voluntária, não havendo qualquer contrapartida com a não participação no mesmo, nem prejuízo no acompanhamento clínico. Não há nenhum custo associado à participação neste estudo nem acordo financeiro com nenhuma instituição para a execução do mesmo.

CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO **–** Os dados recolhidos são confidenciais, o nome constante nos mesmos serve exclusivamente para comparar resultados entre a primeira e a sétima sessão, sendo depois apresentados de forma anónima, sendo

autorizados pela Comissão de Ética, observando os princípios da Declaração de Helsínquia (última atualização em Fortaleza, Brasil, 2013), da OMS e da Comunidade Europeia.

ENCARREGADO DA PROTEÇÃO DE DADOS **–**

INVESTIGADORA PRINCIPAL – Mara Raquel Esteves de Andrade, enfermeira, a frequentar o Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

CONTACTOS do Investigador Principal **–** Mara Raquel Esteves de Andrade, cédula profissional nº 66256.
O Investigador Principal:
Data:
DECLARO ter lido e compreendido este documento bem como as informações que me foram prestadas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem quaisquer prejuízos. Desta forma, aceito participar de forma voluntária e permito a utilização dos dados colhidos confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

_____ (local), ____/____/_____ (data)

Nome: |_____|

Assinatura _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME: _____
DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º ..... DATA OU VALIDADE ____/____/_____
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:_____
ASSINATURA _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Apêndice 4 - Panfleto

A **Linha SOS Voz Amiga** (21 354 45 45 / 91 280 26 69 - diariamente das 16 às 24h) está vocacionada para ajuda na solidão, angústia, desespero e prevenção do suicídio.

Unidade de Vida Apoiada: Apoio social para pessoas com doença do foro mental/psiquiátrico - Nos balcões de atendimento da Segurança Social, das Lojas de Cidadão ou Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Esclarecimentos sobre Saúde Mental na Internet: http://www.saudemental.pt/

Sessões sobre Saúde Mental: https://www.manifestamente.org/manifestamente.html

"Os problemas de saúde mental afetam várias áreas da vida pessoal, familiar e profissional das pessoas. Porém, viver com problemas de saúde mental em Portugal está ainda associado a um forte estigma e discriminação. O tratamento adequado, seguimento, acompanhamento, reabilitação e o apoio social àqueles que vivem com doença mental bem como aos seus familiares e cuidadores, é fundamental para que possam ter uma participação plena na sociedade, no mercado de trabalho e na sua vida familiar"
(http://www.cns.min-saude.pt/)

Enfª Mara Andrade
Estagiária no Serviço de Psiquiatria - Internamento de Agudos

No âmbito do Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

RESPOSTAS COMUNITÁRIAS NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

LISBOA

ADEB - Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares
Morada: Quinta do Cabrinha AV. de Ceuta, N.º 53, Loja F/G, H/I e J 1300-125 Lisboa
Contactos: 218540740/8| 968982150 | Site: www.adeb.pt
Destinatários: Pessoas com diagnóstico de depressão, perturbação bipolar, familiares e cuidadores. Unidade Sócio-Ocupacional I Grupos Psicoterapêuticos I Apoio e Orientação Profissional I Atividades de Âmbito Sócio-Ocupacional

AEIPS- Associação para o Estudo e Reabilitação Psicossocial
Morada: Av. António José de Almeida, nº. 26, 1000-043 Lisboa
Contactos: 218453580 | Site: www.aeips.pt
Centro comunitário que desenvolve programas e serviços de suporte a pessoas com doença mental, nos domínios da habitação, educação, emprego.

ARIA - Associação de Reabilitação e Integração Ajuda
Morada: Praça de Goa, nº. 4 - Bairro do Restelo, 1400-184 Lisboa
Contactos: 213641099 | 934522959 | Site: www.aria.com.pt
Ajudar a pessoa com problemas de saúde mental a adquirir os recursos necessários à sua reabilitação psicossocial e integração socioprofissional. Formação Profissional I Fóruns Sócio-Ocupacionais I ARIA Jardins I Unidades da Rede de Cuidados Continuados Integrados na Saúde Mental I Incorpora I Incomum

Comunidade Vida e Paz
Morada: Rua Domingos Bontempo, nº.7, 1700-142 Lisboa
Contactos: 218460165 | 912340222 | Site: www.cvidaepaz.pt
Destinatários: Pessoas em condição de sem-abrigo, ou em situação de vulnerabilidade social. Comunidades Terapêuticas I Comunidades de Inserção I Apartamentos de Reinserção I Acompanhamento Pós-Alta

GIRA - Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa
Morada: Rua Luciano Cordeiro, nº.34, 1.º andar, 1150-216 Lisboa
Contactos: 213544535 | Site: www.gira.org.pt
Destinatários: Pessoas com doença mental grave, da qual resulte incapacidade psicossocial, independentemente da idade. Unidades de Vida I Fóruns Sócio-Ocupacionais

GAC - Grupo de Acção Comunitária
Morada: Rua Vítor Santos, lote R8, loja A, 1600-785 Lisboa
Contactos: 218070782 | Site: www.gac.com.pt
Desenvolvimento de competências sociais das pessoas com doença mental e reabilitação, formação e integração sócio-profisssional.
Fórum Sócio-Ocupacional I Unidade de Vida Protegida I Grupo de Famílias

Associação Entrementes
Morada: Rua Padre Abel Varzim, lote 3, Cave E, 1800-291 Lisboa
Contactos: 218093133 I Site: www.associacaoentrementes.com
Proteção e integração familiar, sócio-profissional e comunitária de indivíduos maiores de 16 anos, pertencentes a grupos de risco no âmbito da psiquiatria e da saúde mental, debilitados, incapacitados ou diminuídos devido a perturbação mental, bem como de indivíduos residentes em contextos sócio-económicos desfavorecidos.
Fóruns Sócio-Ocupacionais I Consultas Psicologia, Psiquiatria, Medicina Preventiva I

Manicómio
Morada: Rua do Grilo 135, 1950-144 Lisboa
Contactos: 918 289 510 I Site: http://manicomio.pt/
Desmistificar o estigma associado à doença mental, incentivar a empregabilidade e promover a inclusão social de pessoas com doença mental. Criação de conteúdos criativos em áreas diversas como as artes plásticas, a comunicação, a publicidade, a tecnologia, a joalharia, a restauração, entre outras.

OLHAR - Associação pela Prevenção e Apoio à Saúde Mental
Morada: Rua Augusto Gil, nº 1 - 2º Dto., 1000-062 Lisboa
Contactos: 934 679 511 I Site: https://associacaoolhar.org/index.html
Psicologia Clínica/Psicoterapia I Avaliação Psicológica I Orientação Vocacional I Neuropsicologia I Terapia de Casal I Terapia Familiar I Psicodrama I Terapia da Fala I Acompanhamentos ao Domicílio. Praticam preços sociais para quem não disponha de recursos financeiros.

Apêndice 5 - Estudo de Caso

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

ESTUDO DE CASO

Mara Raquel Esteves de Andrade

Lisboa
2019

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

A AUTO-ESTIMA DO UTENTE COM HUMOR DEPRESSIVO:
Intervenções do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica

Orientadora: Profª Drª Ana Cristina Miranda Romano Fontes Pereira de Melo

Lisboa
2019

ÍNDICE

INTRODUÇÃO *98*

1. ESTUDO DE CASO *100*

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE E INFORMAÇÕES GERAIS 100

1.2 MOTIVO DO INTERNAMENTO E PROCURA DOS CUIDADOS 101

2. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM *102*

2.1 HISTÓRIA PESSOAL SUMÁRIA 102

2.2 ANTECEDENTES PESSOAIS DE SAÚDE 102

2.3ANTECEDENTES FAMILIARES E CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR 102

3. HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL *104*

3.1 CARACTERIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA 104

4. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM ATUAL - ANÁLISE SEGUNDO MODELO DE SISTEMAS BETTY NEUMAN *108*

4.1 APRECIAÇÃO DA VARIÁVEL FISIOLÓGICA (2º dia de internamento) 108

4.2 AVALIAÇÃO FÍSICA/ EXAME FÍSICO 108

4.3 APRECIAÇÃO DA VARIÁVEL PSICOLÓGICA 108

5. APRECIAÇÃO DA VARIÁVEL SOCIOCULTURAL *112*

5.1 INTEGRAÇÃO CULTURAL E SOCIAL. EMPREGO/DESEMPREGO. ECOMAPA 112

5.2 APRECIAÇÃO DA VARIÁVEL DESENVOLVIMENTO 112

5.3 APRECIAÇÃO DA VARIÁVEL ESPIRITUAL 113

6. TRATAMENTO *114*

6.1 TERAPÊUTICA 114

7. PLANO DE CUIDADOS *116*

CONSIDERAÇÕES FINAIS *118*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS *120*

INTRODUÇÃO

O presente trabalho académico insere-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no 10º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este trabalho segue a metodologia de estudo de caso. Um estudo de caso compreende a "exploração de um único fenómeno, limitado no tempo e na ação (...) um estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida, um caso que é único, específico, diferente e complexo" (Sousa & Baptista, 2011).

O Modelo Teórico de Enfermagem utilizado foi o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman & Fawcett, 2011), de forma a ver a utente como um sistema aberto que interage constantemente com o meio ambiente, permitindo dessa forma identificar os fatores stressores e de reconstituição e adequar diagnósticos e intervenções de enfermagem. O Modelo utilizado foi o Modelo sugerido na Unidade Curricular e que é normalmente utilizado pelo Enfermeiro Orientador do Hospital, dessa forma, por uma questão de presteza na execução, utilizei este, sabendo, no entanto, que poderia ser mais coerente o Modelo Teórico de Enfermagem da Peplau abordado no relatório final.

O presente estudo foi desenvolvido no Serviço de Psiquiatria – Internamento de Agudos de um Hospital do Distrito de Lisboa. A utente selecionada consentiu de forma verbal participar deste estudo de caso. A seleção baseou-se no facto de a utente apresentar os diagnósticos de enfermagem: autoestima comprometida e humor depressivo (CIPE), indo ao encontro dos conceitos abordados no relatório de estágio.

Os objetivos deste estudo são: descrever e analisar o caso objeto de estudo; compreender os conceitos de depressão e autoestima, segundo o caso exposto; identificar diagnósticos e intervenções pertinentes; desenvolver um plano de cuidados.

Relativamente à estrutura, o trabalho inicia com a introdução, seguido do Estudo de Caso propriamente dito, história de enfermagem, história de saúde atual, história de enfermagem atual, apreciação da variável socio-cultural, tratamentos, plano de cuidados de enfermagem e, por último, as considerações finais.

1. ESTUDO DE CASO

O presente estudo foi elaborado no Serviço de Psiquiatria – Internamento de Agudos de um Hospital do Distrito de Lisboa. A colheita de dados foi feita através de entrevistas informais, observação, consulta do processo clínico e reuniões informais com elementos da equipa multidisciplinar, como enfermeiros especialistas, enfermeiros e assistente social. O apoio e as avaliações da equipa de enfermagem foram fundamentais para o estudo de caso, de forma a melhor compreender as apreciações relativamente à evolução da situação clínica da utente.

Neste estudo de caso foi utilizado o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. O Modelo em questão vê o utente como um sistema aberto e dinâmico que se encontra em interação constante com o ambiente, possibilitando trocas de energia, reações aquando da exposição a fatores stressores e o uso de processos adaptativos. Isto permite analisar como o utente interage e dá resposta aos elementos stressores e refletir sobre as consequências destes no processo saúde-doença (Neuman & Fawcett, 2011; Lowry & Aylward, 2015).

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE E INFORMAÇÕES GERAIS

Utente: Dª M. M.

Data de nascimento: 19.09.1955

Género: Feminino

Estado civil: Viúva (há 8 anos).

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Lisboa

Religião: Evangélica

Escolaridade: 12ºano

Profissão: Administrativa de um Hospital do Distrito de Lisboa, pediu reforma antecipada em 2012.

Habitação: própria, vive sozinha.

Pessoas mais significativas: Mãe, 92 anos, vive sozinha. Amiga, 63 anos, trabalha e “é uma pessoa também doente”, por isso a utente apenas a contactava via telefone, assim como à mãe, não recebendo visitas destas durante o internamento.

1.2 MOTIVO DO INTERNAMENTO E PROCURA DOS CUIDADOS

Proveniência: Urgência do Hospital. Motivo: Ideação suicida estruturada; ideação delirante; desleixe no auto-cuidado; insónia; abandono terapêutico.

Admissão no Serviço de Psiquiatria – internamento de agudos: dezembro de 2019.

2. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

2.1 HISTÓRIA PESSOAL SUMÁRIA

Utente com 65 anos, que reside sozinha há 8 anos. Vítima de maus tratos físicos e psicológicos na infância e adolescência pelo pai alcoólico e violento. Assiste inúmeras vezes aos maus tratos do pai provocados à mãe. Desenvolve quadro de anorexia nervosa aos 13 anos, desnutrição e baixa autoestima, sendo referenciada para consulta de Psiquiatria no Hospital, através do Centro de Saúde, às quais nem sempre compareceu, sendo internada pela primeira vez passado 2 anos. Apesar disso continuou a estudar, sai de casa e arranja emprego como administrativa. Casa-se aos 20 anos, casamento que decorre bem nos primeiros anos, mas com conflitos e agressividade verbal pelo marido, após ficar desempregado e iniciar hábitos etanólicos elevados. Nessa altura agrava quadro de anorexia e inicia quadro depressivo, regressando ao seguimento em consultas de psiquiatria no hospital de referência. Há 8 anos o marido suicida-se (enforca-se) na garagem da casa do casal, tendo utente agravado sintomas depressivos e retomado quadro severo de anorexia, tendo pedido reforma antecipada. Passado 2 anos do sucedido tem um surto psicótico e o primeiro internamento em psiquiatria.

2.2 ANTECEDENTES PESSOAIS DE SAÚDE

Ansiedade; Síndrome depressivo; Anorexia nervosa com início na adolescência; Vários internamentos em psiquiatria (último internamento em 2014 no Hospital Júlio de Matos, por surto psicótico); Tromboflebite há 30 anos; Amigdalectomia. Alérgica ao metamizol. Plano de vacinação atualizado.

2.3 ANTECEDENTES FAMILIARES E CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

A mãe tem 92 anos e vive sozinha em casa. Apesar de falarem “muitas vezes” (sic) ao telefone, não estão juntas há 2 anos, pois “eu não queria sair de casa e ela tem dificuldade em apanhar transportes e andar sozinha fora de casa, por isso não nos vemos há tanto tempo” (sic).

Pai casou, teve uma filha, enviuvou, a filha foi viver com outros familiares da parte da mãe, que utente não sabe especificar. Depois disso casou com a mãe da utente e desse segundo casamento nasceu ela. O pai era alcoólico, ficava muito agressivo quando bebia e agredia fisicamente a mãe. Tinha uma relação conflituosa com ela e com a mãe, relativamente a si refere “ não me lembro de ele me bater muito”, “vivia

com medo de tudo, ele era mau", "tentava-o ignorar, porque se reagia ou respondia ainda era pior" (sic). Faleceu com cancro no esófago há 10 anos.

Tem uma meia irmã (filha mesmo pai) que vive em Miami, casada, com 72 anos e tem 3 filhos. Não vem a Portugal há 10 anos, têm pouca relação. Teve cancro da mama.

Relativamente ao marido, refere que os primeiros anos de casamento "foram os anos de ouro, até ele começar a beber", "tornou-se alcoólico pouco depois de ficar desempregado", "começou a falar-me mal e a tratar-me mal, mas nunca me bateu" (sic). Uns anos após início destes episódios "matou-se. Meteu uma corda ao pescoço e pronto", "na garagem da nossa casa" (sic). O marido suicidou-se há 8 anos.

Refere que tem uma tia da parte da mãe que está numa ERPI em Sintra, por isso também não falam muito "já está muito velhinha e debilitada" (sic).

Avós de ambas as partes morreram quando era pequena.

Genograma da utente no anexo 1.

3. HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL

3.1 CARACTERIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA

Nos últimos três meses com desleixe nos cuidados de higiene pessoais e habitacionais, com abandono terapêutico e não comparência às consultas neste Hospital. Segundo utente “tomava só a trazodona, 300mg ou mais a ver se dormia e nem assim!”, “de resto deixei toda a medicação”, “não fazia efeito nenhum (a medicação)” (sic).

Refere marcada tristeza, isolamento social “fechada em casa meses”, “com tudo às escuras” (sic), baixa autoestima “odeio-me por estar como estou”, “não quero que os outros me vejam assim” (sic) e auto-imagem negativa e preocupação com aumento de peso “com este peso sou um monstro”, “só me sinto bem com 39,5Kg”, . Isolamento social “saía de casa uma ou duas vezes para ir às compras, mas só o básico para sobreviver”, “ultimamente nem tantas vezes saía”, “falo com a minha mãe ao telefone, às vezes” (sic). Avolia e anedonia “já nada me interessa”, “não tenho vontade para nada” (sic).

Recorre ao serviço de urgência por iniciativa própria. Refere que precisa de ajuda, pois “não tenho força no corpo”, “só me quero matar”, “sinto-me tão triste e sozinha” (sic). Chega ao serviço com aspecto descuidado, mau estado de higiene, fácies triste, humor depressivo. Contacto sintónico, mas esquivo. Pele e mucosas descoradas e ligeiramente desidratadas, magreza, hipotensão.

A utente esteve internada durante 16 dias no mês de dezembro.

Na entrevista para o estudo de caso, ao 2º dia de internamento, foram feitas algumas questões relativamente ao estado de saúde atual e previsões futuras. A utente estava sonolenta, fácies triste, humor depressivo, com labilidade emocional, contacto sintónico, mas esquivo, raramente dirige o olhar, com anedonia, avolia, clinofilia. A entrevista foi feita da parte da manhã e continuou da parte da tarde, dado o cansaço e sonolência da utente.

– O que considera ser o seu problema de saúde? “é tudo”; “O problema sou eu”; “Sinto-me mal, sinto-me sempre triste”; “gostava de voltar a ser eu”; “acho que estou a enlouquecer”; “antes andava sempre arranjada e bonita, agora é isto”; “sinto-me um

monstro” (sic). Quando se falou de quando estava no domicílio, antes do internamento, refere que “estava ali para morrer” (sic).

-Como isso tem afetado a sua vida? “Começou em 2015”; “ficar fechada dentro de casa”; “não queria ver ninguém”; “odeio-me”; “acho que já não há solução para mim senão a morte” (sic).

-Como prevê o futuro em consequência da presente situação? “Não vejo futuro para mim”; “sinto que ninguém me vai conseguir ajudar e que não vou sair deste estado” (sic).

- O que está ou o que pode fazer para se ajudar a si mesma? “Já não tenho forças para lutar”; “a única coisa que posso fazer é morrer” (sic)

- O que espera que os profissionais façam? “Sei que vão tentar ajudar-me, mas eu não consigo acreditar que resulte”

Ao 4º dia de internamento: a utente mantinha-se com humor depressivo, clinofilia, ideação suicida estruturada e ideias de menos valia. Tinha, no entanto, discurso mais espontâneo, dirige o olhar com mais frequência, menos sonolenta (apesar de referir que na última noite tinha tido muitos pesadelos). O projeto do Serviço para esta utente era internamento em ERPI ou na Casa de Saúde da Idanha.

Ao 9º dia de internamento: utente mantinha humor depressivo e ideias de menos valia, mas já vai para sala de convívio e deambula pelo serviço. Em reunião com assistente social e médicos refere que não quer ir para casa.

Na relação terapêutica notam-se muitas diferenças na utente: dirige o olhar, já esboça sorrisos, aspeto mais cuidado, bons cuidados de higiene, vai sempre ao refeitório.

As questões feitas na primeira entrevista foram repetidas neste penúltimo encontro e conseguiu-se compreender uma grande diferença no discurso da utente, refletindo melhorias a nível clínico.

– O que considera ser o seu problema de saúde? “Deixar de tomar a medicação e isolar-me... Penso que isso que me deixou chegar a este ponto”; “sei que esta doença da anorexia é grave, pois já vem de nova... e por isso se não tomo a medicação como deve ser é um instante enquanto volto para o abismo da anorexia e da depressão” (sic).

-Como isso tem afetado a sua vida? “Tudo o que tenho passado ao longo da vida me fez chegar a este momento”; “sofri muito”; “apesar dos maus tratos do meu pai e do meu marido eu até conseguia sempre ultrapassar tudo e ser forte”; “agora estou melhor, por isso sei que preciso de conviver com outras pessoas, para não me isolar e resignar à cama” (sic).

-Como prevê o futuro em consequência da presente situação? “Agora vou para o Lar e sei que é o melhor para mim, fico agradecida por ir”; “ir para o Lar, estar com outras pessoas que me ajudem a controlar a medicação e que me ponham a fazer atividades, pode ser a minha salvação.... sozinha não conseguia” (sic).

- O que está ou o que pode fazer para se ajudar a si mesma? “Respirar fundo... e decidir viver de novo”; “espero mesmo ainda conseguir um dia olhar ao espelho e gostar mais do que vejo... estou a fazer um esforço” (sic).

Ao 13º dia de internamento: Humor subeutímico, não verbaliza ideias de morte, nem em discurso explorado durante intervenção individual. Calma, colaborante, menos reservada, deambula pelo serviço, interage com outros utentes. Nega ideação suicida. Refere receios de ter alta “e se depois me sinto pior?”, “voltar a passar por tudo” (sic). Compreende necessidade de ir para ERPI, “sei que não consigo cuidar de mim mesma sozinha” (sic). No que se refere à autoestima, a utente manifesta sinais de melhoria, pois toma banho diariamente, penteia-se, arranja-se, pediu para retirar os pêlos faciais, escova os dentes após as refeições. Refere “sei que agora tenho outro aspeto, mais cuidado” (sic).

Ao 16º dia de internamento: Tem alta para ERPI.

4. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM ATUAL - ANÁLISE SEGUNDO MODELO DE SISTEMAS BETTY NEUMAN

4.1 APRECIAÇÃO DA VARIÁVEL FISIOLÓGICA (2º dia de internamento)

4.1.1PARÂMETROS VITAIS

Temperatura timpânica: 36ºC.

Tensão arterial: 108/75mmHg.

Frequência cardíaca: 99 bat/min.

Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

Glicémia capilar em jejum: 99 mg/dl.

Saturação de oxigénio: 99 bat/min.

4.2 AVALIAÇÃO FÍSICA/ EXAME FÍSICO

Visão: reduzida; usa óculos por astigmatismo e miopia.

Audição: Mantida.

Avaliação Ponderal

Altura: 143cm

Peso: 46Kg

Índice de massa corporal: 22,494

Alergias: metamizol.

Pele e mucosas: descoradas e ligeiramente desidratadas. Pele íntegra.

4.3 APRECIAÇÃO DA VARIÁVEL PSICOLÓGICA

4.3.1 EXAME DO ESTADO MENTAL (2º dia de internamento)

APRESENTAÇÃO E COMPORTAMENTO GERAL

Idade aparente: superior à real.

Vestuário e higiene: mau estado de higiene

Aspecto: descuidado.

Atividade motora: lentificação psicomotora

Atenção: mantida.

Discurso e linguagem: sem alterações formais.

Contacto: sintónico.

Expressão corporal e facial: fácies triste; desvia o olhar na primeira entrevista, dirige nas restantes, ombros descaídos.

Atitude e interação com a entrevistadora: esquiva na primeira entrevista, colaborante nas seguintes.

Comportamento durante a entrevista: calma, adequada e colaborante; sonolenta na primeira entrevista.

CONSCIÊNCIA/ ORIENTAÇÃO

Vigil e orientada no tempo, espaço, auto e alo psiquicamente.

ATENÇÃO

Atenção e concentração diminuídas na primeira entrevista, mantidas nas restantes.

FALA, DISCURSO E LINGUAGEM**:** Articula bem as palavras, tom de voz baixo, regras de prosódia mantidas; discurso provocado na primeira entrevista, espontâneo e lógico nas seguintes; débito, ritmo e fluência adequados, com boa organização sintática e semântica. Discurso congruente com postura "não verbal".

HUMOR: Humor depressivo

PENSAMENTO**:** Utente apresenta ideação delirante persecutória e de auto-desvalorização, com pouca estruturação "sinto que há qualquer coisa externa a mim a viver a vida por mim", "estava a caminhar e alguém passou por mim e disse que tinha boas pernas, a partir desse dia parei de andar"; "sou um monstro, estou tão gorda agora...", "não valho nada" (sic). Demonstra capacidade de abstração em discurso explorado e identificação de aspetos positivos em si e nos outros.

Com ideação suicida estruturada "a minha ideia era pôr uma corda ao pescoço e enforcar-me", "muitas vezes penso em enforcar-me e acabar com isto" (sic).

PERCEÇÃO**:** Sem atividade alucinatória.

VIVÊNCIA DO EU**:** Com pouca consciência de si e das suas capacidades internas para gerir e enfrentar os problemas pessoais; com dificuldade em aceder às ferramentas internas; com dificuldade em aceitar e confiar em si mesma e nos outros. Sem dificuldades em aceitar e cumprir limites na relação terapêutica e na relação com outros profissionais e utentes; cumpre as regras do internamento.

MEMÓRIA: Sem alterações de memória imediata, a curto ou longo prazo.

VIDA INSTINTIVA: Padrão de sono muito alterado no domicílio com insónia total, durante o internamento padrão de sono regular, com recurso a medicação.

No domicílio alimentava-se em pouca quantidade “tinha pouca fome”, “não queria engordar... e continuo a não querer!” (sic). Durante o internamento refere “a medicação está-me a dar muita fome”, “aqui estou sempre com fome” e alimentou-se da totalidade das refeições.

Sem atividade sexual.

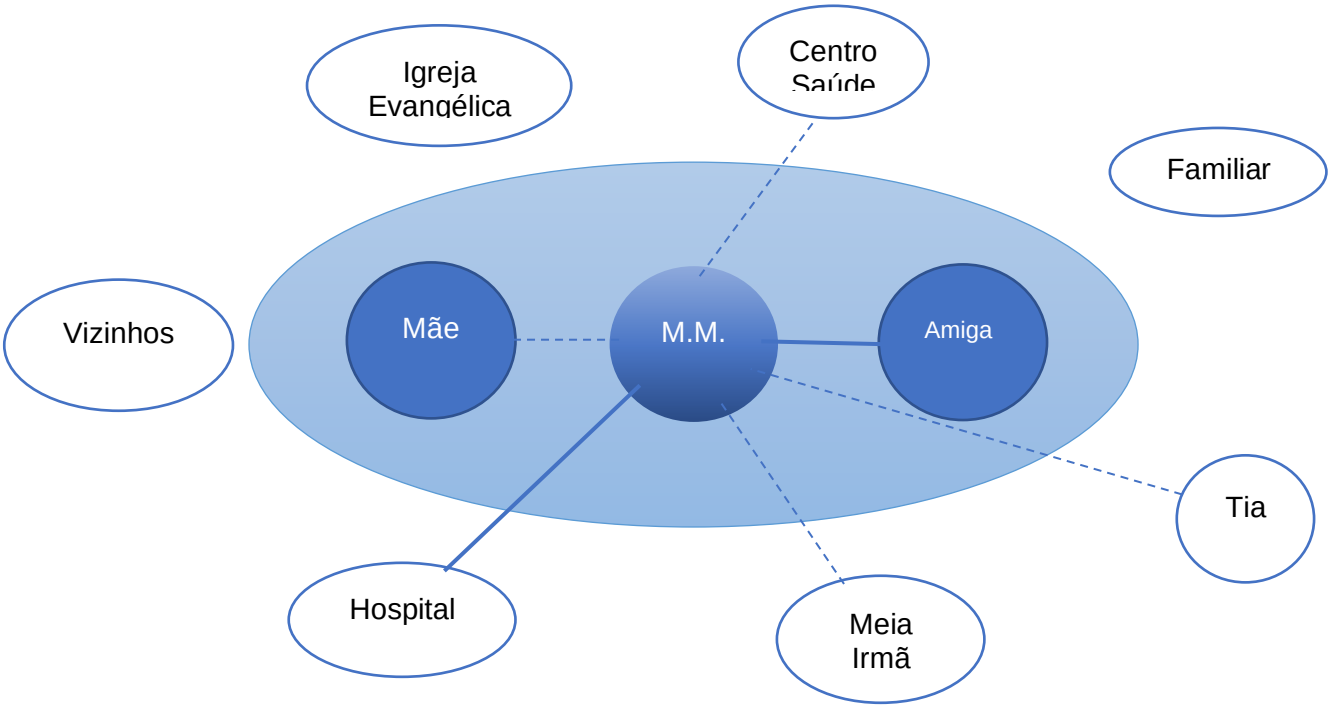
CONSCIÊNCIA DA DOENÇA /INSIGHT E JUÍZO CRÍTICO

Com insight e juízo crítico para a doença e necessidade de tratamento (aceita o internamento e adere ao plano terapêutico). Demonstra conhecimento acerca da doença e reflete acerca dos comportamentos de risco.

5. APRECIAÇÃO DA VARIÁVEL SOCIOCULTURAL

Dada a história de vida e isolamento social, a utente tem uma rede de familiares e amigos muito reduzida e que presta pouco apoio.

5.1 INTEGRAÇÃO CULTURAL E SOCIAL. EMPREGO/DESEMPREGO. ECOMAPA



5.2 APRECIAÇÃO DA VARIÁVEL DESENVOLVIMENTO

5.2.1 PRINCIPAIS MARCOS DE DESENVOLVIMENTO (ACONTECIMENTOS SIGNIFICATIVOS)

Saída de casa, início do trabalho no hospital, casamento.

5.2.2 FATORES DE STRESS (STRESSORES INTRA, INTER E EXTRAPESSOAIS)

Fatores Stressores Interpessoais: Salientam-se dificuldades no desenvolvimento durante a infância e adolescência relacionados com ambiente doméstico conflituoso e violento. Salienta-se também relação conflituosa, agressividade verbal e suicídio do marido.

Refere que gostava de ter tido um filho, mas como a relação começou a piorar “tirei essa possibilidade da ideia e ainda bem!”; “na altura foi uma decisão triste” (sic).

Fatores Stressores Intrapessoais: a tristeza, o isolamento social, a baixa autoestima.

5.2.3 FATORES DE RECONSTITUIÇÃO

Pedido de ajuda; insight para a doença e necessidade de tratamento; adesão à terapêutica; ida para ERPI.

5.2.4 LINHAS DE RESISTÊNCIA

A intervenção de enfermagem neste caso é efetuada através da prevenção secundária, pois o agente stressor ultrapassou a linha de defesa e provocou danos no sistema. A intervenção efetuada visou o fortalecimento das linhas de defesa e de resistência e diminuir o impacto à reação, de forma a atingir a estabilidade do sistema.

5.3 APRECIAÇÃO DA VARIÁVEL ESPIRITUAL

Evangélica não praticante Utente refere ter colocado em causa a sua crença em alguns episódios de vida, onde não compreendia porque tinha que passar por tanto sofrimento. Mas nesta fase compreende que a fé tem sido um suporte e propulsor de esperança. Não requereu apoio espiritual durante o internamento.

6. TRATAMENTO

6.1 TERAPÊUTICA

6.1.1 Terapêutica farmacológica

Aripiprazol 5mg ao pequeno-almoço; Fluoxetina 20mg ao pequeno-almoço; Lorazepam 1mg ao almoço; Lorazepam 2,5mg ao deitar; Olanzapina 10mg ao jantar; Ciamemazina 100mg em SOS; Haloperidol 5mg/ml em SOS.

Aderiu à terapêutica durante o internamento.

6.1.2 Terapêutica não farmacológica – intervenções do EESMP

Realizada Sessão de Psicoeducação subordinada à temática “Autoestima” e Sessão de Psicoeducação subordinada à temática “Adesão Terapêutica”, às quais a utente aderiu e participou com questões pertinentes.

Relação e aliança terapêutica entre a utente e a equipa de enfermagem.

7. PLANO DE CUIDADOS

Nos primeiros contactos verifiquei que, por diversas vezes, a utente interrompia o contacto, o que pode ser entendido como uma resistência de abordar os próprios conteúdos dolorosos, num mecanismo de defesa – a retroflexão. Assim, como não consegue resolver as questões em contacto com o outro, acaba por se voltar para si mesma, aliviando a tensão no próprio corpo, como se manifesta na sua própria doença, a anorexia nervosa, acabando por fazer consigo mesma o que deseja fazer com o outro. Ao longo do internamento da utente e, com o amadurecimento da relação terapêutica entre nós, foi promovido um clima de confiança, de respeito, de autenticidade, mas também de partilha e compreensão mútua.

Diagnósticos de enfermagem (CIPE):

- Risco de não adesão ao regime terapêutico;
- Coping ineficaz;
- Risco de suicídio em grau elevado;
- Risco de tentativa de suicídio;
- Humor depressivo;
- Imagem corporal alterada;
- Auto-cuidado alterado;
- Autoestima comprometida;
- Alto risco de queda;
- Vontade de viver diminuída.

Intervenções de enfermagem (CIPE):

- Vigiar o humor;
- Promover humor adequado;
- Vigiar o pensamento;
- Vigiar a orientação;
- Vigiar vontade de viver;
- Promover vontade de viver;
- Gerir ambiente físico;
- Incentivar ao auto-cuidado;
- Vigiar refeição;

- Gerir comunicação;
- Monitorizar dor através da escala numérica;
- Monitorizar sinais vitais;
- Vigiar atividade da utente;
- Vigiar o comportamento na toma da medicação;
- Vigiar ideação suicida;
- Reforçar a vigilância com tempos de intervalo não superiores a 15 minutos;
- Manutenção da porta do quarto aberta;
- Controlar acesso a instrumentos letais;
- Executar atividades terapêuticas individuais;
- Disponibilizar presença;
- Oferecer escuta ativa;
- Identificar métodos educativos;
- Realizar intervenção psicoeducacional;
- Vigiar comportamento na atividade;
- Promover a interação social;
- Promover estratégias de coping.

Avaliação de Enfermagem

A avaliação de enfermagem confirma que ocorreu a mudança prescrita.

Utente manifesta diminuição da recorrência de humor depressivo e demonstra postura e atitude de aumento da autoestima. Utente sorri com mais frequência de forma espontânea; sem ideação suicida; manifesta vontade de viver; promove e apresenta higiene pessoal e do ambiente cuidada; alimenta-se de pelo menos 90% da dieta fornecida; efetua caminhadas pelo serviço e pátio várias vezes por dia; comunica de forma espontânea e adequada com outros utentes e equipa; verbaliza desejo de ter papel ativo no processo de cura; com insight para a doença e necessidade de manter apoio terapêutico.

Através desta avaliação consegui compreender pequenos pormenores que podem ter feito a diferença no processo de cuidar, o que me capacitou e desenvolveu a minha visão e intervenção para os diagnósticos salientados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo de caso permitiu-me compreender a utente como um sistema aberto propulsor de trocas de energia com o meio ambiente, segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Dessa forma consegui destacar os fatores stressores e de reconstituição e adequar o plano de cuidados à necessidade individual e específica da utente.

Elaborar o presente estudo de caso permitiu-me também compreender melhor os conceitos que me predispus a abordar no relatório – autoestima e humor depressivo – segundo o caso concreto exposto.

Permitiu-me ainda aprofundar os meus conhecimentos no que é a complexidade da dimensão humana. Encarar de frente o sofrimento humano fez-me também refletir nas minhas próprias limitações e na importância de conhecer os meus recursos internos, bem como dos conteúdos teóricos em que me fundamento, para conseguir ajudar o outro e assim ter capacidade de transmitir compaixão e esperança (Chalifour, 2008).

Permitiu-me ainda aprofundar a segunda competência específica do EESMP, pela otimização da saúde mental, através da promoção da relação e aliança terapêutica, pelo que considero que os objetivos definidos para este estudo de caso foram atingidos.

Termino referindo que a execução deste estudo de caso contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, como futura EESMP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

CIPE – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2015*. (2016). Loures: Lusodidacta.

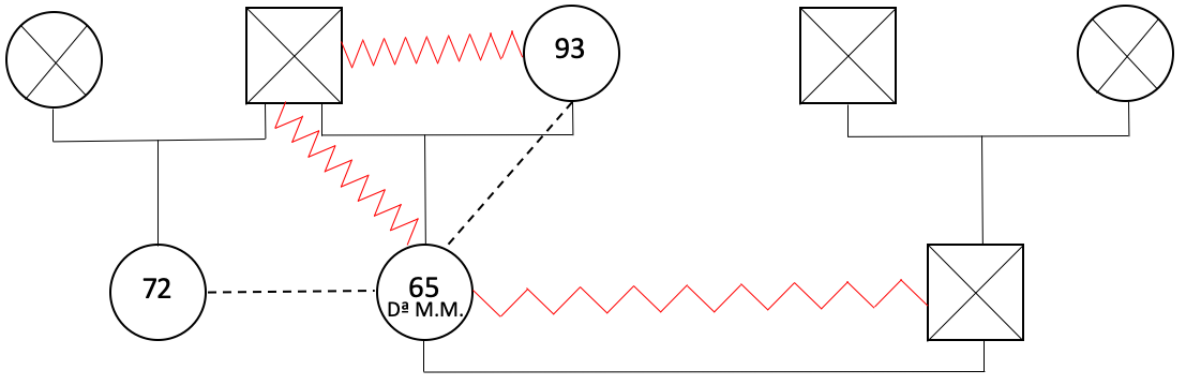
Lowry, L. W., & Aylward, P. D. (2015). Betty Neuman's Systems Model. In M. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing theories & nursing practice* (4th ed., pp. 165-184). Philadelphia: F. A. D. Company Ed.

Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Sousa, M. & Batista, C. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios: Segundo Bolonha* (2ª Ed.). Lisboa: Grupo Lidel

ANEXOS

ANEXO 1 - GENOGRAMA



INTERNAMENTO DE AGUDOS DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL

PLANO DA SESSÃO 1	
Data: 11 de janeiro de 2020	**Tema sessão: Autoestima**
Tipo Intervenção: Intervenção de Enfermagem Psicoeducativa	**Duração:** 10' apresentação + 20' desenvolvimento + 10' conclusão
Público-alvo: Utentes que apresentem diagnóstico de enfermagem autoestima comprometida - que saibam ler e compreendam a língua portuguesa, com capacidade e interesse de participação em dinâmicas de grupo e individuais. Critérios de exclusão: Utentes com défice cognitivo, com agitação psico-motora, com incapacidade de participar em dinâmicas de grupo, ou que não respeitem as normas e regras do grupo. **Local de realização: Serviço de Internamento de Agudos**	
Objetivos gerais: Estimular a reflexão crítica acerca do conceito autoestima. Refletir sobre estratégias de coping.	
Terapeutas: Estagiária Mara Andrade e Enfº Especialista	

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS
Apresentação	Apresentação da terapeuta e sessão.	Método expositivo.	Apresentação da terapeuta. Apresentação dos objetivos da sessão.	Computador Data-show
Desenvolvimento	Conceito Autoestima.	Método expositivo, interrogativo e ativo.	Abordagem da temática 'Autoestima' – caracterização de estados de baixa autoestima e estratégias de aumento da mesma.	Computador Data-show
Conclusão	Síntese dos conceitos.	Método interrogativo e ativo.	Resumo dos principais conceitos abordados. Avaliação da sessão.	---------

PLANO DA SESSÃO 1 AutoEstima-Te	
Data: 30 de setembro de 2019	**Tema sessão: O Grupo**
Tipo Intervenção: Intervenção de Enfermagem Psicoeducativa	**Duração:** 10' apresentação + 15' aquecimento + 50' desenvolvimento + 15' conclusão
Público-alvo: Utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria	**Local de realização:** Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital
Objetivos gerais: Apresentar os intervenientes. Apresentar os objetivos do programa e da sessão. Introduzir o conceito auto-estima. Estimular a reflexão crítica acerca do conceito. Aludir à identificação com um animal e refletir sobre a característica com que mais se identifica, promovendo a reflexão pessoal.	
Terapeuta: Estagiária Mara Andrade e Enf.ª Especialista	

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS
Apresentação	Apresentação da terapeuta, intervenção e sessão.	Método expositivo.	Apresentação da terapeuta. Apresentação dos objetivos do programa "AutoEstima-Te" e duração. Apresentação dos objetivos da primeira sessão.	Computador Data-show
Aquecimento	'Quebra-gelo'.	Método interrogativo e ativo.	Dizer o nome de um animal com o qual se identificam. Escrever e verbalizar a característica do animal com que mais se identificam.	Pedaços de Cartolina Canetas
Desenvolvimento	Conceito Auto-Estima.	Método expositivo, interrogativo e ativo.	Introdução à temática 'Autoestima'.	Computador Data-show
Conclusão	Síntese do conceito. Preenchimento de escala.	Método interrogativo e ativo.	Preenchimento de Escala de Auto-Estima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) adaptada e validada para a população portuguesa por Santos (2008)	Escala Canetas

Apêndice 8 - Plano Sessão 4 HD

AutoEstima-Te	
Data: 21 de outubro de 2019	**Tema sessão: Quem sou eu para o grupo?**
Tipo Intervenção: Intervenção de Enfermagem Psicoterapêutica e Expressiva	**Duração:** 10' aquecimento + 10' introdução + 55' desenvolvimento + 15' conclusão
Público-alvo: Utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria	**Local de realização:** Hospital de Dia de Psiquiatria
Objetivos gerais: Refletir acerca das características positivas dos vários elementos do grupo. Refletir acerca das características positivas identificadas pelo grupo sobre o próprio. Escrever as características na peça do puzzle e pintar a peça a gosto, de forma a compreender de que forma o próprio avalia a avaliação dos outros sobre si mesmo. Compreender que a peça do puzzle é uma parte que constitui o próprio, dando a noção de reconstrução do eu. Promover a curiosidade na aquisição das outras peças do puzzle, pela participação nas próximas sessões. Avaliar a auto-estima através da forma como descreve o outro, como avalia a própria descrição e como o representa no puzzle.	
Terapeuta: Estagiária Mara Andrade e Enf.ª Especialista	

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS
Aquecimento	'Quebra-gelo'.	Método ativo, dinâmico.	Dançar e cumprimentar o grupo de diversas formas, ao som da música "Happy" de Pharrell Williams.	Computador Colunas
Introdução	Síntese Sessões Anteriores.	Método interrogativo.	Recordar e efetuar breve refleção sobre os conceitos abordados nas sessões anteriores.	--------
Desenvolvimento	Dinâmica escrita características que mais admira no outro. Pintura da peça do puzzle e materialização das características positivas na peça.	Método ativo, dinâmico e interrogativo.	Utente virado de costas para o outro, com uma folha colada nas costas, onde o outro escreve a característica que mais admira no primeiro, invertendo depois os papéis. Durante a atividade vão circulando em dois grupos, de forma a que, no final, ninguém saiba qual dos elementos do grupo escreveu cada característica. (Música ambiente: Daft Punk - Lose Yourself to Dance) Reflexão crítica sobre o que cada um tem escrito na sua folha. Na peça do puzzle cada um escreve as características identificadas pelo grupo e pinta/decora a gosto. (Música ambiente: Arrival of The Birds & Transformation de The Cinematic Orchestra)	Computador Colunas Folhas Brancas A4 Fita-cola 1 Peça de Puzzle 1 Saco para cada utente Lápis cor/Canetas pintar /Lápis cera
Conclusão	Síntese Sessão.	Método interrogativo.	Reflexão crítica sobre a sessão e como se relaciona com os conceitos abordados nas sessões anteriores. Avaliação verbal da sessão.	---------

Apêndice 9 - Base de Dados

Tabela 1 Resumo dos testes de hipóteses (traduzir 1ª coluna)

	Hipótese Nula	Test	Sig.	Decision
1	A distribuição de Globalmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a) é a mesma através das categorias de Administração.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,545[a]	Aceitar a hipótese nula.
2	The distribution of Por vezes penso que não sou bom/boa em nada. is the same across categories of Administração.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,960[a]	Aceitar a hipótese nula.
3	The distribution of Sinto que tenho algumas qualidades. is the same across categories of Administração.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,390[a]	Aceitar a hipótese nula.
4	The distribution of Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas. is the same across categories of Administração.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	1,000[a]	Aceitar a hipótese nula.
5	The distribution of Sinto que não tenho muito de que me orgulhar. is the same across categories of Administração.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	1,000[a]	Aceitar a hipótese nula.
6	The distribution of Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil. is the same across categories of Administração.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,840[a]	Aceitar a hipótese nula.
7	The distribution of Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas. is the same across categories of Administração.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,650[a]	Aceitar a hipótese nula.
8	The distribution of Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a). is the same across categories of Administração.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,762[a]	Aceitar a hipótese nula.
9	The distribution of Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a). is the same across categories of Administração.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,479[a]	Aceitar a hipótese nula.
10	The distribution of Adopto uma atitude positiva para comigo. is the same across categories of Administração.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,840[a]	Aceitar a hipótese nula.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,050.
a. Exact significance is displayed for this test.

Gráfico 1

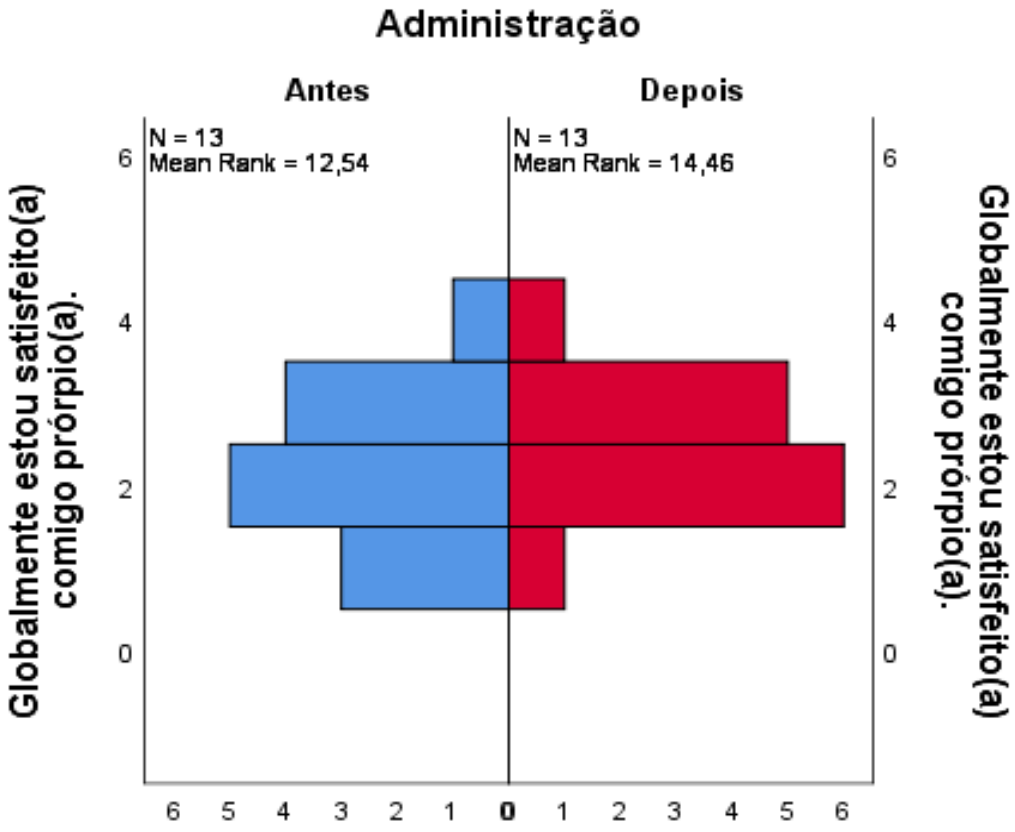


Gráfico 2

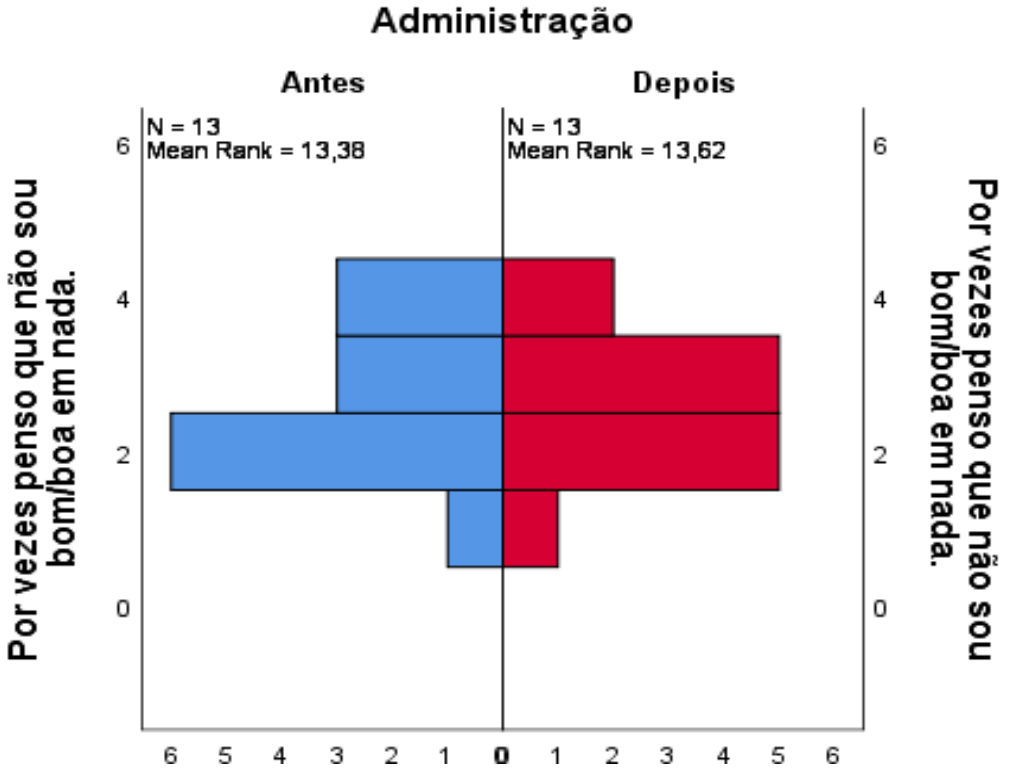


Gráfico 3

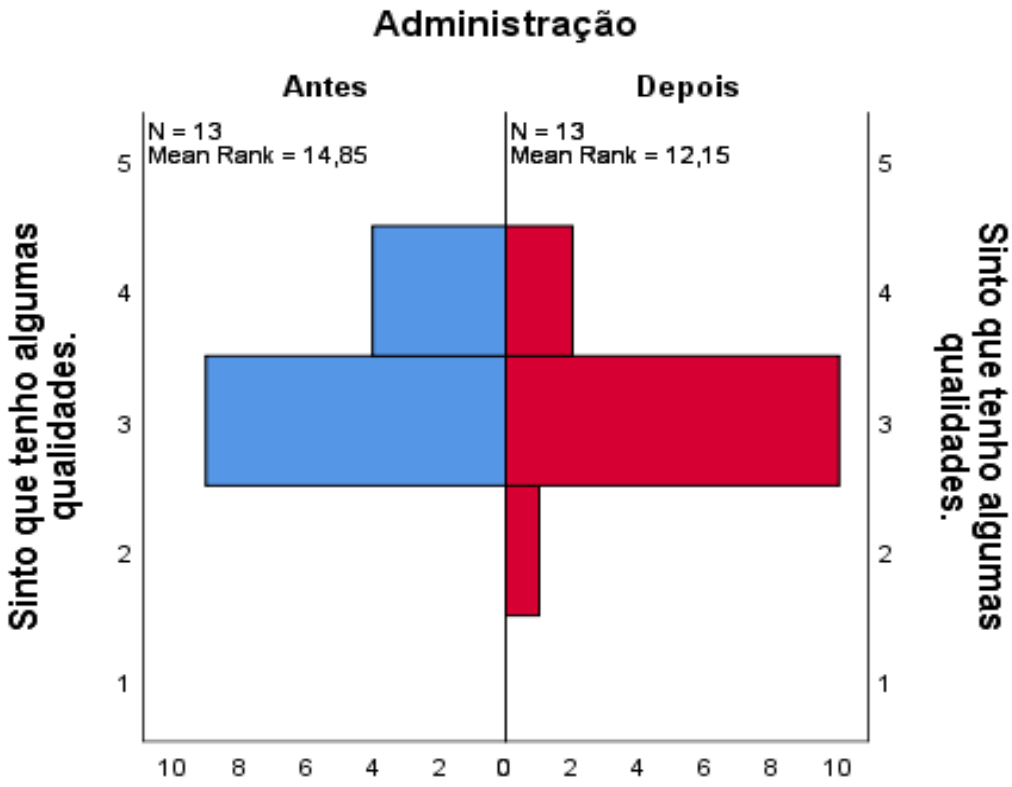


Gráfico 4

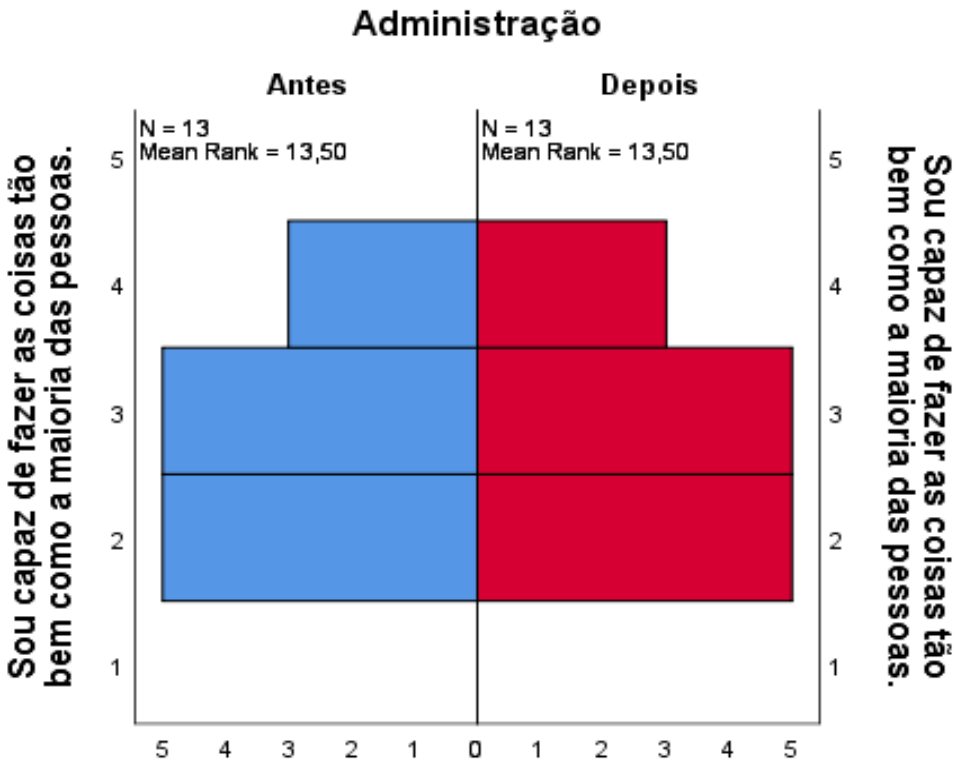


Gráfico 5

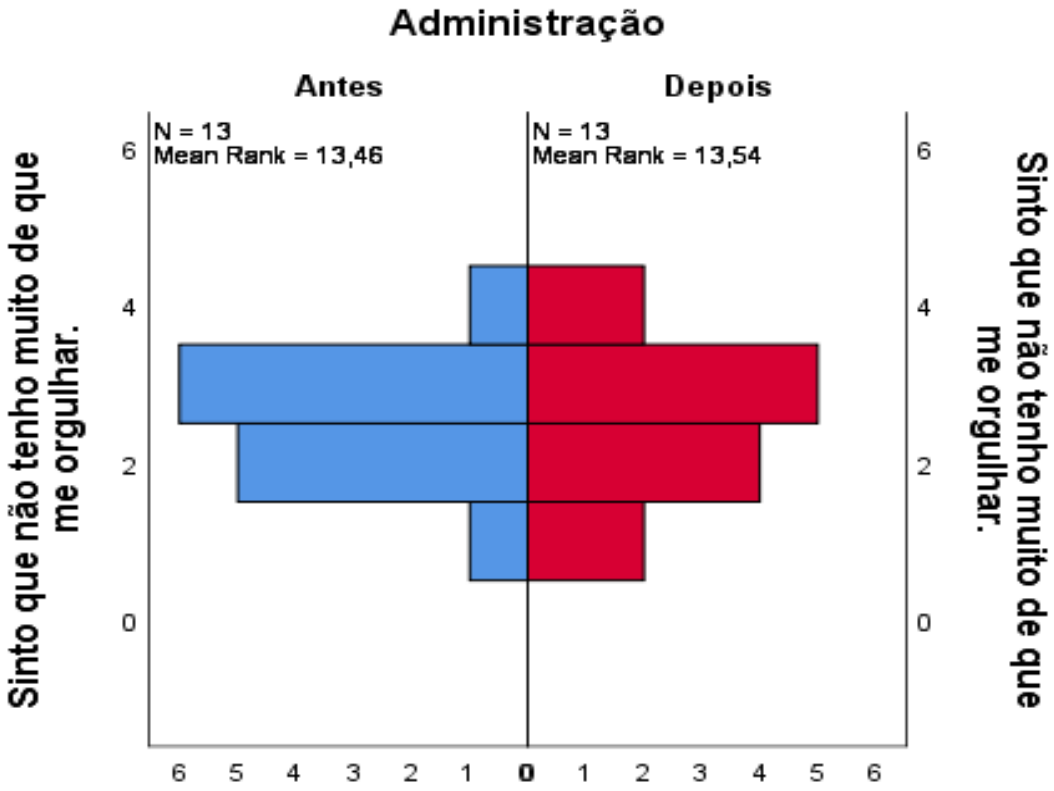


Gráfico 6

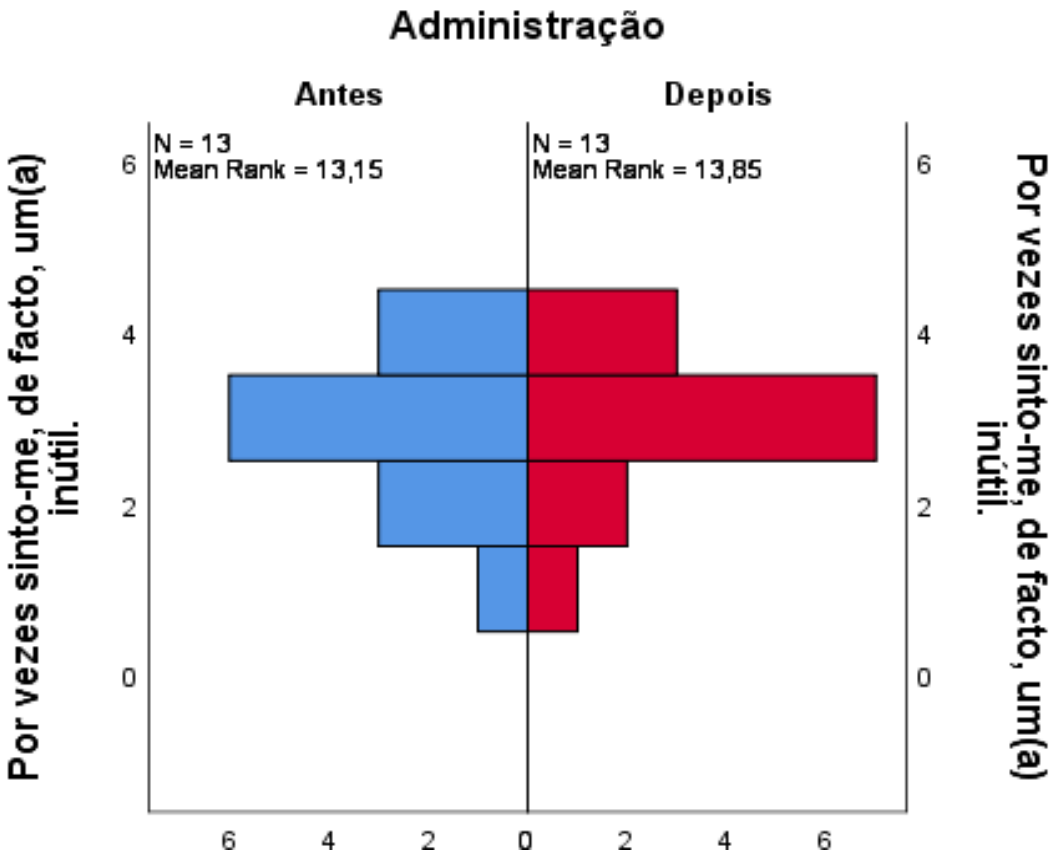


Gráfico 7

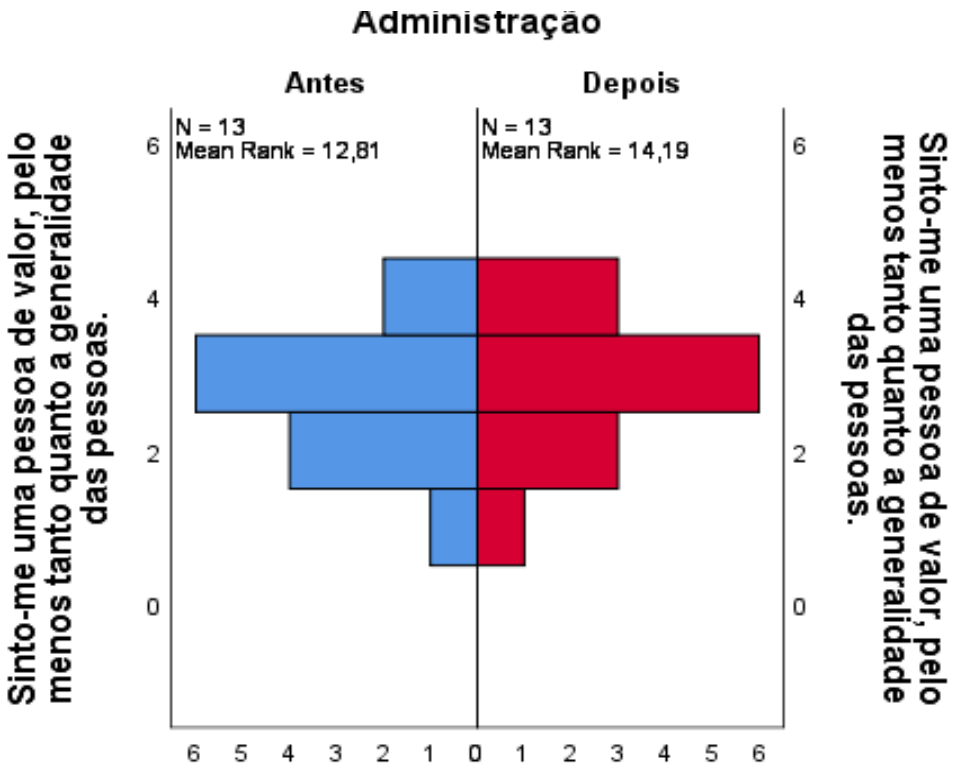


Gráfico 8

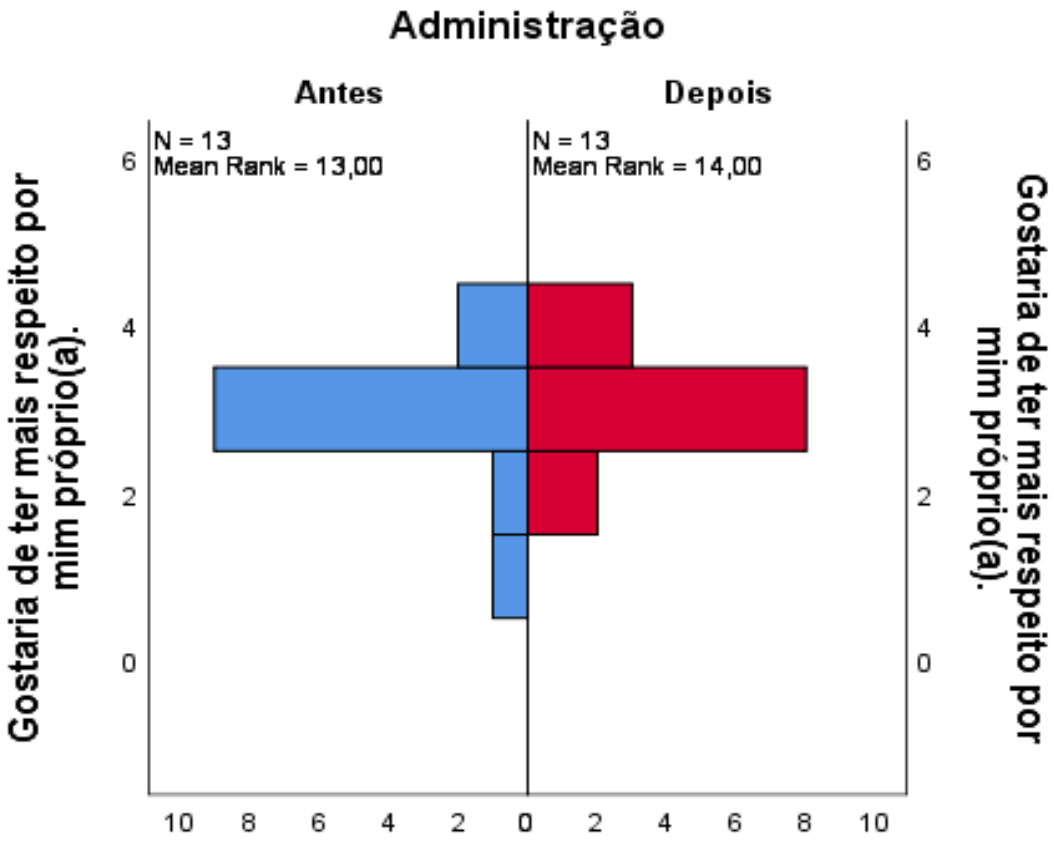


Gráfico 9

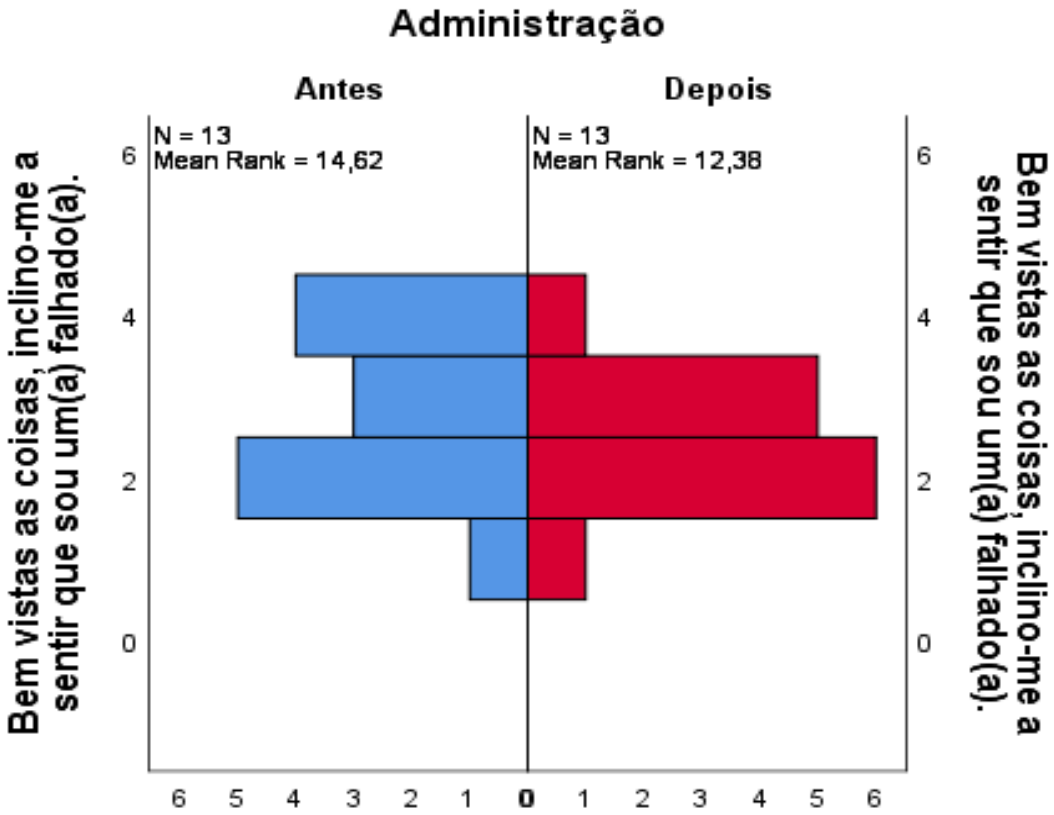
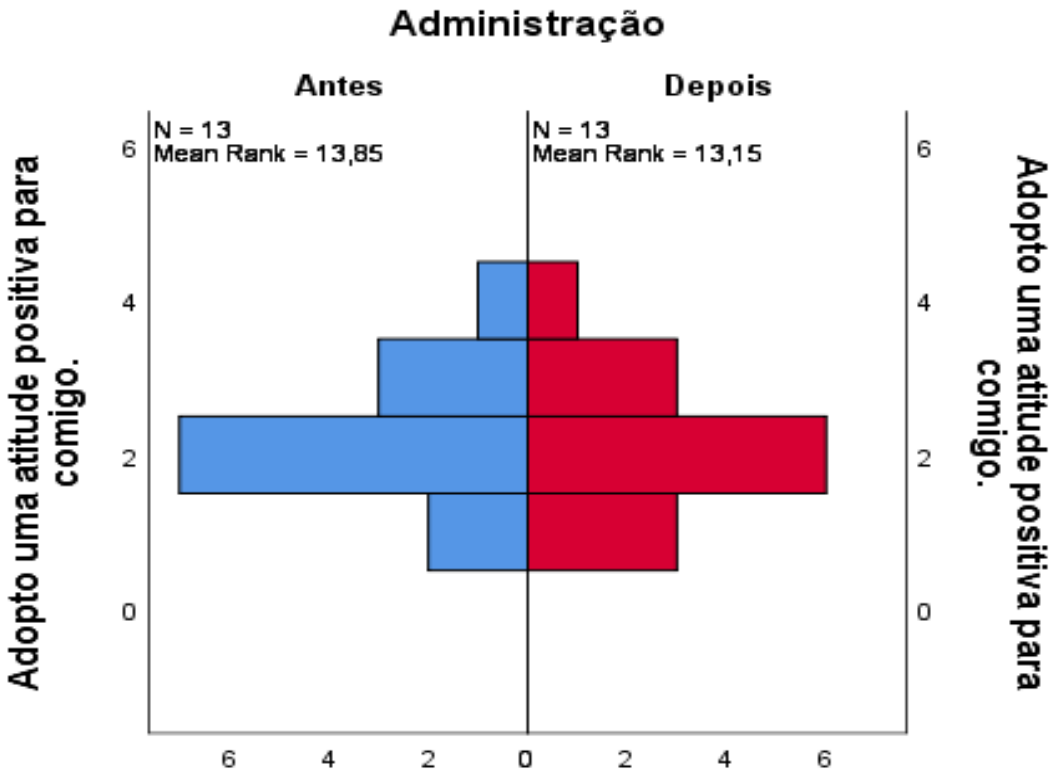

Administração
Antes
Depois
N = 13
Mean Rank = 14,62
N = 13
Mean Rank = 12,38
Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).
Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).
6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6
0 2 4 6

Gráfico 10


Administração
Antes
Depois
N = 13
Mean Rank = 13,85
N = 13
Mean Rank = 13,15
Adopto uma atitude positiva para comigo.
Adopto uma atitude positiva para comigo.
6 4 2 0 2 4 6
0 2 4 6

Anexos

Anexo 1 - Escala Autoestima

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE AUTO-ESTIMA

NOME:

DATA:

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (**X**), na respetiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	☐	☐	☐	☐
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.	☐	☐	☐	☐
3. Sinto que tenho algumas qualidades.	☐	☐	☐	☐
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	☐	☐	☐	☐
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	☐	☐	☐	☐
6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.	☐	☐	☐	☐
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	☐	☐	☐	☐
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	☐	☐	☐	☐
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).	☐	☐	☐	☐
10. Adopto uma atitude positiva para comigo.	☐	☐	☐	☐

Autoria original de Morris Rosenberg.

Tradução supervisionada por Paulo Jorge Santos. Utilização exclusiva para investigação.

Obrigada pela atenção!

Anexo 2 - Autorização Utilização Escala

Gmail

Mara Raquel Esteves de Andrade <marareandrade@gmail.com>

Fwd: Pedido Utilização Rosenberg Self-Esteem Scale

MARA RAQUEL ESTEVES DE ANDRADE <maraandrade@campus.esel.pt> 22 de julho de 2019 22:07
Para: Mara Raquel Esteves de Andrade <marareandrade@gmail.com>

---------- Forwarded message ---------
De: **SAPO Mail** <
Date: domingo, 23/06/2019 à(s) 08:32
Subject: RE: Pedido Utilização Rosenberg Self-Esteem Scale
To: MARA RAQUEL ESTEVES DE ANDRADE <maraandrade@campus.esel.pt>

Cara Mara Andrade,

Na sequência da sua mensagem envio-lhe, em anexo, o instrumento solicitado e um pequeno manual de cotação do mesmo. Agradeço que aceite partilhar comigo os resultados da sua investigação/intervenção quando esta estiver concluída. Pedia-lhe ainda que não facultasse a ninguém o instrumento que agora lhe envio.
Em alternativa disponibilize o meu endereço de correio eletrónico. Terei muito prazer em ser, eu próprio, a enviar uma cópia da Rosenberg Self-Esteem Scale.

Com os melhores cumprimentos

Paulo Santos

Faculdade de Letras

Departamento de Filosofia
Universidade do Porto
Via Panorâmica, s/n
4150-564 Porto

Anexo 3 - Autorização Comissão de Ética

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Exma. Senhora,
Enfermeira **Mara Raquel Andrade**
Serviço de Psiquiatria de Adultos – H. Dia

Mestranda na
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Nossa referência	Data	Nº Páginas	Nº Anexos
	15-11-2019	2 (incluindo esta)	1 (Parecer)

Assunto: Parecer favorável ao projeto de investigação de Mestrado "**A Auto-Estima do Utente com Humor Depressivo: Intervenções do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica**"

Exma. Senhora Investigadora,

Após reunião de 04 de novembro de 2019 e estando o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, informo que segue em anexo o **parecer favorável**.

Com os melhores cumprimentos, pessoais

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Comissão de Ética para a Saúde

PARECER

Projeto de Investigação de Mestrado e Pós Licenciatura,

Título: "**A Auto-Estima do Utente com Humor Depressivo: Intervenções do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica**"

Investigadora Principal: Enfermeira **Mara Raquel Andrade** (Mestranda no Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – ESEL | Enfermeira Estagiária no Hospital de Dia de Psiquiatria

Serviço onde decorrerá o estudo: **Serviço de Psiquiatria de Adultos**

Após reunião de 04 de novembro de 2019 e estando o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do presentes em reunião de 04 de novembro de 2019:

Pelo exposto, emitiu-se a 18 de novembro de 2019, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde