



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

Relatório de Estágio

**A Pessoa com baixa autoestima: utilização de
mediadores expressivos pelo Enfermeiro Especialista**

Sónia Filipa Roque Pereira

**Lisboa
2022**



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

**A Pessoa com baixa autoestima: utilização de
mediadores expressivos pelo Enfermeiro Especialista**

Sónia Filipa Roque Pereira

Orientador: Professor Doutor Paulo Rosário Carvalho Seabra

**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Quando me amei de verdade, eu realmente entendi que, em qualquer circunstância, diante de qualquer pessoa e situação, eu estava no lugar certo e no momento exato. Foi então que eu pude relaxar. Hoje eu sei que isso tem um nome: **autoestima**”.*

(Charles Chaplin)

AGRADECIMENTOS

*Para a realização deste Relatório foi importante a presença, direta ou indireta,
de pessoas sem as quais seria mais difícil consegui-lo.*

*Expresso assim, com todo o entusiasmo e emoção,
algumas palavras de agradecimento
ainda que não transmitam o suficiente
quando comparado à dimensão
dos contributos recebidos.*

Aos meus Pais, tão importantes para mim,

que estão sempre ao meu lado, dando sempre o seu melhor,
que contribuíram para a pessoa que sou hoje,
que saibam que estou grata por tudo
o que fizeram por mim!

Aos meus Queridos Irmãos, que estão sempre ao meu lado,

nenhum agradecimento é suficiente para recompensar a minha ausência,
terão, em breve, disponibilidade redobrada.
Obrigada por acreditarem em mim,
por me fazerem sorrir,
e saber que posso sempre contar convosco.

Ao meu sobrinho Tiago, com os seus 5 anos,

com a sua sabedoria ingénua, representa um exemplo prático do que é viver
no aqui-e-agora, expressando claramente o que pensa, deseja e sente,
e confiante na sua própria experiência
Se der certo: vitória.
Se der errado: aprendizagem!

Aos meus Amigos,

pela compreensão pelo tempo que não passamos juntos, aproveitaremos,
em breve, para preencher a vida de momentos especiais.

Aos Colegas de Especialidade, e em especial, à Andreia, Maísa, Marta e Nânci,

que estiveram presentes nos momentos mais difíceis deste percurso.
Agradeço-vos pela amizade, pelo apoio, pelos momentos de
convívio presentes, pela cumplicidade e confiança,
pela partilha de força, esperança e aprendizagens.

À Margarida Laranjeira,

a pessoa que mais estive ao meu lado durante este percurso,
a sua presença atenta, em momentos difíceis, foi preciosa
relembrando-me sempre, com serenidade,
que realmente “*está tudo bem*”,
que eu iria conseguir.

Aos meus Colegas de Trabalho e Enfermeira Chefe,

pela ajuda na organização dos turnos e preocupação pelo meu bem-estar,
sem o vosso apoio seria mais difícil. Espero recompensar-vos
com partilha de conhecimentos e competências adquiridas.

À Professora Ana Melo,

Pelas reações que despertou em mim, pelas propostas de reflexão e pelo respeito que senti em ser eu própria. Pelo que emergiu durante todo este percurso e que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional!
Pela sua fantástica orientação na metade inicial do projeto.

Ao Professor Paulo Seabra,

pela sua valiosa orientação, nesta segunda etapa deste projeto.
Pelo apoio, dedicação e reforço positivo sempre presentes.
Feliz pela sua cuidadosa e rigorosa orientação.

Ao Professor Luis Nabais,

por me ter apresentado os preciosos “mediadores expressivos”.
Por me ter lembrado que existem sempre
“diamantes que nos deixam um rasto dourado nas nossas vidas”!

Às Enfermeiras Orientadoras, Enfª Sandra e Enfª Susana, e às equipas que me acolheram,

pela paciência, disponibilidade, compreensão, partilha de conhecimentos,
pelo que absorvi em cada dia que passei convosco, e por
quem foi um modelo que me inspirou a ir mais além.

Às Pessoas de quem Cuidei,

pela confiança para partilha de angústias e esperanças, por tudo o que me ensinaram, por terem contribuído para acrescentar mais significado à Saúde Mental, e terem permitido que este projeto se tornasse realidade.

Às Pessoas que fizeram e fazem parte da minha Vida,

pela marca que deixaram, todas fazem parte da construção de quem Sou,
Obrigada pelo que foi vivido, experienciado, sentido...

A Mim, Sónia, Autogratidão, porque também é um ato de Amor Próprio...

por ter confiado, persistindo para alcançar os meus objetivos,
que mantenha o amor e a criatividade
sempre presentes na minha vida!

A Si, com quem partilho este projeto,

Desejo que, ao ler as palavras que se seguem, consiga encontrar algo que o inquiete, que o questione, e que lhe toque o coração!

Agradeço a todos que, do seu jeito, pela força das palavras que partilharam e pelas suas presenças que, em segredo, me enriqueciam. Contribuíram com ensinamentos, transmissão de força e esperança, para este percurso. Estes agradecimentos não envolvem, de alguma forma, o sentimento de gratidão que vos tenho. Esta foi uma viagem muito desafiante, com dúvidas e medos presentes, mas envolvida em dedicação, determinação, conquistas, superação, e sem poder deixar de ser...com muito AMOR e GRATIDÃO!

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

CEEEESMP – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HD – Hospital de Dia

IA – Internamento de Agudos

ICN – International Council of Nurses

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NIC – Nursing Interventions Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCM – Presidência do Conselho de Ministros

RESUMO

A autoestima corresponde à percepção e avaliação que cada um faz de si, interferindo com todas as dimensões da experiência pessoal. É um processo dinâmico, contínuo e estruturado desde a infância, consequente de experiências que decorrem do relacionamento com a família, pares e sociedade, sujeito a alterações ao longo da vida. Com repercussões na vida afetiva, social, no bem-estar e qualidade de vida, corresponde a um indicador de saúde mental. Constitui um fator de risco que torna a pessoa vulnerável ao desenvolvimento de doença mental. Por sua vez, pessoas com experiência de doença mental, apresentam maior suscetibilidade para uma autoavaliação negativa.

A abordagem holística do Modelo de Sistemas de Betty Neuman torna-o particularmente aplicável em pessoas que experimentam stressores complexos, que afetam múltiplas variáveis. Permite analisar como o cliente interage e dá resposta aos stressores, se adapta às mudanças, e aumenta a colaboração interdisciplinar.

As intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com pessoas com baixa autoestima apresentam enfoque no autoconhecimento, na reestruturação cognitiva e na definição de objetivos de vida realistas, adequando o modo como a pessoa se valoriza e direcionando-a para ações construtivas. O desenho e a pintura foram utilizados, como mediadores expressivos, para representação de características pessoais; do autoconceito e autoimagem; identificação de recursos pessoais e estratégias de *coping* utilizadas; reformulação de pensamentos; expressão de emoções e sentimentos; estimulação da criatividade; estimulação da interação social através de partilha ou discussão de uma opinião, agradecimento ou solicitação de ajuda. Com a realização das intervenções ao longo do estágio foi possível avaliar que estas facilitaram a tomada de consciência de si, a autoexploração e autodescoberta, a identificação de qualidades, estratégias de *coping* mais eficazes, a catarse, o estabelecimento de objetivos realistas para o futuro, e desenvolvimento de competências sociais, tornando-se assim evidente os contributos positivos destes mediadores expressivos.

Palavras-chave: adulto; baixa autoestima; terapias expressivas; enfermagem psiquiátrica

ABSTRACT

Self-esteem corresponds to the perception and evaluation that each one makes of himself, interfering with all dimensions of personal experience. It is a dynamic, continuous and structured process since childhood, resulting from experiences that arise from the relationship with family, peers and society, subject to changes throughout life. With repercussions on affective and social life, well-being and quality of life, it corresponds to an indicator of mental health. It constitutes a risk factor that makes the person vulnerable to the development of mental illness. In turn, people with experience of mental illness are more susceptible to a negative self-assessment.

The holistic approach of Betty Neuman's Model of Systems makes it particularly applicable to people who experience complex stressors that affect multiple variables. It allows analyzing how the client interacts and responds to stressors, adapts to changes, and increases interdisciplinary collaboration.

Mental Health and Psychiatric Nursing interventions with people with low self-esteem focus on self-knowledge, cognitive restructuring and the definition of realistic life goals, adapting the way the person values himself and directing him towards constructive actions. Drawing and painting were used as expressive mediators to represent personal characteristics; of self-concept and self-image; identification of personal resources and coping strategies used; reformulation of thoughts; expression of emotions and feelings; stimulation of creativity; stimulation of social interaction through sharing or discussing an opinion, thanking or asking for help. With the interventions carried out during the internship, it was possible to assess that they facilitated self-awareness, self-exploration and self-discovery, the identification of qualities, more effective coping strategies, catharsis, the establishment of realistic goals for the future, and development of social skills, thus making evident the positive contributions of these expressive mediators.

Keywords: adult; low self esteem; expressive therapies; psychiatric nursing.

INDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1 Autoestima	14
1.2 Baixa autoestima	17
1.2.1. Intervenções de Enfermagem para o diagnóstico de baixa autoestima	18
1.3 Mediadores Expressivos	20
1.3.1. Desenho e Pintura como mediador expressivo.....	24
1.4 Modelo Teórico de Sistemas de Betty Neuman	26
2. PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS..	29
2.1. Definição da Problemática	29
2.2. Opções metodológicas para o percurso de estágio	30
2.2.1. Objetivos definidos.....	30
2.2.2. Instrumentos utilizados	31
2.2.3. Caracterização dos contextos de estágio e participantes	31
2.2.3.1. Hospital de Dia de Psiquiatria em Hospital de Lisboa.....	31
2.2.3.2. Internamento de agudos em Hospital de Lisboa.....	32
2.2.3.3. Caracterização dos participantes e critérios estabelecidos.....	33
2.2.3.3.1.Critérios de inclusão e exclusão.....	35
2.3. Sessões desenvolvidas para a promoção da autoestima com recurso a desenho e pintura	35
2.3.1. Avaliação das sessões desenvolvidas	38
2.3.1.1. Sessão “Brasão Pessoal” – Desenho	38
2.3.1.2. Sessão “O Autorretrato” – Desenho.....	40
2.3.1.3. Sessão “O Castelo” – Pintura	41
2.3.1.4. Sessão pintura com tema livre e em grupo – Pintura	42
2.3.1.5. Sessão “Ressignificação” – Desenho	43
2.3.2. Resultados da avaliação da autoestima dos participantes, antes e depois da intervenção	44
2.3.2.1. Análise e discussão dos resultados	44
2.4. Outros contributos para o percurso de desenvolvimento de competências	48

2.4.1.	Armazém da autoestima e intervenções individuais e em grupo	48
2.4.2.	Reuniões clínicas multidisciplinares.....	48
2.4.3.	Experiência em Serviço de Urgência de Psiquiatria	49
2.4.4.	Grupos Terapêuticos	49
2.4.5.	Jornais de Aprendizagem e outras reflexões realizadas.....	51
2.4.6.	Estudo de Caso	52
3.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS	53
4.	ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	54
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
	APÊNDICES	72
	APÊNDICE I – Tabela de termos de pesquisa.....	73
	APÊNDICE II – Pedido de autorização para aplicação da Escala de autoestima de Rosenberg, adaptada e validada para a população portuguesa.....	77
	APÊNDICE III – Planeamento das 5 sessões realizadas para promoção da autoestima	79
	APÊNDICE IV – O que é a autoestima? – Apresentação em PowerPoint..	116
	APÊNDICE V – “Que recursos tenho para manter o meu castelo de pé?” – Apresentação em PowerPoint.....	120
	APÊNDICE VI – Castelo para pintar	123
	APÊNDICE VII – Criatividade – Apresentação em PowerPoint	125
	APÊNDICE VIII – Armazém da autoestima realizado no Hospital de Dia ...	127
	APÊNDICE IX – Panfleto realizado no internamento.....	129
	APÊNDICE X – Outras sessões realizadas individualmente e em grupo em internamento	132
	APÊNDICE XI – Análise Reflexiva do Estudo de Caso realizado	166
	APÊNDICE XII – Análise Reflexiva do percurso de desenvolvimento de Competências de Mestre em articulação com as Competências Comuns de Enfermeira Especialista	170
	ANEXOS	176
	Anexo I – Texto para sessão de biblioterapia – “ <i>O Elefante acorrentado</i> ” de Jorge Bucay – Para Sessão 5 (Apêndice X).....	177
	Anexo II – Brasão da Esperança – para Sessão 6 (Apêndice X).....	180
	Anexo III – Carta dos direitos assertivos – para Sessão 9 (Apêndice X)	182

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Organização e objetivos das sessões de promoção da autoestima no HD.....	37
Tabela 2 – Organização das sessões de promoção da autoestima no IA	38
Tabela 3 – Resultados da escala de autoestima por participante	44

INTRODUÇÃO

No âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi realizado o presente Relatório de Estágio, intitulado “A pessoa com baixa autoestima: utilização de mediadores expressivos pelo Enfermeiro Especialista”. Este Relatório de Estágio, inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório, pretende espelhar, através de um processo narrativo e reflexivo, o percurso realizado nos estágios em contexto comunitário e de internamento, a pesquisa e trabalho desenvolvido com o objetivo do desenvolvimento de Competências de Mestre e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (CEEEESMP), de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e posterior discussão pública.

Para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, juntamente com o meu interesse pessoal em investir na área de saúde mental, pretendi desenvolver competências no âmbito da promoção da autoestima, uma vez que esta corresponde a um dos indicadores mais importantes de saúde mental (Nunes et al., 2013). A promoção da autoestima surge de uma necessidade identificada no serviço onde exerço funções (Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva), onde maioritariamente me deparo com pessoas que apresentam o diagnóstico de enfermagem baixa autoestima (Herdman & Kamitsuru, 2018) crónica (com avaliação ou sentimentos negativos sobre si e sobre as suas próprias capacidades), ou situacional (com desenvolvimento de perceção negativa sobre o seu próprio valor, em resposta a uma situação atual, geralmente em contexto de alteração da imagem corporal, por malformações, lesões, cicatrizes ou amputações, relacionadas com doença física ou acidentes). Considerei pertinente abordar esta temática, uma vez que muitos clientes apresentam desvalorização pessoal e pensamentos negativos sobre si, com elevado nível de ansiedade e humor depressivo associado (Hepper, 2016).

Constatei igualmente que a maioria dos clientes, tanto no Hospital de Dia (HD), como no serviço de internamento de agudos (IA) de psiquiatria, apresentavam o diagnóstico de enfermagem de baixa autoestima, pelo que foi relevante aprofundar este conceito e direcionar as intervenções de enfermagem nesse sentido. Assim sendo, foram planeadas intervenções de modo a explorar o conhecimento que têm de si, despertando recursos internos, potencialidades e competências já existentes no

Ser Humano, para dar resposta às necessidades e desafios, progredindo no desenvolvimento do potencial humano, promovendo assim a sua autoestima. Para tal, optei pelo recurso a mediadores expressivos, nomeadamente desenho e pintura, não só pelo meu interesse pessoal e curiosidade para aprofundar conhecimentos sobre estes recursos, mas também pelos seus inúmeros benefícios identificados na literatura.

Para o desenvolvimento de competências nesta temática, assentei a minha abordagem no Modelo Teórico de Sistemas de Betty Neuman (1995). Este modelo vê a pessoa como um sistema aberto e dinâmico, que se encontra em interação constante com o ambiente, com trocas de energia, permite analisar como o cliente interage e dá resposta aos elementos stressores, e refletir sobre as consequências destes no processo de saúde-doença (Neuman & Fawcett, 2011; Lowry & Aylward, 2015). É um modelo facilmente adaptável, abrangente e com base sistémica, o que o torna útil em quaisquer contextos de cuidados de saúde (Tomey & Alligood, 2004), permitindo identificar as necessidades de cuidados, e adequar as intervenções aos diagnósticos de enfermagem (Neuman & Fawcett, 2011). A sua abordagem holística torna-o particularmente aplicável a pessoas que experimentam stressores complexos que afetam múltiplas variáveis, adapta-se às mudanças na prestação de cuidados e aumenta a colaboração interdisciplinar (Neuman & Fawcett, 2011).

Neste sentido, para o desenvolvimento deste percurso de Estágio e Relatório, foram aprofundados os conceitos de autoestima, baixa autoestima e mediadores expressivos, e realizado um estágio em HD e outro em IA, com o intuito de identificar e compreender os contributos destes mediadores expressivos para a promoção da autoestima na população adulta. Surgiram como questões de partida: *“De que forma o desenho e a pintura contribuem para a promoção da autoestima do adulto?”* e *“Qual o significado que o adulto atribui à sua autoexpressão criativa?”*. De modo a responder às questões indicadas, foram definidos como objetivos: (1) identificar contributos do desenho e da pintura para a promoção da autoestima nas pessoas alvo da intervenção; (2) identificar o significado atribuído à expressão criativa pelas pessoas alvo da intervenção. Para o desenvolvimento de CEEEEESMP a que me propus ao longo deste percurso de estágio, foram definidos como objetivos: (1) desenvolver o autoconhecimento com uma prática de análise e reflexões críticas sobre as situações vivenciadas, tendo por base o desenvolvimento pessoal e profissional; (2) desenvolver e mobilizar conhecimentos e competências científicas, técnicas e relacionais para prestação de cuidados de ESMP; (3) planejar, gerir e realizar cuidados de ESMP ao

cliente, em situações relacionadas com a vivência da doença e o ciclo de vida, mobilizando modelos teóricos de referência, e estratégias de intervenção de âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional; (4) desenvolver um plano individual de acordo com a avaliação das necessidades de saúde, incluindo a realização de um Estudo de Caso; (5) mobilizar dados da formação e investigação em enfermagem na prática dos cuidados com vista à promoção da qualidade dos cuidados; (6) elaborar um Relatório de Estágio, descrevendo e analisando os dados obtidos, bem como as competências desenvolvidas em estágio; (7) apresentar e defender o Relatório em discussão pública, para obtenção do grau de Mestre.

Foram definidas como palavras-chave “*adult*”; “*low self-esteem*”; “*expressive therapies*”; “*psychiatric nursing*”, e realizada revisão de literatura procurando evidência científica recente (Apêndice I), com seleção de artigos publicados nos últimos 10 anos, com texto integral, encontrando-se 6 artigos. Foi realizada pesquisa com referências bibliográficas dos estudos com pertinência ao tema, estudos não publicados, literatura cinzenta e *websites* governamentais. Segundo os resultados, alguns contributos destes mediadores incluem a promoção do autoconhecimento, catarse, comunicação, estimulação de *insights*, definição de objetivos, autoestima, entre tantos outros.

Estruturalmente, este trabalho é iniciado com o enquadramento teórico, onde são identificados e relacionados os conceitos centrais relativos à problemática em estudo (autoestima, baixa autoestima e mediadores expressivos) e o respetivo referencial teórico, o Modelo Teórico de Sistemas de Betty Neuman. No capítulo seguinte é apresentado o percurso para o desenvolvimento de competências, no qual é incluída a definição da problemática, as opções metodológicas, as sessões realizadas para promoção da autoestima, e outros contributos para o desenvolvimento das competências. De seguida serão apresentadas as considerações éticas e deontológicas, enquadradas no Código Deontológico do Enfermeiro. No penúltimo capítulo é feita uma análise reflexiva sobre o percurso de desenvolvimento de competências. O Relatório termina com o capítulo referente às considerações finais, seguindo-se os apêndices nos quais estão detalhados alguns trabalhos desenvolvidos, relacionados com o projeto realizado.

Este Relatório foi construído segundo o Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações das normas APA (7ª edição), em vigor na ESEL, e segundo o Novo Acordo Ortográfico Português.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), a saúde mental corresponde a um estado de bem-estar no qual cada pessoa reconhece o seu próprio potencial, consegue lidar com os habituais eventos de vida stressantes, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade em que se insere. No entanto, para este envolvimento individual, é fundamental que a pessoa apresente uma autoestima positiva, com capacidade de estimar as representações de si mesma, nos diferentes papéis desempenhados, nos diversos cenários da sua vida, tais como familiar, social e profissional (Almeida, 2014).

Para um desenvolvimento bem-sucedido, é fundamental a existência não só de um equilíbrio emocional e cognitivo, saúde mental e boas relações sociais, como também uma autoestima positiva (Guimarães, 2012). Sendo a autoestima determinante para uma boa saúde mental (Nunes et al., 2013), e sendo que a promoção, proteção e restauração da saúde mental correspondem a uma preocupação vital de pessoas, comunidades e sociedades de todo o mundo (OMS, 2018), torna-se relevante uma atenção especial a esta temática.

1.1 Autoestima

O filósofo e psicólogo William James foi o primeiro autor a desenvolver o seu trabalho em torno do autoconceito e autoestima, em 1890. Desenvolveu a definição de autoestima como o resultado da concordância entre as expectativas que cada pessoa tem de si, e as experiências de sucesso verdadeiramente alcançadas, sendo esta perceção de sucesso ou fracasso individual influenciada pelos parâmetros de cada sociedade e cultura (James, 1890 citado por Assis & Avanci, 2004).

Anos mais tarde, em 1965, Rosenberg definiu autoestima como a avaliação que a pessoa faz e mantém em relação a si mesma, expressando uma atitude de aprovação ou desaprovação para consigo própria. Segundo Rosenberg (1965), a autoestima corresponde a um conjunto de atitudes desenvolvidas através das experiências que a pessoa tem com outros indivíduos, englobando quatro princípios: (1) a avaliação que os outros fazem sobre nós, (2) a comparação que ocorre na

interação social, (3) o modo como a pessoa aprecia as suas ações e (4) a importância e o valor atribuído às diversas dimensões do autoconceito.

Rosenberg (1989) constatou que a pessoa internaliza ideias e atitudes expressas por figuras-chave da sua vida e da sua cultura, apreendendo, deste modo, as bases da formação da autoestima. Explicou que a criança primeiro percebe como reagem a ela, experimenta os seus próprios sentimentos e reações, para depois aprender a pensar sobre si. Destacou que os membros de uma cultura comum, com padrões semelhantes e socialmente valorizados, apresentam concepções idênticas a respeito do Eu ideal desejado (Rosenberg, 1989).

Assis e Avanci (2004) fazem alusão a outros autores como Coopersmith (1967) que definiu autoestima como o juízo pessoal valorativo que a pessoa apresenta consigo mesma, com atitude de aprovação ou desaprovação, considerando a sua capacidade, valor e sucesso. Branden (1969), enfatizou o valor que a pessoa tem por si e a competência que apresenta nas atividades que realiza, salientando a autoconfiança e autorrespeito como atitudes baseadas no valor pessoal e competência. Como contributo para a definição do conceito em estudo, Carl Rogers, em 1959, considerou que a autoestima depende da coragem para se tornar e permanecer autêntico (Assis & Avanci, 2004). A comissão Task Force to Promote Self-Esteem, em 1984, realçou a importância do estabelecimento de um compromisso em assumir a responsabilidade por si mesma, e pelas suas relações interpessoais (Assis & Avanci, 2004).

Diversos foram os autores que contribuíram para a definição do constructo de autoestima e que facilitam a compreensão deste conceito na atualidade, reconhecendo-o como um processo dinâmico e contínuo, estabelecido e estruturado desde a infância, mas sujeito a alterações ao longo da vida.

Para Townsend (2011), o autoconceito é constituído pela autoestima, imagem corporal e identidade pessoal, referindo-se a autoestima ao grau de consideração que o indivíduo tem por si, pelas suas decisões e capacidades. A autoestima não corresponde apenas a crenças que cada um tem sobre si, como também assume uma componente emocional, uma vez que corresponde ao julgamento que cada um faz de si próprio e o valor que se atribui (Rosenberg, 1965; Sequeira, 2006). Autores mais recentes, como Teixeira e Sampaio (2019), concordam com o facto da autoestima corresponder a um fenómeno psicológico com íntima relação entre as dimensões emocionais e cognitivas, com consequência direta na qualidade de vida da pessoa.

Amaral (2010), tal como *International Council of Nurses* (ICN) (2017) definem o conceito de autoestima como um domínio da autoimagem, representando a opinião que cada pessoa tem de si mesma, e a sua visão relativamente ao seu mérito e às suas capacidades, com revelação de confiança em si e verbalização das crenças sobre si, de autoaceitação e autolimitação, desafiando imagens negativas sobre si, e aceitando o elogio, encorajamento, e crítica construtiva. Townsend (2011) acrescenta que esta consideração por si própria é representativa do valor atribuído às suas capacidades e julgamentos.

De acordo com a perspetiva fenomenológica-humanista as ações da pessoa são influenciadas pelo seu passado, experiências presentes e significados pessoais relacionados com a perceção dessas experiências (Goñi & Fernandez, 2009). Segundo Santos, Antunes e Bernardi (2008), na segunda metade do século XX, a psicologia social e a psicologia cognitiva salientaram a relevância das experiências de grupos familiares na formação do autoconceito. Segundo Plummer (2012) a autoestima é consequente de experiências de infância, que decorrem do relacionamento com a família, pares, sociedade, que terão influência na formação do Eu ideal, condicionando a autoestima. Para Tavares, Matias, Pegorari, Nascimento e Paiva (2016), a autoestima está relacionada com os resultados de vida, em que se incluem as relações humanas, o trabalho e a saúde. As experiências positivas concretizadas com sucesso, e o sentimento de ser amado e apreciado contribuem para a autoestima da pessoa (Townsend, 2011).

Segundo Gomes (2014), resultante da perceção que a pessoa tem enquanto Ser único, e segundo os outros nos veem e reagem perante aquilo que somos, é o resultado de diversos reforços positivos de origem social em consequência das ações do sujeito, com os seguintes benefícios: iniciativa e incentivo para comportamentos adequados; e desenvolvimento de sentimentos positivos como a satisfação, o bem-estar e a felicidade. Por outro lado, cada vez que existe reforço negativo face às suas ações, maior propensão para o declínio da autoestima (Guilhardi, 2002), prejudicando o desempenho da pessoa na sua vida pessoal, familiar, social, escolar, profissional, na compreensão de si e dos outros, na aceitação de autocrítica e tolerância aos problemas (Nunes et al., 2013).

Sendo a autoestima um indicador de saúde mental, é fundamental que os profissionais de saúde identifiquem os fatores que poderão influenciar a autoestima, de modo a intervir sobre estes, promovendo uma melhor qualidade de vida (Tavares, Matias, Pegorari, Nascimento & Paiva, 2016). Alguns fatores que poderão prejudicar

a autoestima, segundo Herdman e Kamitsuru (2018), são: o afeto recebido inadequado; enfrentamento ineficaz; perda; incongruência cultural; incongruência espiritual; participação inadequada em grupos; aprovação insuficiente dos outros; respeito inadequado dos outros. Segundo Herdman e Kamitsuru (2018), pessoas expostas a situações traumáticas, com padrões de fracasso e reforço negativo repetido correspondem a população de risco para o desenvolvimento de baixa autoestima crônica. Pessoas com história de abandono, abuso, negligência, perda, rejeição, padrões de fracassos e transição de desenvolvimento poderão desenvolver baixa autoestima situacional.

Segundo Maslow (1970), citado por Townsend (2011), para uma autoestima positiva é importante saber lidar com imprevistos, e conseguir adaptar-se com sucesso às exigências relacionadas com crises situacionais e de desenvolvimento que ocorrem; sentir controlo sobre a sua própria vida; conseguir alcançar as suas expetativas pessoais; reconhecer e aceitar as suas próprias limitações.

Independentemente do sexo, idade, instrução, trabalho e cultura, é importante uma boa autoestima, uma vez que esta influencia a forma da pessoa estar e sentir-se bem consigo própria e com a sua vida, sentindo-se capaz de enfrentar e solucionar os desafios com maior responsabilidade e confiança (Nunes et al., 2013). Consequentemente apresenta maior autoconfiança, autoaceitação, estabelecimento de relações saudáveis, capacidade de resolução de problemas, com positividade necessária para obter a autoatualização (Sequeira, 2006).

1.2 Baixa autoestima

Segundo Sampaio e Sequeira (2020) a pessoa com o diagnóstico de enfermagem baixa autoestima apresenta opinião ou imagem mental de si própria em dissonância com a realidade, com pensamentos negativos sobre si e/ou sobre o seu desempenho, e desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas. Estes autores acrescentam ainda que outros dados poderão ser identificados neste diagnóstico de enfermagem, tais como: avaliação negativa de si; comportamento indeciso; comportamento não assertivo; verbalização de sentimentos de inutilidade, procura excessiva de reafirmação; excessivo conformismo; dependência da opinião de terceiros; passividade; verbalização de sentimentos de culpa; verbalização de

sentimentos de vergonha. Apresentam ainda a necessidade de obter constante aprovação dos outros e dificuldade em manter contacto visual (Herdman & Kamitsuru, 2018). Para além destas características descritas, outras manifestações podem incluir: autocrítica, autodiminuição, preocupação, manifestações somáticas, recusa do prazer a si mesmo, perturbações nos relacionamentos, alienação da realidade, autodestrutibilidade, destrutibilidade em relação aos outros (Sequeira, 2006).

Assim sendo, verifica-se que as pessoas que apresentam baixa autoestima estão mais propensas a vivenciarem sentimentos negativos, humor depressivo, comportamento ansioso, experienciando baixo nível de bem-estar, consigo e com os outros (Rackley et al., 1988; Hepper, 2016), e com maior propensão para a solidão e ideação suicida (Castro, Lopes & Monteiro, 2020). Almeida (2014) acrescenta que, quando a autoestima se encontra em défice, ocorrem dificuldades na capacidade de comunicação verbal e não-verbal, instabilidade emocional, insónia, dificuldades nos processos de aprendizagem e dificuldades sexuais.

Segundo taxonomia NANDA, o domínio de Autopercepção é subdividido em três classes: Autoconceito, Autoestima e Imagem Corporal. Compreende 11 diagnósticos de enfermagem, sendo a Baixa Autoestima Crónica e Baixa Autoestima Situacional diagnósticos com o foco no problema, pertencentes à classe Autoestima (Herdman & Kamitsuru, 2018). Herdman e Kamitsuru (2018) nomeiam então dois critérios de diagnóstico de autoestima: a “Baixa Autoestima Situacional”, que resulta de uma perceção negativa sobre o seu próprio valor, decorrente de uma situação atual; e “Baixa Autoestima Crónica”, quando há evidência de autoavaliação ou sentimentos negativos sobre si ou acerca das suas próprias capacidades, presentes durante pelo menos três meses.

1.2.1. Intervenções de Enfermagem para o diagnóstico de baixa autoestima

As intervenções de enfermagem definidas por Sampaio e Sequeira (2020, p.118) baseando-se nas *Nursing Interventions Classification* (NIC) de Bulechek, Butcher, Dochterman e Wagner (2018) para a promoção da autoestima incluem: encorajar a identificar as suas forças; reforçar as forças pessoais identificadas pelo cliente; assistir na procura de autoaceitação; encorajar o contacto ocular na comunicação interpessoal; encorajar a verbalizar afirmações positivas e falar para si

mesmo no dia-a-dia; assistir na identificação de respostas positivas por parte dos outros; evitar a crítica negativa; assistir a lidar com *bullying* ou provocações; transmitir confiança na capacidade de lidar com a situação; assistir na definição de metas realistas; assistir a reavaliar as percepções negativas sobre si; encorajar o aumento da responsabilidade por si mesmo; explorar sucessos prévios; encorajar a avaliar o seu comportamento e a aceitar novos desafios; recompensar ou elogiar os progressos em direção às suas metas e realizar afirmações positivas; facilitar um ambiente e o envolvimento em atividades que permitam aumentar a autoestima; entre outros.

As intervenções de enfermagem sugeridas por Bulechek, Butcher, Dochterman e Wagner (2016) para a resolução do problema da baixa autoestima crônica são: aconselhamento, apoio emocional e controle do humor.

É importante que as intervenções de enfermagem à pessoa com baixa autoestima apresentem como objetivo a adequação do modo como a pessoa olha para si própria e se valoriza, e focadas na melhoria do autoconhecimento, na reestruturação cognitiva e na definição de objetivos de vida realistas (Sequeira, 2006, Townsend, 2011). Segundo Teixeira e Sampaio (2019), de acordo com a sua pesquisa realizada, a realização de intervenções cognitivo-comportamentais individuais e em grupo parecem ser as intervenções mais eficazes para promoção da autoestima.

Para o fortalecimento da autoestima, Bulechek, Butcher, Dochterman e Wagner (2016) definem: melhoria da imagem corporal; melhoria da socialização; melhoria do sistema de apoio; promoção de esperança; reestruturação cognitiva e treino da assertividade. Como intervenções opcionais são acrescentadas: apoio à tomada de decisão, construção de relação complexa, controle da dor, esclarecimento de valores, escuta ativa, estabelecimento de metas mútuas, facilitação do processo de culpa, facilitação do processo de pesar, grupo de apoio, intervenção na crise, melhoria do enfrentamento, melhoria do papel, presença, prevenção do suicídio, redução da ansiedade, terapia de grupo (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2016).

Em contexto de baixa autoestima situacional, os mesmos autores definem o apoio à tomada de decisão, controle do humor e facilitação do processo de culpa como intervenções de enfermagem sugeridas para a resolução do problema. Propõem melhoria da imagem corporal para fortalecimento da autoestima situacional e melhoria do enfrentamento através de: melhoria do papel, orientação antecipada, promoção da resiliência, treino da assertividade, valorização da socialização. Acrescentam algumas intervenções adicionais tais como: aconselhamento, apoio emocional, arteterapia, terapia com animais, entre outras (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2016).

Segundo Silverstone e Salsali (2003) uma pessoa com baixa autoestima apresenta maior propensão para doença mental, e a presença desta provoca diminuição da autoestima. De acordo com a OE (2018) existem ganhos em saúde para as pessoas que vivem processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental, quando cuidados por EEESMP, com diminuição significativa do grau de incapacidade que estas perturbações provocam. Assim sendo, de modo a dar resposta à problemática expressa previamente e desenvolver as CEEEEESMP, pretendo recorrer à utilização de mediadores expressivos para promoção da autoestima junto de clientes adultos com baixa autoestima.

1.3 Mediadores Expressivos

O mediador é o meio pelo qual a pessoa pode comunicar consigo própria e com o Outro, facilitando a expressão, organização e elaboração do “seu eu interior”, e a sua relação com o meio exterior, facilitando o diálogo, a comunicação e o acesso a áreas anteriormente bloqueadas (Ferraz, 2009; Bucho, 2011). É algo que nunca se esgota em si mesmo e está em constante transformação (Sousa, 2005).

Segundo Ferraz (2009), a utilização e estímulo de expressões não verbais em contexto terapêutico, apresentam como finalidade a promoção do desenvolvimento de competências humanas, através da plasticidade mental e do despertar de capacidades e competências já existentes no Ser Humano, adormecidas ou ainda não desenvolvidas devido ao insuficiente estímulo do meio. Desde que promova a expressão, poderá ser um tipo de mediador: artístico, sensorial, lúdico e ritualístico. Centrada na expressão não verbal, apreciam “o sentir, a emoção, as memórias, os sentidos, e foge da estrutura racional do discurso, da fala” (Ferraz, 2009, p.17).

Neste processo de expressão de si existe espaço para a criatividade, facilitando a procura de soluções para os problemas e promovendo a adaptação à realidade de forma construtiva (Ferraz, 2009). De acordo com Malchiodi (2005), a fase criativa proporciona uma oportunidade para expressar sentimentos e clarificar crenças internas, permite que o participante esteja atento no momento presente, e envolve o corpo, a mente e as emoções, oferecendo ainda oportunidade para explorar experiências do passado e expectativas futuras.

Com o aumento da autoconsciência, a atividade criativa fornece ferramentas para a autoexploração (Gunnarsson & Eklund, 2009). Através do “criar arte” e do refletir acerca dos processos e dos trabalhos artísticos resultantes, favorece o conhecimento de si e dos outros, permite desenvolver recursos físicos, cognitivos e emocionais, aprender a lidar melhor com sintomas, stress e experiências traumáticas, e permite desfrutar do prazer vitalizador do fazer artístico (Carvalho, 2011).

Para que a atividade criativa apresente benefício terapêutico deve ter uma intenção, valor e significado para a pessoa (Griffiths, 2008). Ferraz (2009) alerta para a apreciação e interesse nas vivências, sensações e emoções resultantes durante a expressão, e os seus efeitos emocionais despertados por esta experiência, e não a obra final nem a sua qualidade estética. A expressão tem valor unicamente enquanto dura a sua ação, sendo importante a livre expressão, sem estereótipos, preconceitos ou juízos de valor, de modo a lutar contra a desvalorização, inferiorização, dificuldade em fazer, medo de fazer mal ou errar, estigmatização e a exclusão (Ferraz, 2009).

Ferraz (2009) menciona que as intervenções expressivas assentam numa abordagem multidisciplinar, multimodal e integrativa, utilizando variados estilos expressivos, de entre os quais: artísticos, movimento e dança, artes plásticas, a música e o som, o drama, a escrita, a poesia e as intervenções lúdicas.

São destacados, por diversos autores, alguns dos contributos das intervenções com recurso a mediadores expressivos:

- Podem ocorrer em diversos espaços físicos (Ferraz, 2009);
- Facilitam a adesão da pessoa, uma vez que se poderão basear numa participação lúdica, pela brincadeira, o jogo e livre expressão (Ferraz, 2009);
- Facilitam a mobilização de pessoas passivas e introvertidas (Ferraz, 2009);
- Promovem a melhoria da comunicação intrapessoal e interpessoal (Ferraz, 2009);
- Facilitam a expressão e comunicação de pessoas em sofrimento (Attard & Larkin, 2016). Este trabalho em conjunto desencadeia maior proximidade relacional, facilita a conexão com outras pessoas com a mesma experiência vivencial, e se sintam apoiados emocionalmente e valorizados pelos outros (Ursuliak et al., 2019).
- Promovem a expressão de emoções acumuladas e recalcadas, e facilitam a catarse quando se torna doloroso exprimir por palavras (Ferraz, 2009);
- Promovem a autoeficácia (Malchiodi, 2005; Timmons & MacDonald 2008; Ferraz, 2009; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);

- Promovem a resolução de problemas (Malchiodi, 2005; Timmons & MacDonald 2008; Ferraz, 2009; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Representam um meio terapêutico de reconciliação de conflitos emocionais (Timmons & MacDonald 2008; Ferraz, 2009; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Facilitam o diagnóstico e o levantamento de necessidades da pessoa, uma vez que materializam o inconsciente (Ferraz, 2009);
- Melhoram a qualidade de vida com a mudança para estilos de vida saudáveis (Ferraz, 2009);
- Facilitam o controlo do comportamento (Malchiodi, 2005; Timmons & MacDonald 2008; Ferraz, 2009; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Facilitam a gestão de sintomas físicos, incluindo efeitos diretos na dor (Shelda, 2018; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019)
- Estimulam a espontaneidade e a criatividade (Ferraz, 2009; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Promovem a autonomia (Ferraz, 2009);
- Promovem a autorreflexão e autodescoberta (Bedding & Sadlo, 2008; Laranjeira et al., 2019);
- Facilitam a descoberta do maior número de recursos possíveis, despertando e estimulando as suas potencialidades, desenvolvendo a aquisição de novas competências e progredindo no desenvolvimento do potencial humano (Ferraz, 2009; Bucho, 2011; Shelda, 2018);
- Promovem a autoaceitação (Shelda, 2018; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Promovem o aumento da autoconfiança (Malchiodi, 2005; Timmons & MacDonald 2008; Ferraz, 2009; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Promovem a valorização pessoal (Malchiodi, 2005; Timmons & MacDonald 2008; Ferraz, 2009; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Colaboram na orientação para a realidade (Malchiodi, 2005; Timmons & MacDonald 2008; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Facilitam a diminuição de sentimentos de tristeza, pensamentos negativos, preocupações e ruminações (Bedding & Sadlo, 2008; Laranjeira et al., 2019; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Proporcionam melhoria dos sintomas de humor, facilitando o aumento de pensamentos positivos (Kirshbaum, 2017; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019)

- Ajudam a pessoa a encontrar um propósito de vida (Bedding & Sadlo, 2008; Laranjeira et al., 2019);
- Promovem a esperança (Malchiodi, 2005; Timmons & MacDonald 2008; Ferraz, 2009; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Proporcionam bem-estar (Bucho, 2011; Shelda, 2018);
- Reduzem a ansiedade e o stress, com promoção do relaxamento (Malchiodi, 2005; Bedding & Sadlo, 2008; Timmons & MacDonald 2008; Ferraz, 2009; Laranjeira et al., 2019; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Promovem a aquisição de habilidades manuais (Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Favorecem a resiliência (Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Aumentam a felicidade (Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Aumentam motivação (Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Reduzem o estigma (Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Facilitam a percepção da melhoria das habilidades adquiridas (Kirshbaum, 2017);
- Proporcionam sensação de liberdade (Kirshbaum, 2017);
- Promovem o desenvolvimento e habilidades sociais, e relações positivas com os outros, aumentando o sentimento de pertença, coesão e solidariedade (Malchiodi, 2005; Timmons & MacDonald 2008; Shelda, 2018; Laranjeira et al., 2019; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019);
- Incitam a reabilitação psicossocial (Bedding & Sadlo, 2008; Laranjeira et al., 2019);
- Incitam à diversão e partilha de vivências (Kirshbaum, 2017; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019).
- Facilitam a compreensão do Outro e a empatia (Kirshbaum, 2017; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019).
- Facilitam a percepção individual sobre os diversos acontecimentos da vida que são experienciados por cada pessoa de forma única; dos sofrimentos psíquicos provenientes de diversas etiologias associadas a doenças psiquiátricas ou secundárias a doenças físicas; e dos processos de enfrentamento e resiliência para uma melhor qualidade de vida (Valladares, 2011, Almeida & Mazzaia, 2018).

Para além destes contributos são salientados, por diversos autores, a sua influência para a promoção da autoestima e autoimagem positiva (Malchiodi, 2005; Timmons & MacDonald 2008; Ferraz, 2009; Maujean, Pepping & Kendall, 2014, citado por Ursuliak et al., 2019; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019).

1.3.1. Desenho e Pintura como mediador expressivo

Segundo Ferraz (2009) é importante apresentar uma boa capacidade empática, criar atmosfera de segurança, aceitação, confiança, autonomia e liberdade durante o processo de expressão, levando os participantes a uma viagem dentro de si, favorecendo a mudança do padrão consciente, consciencializando-os para outras realidades emocionais e proporcionando outras respostas face aos desafios da vida.

Nas intervenções expressivas, realizadas individualmente ou em grupo, são utilizadas uma diversidade de mediadores, sendo fundamental que o Enfermeiro tenha conhecimento acerca dos diferentes materiais, suas formas de utilização e suas particularidades (Ferraz, 2009). Sabendo utilizá-los o melhor possível, haverá um maior contributo para o aumento da capacidade de expressão e da criatividade de quem os utiliza, sendo mobilizado pelo participante diferentes áreas de funcionamento, apelando às diferentes emoções e sentimentos, que variam de pessoa para pessoa, e de grupo para grupo. O EE fará a escolha dos mediadores, tendo em conta o plano terapêutico, os objetivos estabelecidos, e considerando os gostos, necessidades e potencialidades de cada pessoa (Bucho, 2011).

Segundo Païn e Jarreau, (1994), apesar de toda a preparação para a facilitar desde o início a expressão pictórica, poderá ocorrer em alguns participantes surpresa ou inibição pela consigna de tema livre, de “tudo ser possível”. É essencial que existam alternativas sensibilizadoras do olhar e do imaginário, de modo que a simbolização seja espontânea, sem qualquer expectativa relativa à representação ou figuração (Païn & Jarreau, 1994). As atividades deverão ser direcionadas no sentido do participante não se perder ou se sentir incapaz de as realizar, encorajando-o na procura das próprias formas de satisfação, de modo livre e subjetivo, para evitar experimentar a frustração de se sentir incapaz de desenhar (Goldberg, 1999).

Alguns dos contributos das intervenções com recurso a desenho e pintura, identificados na literatura, incluem:

- Promovem a autoexpressão, ao incentivar a utilização de cores, formas e símbolos para expressão de pensamentos, sentimentos e experiências, dando oportunidade de contar a sua história associada à imagem, para se compreender na situação de vida presente (Gunnarsson & Eklund, 2009). É importante a própria narrativa do cliente com o esclarecimento do significado pessoal na imagem resultante. A imagem externa pintada facilita aos clientes a visualização do seu mundo interno (Meijer-Degen & Lansen, 2006);

- Contribuem para sensibilizar a percepção e a sensação ao experimentar os recursos materiais em ambiente terapêutico, escolhendo entre o desenho (que ajuda na organização interna e facilita a representação da imagem) e a pintura (que favorece a fluidez dos sentimentos e emoções) (Valladares, 2008; Santos & Custódio, 2017);
- Contribuem para autoexploração inconsciente ao combinar exercícios de atenção plena com terapia gráfica, através da criação de imagens, explorando as suas próprias reações emocionais sem julgamento nem medo, permitindo uma compreensão mais profunda, com uma aceitação de si mesmo (Monti et al., 2006);
- Facilitam a comunicação de pensamentos e sentimentos através de práticas utilizando linha, forma, espaço e cor de modo a facilitar a expressão saudável de emoções e a comunicação (Ursuliak et al., 2019). Uma vez que a história é transmitida de forma simbólica e verbal, permite a comunicação num plano simbólico e metafórico, dando forma a ideias, experiências e emoções que não foram verbalizadas (Meijer-Degen & Lansen, 2006; Gunnarsson & Eklund, 2009; Tomilho et al., 2009). Através de um elemento intermediário existente numa relação, mais facilmente a pessoa verbaliza, dado que possibilita, ao mesmo tempo, um certo distanciamento, uma vez que não está a falar dela própria, mas sim da imagem expressa e criada (Ferraz, 2009);
- Oferecem segurança pela possibilidade de se poder expressar não verbalmente correspondendo a um modo aceitável de lidar com emoções difíceis (Lamb, 2009);
- Aumentam a autoconfiança (Cohen, 2006; Heenan 2006; Griffiths, 2008);
- Promovem melhoria da autoestima (Ursuliak et al., 2019);
- Facilitam o planeamento e resolução de problemas (Ursuliak et al., 2019);
- Facilitam a intenção e a direção para a pessoa combater sintomas negativos (Mee & Sumsion 2001, Lloyd, Wong & Petchkovsky, 2007);
- Utilizam processos e materiais multissensoriais para promover relaxamento (Ursuliak et al., 2019);
- Promovem o desenvolvimento de habilidades e da conexão social (Laranjeira et al., 2019; Ursuliak et al., 2019);
- Proporcionam maior satisfação (Cohen, 2006; Heenan 2006; Griffiths, 2008);
- Proporcionam maior capacitação (Cohen, 2006; Heenan 2006; Griffiths, 2008);
- Aumentam a consciencialização sobre a saúde mental, podendo funcionar como potencial gatilho para iniciar procura de ajuda se necessário (Hurley et al., 2014);

Destacam-se ainda a utilização de artes visuais, em contexto de cuidados em saúde mental e psiquiátrica, com benefícios em diversas situações como perturbações de personalidade, perturbação do humor (depressão, perturbação afetiva bipolar, perturbação esquizoafetiva), depressão major, ansiedade, ideação suicida, esquizofrenia, perturbação do comportamento alimentar; síndrome de Asperger, emergências psiquiátricas, alcoolismo crónico, doenças crónicas e envelhecimento (Walsh, 1997; Hurley et al., 2014; Kim et al., 2018; Roscoche, Sousa & Aguiar, 2019).

1.4 Modelo Teórico de Sistemas de Betty Neuman

O Modelo Teórico de Sistemas de Betty Neuman (1995) entende a saúde como um “estado contínuo do bem-estar ao mal-estar de natureza dinâmica, quer de bem-estar, quer de mal-estar, em diferentes graus, em qualquer altura, e constantemente sujeito à mudança” (Tomey & Alligood, 2004, p.340), envolvendo um fluxo contínuo de energia entre o cliente e o ambiente, onde o indivíduo lida adequadamente com stressores para reter, obter ou manter o melhor estado de saúde. Varia ao longo da vida da pessoa, segundo múltiplos fatores, resposta e capacidade de adaptação aos stressores ambientais (Neuman & Fawcett, 2011). Segundo Neuman (1995, p.46) a Enfermagem corresponde a uma “profissão única na medida em que se preocupa com todas as variáveis que afetam o cliente no seu ambiente”.

O bem-estar corresponde a uma condição na qual as partes e subpartes do sistema cliente estão em harmonia com o próprio sistema, com uma estabilidade ótima, correspondente ao melhor estado de saúde possível, com todas as variáveis em equilíbrio. O mal-estar assinala desarmonia entre as partes e subpartes do sistema cliente sendo, portanto, o resultado da não satisfação das necessidades do sistema (Neuman, 1995). Toda a vida do sistema é determinada por este efeito recíproco contínuo de equilíbrio e desequilíbrio com o ambiente uma vez que “ele interage com esse ambiente adaptando-se ou adaptando-o a si” (Tomey & Alligood, 2004, p.342). Os seus comportamentos são influenciados pelo ambiente, no qual vive, se desenvolve e interage, e modifica-o, sendo afetado ao longo de todo o processo de procura contínua do equilíbrio e da harmonia (Tommey & Alligood, 2004).

A pessoa enquanto cliente/sistema de cliente, está em constante mudança, com todos os elementos de uma organização complexa em interação recíproca com

o ambiente, sendo esse sistema do cliente dinâmico de inter-relações, entre fatores fisiológicos (estrutura e funções do organismo), psicológicos (relações e processos mentais), socioculturais (atividades sociais, culturais e expectativas), espirituais (crenças espirituais e sua influência) e de desenvolvimento (ao longo da vida) (Neuman, 1995; Tomey & Alligood, 2004). Podem afetar, em qualquer momento, o nível até ao qual o cliente está protegido pela linha de defesa flexível contra possíveis reações a um único stressor ou uma combinação de stressores (Neuman, 1995).

Este modelo é um processo de adaptação, dinâmico e contínuo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades (Tomey & Alligood, 2004). Cada pessoa desenvolve uma multiplicidade normal de respostas ao ambiente referenciada como linha de defesa normal ou habitual situação de bem-estar/estabilidade, que funciona como padrão para identificar os desvios do habitual bem-estar do cliente. Qualquer necessidade pode perturbar a sua harmonia ou estabilidade, ou seja, quando há falha em algum ponto do processo de estabilização, ou o organismo se mantém num estado de desarmonia durante muito tempo, fica incapaz de satisfazer as suas necessidades, o que pode conduzir a doença, enquanto processo compensatório (Neuman, 1995).

Neuman (1995) empregou o conceito de stress de Selye, como uma resposta não-específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito, havendo uma necessidade de reajustamento que requer adaptação ao problema, independentemente da sua natureza. Os stressores, positivos ou negativos, correspondem a estímulos ou forças produtoras de tensão, que advêm do ambiente interno ou externo aos limites do sistema cliente, que interagem com, e alteram potencialmente a estabilidade do sistema, e resultam em stress. Pode ter resultado positivo ou negativo, dependendo da percepção do cliente e da natureza do mesmo (Tomey & Alligood, 2004).

Existem stressores conhecidos, desconhecidos e universais, diferindo cada um do seu potencial para perturbar o nível de estabilidade habitual ou a linha de defesa do cliente (Neuman, 1995). São classificados como intrapessoal (ocorrem dentro dos limites do sistema cliente, como as respostas condicionadas, tais como satisfação ou medo), interpessoal (manifestam-se fora do limite do sistema cliente, mas próximos do sistema; ocorre entre uma ou mais pessoas, revelando-se no desempenho de papéis e na relação com os outros) e extrapessoal (revelam-se fora dos limites do sistema cliente com uma distância maior do que os interpessoais, como condições socioeconómicas, laborais ou habitacionais) (Neuman & Fawcett, 2011). É importante ter em conta o momento em que o stressor ocorre, a sua natureza e intensidade, a

quantidade de energia despendida pelo cliente para se ajustar ao(s) stressor(es), e condições passadas e presentes do sistema cliente (Neuman & Fawcett, 2011).

As intervenções de enfermagem visam a estabilidade do sistema cliente, pela avaliação dos possíveis efeitos dos stressores ambientais, para obtenção de um nível ótimo de saúde, ajudando o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema com intervenções intencionais, reduzindo fatores de stress, aliviando agentes de stress ou condições adversas, reais ou potenciais (Neuman & Fawcett, 2011).

Neuman (1995) apresenta três níveis de prevenção nos quais os enfermeiros poderão intervir: prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária ocorre quando há um risco ou perigo identificado, mas ainda sem ocorrer uma reação e inclui diferentes estratégias de promoção da saúde, protegendo o sistema cliente com o reforço da linha de defesa flexível. Tem como objetivo promover o bem-estar através da prevenção do stress e diminuição dos fatores de risco. A prevenção primária deve ocorrer concomitantemente com a prevenção secundária e terciária.

Quando a prevenção primária está em falta ou é mal sucedida, surge a prevenção secundária, em qualquer momento após o aparecimento dos sintomas, como reação ao stressor, fortalecendo as linhas internas de resistência, reduzindo a reação ao stressor e aumentando os fatores de resistência, para atingir o ótimo equilíbrio do sistema e bem-estar. A intervenção pretende tratar os sintomas e ajudar o cliente a responder eficazmente, restabelecendo o equilíbrio. Deverão ser utilizados os seus recursos internos e externos para recuperar a estabilidade do sistema. Se a prevenção secundária for mal sucedida, não sendo possível a reconstituição, a estrutura básica não é capaz de suportar o sistema e as intervenções realizadas sobre o mesmo (Neuman, 1995).

A prevenção terciária centra-se no restabelecimento e manutenção do bem-estar e equilíbrio da pessoa após o tratamento, ajudando-a a desenvolver as melhores estratégias para enfrentar os stressores que surjam no futuro. A reconstituição depende da capacidade de mobilização de recursos do cliente para prevenir futuras reações a stressores, reconduzindo à prevenção primária (Neuman & Fawcett, 2011).

2. PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No presente capítulo pretendo explicar detalhadamente o desenvolvimento das CEEESMP, e incluindo a concretização do projeto planeado. Apresento os contextos de estágios, descrevo e analiso o caminho percorrido, incluindo atividades realizadas e competências desenvolvidas, segundo os objetivos definidos, e tendo em conta a sua relação com a evidência científica, apresentada no capítulo anterior.

2.1. Definição da Problemática

A baixa autoestima constitui um fator de risco que torna a pessoa vulnerável ao desenvolvimento de psicopatologias quando exposta a experiências stressantes (Orth et al., 2009; Zeigler-Hill, 2011). Corresponde a um critério ou característica associada a diversas perturbações indicadas no DSM-V, tais como: abuso de substâncias, depressão, esquizofrenia, perturbação do comportamento alimentar, perturbação da ansiedade, e algumas perturbações da personalidade (APA, 2013). Pelo contrário, uma pessoa com autoestima positiva apresenta maior adaptabilidade (Schwerdtfeger & Scheel, 2012), respondendo ao stress com níveis mais baixos de cortisol (Ford & Collins, 2010), lidando assim mais facilmente com os desafios da vida. Também a sensação de controle e capacidade de se envolver em comportamentos de promoção da saúde, como alimentação saudável e atividade física, sentindo-se saudável, contribui para uma avaliação positiva de si mesmo (Kristjánsson et al, 2010 citado por Hepper, 2016).

Sendo a autoestima determinante para uma boa saúde mental (Nunes et al., 2013), e interferindo na saúde física e mental, e com repercussões significativas sobre a sua vida afetiva, social, sobre o seu bem-estar e qualidade de vida (Schultheisz & Aprile, 2015), torna-se relevante uma atenção especial a esta temática.

Para Andrade (2000) pode ser estabelecida relação terapêutica com o cliente por intermédio de “fazer arte” e expressar-se, estimulando o autoconhecimento, promovendo a autoexpressão, a resolução de conflitos intrapessoais e interpessoais e o desenvolvimento da sua personalidade. Segundo Ferraz (2009), a integração de mediadores expressivos para implementação de intervenções com pessoas que apresentem baixa autoestima, traz resultados positivos.

Partindo da relevância da autoestima para a saúde mental e os contributos dos próprios mediadores expressivos, importa questionar: “*De que forma o desenho e a pintura contribuem para a promoção da autoestima do adulto?*” e “*Qual o significado que o adulto atribui à sua autoexpressão criativa?*”. Neste sentido pretendi, ao longo do estágio, desenvolver CEEEESMP através de intervenções com recurso a mediadores expressivos artísticos, particularmente expressão plástica (desenho e pintura), com adultos com baixa autoestima. Procurei identificar alguns dos contributos destes mediadores expressivos para a melhoria da autoestima através do feedback transmitido por cada cliente, e como o próprio descreve, interpreta e avalia a sua autoexpressão criativa.

2.2. Opções metodológicas para o percurso de estágio

2.2.1. Objetivos definidos

De modo a responder às questões indicadas, foram definidos como objetivos:

- (1) Identificar contributos do desenho e da pintura para a promoção da autoestima nas pessoas alvo da intervenção;
- (2) Identificar o significado atribuído à expressão criativa pelas pessoas alvo da intervenção.

Para procurar responder às questões expressas anteriormente, cumprir com os objetivos definidos e desenvolver as CEEEESMP, foi realizada: (1) colheita de dados; (2) pesquisa bibliográfica; (3) colaboração, participação e realização de intervenções expressivas com recurso a desenho e a pintura, com adultos com baixa autoestima, e respetivas notas de sessão; e (4) aplicação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) adaptada e validada para a população portuguesa por Santos (2008), como instrumento de avaliação.

Para o desenvolvimento de CEEEESMP propostas ao longo deste percurso de estágio, foram definidos como objetivos: (1) desenvolver o autoconhecimento com prática de análise e reflexões críticas sobre as situações vivenciadas, tendo por base o desenvolvimento pessoal e profissional; (2) desenvolver e mobilizar conhecimentos e competências científicas, técnicas e relacionais para prestação de cuidados de ESMP; (3) planear, gerir e realizar cuidados de ESMP ao cliente, em situações

relacionadas com a vivência da doença e o ciclo de vida, mobilizando modelos teóricos de referência, e estratégias de intervenção de âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional; (4) desenvolver um plano individual de acordo com a avaliação das necessidades de saúde, incluindo a realização de um Estudo de Caso; (5) mobilizar dados da formação e da investigação em enfermagem na prática dos cuidados com vista à promoção da qualidade dos cuidados; (6) elaborar um Relatório de Estágio, descrevendo e analisando os dados obtidos, bem como as competências desenvolvidas no estágio; (7) apresentar e defender o Relatório em discussão pública, para obtenção do grau de Mestre.

2.2.2. Instrumentos utilizados

Para a avaliação dos resultados das sessões realizadas para a promoção da autoestima com recurso a desenho e pintura, foi utilizada a Escala de Auto-Estima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) adaptada e validada para a população portuguesa por Santos (2008) por apresentar bons indicadores psicométricos. Esta corresponde a uma escala de autoavaliação, que permite avaliar o nível de autoestima de cada cliente através de como este se sente e o que pensa em relação a si próprio. É constituída por 5 itens de orientação positiva e 5 cinco itens de orientação negativa, com respostas desde 'concordo fortemente', 'concordo', 'discordo' e 'discordo fortemente'. O score total varia entre 10 e 40, sendo o valor mais alto o resultado que demonstra níveis mais elevados de autoestima (Santos & Maia, 2003).

Foi feito pedido via email ao autor, para autorização de utilização da Escala, encontrando-se o comprovativo em Apêndice II.

2.2.3. Caracterização dos contextos de estágio e participantes

2.2.3.1. Hospital de Dia de Psiquiatria em Hospital de Lisboa

O HD oferece tratamento diário, semanalmente, em regime de internamento parcial, entre as 9:00 e as 16:00. Admite pessoas com idades compreendidas entre os 18 anos e os 65 anos, a partir da referenciação do internamento, da consulta

externa ou de equipas comunitárias, dos concelhos da área de abrangência do hospital. O tempo de permanência é entre 0 a 18 meses (média 12 meses) e o tratamento é voluntário, apresentando o cliente o compromisso de participar, de forma assídua e pontual, nas diferentes atividades em grupo e nas consultas individuais.

O HD oferece um programa intensivo a clientes relativamente aos quais se acredita existir potencial de recuperação. Para cada cliente é realizado um plano terapêutico individualizado. Estes são avaliados diariamente pela equipa multidisciplinar, e têm acesso a diversas intervenções em grupo de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, com planeamento mensal. Alguns dos objetivos destes grupos terapêuticos envolvem o desenvolvimento do autoconhecimento, conhecimentos do próprio e dos familiares acerca da doença mental, treino metacognitivo, desenvolvimento de competências psicossociais, promoção de estilos de vida saudáveis, vigilância de saúde, otimização de terapêutica farmacológica dos clientes, e integração dos familiares no tratamento.

A equipa multidisciplinar é composta por dois EEESMP, uma psiquiatra, uma psicóloga, uma psicomotricista e duas assistentes operacionais. Os EEESMP dinamizam diferentes grupos terapêuticos distribuídos ao longo da semana, que são adaptados de acordo com as necessidades e características individuais e do grupo.

O espaço físico do HD é constituído pela sala multidisciplinar (ocupada principalmente pelos enfermeiros, psiquiatras e psicóloga), sala de grupos (onde são dinamizados os grupos terapêuticos), gabinetes médicos (onde decorrem as entrevistas de admissão e as consultas individuais), sala de refeições dos clientes (onde também são realizadas algumas sessões que envolvam a necessidade de mesas e material de expressão plástica), e casas de banho.

As instalações do HD foram facilitadoras para a realização das sessões planeadas, apresentando dois espaços que foram utilizados para o efeito.

2.2.3.2. Internamento de agudos em Hospital de Lisboa

Corresponde a uma unidade funcional de internamento de psiquiatria, de clientes em fase aguda da doença. Os clientes são internados no serviço, através do SU, em regime de internamento voluntário ou compulsivo (sendo acionado o internamento compulsivo ao abrigo da Lei n.º 36/98, de 24/07).

A população admitida é majoritariamente adulta, mas são também internadas adolescentes com o diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar.

O IA oferece cuidados de enfermagem especializados de saúde mental e psiquiátrica, a clientes e respetiva família, num ambiente humanizante, em situações de crise, assegurando a continuidade dos cuidados de enfermagem, através da articulação com outras entidades prestadoras de cuidados de saúde. Destaca-se a especificidade da prestação de cuidados de ESMP a pessoas que apresentam o primeiro episódio psicótico, e a pessoas (adolescentes e adultas) com o diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar. Após a alta clínica, os clientes são encaminhados para consulta externa, centro de saúde da área de residência, para HD ou outras estruturas de apoio da comunidade.

A equipa é constituída por: Diretor de Serviço, Médicos Psiquiatras, Enfermeira Chefe, Enfermeiros Especialistas, Enfermeiros Generalistas, Psicóloga, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Assistentes Operacionais, Assistente Social e o Segurança da unidade de internamento.

O espaço do internamento está dividido entre a ala 1 que corresponde a um serviço misto com lotação máxima para 17 clientes, divididos por três quartos com capacidade para quatro clientes cada, dois quartos com capacidade para dois clientes, um quarto de isolamento, e uma sala para fumadores; e a ala 2 que inclui um quarto espaçoso com lotação máxima para 11 clientes do sexo feminino.

A estrutura física do serviço inclui ainda o gabinete da Enfermeira Chefe, salas de trabalho de Enfermagem, gabinetes médicos; um refeitório que poderá ser utilizado para atividades terapêuticas com os clientes; casas de banho; e uma copa.

O serviço apresenta ainda uma sala onde as pessoas internadas realizam atividades com a Terapeuta Ocupacional. Esta sala, conforme a disponibilidade, foi utilizada para a realização das atividades planeadas, desde que não interferissem com a dinâmica do serviço e o horário de outras atividades previamente estabelecidas.

2.2.3.3. Caracterização dos participantes e critérios estabelecidos

Durante o período de estágio no HD, verificou-se a prevalência de pessoas com os diagnósticos clínicos de perturbação da ansiedade generalizada, perturbações de humor, perturbação da personalidade borderline e perturbações psicóticas.

Em contexto de início de pandemia, os clientes foram divididos 2 grupos constituídos por 6 elementos cada grupo. Contudo, tendo em conta as ausências frequentes de alguns clientes, e o alívio das restrições da pandemia, estes 2 grupos foram unidos na semana anterior à realização das sessões planeadas no âmbito da autoestima. O grupo de pessoas do HD que participaram nas sessões realizadas incluiu 9 participantes de ambos os géneros, com idades entre os 18 e os 46 anos (idade média 35,7). Nenhum participante exercia atividade profissional. Todos os participantes estavam sob regime terapêutico farmacológico (sobretudo antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos e estabilizador de humor).

No IA verificou-se a prevalência de pessoas com os seguintes diagnósticos clínicos: perturbações psicóticas (incluindo esquizofrenia, perturbação delirante, sintomas psicóticos induzidos por consumo de substâncias), depressão major, síndrome depressivo com ideação ou tentativa de suicídio, perturbação afetiva bipolar, perturbações da personalidade (maioritariamente Borderline), perturbações da ansiedade, e perturbação do comportamento alimentar.

O grupo de pessoas no IA incluiu 5 participantes do género feminino, com idades entre os 19 e os 26 anos (idade média 22,2). Três clientes apresentavam o diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar, e duas clientes o diagnóstico de depressão major com tentativa de suicídio. Nenhuma participante exercia atividade profissional e três estavam em período escolar. Todas as participantes estavam sob regime terapêutico farmacológico (sobretudo antidepressivos e ansiolíticos).

Em ambos contextos de estágio foi transversal o diagnóstico de enfermagem de baixa autoestima. Durante o acompanhamento dos diferentes grupos, identifiquei outros diagnósticos de enfermagem associados ao diagnóstico de enfermagem de baixa autoestima. Segundo a taxonomia NANDA apresentavam maioritariamente: ansiedade; comunicação ineficaz; *coping* não eficaz; envolvimento em atividades de recreação diminuída; isolamento social; relacionamento ineficaz. Foi importante a identificação destes diagnósticos de enfermagem associados ao diagnóstico central de baixa autoestima, facilitando a definição de intervenções direcionadas às necessidades dos clientes.

As sessões planeadas em HD, dirigidas à promoção da autoestima com recurso a desenho e pintura, foram realizadas entre os dias 8 de novembro de 2021 e 6 de dezembro de 2021, semanalmente, todas as segundas-feiras, às 14h, com a duração de 1 hora cada sessão. As sessões planeadas no IA foram todas concentradas na mesma semana, entre os dias 17 e 23 de janeiro de 2022, segundo

as características dos clientes e do próprio contexto de estágio, tal como será detalhado mais adiante.

2.2.3.3.1. Critérios de inclusão e exclusão

As sessões promotoras da autoestima planeadas foram realizadas a clientes que se encontravam em ambos os contextos acima apresentados, e com os seguintes critérios de inclusão: adultos (dos 19 aos 64 anos), de ambos os géneros, que compreendam a língua portuguesa, em contexto de internamento psiquiátrico ou HD de psiquiatria, que apresentem o diagnóstico de enfermagem baixa autoestima, e com capacidade e motivação para participar em dinâmicas individuais e/ou de grupo. Como critérios de exclusão foram definidos: pessoas com défice cognitivo, agitação psicomotora, incapacidade em participar nas atividades e que não respeitem as normas e regras estabelecidas.

2.3. Sessões desenvolvidas para a promoção da autoestima com recurso a desenho e pintura

As intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa com baixa autoestima apresentam como objetivo central a promoção de uma autoestima positiva, ajudando a pessoa a adequar o julgamento do seu valor enquanto pessoa (Amaral, 2010). A pessoa com baixa autoestima tem a predisposição para verbalizar expressões autodepreciativas, negar sucessos concretizados, com sentimento de incapacidade em alcançar objetivos pessoais para o seu futuro (Driever, 1976, citado por Townsend, 2011). Neste sentido, as intervenções promotoras da autoestima apresentam enfoque na promoção do autoconhecimento, com a compreensão e aceitação de si mesmo, reconhecimento das perceções irrealistas sobre si, identificação do motivo da autocrítica e a influência das relações sociais; na reestruturação cognitiva e na criação de metas e objetivos de vida realistas (Sequeira, 2006; Townsend, 2011).

A autoconsciência desenvolvida, com a compreensão de si mesmo e das suas reações, facilita a mudança e o desenvolvimento pessoal, ajuda o cliente a lidar com

as dificuldades que ocorrem na sua vida, aumenta a autoaceitação e reduz a autocrítica (Meijer-Degen & Lansen, 2006).

Païn e Jarreau (1994) afirmam que o momento da avaliação da atividade, com o diálogo e verbalização sobre o seu resultado, facilita a avaliação da capacidade de tomar a palavra e capacidade de escuta perante o grupo; o interesse pelos assuntos abordados e de participar em discussões; a argumentação e o aproveitamento de algo da experiência dos outros.

Para além da participação em atividades propostas pelo HD, iniciei as sessões promotoras da autoestima, com recurso a desenho e pintura, de acordo com os objetivos definidos, as características da população e a transversalidade do diagnóstico de baixa autoestima, e as condicionantes situacionais e temporais. Foram planeadas 5 sessões, uma sessão por semana, todas as segundas-feiras, às 14h, com a duração de 1 hora, a partir da quinta semana de estágio. Ao programa das 5 sessões planeadas dei o nome de “Dartestima”. Cada sessão incluiu psicoeducação relacionada com temas associados ao conceito de autoestima, e atividades expressivas com recurso a desenho ou pintura, com posterior partilha e discussão de ideias.

Uma vez que a pessoa com baixa autoestima, quando se depara com a necessidade de reformulação do seu comportamento, poderá sentir-se inadequada, é importante o estabelecimento de uma relação de confiança e aceitação (Silva & Marinho, 2003). Percecionando o cliente e a sua postura perante as suas narrativas, não desqualificando a história pessoal nem o seu relato verbal, e demonstrar interesse pela pessoa em si, torna-se fundamental para este processo de promoção da autoestima. É importante que o reforço positivo na relação terapêutica não seja exagerado, uma vez que a tendência é o cliente questionar esse reforço e acreditar que não seja verdadeiro. Por outro lado, se este se sentir rejeitado ou incompreendido pelo profissional, a intervenção poderá não ser eficaz (Silva & Marinho, 2003).

Foram planeadas as seguintes sessões (tabela 1) que se encontram mais desenvolvidas e detalhadas em Apêndice III. As seguintes questões foram realizadas como guia durante as sessões: “Quem gostaria de partilhar o que o desenho/pintura significa para si?”; “Enquanto desenhava/pintava, que pensamentos surgiram?”; “Enquanto desenhava/pintava, que sentimentos estiveram presentes?”; “Que fatores contribuíram para o desconforto?”; “Qual a sua opinião sobre o que desenhou/pintou?”; “Qual o significado da autoexpressão representada?”; “Que contributos trouxeram a presente atividade?”.

Tabela 1 – Organização e objetivos das sessões de promoção da autoestima no HD

HOSPITAL DE DIA	
Sessões desenvolvidas	Objetivos
Sessão 1 – Desenho – “Brasão pessoal”	<u>Objetivos gerais:</u> Propor a autorreflexão, autoconhecimento e autodescoberta; sugerir a apresentação dos clientes através da identificação das suas características ou gostos pessoais; incentivar a relação interpessoal.
	<u>Objetivos específicos:</u> Partilhar uma ou mais ideias sobre o conceito de autoestima; elaborar um desenho representativo de duas ou mais características e gostos pessoais; nomear duas ou mais características ou gostos pessoais ao grupo.
Sessão 2 – Desenho – “Autorretrato”	<u>Objetivos gerais:</u> Propor a autorreflexão, autoconhecimento e autodescoberta; propor a apresentação dos clientes através da expressão do seu autoconceito e autoimagem atual, e do que idealizam para o seu futuro; incentivar a relação interpessoal.
	<u>Objetivos específicos:</u> Expressar o seu autoconceito e autoimagem através da identificação de duas ou mais características pessoais.
Sessão 3 – Desenho – “Ressignificação”	<u>Objetivos gerais:</u> Propor a autorreflexão e autodescoberta; propor reflexão sobre o perdão/autoperdão e a aceitação do seu passado como parte de si, e possibilidade de um novo recomeço.
	<u>Objetivos específicos:</u> Expressar a aceitação do seu passado como parte de si; verbalizar um ou mais sentimentos positivos sobre si; identificar uma ou mais estratégias criativas para superar dificuldades; verbalizar características pessoais sem autocritica ou julgamento; verbalizar expectativa positiva de mudança de comportamento.
Sessão 4 – Pintura – “O Castelo”	<u>Objetivos gerais:</u> Propor reflexão sobre as competências de autogestão e autoeficácia; estimular o desenvolvimento de autonomia.
	<u>Objetivos específicos:</u> Identificar dois ou mais recursos internos e externos para lidar com os sintomas da doença, as dificuldades e imprevistos do dia-a-dia; indicar uma ou mais estratégias de <i>coping</i> utilizadas.
Sessão 5 – Pintura – Tema livre em grupo em tela ou folha de cenário	<u>Objetivos gerais:</u> Estimular a criatividade, espontaneidade e imaginação; encorajar a expressão de emoções e sentimentos; favorecer a relação interpessoal; aumentar o sentimento de pertença e coesão do grupo.
	<u>Objetivos específicos:</u> Participar na discussão de ideias para a expressão criativa em grupo; identificar uma ou mais emoções e sentimentos presentes durante a atividade.

Após partilha do programa realizado em HD com a enfermeira orientadora do estágio em contexto hospitalar, tendo em conta as características e necessidades das pessoas alvo de cuidados deste contexto, depreendemos que seria positivo a realização das mesmas sessões neste contexto de internamento, mas que seria pertinente alterar a sequência das 3 últimas sessões. Algumas participantes com histórias de vida marcadas por experiências traumáticas, outras com sentimentos de arrependimento pelo passado, todas verbalizando necessidade de desenvolver o

perdão/autoperdão e autocompaixão. A sessão que propõe esta reflexão e ainda a aceitação do passado como parte de si, com proposta de dar um novo significado à sua história de vida, foi a última a ser dinamizada no IA, depois de já terem sido abordadas outras temáticas, que ajudarão a refletir sobre o que esta sessão propõe.

Outra diferença relativamente ao contexto comunitário foi a periodicidade das sessões. De modo a garantir a presença dos mesmos participantes em todas as sessões, beneficiando das intervenções que foram planeadas de acordo com os seus pedidos de ajuda, ficou estabelecido a realização das 5 sessões na mesma semana: segunda-feira, quarta-feira, sexta-feira e fim-de-semana. Foram então realizadas, em contexto de internamento, as sessões do programa *Dartestima*, com a seguinte sequência (tabela 2):

Tabela 2 – Organização das sessões de promoção da autoestima no IA

INTERNAMENTO
Sessões desenvolvidas
Sessão 1 – Desenho – “Brasão Pessoal”
Sessão 2 – Desenho – “O Autorretrato”
Sessão 3 – Pintura – “O Castelo”
Sessão 4 – Pintura – Tema livre em grupo em folha de cenário
Sessão 5 – Desenho – “Ressignificação”

No HD participaram entre 6 a 10 clientes, e no IA, para além da intervenção individual, participaram entre 5 a 6 clientes. Alguns clientes não estiveram presentes desde a primeira sessão, juntando-se posteriormente ao grupo. Apesar de se terem verificado alterações no grupo, relacionadas com admissões e altas, considero que os participantes aderiram ao plano de intervenção.

2.3.1. Avaliação das sessões desenvolvidas

2.3.1.1. Sessão “Brasão Pessoal” – Desenho

- *No Hospital de Dia*: Este grupo apresentou maior dificuldade em partilhar não só o próprio desenho que realizou como também as suas características ou gostos pessoais, e ainda pensamentos, sentimentos e descobertas. Durante toda a sessão, em que estiveram presentes 9 clientes, houve pouca participação ativa e

apenas de 3 clientes. Os restantes elementos responderam apenas ao que era questionado, com respostas simples “prefiro não partilhar”; “sinto-me desconfortável”, “não sei” (sic). O Sr. CI e o Sr. JO verbalizaram descobertas pessoais em comum, referindo-se ao desenho como uma atividade relaxante, facilitando o foco e concentração no que está a ser realizado, desviando pensamentos negativos recorrentes. Estes clientes partilharam o seu desenho, descrevendo-se como “uma pessoa caseira e rotineira” (sic); e “identifico-me com um leão e com uma fénix (...) sinto-me uma pessoa forte e a renascer” (sic).

A atividade provocou a catarse da Sra CE, com expressão de emoções e sentimentos associados a lembranças relacionadas com a sua infância, que emergiram com a atividade. Expressou-se através do choro e partilhou pensamentos e algumas memórias de infância ao grupo. Este momento provocou maior interação de alguns elementos do grupo que procuraram ajudar a Sra CE a gerir a sua tristeza, através de toque e de palavras de conforto.

- *No Internamento*: Após incentivo, todos os clientes participaram na discussão de ideias sobre o conceito de autoestima, e partilharam ao grupo a representação do seu brasão pessoal. Todos os elementos partilharam duas ou mais características ou gostos pessoais. Duas participantes referiram que o desenho “ajudou a organizar as ideias sobre mim...” (sic). Esta atividade provocou a catarse da Sra ML, que se expressou através do choro, afirmando que não tem vontade de viver, sendo o suicídio a única fuga à angústia que sente. Este momento provocou uma maior inquietação no grupo, que parece ter apresentado dificuldade em lidar com a expressão desta emoção e sentimentos negativos desta cliente. Foi aproveitado o momento para promover a partilha do grupo, e realçada a importância de se sentirem num *setting* de cuidados seguro, para partilha das suas angústias. Todos os elementos transmitiram feedback positivo pela atividade, referindo ter sido importante para “o autoconhecimento”, “facilitar a partilha de emoções e sentimentos”, “facilitar a apresentação de mim ao outro” e “facilitar a relação com os outros” (sic). A Sra ER acrescentou que o desafio da partilha ao grupo, a poderá ajudar na sua dificuldade em se expor, pela sua timidez associada à baixa autoestima. Todos os elementos reconheceram a importância do autoconhecimento para a recuperação ou melhoria da autoestima.

2.3.1.2. Sessão “O Autorretrato” – Desenho

- *No Hospital de Dia:* Após incentivo, todos os participantes descreveram o significado do desenho do seu autorretrato. O Sr. JO e o Sr. CI foram os menos descritivos, referindo apenas “sou exatamente assim como desenei” e “estou indiferente”, respetivamente. A Sra LE e a Sra IN referiram não se sentir confortáveis para partilhar o desenho ao grupo, mas descreveram o significado dos seus autorretratos desenhados. O “desconforto”, a “tristeza” e a “indiferença” (sic) foram as expressões utilizadas para descrever as emoções e sentimentos associados à opinião e imagem que cada um apresentava de si. A Sra CA e Sra CE expressaram-se através do choro e partilharam pensamentos e sentimentos associados. Este momento provocou maior interação no grupo, com transmissão de palavras de conforto da Sra CS às duas clientes. Foi importante a validação da presença destes sentimentos negativos que, ainda assim, são aceites pelo Outro.
- *No Internamento:* Todos os participantes se apresentaram ao grupo, através do autorretrato atual, expressando o seu autoconceito, a autoimagem e autoestima. Esta partilha facilitou a relação interpessoal no grupo, deparando-se cada cliente com a evidência de muitas características comuns entre cada pessoa, e ainda concluindo que cada participante apresenta contributos importantes para o grupo. Alguns elementos expressaram-se através do choro e referindo pouca esperança num futuro melhor. A Sra SO verbalizou que não aceitava nem concordava com os elogios dos outros, como sendo verdadeiros. Uma vez que a rejeição ou racionalização do elogio é uma das características de uma pessoa com baixa autoestima, foi importante esta questão ter surgido de forma tão clara, dando oportunidade para discussão sobre esta característica em comum com outros elementos do grupo. Foi fundamental alguns participantes terem incentivado outros a avaliarem-se numa perspetiva positiva e a utilizarem mais expressões positivas no seu dia-a-dia. Foi definido como objetivos a concretizar “desafiar-me a olhar para o meu interior e aceitar-me” (sic); “não permanecer tanto tempo na cama” (sic); “estar mais com outras pessoas” (sic); “sorrir mais” (sic); “olhar-me ao espelho e ter pensamentos positivos”; “aceitar que posso ter medo” (sic).

2.3.1.3. Sessão “O Castelo” – Pintura

- *No Hospital de Dia*: Esta foi uma das sessões em que partilharam mais sobre si ao grupo e em que os conteúdos abordados foram alvo de discussão. Houve partilha de ideias sobre dois ou mais recursos internos que cada cliente reconhece em si, tais como: “autodisciplina, compaixão e autocompaixão, coragem, criatividade, curiosidade, flexibilidade, gratidão, organização, perseverança, resiliência, tolerância” (sic). Como recursos externos foram identificados: “medicação, hospital de dia, família, amigos, passatempos, natureza, locais sociais” (sic). Como estratégia de *coping* foi destacado o “autocontrolo” (sic) pela Sra CE; e “fuga e evitamento do problema” (sic) pela Sra IN, reconhecendo, contudo, que estes não contribuem para a resolução dos seus problemas.

Em resposta ao resultado final do seu castelo pintado, apenas uma cliente referiu agrado por ter identificado mais recursos do que esperava. Os restantes participantes avaliaram como “fraco” e “insuficiente” (sic) o resultado final, todos identificando dois ou mais recursos internos e externos.

- *No Internamento*: Todos os clientes participaram no debate de ideias sobre os conteúdos abordados. Todos identificaram dois ou mais recursos internos e externos para lidar com sintomas da doença, dificuldades e imprevistos do dia-a-dia. Foram indicados como recursos internos: “aceitação, autoconhecimento, autoconfiança, autocontrolo, autodeterminação, autodisciplina, compaixão, coragem, curiosidade, dedicação, esperança, gratidão, positividade, resiliência” (sic). Como recursos externos foram identificados: “família, amigos, leitura de livros, música, viagens, passeios, escola, trabalho, ginásio, igreja, profissionais de saúde, colegas de internamento, medicação” (sic). O feedback transmitido por cada um dos participantes foi positivo, avaliando o resultado final como “gostei”, “está bom”, “resultado positivo” (sic). Todos os clientes indicaram uma ou mais estratégias de *coping*, adaptativas e não adaptativas, às quais habitualmente recorrem perante dificuldades. A Sra ML, que referiu habitualmente utilizar estratégias desadaptativas, verbalizou determinação em mudar comportamentos, acrescentando que a partilha do grupo a ajudou neste sentido.

Foi reforçada a importância da aceitação das próprias responsabilidades, tendo sido uma estratégia de *coping* que ninguém referiu.

2.3.1.4. Sessão pintura com tema livre e em grupo – Pintura

- *No Hospital de Dia*: O grupo referiu que a pintura estimulou a imaginação, criatividade e espontaneidade. Houve maior interação entre o grupo, incluindo o Sr. PH, um cliente isolado do grupo, com muita dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais. A Sra CA assumiu a posição de líder do grupo, procurando juntar as ideias de cada elemento. Houve partilha de ideias e interajuda na procura da melhor alternativa para concretizar o objetivo em conjunto, e pedidos de opinião sobre cada uma das expressões realizadas individualmente, o que parece ter contribuído para aumentar o sentimento de pertença e coesão do grupo.

Todos os clientes expressaram pelo menos um sentimento despertado pela pintura através das palavras: “alegria, diversão, tranquilidade, relaxamento, calma, inspiração, introspeção, reflexão, satisfação e frustração” (sic).

- *No Internamento*: Os participantes concluíram que não houve uma organização, interação, comunicação entre os elementos, tendo cada pessoa tomado a sua decisão de fazer uma representação individual e no seu espaço, sem “incomodar o espaço dos outros” (sic). Consideraram, no entanto, que tinha havido um líder a Sra MG, à qual esta não se reconheceu nesse papel. Neste contexto, foi feita proposta de reflexão sobre o que levou o grupo a identificar a Sra MG como líder, quando esta não apresentou qualquer tipo de interação com o grupo, nem comportamento sugestivo de intenção em liderar o grupo, naquele momento.

Durante a sessão, houve poucos pedidos de ajuda ao grupo, destacando-se a Sra SO, Sra ER e a Sra ML que se mantiveram isoladas, sem solicitar ajuda perante dificuldades. No final da sessão, as participantes referiram que esta atividade foi bastante desafiante em vários aspetos: “estimulação da criatividade, imaginação, espontaneidade; interação com o grupo; necessidade de fazer pedido de ajuda; e maior contacto com emoções e sentimentos despertados decorrentes de pensamentos ocorridos” (sic) enquanto pintavam. Todas as participantes transmitiram feedback positivo pela atividade, acrescentando, porém, o sentimento de inquietação causado pelos momentos de introspeção enquanto pintavam.

2.3.1.5. Sessão “Ressignificação” – Desenho

- *No Hospital de Dia:* Houve participação ativa da maioria dos participantes. Todos referiram que cada uma das etapas da atividade suscitou autorreflexão. Houve identificação de um sentimento positivo sobre si, e de uma estratégia criativa para superar dificuldades. A Sra CR e Sra CA realçaram a autocompaixão como importante para aceitação do seu passado, mas referem ainda dificuldade neste processo. A Sra CR partilhou ao grupo que “a etapa do recorte ajudou a perceber que me posso libertar de algo que me prejudica, dando a oportunidade de reparação e reconstrução de algo melhor, com novas oportunidades, transformando e dando um novo significado” (sic). Verbalizou ainda que a sessão a ajudou a apresentar expectativa positiva para mudança do seu comportamento.
- *No Internamento:* Neste grupo, os elementos não referiram a necessidade de utilizar a borracha. O facto de se ter explorado a importância da criatividade, no início desta sessão, parece ter ajudado para esta proposta de reflexão da aceitação do passado como parte de si, e como se (re)inventam novas hipóteses para reconstruir, recomeçar, ou dar um novo significado. Tendo a Sra ML uma história de vida marcada por diversas experiências traumáticas, as quais identifica como a causa do seu ódio, raiva e tristeza sentidos diariamente, foi importante a sua partilha ao grupo, transmitindo que “é importante aceitar o passado como parte de nós, ter coragem e força para decidir viver o momento presente e olhar para o futuro de uma forma positiva” (sic). A Sra ER, que muitas vezes se centra na sua experiência traumática e nos seus sentimentos negativos, concluiu que a dificuldade que tem no desapego a prejudica, e decidiu mudar de ideias e recordar uma memória feliz, seguida da sua partilha de aceitar o passado como parte de si. As partilhas foram reforçadas positivamente, incentivando-as a colocarem em prática o que transmitiram e avaliarem os seus benefícios.

Algumas participantes expressaram autoaceitação do seu passado como parte de si, ressaltando que aceitar não significa que concordem com o que aconteceu. Verbalizaram sentimentos positivos sobre si, e algumas características pessoais sem aparente autocrítica ou julgamento, tais como: “por tudo o que passei, tornei-me mais forte...” (sic); “aprendi mais...” (sic); “estou mais preparada para a vida” (sic); “ainda tenho muita dificuldade, mas quero conseguir” (sic). A Sra ML, Sra ER e Sra SO verbalizaram expectativa positiva de mudança de comportamento.

2.3.2. Resultados da avaliação da autoestima dos participantes, antes e depois da intervenção

Na tabela que se segue (tabela 3), são indicados os resultados de cada escala preenchida, por cada participante, antes do início das sessões e cerca de uma semana depois da última sessão realizada.

Tabela 3 – Resultados da escala de autoestima por participante

RESULTADOS DA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG ADAPTADA E VALIDADA PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA POR SANTOS (2008)		
HOSPITAL DE DIA		
Cientes	Antes das sessões	Depois das sessões
Sra CA	23	23
Sra CE	20	20
Sr CI	33	36
Sra CR	29	32
Sra IN	13	14
Sr JO	30	34
Sra LE	26	29
Sr PH	21	21
Sra SF	19	18
INTERNAMENTO		
Cientes	Antes das sessões	Depois das sessões
Sra ER	19	28
Sra MG	38	38
Sra ML	18	18
Sra MN	18	25
Sra SO	16	20

2.3.2.1. Análise e discussão dos resultados

No HD, o grupo era composto por 3 homens e 6 mulheres. De acordo com os resultados, 2 homens apresentavam níveis elevados de autoestima tal como 2 mulheres que se encontravam no mesmo período de internamento (aproximadamente de 1 ano). Apenas 2 mulheres apresentaram resultado abaixo de 20 apesar de, segundo a avaliação objetiva e subjetiva, a maioria dos participantes apresentar respostas incongruentes com os resultados da escala aplicada, o que indicariam resultados inferiores ao score total de que resultou a soma das respostas dadas na

primeira avaliação. Ou seja, alguns clientes referiram diminuição da autoestima, que coincidia com as suas características físicas e comportamentais, no entanto, o resultado da escala preenchida inicialmente, evidenciava o contrário. No IA, o grupo era composto por 5 mulheres, sendo que 4 mulheres iniciaram as sessões com uma avaliação abaixo de 20, representando, no geral, um resultado congruente com o seu comportamento de baixa autoestima.

Maioritariamente, na segunda avaliação, nos dois contextos, houve melhorias na concordância com as afirmações referentes à satisfação consigo própria; na presença de algumas qualidades; no orgulho de si; no respeito por si e na atitude positiva para consigo.

Após implementação das referidas sessões, foram avaliados os seus efeitos, recorrendo a observação, interação com os clientes envolvidos, discussão com a equipa de enfermagem sobre as intervenções e os seus efeitos. De forma geral, confirmou-se melhoria da autoestima, avaliada através da monitorização de manifestações clínicas tais como: aumento de autoconfiança e autoeficácia, maior disponibilidade para participar nas intervenções em grupo, identificação de qualidades, verbalização de sentimentos positivos, aceitação do elogio e da crítica, satisfação nas relações interpessoais e estabelecimento de objetivos realistas.

As particularidades de alguns diagnósticos clínicos e os efeitos secundários da terapêutica farmacológica, causando sonolência ou dificuldade de concentração, poderão ter interferido com a disponibilidade pessoal para a participação nas sessões ou preenchimento da escala da autoestima. Também algumas condicionantes como o facto do HD estar a passar por um período de maior instabilidade por mudanças como a entrada e saída de novos profissionais, a grande rotatividade dos estagiários, a divisão dos grupos em contexto de pandemia, e a sua posterior união por alívio das medidas restritivas, parecem ter sido alguns dos fatores que poderão justificar algumas alterações comportamentais e emocionais observadas nos clientes, tais como o aumento da ansiedade, e menor disponibilidade para participação nas diversas sessões, resultando em maior número de faltas. No HD, após junção dos 2 grupos, cada participante, com as suas competências em desenvolvimento, voltou a apresentar dificuldades, quando confrontados com um grupo de maior dimensão e com novos elementos. Contudo, ao longo das sessões, verificou-se redução da ansiedade, com maior disponibilidade para participar nas intervenções.

Pelo contrário, no IA, onde as clientes se apresentavam numa condição aguda de doença, notou-se uma maior disponibilidade, referindo espontaneamente

motivação para participar nas sessões, e para enfrentarem as suas dificuldades, apesar do desconforto sentido, verbalizando esperança para a mudança de comportamentos. Também o facto dos clientes do IA terem iniciado terapêutica antidepressiva, com início de ação coincidente com a semana das sessões, poderá ter influenciado, facilitando a esperança em perspetivas positivas.

É de notar também que, maioritariamente, o score aumentou da avaliação inicial para a final, o que poderá refletir uma melhoria na avaliação positiva que fazem de si. No entanto, analisando detalhadamente as respostas dadas a cada afirmação que consta na lista da escala, considero de maior relevância a sua interpretação, e não apenas uma interpretação da comparação do resultado da avaliação inicial e final.

É de realçar também que a promoção da autoestima é um processo contínuo, e a própria avaliação que a pessoa faz de si, num dado momento, poderá ser influenciada por diversos fatores. Por algum motivo, a pessoa poderá sentir-se mais confiante e valorizar-se mais, naquele momento, por ter conquistado um dado objetivo, o que a levará a avaliar-se de uma forma mais positiva em determinadas afirmações da escala, mas, globalmente, apresentar baixa autoestima, o que contraria o resultado da escala.

À exceção da Sra IN, admitida no HD há cerca de 2 semanas, e a Sra SF, há cerca de 1 ano, os restantes elementos, apresentaram um score igual ou superior a 20, apesar de evidenciarem características de baixa autoestima. Esta valorização de si, sobretudo por estarem em grupo, com inevitável comparação entre si, poderá refletir não só alguma expectativa nas suas capacidades para enfrentarem os desafios que se impõem, como também uma tentativa de valorização pessoal comparativamente com o Outro, aliviando os sentimentos de inferioridade.

Verificou-se também que alguns participantes, como a Sra CA, Sra CE, Sr PH, e Sra ML, mantiveram os mesmos resultados na segunda avaliação, apesar de terem sido francamente notórios os resultados positivos que obtiveram durante as sessões. Este facto levou-me a considerar que a primeira avaliação correspondesse a um score ainda mais baixo, não aceitando inicialmente que concordam totalmente com as afirmações negativas e discordam totalmente das afirmações positivas sobre si.

Os scores mais elevados em HD correspondiam ao Sr CI com 33, e ao Sr JO com 30, sendo os clientes em que se aproximavam as suas datas de alta.

O aumento de 1 valor no score da escala da Sra IN corresponde a uma avaliação positiva no item relativo ao reconhecimento de algumas qualidades em si, o que, por si só, já é positivo.

A Sra SF foi a única cliente que reduziu um valor à avaliação inicial, referindo-se ao facto de, naquele momento, acreditar que gostaria de ter mais respeito por si própria, o que poderá ser um bom indicador de reconhecimento de merecimento deste respeito por si, algo que na avaliação inicial, não tinha sido identificado pela própria.

No IA, destaco a Sra MG, com score de 38 nas duas avaliações. A Sra MG é uma cliente com perturbação do comportamento alimentar, sem crítica para a sua condição de doença, atribuindo a responsabilidade pelos seus comportamentos à doença (e não a si própria). Em relação à sua autoestima, verifica-se que é altamente dependente das suas perceções de forma e peso corporais. Estando a anorexia associada ao estabelecimento de expectativas e exigências pessoais elevadas, e ao perfeccionismo, com medo de falhar, conseguir manter o controlo do seu peso como deseja, alcançando a imagem ideal, é vista como uma conquista notável e como um sinal de extraordinária autodisciplina (Silverman, 1997; Cordás, 2004; APA, 2013).

Foram desenvolvidas competências sociais importantes, tais como solicitar ajuda, dar e receber um elogio ou uma crítica, agradecer, partilhar ou discutir uma opinião, entre outras. Verificou-se ainda o desenvolvimento de estratégias de *coping* mais eficazes, tais como autocontrolo e aceitação das próprias responsabilidades. Os mais participativos foram os que participaram em todas ou quase todas as sessões, partilhando com os novos pares o que aprenderam.

Os resultados positivos que os participantes referiram sentir, comprovam a pertinência das estratégias implementadas, baseadas na literatura. Importa salientar que a realização destas intervenções pontuais não é suficiente para alcançar o resultado de uma autoestima positiva. A autoestima foi promovida através da tomada de consciência acerca de si própria, identificando e explorando os aspetos positivos e negativos, e sentimentos sobre si, de modo a tornar consciente a autodesvalorização, seguida de reorientação dos pensamentos numa perspetiva positiva. O próprio feedback entre os participantes do grupo foi fundamental, uma vez que, o contacto com a leitura que os outros fazem de si, proporciona uma maior consciencialização da própria pessoa (Guerra & Lima, 2005).

2.4. Outros contributos para o percurso de desenvolvimento de competências

2.4.1. Armazém da autoestima e intervenções individuais e em grupo

No estágio em HD, realizei um exercício com o objetivo de facilitar a identificação e reflexão sobre as particularidades, recursos ou processos internos, essenciais a recuperar ou desenvolver para melhorar a autoestima. A proposta posterior seria delinear um plano para alcançar o objetivo pretendido, com base nas dificuldades percecionadas por si. Surgiu assim o “Armazém da autoestima” (Apêndice VIII). Em contexto de IA, foi elaborado um panfleto alusivo à autoestima, no qual incluí este exercício prático (Apêndice IX).

Durante o estágio no IA, de acordo com as necessidades identificadas, sobretudo durante e após a realização das 5 sessões em grupo do programa **Dartestima**, foram realizadas outras intervenções individuais e em grupo (Apêndice X). Nestas intervenções o foco incidiu sobre as dificuldades a superar, que emergiram das 5 sessões do programa anteriormente realizado: autoconsciência das características de baixa autoestima; estratégias para redirecionar um pensamento negativo sobre si em pensamento positivo; identificação e gestão de emoções e sentimentos; identificação de medos e crenças limitantes; promoção da esperança; e treino de assertividade. Foram ainda realizadas outras sessões psicoeducativas sobre a importância da adesão terapêutica, hábitos alimentares saudáveis, estilos de vida saudáveis, entre outras.

2.4.2. Reuniões clínicas multidisciplinares

As reuniões clínicas multidisciplinares realizaram-se semanalmente, representando um espaço onde é feita uma apresentação do cliente e da sua situação clínica, uma análise e discussão da evolução observada, a identificação de estratégias de intervenção e necessidades de adaptação às características e condição do cliente, e ainda preparação da alta, com apoio da assistente social.

A participação nas presentes reuniões proporcionou-me um maior conhecimento sobre cada cliente, com uma visão mais abrangente sobre si,

acompanhando o seu processo de evolução. Desafiaram e estimularam o meu pensamento crítico e a procura do conhecimento, contribuindo para a formulação do meu próprio raciocínio clínico. Favoreceu também o desenvolvimento de competências no âmbito do trabalho em equipa, com definição de intervenções interdependentes para alcançar o objetivo em comum, resultante de um plano de ação previamente estabelecimento pela equipa multidisciplinar.

2.4.3. Experiência em Serviço de Urgência de Psiquiatria

Foi realizado um turno no Serviço de Urgência de Psiquiatria, o qual foi bastante importante para a desconstrução de algumas ideias que apresentava deste serviço, pelo facto de nunca ter passado por tal experiência. Apesar de um turno não ser o suficiente para compreender toda a dimensão desta realidade, sinto que absorvi o máximo desta experiência, tendo contactado com pessoas com doença mental em fase aguda ou crónica, descompensada, muitos sendo o primeiro episódio de urgência por diversas causas, nomeadamente, pelo primeiro surto psicótico. Direcionei a minha atenção sobre o Outro, e sobre o que estava a sentir na relação com o Outro, tendo-me deparado, nesta nova e desafiante experiência, com os resultados das competências em desenvolvimento, científicas, relacionais e comunicacionais, percebendo que apresentei uma significativa e gratificante evolução.

2.4.4. Grupos Terapêuticos

No HD é elaborado um plano de intervenção grupal durante a semana, ajustado consoante as características e necessidades dos clientes. Alguns exemplos destes grupos terapêuticos foram: sessão de relaxamento; sessão de definição de objetivos; sessão de expressão plástica; biblioterapia; comunicação eficaz; dinâmicas de grupo; jogos terapêuticos; grupo multifamiliar; culinária; caminhada no exterior do hospital; entre outros. Na sala de grupos do HD, os profissionais e clientes estão sentados em cadeiras que estão dispostas em círculo de modo que seja possível o contacto visual entre si. A expressão de pensamentos e sentimentos em relação ao acompanhamento em HD, as dificuldades sentidas em cada sessão, a partilha de momentos

significativos de cada cliente ou em grupo, a verbalização de conquistas, a partilha de situações do contexto familiar, e o estabelecimento de objetivos para o futuro, foram os assuntos que emergiram com maior frequência nas sessões.

Os grupos terapêuticos no HD proporcionaram-me uma excelente oportunidade de aprendizagem não só em relação à condição do cliente, mas também, e primeiramente, permitindo-me desenvolver competências no âmbito do autoconhecimento, com reflexão sobre mim através da partilha do cliente. O processo de confronto comigo própria, através do confronto com o Outro, permitiu-me aprofundar o conhecimento que apresentava de mim, incluindo os meus recursos, limitações, pensamentos e comportamentos. Foi importante a realização de momentos de reflexão com a enfermeira orientadora, e reflexões escritas sobre as situações que vivenciei de forma particularmente significativa.

A minha presença nos grupos terapêuticos permitiu-me também mobilizar fundamentos científicos, desenvolver competências comunicacionais, e aprender a gerir situações complexas e imprevistas que ocorreram durante as mesmas. Ofereceram a oportunidade de apreciar e acompanhar as mudanças diárias que traduzem a evolução dos clientes. A capacidade de escuta ativa foi aprimorada, analisando os significados implícitos do que é transmitido e recebido pelo Outro, essencial para aceder à sua experiência, ajudando-o a identificar emoções, recursos, dificuldades e problemas, bem como elaborar um plano de ação (Phaneuf, 2005).

Foi interessante apreciar o que alude Yalom (2006) quando se refere que os grupos terapêuticos oferecem a oportunidade de os clientes se alternarem nos papéis de receber e dar ajuda, disponibilizando apoio, sugestões, partilhando *insights* e compartilhando problemas semelhantes entre si. A descoberta de poderem ser importantes para os pares contribui para a sua autoestima (Yalom, 2006). É desta interação que emergem os fatores terapêuticos como a transmissão de informação, desenvolvimento de técnicas de socialização, promoção de esperança, catarse e coesão do grupo (Yalom, 2006). O treino de competências sociais proporcionou o desenvolvimento de competências comunicacionais, do relacionamento interpessoal (atendendo aos estilos de comportamento e treino da assertividade) e das emoções (com identificação e reconhecimento do seu significado) (Rijo, et al., 2007).

A experiência de realizar intervenções em grupo ofereceu-me a oportunidade de avaliação das necessidades do grupo, e de cada pessoa individualmente, pela forma como cada cliente se posicionou em relação ao grupo.

2.4.5. Jornais de Aprendizagem e outras reflexões realizadas

Diversos autores entendem a reflexão sobre a prática como um elemento fundamental ao desenvolvimento profissional. Segundo Johns (2000) citado por Abreu (2007, p.191) a prática reflexiva corresponde a “um modelo cognitivo de resolução de problemas, que interroga a visão da prática imediata e a reflexão sobre a realidade”. Benner (2001) acrescenta que a análise das diversas situações da prática de cuidados favorece uma aprendizagem com a experiência.

O jornal de aprendizagem foi um instrumento utilizado que contribuiu para o desenvolvimento de competências no âmbito da ESMP. Recorri ao modelo do Ciclo Reflexivo de Gibbs, que me facilitou no meu processo metacognitivo, permitindo a elaboração de pensamentos e reflexões estruturadas e aprofundadas, acerca de situações que vivenciei ao longo do estágio e as quais senti necessidade de reflexão. Com este exercício de autoconsciência que procurei desenvolver, ao relembrar, descrever e refletir sobre essas situações, foi possível identificar com maior detalhe quais as dificuldades presentes. Estas reflexões escritas sobre a prática de cuidados contribuíram para o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, reconhecendo e analisando as dificuldades com as quais me deparei, resistências, fenómenos de transferência e contratransferência e impasses relacionais.

Foi fundamental esta exploração das dificuldades, reações suscitadas, o que me impulsiona a interessar-me mais por determinados clientes ou o que me faz ter dificuldade em entrar em relação com outros. O reconhecimento e interpretação da contratransferência é essencial, uma vez que apresenta repercussões na qualidade da relação, com risco de excesso ou insuficiência de cuidados, afastamento da relação, havendo risco de uma perda de objetividade (Phaneuf, 2005; Chalifour, 2009; Sequeira, 2020). Foi importante notar o que foi emergindo durante a interação com o cliente e desenvolver a minha autoconsciência, para identificar o que a relação suscita em mim, de que modo as minhas características pessoais influenciam a qualidade da relação, e que utilização poderei fazer de mim-mesma para fins terapêuticos.

O registo e análise de interação foi também crucial para este processo de dar-me conta de mim na relação com o Outro, questionando-me acerca o que estava a ser vivenciado. Ao mesmo tempo em que o profissional está com sua atenção voltada para o cliente, também se volta para si mesmo, estando consciente do seu Ser presente naquele momento, através de uma atenção rigorosa, uma consciência-de-

si, do Outro e da interação que está a acontecer entre ambos (Chalifour, 2008). Foi indispensável fazer esta reflexão sobre as emoções, pensamentos e reações ocorridas, com um planeamento para o futuro, numa perspectiva de melhoria contínua, com partilha com os enfermeiros orientadores, e pesquisa bibliográfica, tentando compreender o motivo de tais sentimentos e reações despertadas.

As reflexões realizadas espelharam o meu percurso de desenvolvimento, notando que inicialmente, sobretudo no HD por ter sido o primeiro contexto de estágio, me centrava mais em mim própria e nas preocupações em ultrapassar este desafio de estabelecer relação com os clientes. Através de análise e questionamento, procurei desenvolver estratégias para ultrapassar as dificuldades com que me deparava, monitorizando as reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar-me conta de mim”. Neste sentido, notei que as reflexões realizadas no IA, por ser o segundo contexto de estágio e já com um desenvolvimento pessoal em curso, eram mais direccionadas para perspetivar diferentes modos de intervenção com cada cliente.

2.4.6. Estudo de Caso

O contato com a população internada proporcionou-me a oportunidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências, para dar resposta às necessidades de ajuda a pessoas com o diagnóstico de enfermagem de baixa autoestima e experiência de doença mental. Para além de intervenções em grupo, foi realizado acompanhamento individual, nomeadamente a uma cliente com Depressão Major, com ideação suicida, com o diagnóstico de enfermagem de baixa autoestima, durante cerca de 3 semanas, desde o início do seu internamento até ao momento da alta, e do qual resultou a realização de um Estudo de Caso. Foi realizada uma breve reflexão sobre a relevância deste Estudo de Caso que se encontra em Apêndice XI.

O término da relação aconteceu no momento da sua alta clínica, que foi decidido pelo facto da cliente apresentar melhoria do diagnóstico de enfermagem baixa autoestima, com menos verbalização de autodepreciação, verbalizando com maior frequência, e espontaneamente, aspetos positivos sobre si, com maior procura de interação com os outros, gestão eficaz de emoções e sentimentos, e capacidade para definir metas realistas para o seu futuro.

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS

Numa prática de cuidados baseada no respeito pelos Direitos Humanos e na responsabilidade ética e deontológica, foi tida em consideração os aspetos legais no que respeita ao direito ao consentimento livre e informado, segundo o princípio ético da Veracidade, esclarecendo os benefícios e a verdade sobre determinada ação. Em ambos os contextos de estágio, foi esclarecida a intencionalidade do estágio, os objetivos das sessões realizadas, a participação solicitada, e incluindo pedido de autorização à cliente para realização do Estudo de Caso. Foi assumido um compromisso perante o cliente, no que diz respeito à sua privacidade e confidencialidade, salvaguardado o anonimato na recolha dos dados, sendo estes tratados exclusivamente para a definição de intervenções personalizadas com base nas necessidades identificadas, e para o desenvolvimento deste Relatório de Estágio.

Sendo o cliente o principal responsável pelas suas decisões, o princípio da Autonomia, reflete o respeito pelas suas escolhas e decisões, e equivale à liberdade individual, ao livre consentimento e ao saber escolher o que é melhor para si (Navarro & Andrade, 2007). Contudo, é preciso que o cliente apresente *insight* e juízo crítico sobre a sua situação para uma responsabilidade partilhada (Martinez, 2002). A autonomia fica comprometida quando há uma imagem de si negativa, uma vez que a capacidade para enfrentar os desafios da vida se encontra diminuída, pelo predomínio de aspetos negativos e comportamento de evitamento, pela sensação de impotência sentida (Aragón & Diez, 2001; Macêdo & Andrade, 2012).

Para as intervenções realizadas foram avaliados os riscos no sentido de não causar dano, malefício ou prejudicar o Outro – princípio da Não-maleficência; e fazendo o bem ao cliente/sociedade, ajudando-o a obter o que é para seu benefício, através do princípio da Beneficência. De acordo com o princípio da Justiça, procedi com equidade, tratando as situações idênticas de forma igual, e situações diferentes de forma distinta, segundo as especificidades de cada cliente, não prestando apoio diferenciado a um determinado grupo em relação a outro (OE, 2015a).

A Vulnerabilidade determina o respeito e a responsabilidade para com o cliente, preservando a sua integridade, com obrigatoriedade ética de defesa, garantindo a sua dignidade em situações de fragilidade (OE, 2015a). A Dignidade Humana corresponde ao verdadeiro pilar do qual emergem os outros princípios, devendo estar presente, de forma evidente, nas decisões e intervenções de enfermagem (OE, 2015a).

4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Apresentando a profissão de Enfermagem um papel relevante na promoção da saúde, prevenção da doença, e na gestão de doença, a diferenciação de cuidados e a sua especialização, com competências acrescidas e específicas que possibilitem a tomada de decisão eficaz, apresentam um papel preponderante na prestação de cuidados de qualidade ao cliente.

O Grau de Mestre, além de preconizar conhecimentos aprofundados, determina também a capacidade de aplicá-los, de forma refletida e ajustada, para resolução de problemas nos diferentes contextos de cuidados, ou de equipas, para promoção da segurança dos cuidados e, por conseguinte, a qualidade dos mesmos (Presidência do Conselho de Ministros [PCM], 2018). Após um investimento na formação e na investigação, o Enfermeiro desenvolve um conjunto de competências especializadas comuns, aplicáveis em todos os contextos onde são prestados cuidados de enfermagem que permitam a realização de cuidados especializados, que diferem dos cuidados base de enfermagem (OE, 2015b). Estas competências, estão agrupadas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). As Competências de Mestre e Competências Comuns do EE foram desenvolvidas ao longo do percurso realizado, sendo estas explanadas e relacionadas em Apêndice XII, fazendo a articulação entre si, e refletindo sobre a intervenção prática durante o estágio.

Além destas competências, poderão ser desenvolvidas competências específicas em determinada área de especialidade, através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019).

Apresento, de seguida, uma análise reflexiva sobre as atividades e intervenções desenvolvidas no âmbito do estágio em HD e IA, com vista ao desenvolvimento de cada uma das CEEEESMP.

– *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”* (OE, 2018, p.21428):

Com a finalidade de dar resposta a esta primeira competência, foi realizado: (1) solicitação de supervisão clínica ao longo do estágio; (2) estabelecimento de momentos de feedback regular com enfermeira orientadora ao longo do estágio e com docente orientador(a); (3) realização de Jornais de Aprendizagem e outras reflexões críticas, como a análise e registo de interação; (4) autoavaliação na quinta e nona semana de cada local de estágio.

Com estes objetivos desenvolvi a minha capacidade de reflexão crítica com base no Ciclo Reflexivo de Gibbs, permitindo-me compreender os meus sentimentos e emoções vivenciados na relação com o Outro, e dotando-me de ferramentas que me permitam melhorar a minha prática junto da pessoa com experiência de doença mental, e especificamente com o diagnóstico de enfermagem baixa autoestima. Aprofundei o meu autoconhecimento ao longo deste percurso, com reflexão diária, identificando características pessoais, pensamentos, sentimentos e comportamentos envolvidos, analisando as situações vividas com os pares; as competências e dificuldades presentes.

Ao longo do percurso de estágio em ambos contextos de internamento e comunitário, considero que estes objetivos foram concretizados com sucesso, notando maior capacidade de pensamento crítico, e percebendo que a autoaceitação e gestão dos meus próprios processos internos, facilitou a aceitação e competência para ajudar o Outro neste processo. Foi essencial o autoquestionamento para tornar os processos psicológicos, que influenciam os comportamentos, mais conscientes e, assim, mais facilmente controláveis (Chalifour, 2008). Estas reflexões, como exercício de autoconsciência, potenciaram mudanças internas, reconhecendo aspetos em mim que até então estavam menos conscientes.

– *“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”* (OE, 2018, p.21428):

Para dar resposta a esta competência, foi realizada: (1) observação; (2) consulta de documentação existente no local; (3) realização de avaliação inicial através de entrevista ao cliente; (4) identificação das necessidades educacionais dos clientes através de observação, entrevista aos clientes e consulta de processos clínicos; (5) preparação para a alta ao longo de todo o internamento; (6) participação

em reuniões de equipa, com discussão de situações clínicas; (7) participação e realização de sessões de promoção da saúde mental.

Esta competência foi desenvolvida através de observação, entrevistas, colheita de dados e avaliação das necessidades em saúde mental, de modo a promover a educação para a saúde nos dois contextos de estágio. A atenção prestada às suas inquietações, e o espaço dado para expressão de emoções e sentimentos, contribuiu para o estabelecimento de uma aliança terapêutica. Foram identificadas resistências e a evolução do comportamento da cliente, questionando-me sobre as mesmas.

As pesquisas bibliográficas realizadas que me permitiram compreender os fenómenos em causa, e facilitar a tomada de decisão com base em evidência científica, contribuíram para a otimização da saúde mental, desde a intervenção para promoção da saúde mental, à intervenção em crise. Foram realizadas intervenções de enfermagem, com posterior avaliação dos respetivos resultados, recorrendo a instrumentos de avaliação de enfermagem adequados.

– *“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”* (OE, 2018, p.21428):

Com o intuito de dar resposta a esta competência foi concretizado: (1) realização de um Estudo de Caso, na sexta semana de estágio em internamento; (2) planeamento e desenvolvimento de intervenções de enfermagem de saúde mental; (3) avaliação dos resultados das intervenções realizadas; (4) identificação e encaminhamento do cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados às suas necessidades.

Foram mobilizados conhecimentos de encontro ao projeto realizado e que permitissem a fundamentação e sistematização das intervenções de enfermagem especializadas, segundo o Modelo Teórico dos Sistemas de Betty Neuman, para promoção da autoestima e recuperação da saúde mental. Foi realizado o Estudo de Caso, com processo de enfermagem, avaliação do estado mental, identificação de diagnósticos de enfermagem com vista ao planeamento e implementação de intervenções interdependentes e autónomas, utilizando linguagem classificada. Foi realizada a avaliação do estado mental do cliente, com planeamento e implementação de intervenções de EEESMP, de encontro às necessidades do mesmo, e identificando situações de risco ou necessidade de cuidados de outra área de especialidade, para posterior encaminhamento.

– *“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”* (OE, 2018, p.21430):

De modo a dar resposta a esta competência foi realizado: (1) colaboração e participação em atividades psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais, e psicoeducacionais realizadas individualmente e em grupo; (2) realização de sessões de psicoeducação para promoção da autoestima, a partir da quarta semana de estágio; (3) aplicação da Escala da Auto-estima de Rosenberg, em ambos contextos de estágio, entre a segunda e a terceira semana de estágio, com posterior reavaliação; (4) realização de sessões com recurso a desenho e pintura promotoras da autoestima, de acordo com as necessidades dos clientes, a partir da quarta semana de estágio; (5) aquisição de conhecimentos acerca da reabilitação psicossocial e identificação dos fatores facilitadores; (6) preparação para a alta.

Com estes objetivos procurei incentivar o cliente à sua reflexão pessoal, individualmente e em grupo, para promoção do autoconhecimento. Procurei identificar as suas necessidades e dificuldades, ajudando-os a encontrar recursos internos para as ultrapassar. Foram feitas diversas intervenções, individuais e em grupo, com especial foco na promoção da autoestima, fundamentadas em evidência científica, com implementação de um projeto com as respetivas intervenções, através de psicoeducação, dinâmicas de grupo e atividades expressivas com recurso a materiais de desenho e pintura, e treino de competências sociais. Foi aplicada a Escala da Auto-Estima de Rosenberg adaptada e validada por Santos (2008) e respetiva análise dos dados obtidos.

Foram desenvolvidas competências para a promoção da saúde e prevenção de complicações da doença, incentivando à participação ativa do cliente no seu processo de recuperação, com intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Foi feita intervenção em contexto de crise, e realizadas intervenções individuais e em grupo que contribuíssem para que cada cliente alcançasse um estado de saúde mental mais próximo possível do proposto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso realizado em dois contextos diferentes apresentou desafios que se tornaram relevantes para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados de ESMP, à pessoa com experiência de doença mental. Este desenvolvimento de competências corresponde às Competências do grau de Mestre, Competências Comuns do EE, e CEEESMP, e justificam a apresentação deste Relatório para análise e discussão pública.

Ultrapassar esses desafios, através de uma antecipação das prováveis dificuldades esperadas, e determinar possíveis modos de atuação foi facilitador ao longo deste processo. Questões que envolvessem o âmbito do autoconhecimento, a dificuldade na gestão de comportamentos desestabilizadores do Outro, emoções/sentimentos que essas reações poderiam provocar em mim, lidar com situações complexas, a dinamização de grupos terapêuticos em HD, e a reduzida experiência profissional em cuidar de pessoas em fase aguda da doença mental, foram algumas dificuldades com as quais me deparei e me acompanharam numa fase inicial. Foi importante a tomada de consciência sobre essas dificuldades pessoais e profissionais, com pensamento crítico e desenvolvimento de estratégias para lidar com as mesmas, de modo a alcançar os objetivos propostos. O feedback regular dos enfermeiros orientadores e professores docentes foram essenciais durante todo este processo. A constante pesquisa bibliográfica, procurando respostas às minhas necessidades pessoais e profissionais, também foi bastante útil para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e Competências de Mestre e de EEESMP.

Com o presente Relatório de Estágio, através da mobilização de conhecimentos especializados e desenvolvimento de competências específicas, e “capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares” (PCM, 2018, p.4162), desenvolvi maior grau de autonomia que é conferido ao grau de Mestre e EEESMP, a que me propus alcançar, para o meu desenvolvimento profissional e uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados em Enfermagem. Foi desenvolvida a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações relacionadas com a vivência da doença e o ciclo de vida. Através de uma metodologia descritiva e reflexiva, foram analisadas e exploradas as competências desenvolvidas ao longo do percurso realizado, essenciais ao cuidado de enfermagem autónomo e especializado, no

âmbito da saúde e da doença mental. O autoconhecimento, a capacidade reflexiva, a aquisição de competências para intervenção na otimização e recuperação da saúde mental, e o desenvolvimento de competências para realização de intervenções de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, foram outros objetivos concretizados.

Foi importante a utilização de um Modelo Teórico de Enfermagem favorecendo a reflexão e a crítica com base em elementos científicos, que ajude na compreensão da realidade, adequar o desempenho profissional de qualidade, e fundamentar as intervenções realizadas. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman foi mobilizado de forma sistemática, nas diversas interações com os clientes para a definição dos diagnósticos de enfermagem, o estabelecimento de objetivos em parceria, e a avaliação dos efeitos das intervenções realizadas. Foi desenvolvido um plano individual de trabalho, mobilizando modelos teóricos de referência e estratégias de intervenção, através de uma prática reflexiva, tendo por base os valores éticos e sociais na prestação de cuidados de ESMP. O estabelecimento de relações de confiança e parceria com a pessoa alvo de cuidados relevou-se fundamental, contribuindo para “aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução” (OE, 2018, p.21427).

Iniciei o meu percurso de estágio no HD, onde destaco em cada dia o sentimento de entusiasmo que vivenciei, juntamente com a ansiedade associada à intervenção com grupos, recordando e reconhecendo os desafios superados. Fascinei-me com os efeitos terapêuticos de um conjunto de intervenções em grupo que vão, progressivamente, facilitando o (re)conhecimento da pessoa, com repercussões consideráveis sobre si. Seguiu-se o período de estágio no IA, onde contactei com pessoas em fase aguda da doença e em situação de crise. A sua impulsividade, desorganização, ausência de crítica, representaram alguns desafios com os quais me defrontei. Substitui a minha organização acompanhada de necessidade de controlo sobre as situações, por uma flexibilidade com adaptação às diferentes situações, ajustando o meu pensamento e ação de acordo com as exigências da realidade com que me deparava inesperadamente. Aprendi também a aceitar o desconforto associado ao desconhecido, como fazendo parte de um processo de autoconhecimento e de aprendizagem, e que se foi desvanecendo progressivamente.

A baixa autoestima é frequente, angustiante e incapacitante por si só, o que torna este assunto como tema central deste projeto uma matéria incrivelmente preciosa. Ajudar o Outro a perceber que a imagem e opinião que cada um tem acerca

de si, o valor que se atribui, influencia significativamente as relações que se constroem, o que se acredita ser capaz de enfrentar no dia-a-dia, a capacidade de gerir a própria vida e, naturalmente, a forma como cada pessoa se posiciona no mundo. Pessoas com baixa autoestima possuem recursos internos para a modificação do seu autoconceito, das suas atitudes e comportamentos, que precisam de ser ativados através de um ambiente terapêutico facilitador deste processo (Rogers, 1983). A promoção da autoestima pode ser feita pelos enfermeiros através do estabelecimento de relações de confiança e seguras que permitam a expressão de emoções negativas, o reforço positivo dos sucessos, e possibilite a mudança (Townsend, 2011). Recorrendo à escuta ativa, à partilha, à aceitação, ao elogio sincero e à esperança, para o reconhecimento do valor próprio, da autoconfiança, e da capacidade para enfrentar desafios, contribui com resultados positivos, facilitando ainda o processo de recuperação, melhorando o resultado do tratamento. Assim, a promoção da autoestima de pessoas com experiência de doença mental, de pessoas com doença física, ou pessoas que sofreram acidentes resultando em alteração negativa na imagem corporal, com risco de representar uma ameaça à sua saúde mental, é uma experiência não só desafiante, mas também bastante gratificante.

O percurso de estágio e Relatório realizado alargaram a minha compreensão sobre o facto do processo terapêutico não acontecer meramente através da fala e da escuta, representando a utilização de mediadores expressivos artísticos, no *setting* terapêutico, um convite ao cliente para entrar em contato com seu potencial criativo. A utilização de desenho e pintura como mediadores expressivos, revelaram-se uma opção de intervenção a utilizar pelo EEESMP, com resultados positivos para a promoção do autoconhecimento, autoquestionamento dos pensamentos que cada pessoa tem sobre si, definição de objetivos para o futuro, entre outros conhecimentos e competências sobre si, facilitadores da promoção da autoestima. Segundo Barreira e Martins (2017), através do ser possível criar arte, entra-se em contato com a novidade e a diferença, encontrando novas formas de ser e de se expressar, de (re)criar-se enquanto pessoa, ajustando criativamente as suas vivências, facilitando o crescimento pessoal e a sua autorregulação saudável. A arte, como recurso terapêutico, permite também viver a experiência da espontaneidade e expressividade, essenciais para uma boa saúde mental, tornando a pessoa mais consciente do que deseja e precisa (Barreira & Martins, 2017). Despertando a sua espontaneidade, na qual o profissional e o cliente procuram novas e criativas possibilidades de atuação, de ser e fazer, contribuem para alcançar os objetivos propostos para a promoção da

autoestima. Permite ainda à pessoa entrar em contato com a origem dos seus conflitos, avaliar a área da sua vida que precisa ser resolvida, e incitar à tomada de decisão (Andrade, 2000). Ao aceitar-se a si e ao mundo tal como é, e servir-se do seu potencial criativo, o indivíduo faz novas descobertas sobre si, entrando em contato com o que realmente é enquanto se expressa, facilitando a sua capacidade de enfrentar situações stressantes (Simões, 2010).

Concluindo a presente análise global e reflexão sobre o percurso realizado, e a avaliação das competências propostas para o EEESMP, considero que estas foram desenvolvidas de uma forma positiva. Num processo de retrospeção é perceptível um caminho desafiante, mas acompanhada de pessoas que foram significativas, e momentos e experiências gratificantes, que tanto contribuíram para o meu crescimento e desenvolvimento ao nível pessoal e profissional. Muitos foram os desafios realmente superados, contudo, percebendo que me mantenho num processo de desenvolvimento, representando este momento apenas um ponto de partida para este processo contínuo de desenvolvimento enquanto Pessoa e Enfermeira Especialista em ESMP.

Termino este Relatório com uma frase de Marcos Godoy (s/d), que transmite o que sinto: *“Deixo uma parte de mim em cada lugar que passo. Comigo, levo também um pedaço de cada lugar. Assim, vou deixando os lugares e eles me deixam, mas, não deixamos de existir um para outro. Eles permanecem comigo e eu neles, de forma que nos completamos inteiramente. Eles existem em mim e eu permaneço em todos os lugares por onde passo”*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau – Formação em Saúde, Lda. ISBN 978-972-8485-87-0.
- American Psychiatric Association. (2013). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-5 (5.^a Ed.) Lisboa: Clempsi Editores.
- Almeida, J. (2014). A Saúde Mental Global, a Depressão, a Ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: Estudo de prevalência e correlação. (Tese para obtenção do grau de Doutor). Ciências da Vida Especialidade em Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa.
- Almeida, P.A. & Mazzaia, M.C. (2018). Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: vivência de enfermeiros da rede. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71 (Supl 5): 2154-60. Acedido a 20-03-2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0678>
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Andrade, L. (2000). *Terapias expressivas*. São Paulo: Vetor.
- Aragón, L. C. & Diez, J. A. (2001). *Autoestima: compresion y practica*. Caracas: San Pablo.
- Assis, S. G., & Avanci, J.Q. (2004). Uma bússola no labirinto: bases que formam e investigam a autoestima. In: Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e na adolescência [online]. pp. 25-48. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. ISBN 978-85- 7541-333-3.
- Attard, A. & Larkin, M. (2016). Art therapy for people with psychosis: a narrativ review of the literature. *The Lancet Psychiatry*, 3(11), 1067-1078. Acedido a 10-03-2022. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30146-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30146-8).

- Barreira, M. & Martins, K. (2017). A Arte Como Instrumento Terapêutico sob o Enfoque da Gestalt-Terapia / Arte como Instrumento no Foco Terapêutico da Gestalt-Terapia. *Revista FSA*, 14(3): 193-208.
- Bedding S. & Sadlo G. (2008) Retired people's experience of participation in art classes. *The British Journal of Occupational Therapy*, 71(9), 371–378.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto.
- Bucho, J. (2011). As Terapias expressivas e o barro: veículo de auto-conhecimento, criatividade e expressão (Dissertação de Mestrado). Porto: Universidade Fernando Pessoa. Acedido a 20-06-2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10284/2260>.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. & Wagner, C. (2016). NIC – Classificação das Intervenções em Enfermagem (6ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. & Wagner, C. (2018). Nursing Interventions Classification (NIC) (7ª ed.). St. Louis: Elsevier.
- Carvalho, R. (2011) Potencialidades criativas e simbólicas dos mediadores artísticos. *Manual de teoria e técnica da Arte-Terapia/Psicoterapia*. Lisboa: SPAT.
- Castro, N.; Lopes, M.; Monteiro, A. (2020). Low Chronic Self-Esteem and Low Situational Self-Esteem: a literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 73(1): 1-9. Acedido a 3-03-2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0004>
- Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Vol. I. 1ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). A intervenção terapêutica, Estratégias de Intervenção. Vol. II. 1ª edição. Loures: Lusodidacta.

- Cohen, G. (2006). Research on creativity and aging: the positive impact of the arts on health and illness. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 30(1), 7–15. Acedido a 30-11-2021. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/26555432>
- Cordás, T. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista Psiquiátrica Clínica*. 31 (4): 154-157.
- Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24, páginas 3544 – 3550. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/07/24/p/dre/pt/html>
- Ferraz, M. (Org.). (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial Lda.
- Ford, M. & Collins, N. (2010). Self-esteem moderates neuroendocrine and psychological responses to interpersonal rejection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(3), 405–419. Acedido a 20 de março 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0017345>
- Goldberg, L. (1999) Arte-Pré-Arte: Um estudo acerca do descongestionamento da expressão gráfica. Rio grande.
- Gomes, N. (2014). Autoestima, autoeficácias e empregabilidade subjetiva em empregados, desempregados e estudantes do ensino superior (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de Psicologia e Ciências da Vida. Acedido a 26-07-2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/33605>.
- Goñi, E. & Fernandez, A. (2009). El autoconcepto. In: Grandmontagne, pp. 1-10.- A. G. (Coord.). El autoconcepto físico. pp 20-27. Madrid: Ediciones Piramide.
- Griffiths, S. (2008). The experience of creative activity as a treatment medium. *Journal of Mental Health*. 17:1, 49-63. Acedido a 03-03-2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09638230701506242>
- Guerra, M. & Lima, L. (2005). intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.

- Guilhardi, H. (2002). Autoestima, autoconfiança e responsabilidade. *Comportamento Humano*, pp. 1-29.
- Guimarães, J. (2012). Autoconceito, autoestima e comportamentos desviantes em adolescentes. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Gunnarsson, A. & Eklund, M. (2009). The Tree Theme Method as an intervention in psychosocial occupational therapy: Client acceptability and outcomes. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56 (3), 167–176. DOI: [10.1111/j.1440-1630.2008.00738.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2008.00738.x)
- Heenan, D. (2006) Art as therapy: an effective way of promoting positive mental health? *Disability & Society*, 21 (2), 179–191. Acedido a 2-07-2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09687590500498143>
- Hepper, E. G. (2016). Self-Esteem. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*, 4:80-91. Acedido a 2-07-2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00076-8>.
- Herdman, T. & Kamitsuru, S. (2018). Diagnósticos de enfermagem da NANDA - I: Definições e Classificação 2018-2020 (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Hurley, J.; Linsley, P.; Rowe, S. & Fontanella, F. (2014). Empathy at a distance: a qualitative study on the impact of publically-displayed art on observers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 419-26. DOI: 10.1111/inm.12073.
- International Council of Nurses (2017). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®) Versão 2017*. Genebra: International Council of Nurses.
- Kim, H.; Kim, S.; Choe, K. & Kim, J. (2018). Effects of Mandala art therapy on subjective well-being, resilience, and hope in psychiatric inpatients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2),167-73. DOI: 10.1016/j.apnu.2017.08.008. Acedido a 10-07-2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29579508/>
- Kirshbaum, M.; Ennis, G.; Waheed, N. & Carter, F. (2017). Art in cancer care: exploring the role of visual art-making programs within an Energy Restoration

Framework. *European Journal of Oncology Nursing*. 29:71-8. DOI: 10.1016/j.ejon.2017.05.003. Acedido a 20-03-2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28720268/>

- Lamb, J. (2009) Creating change: using the arts to help stop the stigma of mental illness and foster social integration. *Journal of Holistic Nursing* 27, 57–65.
- Laranjeira, C.; Campos, C.; Bessa, A.; Neves, G. & Marques, M. (2019). Mental Health Recovery Through “Art Therapy”: A Pilot Study in Portuguese Acute Inpatient Setting. *Issues In Mental Health Nursing*, 40 (5). 399-404. DOI: 10.1080/01612840.2018.1563255.
- Lloyd, C.; Wong, S.; & Petchkovsky, L. (2007). Art and recovery in mental health: a qualitative investigation. *The British Journal of Occupational Therapy*. 70, 207–214.
- Lowry, L. & Aylward, P. (2015). Betty Neuman’s Systems Model. In M. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing theories & nursing practice* (4.ed.). 165-184. Philadelphia: F. A. D. Company Ed.
- Macêdo, C. & Andrade, R. (2012). Imagem de si e Autoestima: A Construção da Subjetividade no Grupo Operativo. *Psicologia em Pesquisa*, 6(1), 74-82. Acedido a 13 de novembro de 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472012000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Malchiodi, C. A. (Ed.). (2005). *Expressive therapies*. Guilford Press.
- Martinez, M. (2002). *Ética Psiquiátrica*. Madrid: Editorial Desclée de Brouwer.
- Mee, J. & Sumsion, T. (2001) Mental health clients confirm the motivating power of occupation. *The British Journal of Occupational Therapy*. 64, 121.
- Meijer-Degen, F. & Lansen, J. (2006). Alexithymia – A challenge to art therapy. The Story of Rita. *The Arts in Psychotherapy*. 33, 167–179.
- Monti, D., et al. (2006). A randomised, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 363–373

- Navarro, A. & Andrade, R. (2007). Questões da Autonomia e da Vulnerabilidade Cultural da Comunidade da Mangueira do Rio de Janeiro. *V Congresso Norte Nordeste de Psicologia, Maceió/AL*.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. (3rd ed.). East Norwalk: Appleton & Lange.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems model*. (5th ed.). Estados Unidos da América: Pearson.
- Nunes, M. et al. (2013 April) Self esteem and mental health: extension project experience report. *Psicologia Argumento*. 31 (73), 283-289. Acedido em: 17/07/2021. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/20487>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Deontologia profissional de enfermagem. ISBN 978-989-8444-30-1
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento nº 190 de 23 de abril de 2015 – Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República, 2ª série, nº 79, 10087- 10090.
- Orth, U., Robins, R., & Meier, L. (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(2), 307–321. Acedido em 30 de julho 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0015645>
- Presidência do Conselho de Ministros (2018). Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República n.º157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de Agosto de 2018, 4162- 4165.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta.
- Païn, S. & Jarreau, G. (1994). Teoria e técnica da arte-terapia – a compreensão do sujeito. Porto Alegre: Artmed editora.

- Plummer, D. (2012). *Como aumentar a autoestima das crianças: Guia prático para educadores, psicólogos e pais*. Porto: Porto Editora.
- Rackley, J., et al. (1988). Determinants of body image in women at midlife. *Psychological Reports*. 62(1), 9-10. DOI: <https://doi.org/10.2466/pr0.1988.62.1.9>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019), Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. 2ª Série. (n.º 26 — 6 de fevereiro de 2019). p.4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (nº 151 de 07 de agosto de 2018), 21427-21430. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>.
- Rijo, D. et al. (2007). G.P.S. Gerar Percursos Sociais - Programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento social desviante. Ponta Delgada: Equal.
- Rogers, C., 1983, Um jeito de ser. São Paulo: EPU.
- Roscoche, K.; Sousa, A.; Aguiar, A. (2019). Visual arts in mental health nursing care: an integrative review; *Archives of Health Sciences*. 26(1):55-61. Acedido a 20-03-2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046124/artigo12.pdf>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1989). Determinants of Self. *Current Content*. 11, 14-15.
- Sampaio, F; Sequeira, C. Autoimagem, Autoestima e Imagem Corporal. (2020). Em C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 116-118). Lisboa: Lidel.
- Santos, B., Antunes, D. & Bernardi, J. (2008). O docente e a sua subjetividade nos processos motivacionais. *Educação*, 31(1): 46-53.

- Santos, P. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Santos, R. & Custódio, L. Quando as imagens falam: definição, estruturação de campo e usos da arte terapia. In Psicologia.pt [Em linha]. 2017. Acedido a 28 de fevereiro 2022. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1100.pdf>
- Schultheisz, T. & Aprile, M. (2015). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*. 5(1), 36-48. Acedido a 20 de março 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.17921/2176-9524.2013v5n1p%25p>
- Schwerdtfeger, A. & Scheel, S. (2012). Self-esteem fluctuations and cardiac vagal control in everyday life. *International Journal of Psychophysiology*, 83, 328-335. Acedido a 20 de março 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2011.11.016>
- Sequeira, C., (2006). *Introdução à prática clínica*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira C. (2020) Entrevista Clínica Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções. Lisboa: Lidel.
- Shelda, T. (2018) Art therapy improves mood, and reduces pain and anxiety when offered at bedside during acute hospital treatment. *The Arts in Psychotherapy*, 57, 59-64. Acedido a 20-03-2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.10.003>.
- Silva, A. & Marinho, G. (2003). A autoestima e relações afetivas. *Universitas Ciências da Saúde*. 1(2):229-37. Acedido a 10 de novembro 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5102/ucs.v1i2.507>
- Silverman, J. (1997). Anorexia Nervosa: Historical Perspective on Treatment. In: D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (2ª ed., pp. 3-10). New York: The Guilford Press.

- Silverstone, P. & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I - The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Ann Gen Hosp Psychiatry*. 2(1):2. DOI: 10.1186/1475-2832-2-2.
- Simões, E. (2010). Contribuições da arteterapia no cuidado com mulheres em tratamento do câncer de mama. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 16(2), 239-240. Acedido a 10 de novembro 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000200016&lng=pt&tlng=pt.
- Sousa, A. (2005). *Psicoterapias Activas (Arte-Terapias)*. Lisboa: Livros Horizonte. ISBN 972-24-1403-8.
- Tavares, D. M., Matias, T. G., Pegorari, M. S., Nascimento, J. S., & Paiva, M. M. (2016). Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3557-3564. DOI: 10.1590/1413-812320152111.03032016.
- Teixeira, A.C., & Sampaio, F., (2019). Desenvolvimento de um catálogo CIPE® para o foco de enfermagem “autoestima”: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [online]. 21, 62-71. Acedido a 6-07-2021. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602019000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
- Timmons A. & MacDonald E. (2008) ‘Alchemy and Magic’: the experience of using clay for people with chronic illness and disability. *The British Journal of Occupational Therapy* 71, 86–94. Acedido a 20-03-2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/030802260807100302>
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª ed). Loures: Lusociência.
- Tomilho, K. et al. (2009). Individual brief art therapy can be helpful for women with breast cancer: A randomized controlled clinical study. *Palliative and Supportive Care*, 7, 87–95.

- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6º ed.). Loures: Lusociência.
- Ursuliak, Z., Hughes, J., Crocker, C., MacKenzie, A. & Tibbo, P. (2019). Claymation art therapy in early phase psychosis: A qualitative study to explore participants' experiences with the program and identify outcome effects, *Early Intervention in Psychiatry*, 14: 689-704. Acedido a 20-03-2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/eip.12896> .
- Valladares, A. (2011). Arteterapia no cuidar e na reabilitação de drogadictos – álcool, crack e outras drogas: símbolos recorrentes. *Revista Científica Arteterapia Cores da Vida*. 13(13): 23-47. Acedido a 20-03-2022. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/269094948>
- Valladares, A. et al. (2008). Arteterapia: criatividade, arte e saúde mental com pacientes adictos. In: Jornada Goiana de Arteterapia, 2, 69-85.
- Walsh S. & Minor-Schork, D. (1997). Suicidal adolescent perceptions after an Art Future Image intervention. *Applied Nursing Research*. 10(1):19-26.
- World Health Organization. (2018). *Mental health: strengthening our response*. Acedido a 28/07/2021. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> .
- Yalom, I. (2006). Psicoterapia de grupo: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed.
- Zeigler-Hill, V. (2011). The Connections Between Self-Esteem and Psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 41, 157–164. Acedido a 30 de julho 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10879-010-9167-8>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Tabela de termos de pesquisa

Pesquisa para realização de fundamentação teórica

Para fundamentação teórica, com base em evidência científica, foi realizada pesquisa em diferentes bases de dados eletrônicas, segundo *Joanna Briggs Institute* (2015) como orientador para a pesquisa. Numa primeira etapa foi realizada pesquisa inicial na plataforma EBSCO, nas duas bases de dados CINAHL *complete* e MEDLINE *complete* entre 20 de maio e 8 de junho de 2021. De seguida, foram analisadas as palavras utilizadas no título e no resumo dos documentos obtidos, identificando os termos naturais semelhantes às palavras-chave inicialmente definidas, e identificados os termos de indexação correspondentes. Numa segunda etapa, foi realizada pesquisa em cada uma das bases de dados supramencionadas, utilizando todos os termos de linguagem natural e termos de indexação identificados, com operadores booleanos entre si. Utilizou-se o operador booleano “OR” entre termos semelhantes, com respetivos termos naturais e indexados em terminologia inglesa. De seguida, o operador booleano “AND” foi utilizado para o cruzamento entre os diferentes conjuntos de termos de pesquisa identificados: “*adult*”, “*self esteem*”; “*expressive therapies*” e “*mental health nursing*”. Os termos naturais para a pesquisa foram confirmados em relação à sua terminologia e conteúdo, pesquisando os descritores nos “Títulos de tema CINAHL” e “MeSH 2020”.

Como palavras-chave foram definidos “*adult*”; “*low self-esteem*”; “*expressive therapies*”; “*psychiatric nursing*”. Feita seleção de artigos publicados nos últimos 10 anos, com texto integral, que incluíssem adultos. Para seleção dos estudos a incluir na amostra final foi necessário a utilização de critérios de inclusão: (1) dados provenientes de estudos qualitativos e quantitativos, (2) estudos que abordem o conceito de autoestima do adulto e utilização de terapias expressivas; (3) estudos que incluam intervenções do EE junto do adulto com baixa autoestima; (4) estudos que incluam adultos com idades compreendidas entre os 19-64 anos, sem restrição de sexo ou género, com baixa autoestima, podendo ter ou não co-morbilidades associadas. Foram definidos como critérios de exclusão: (1) estudos fora do âmbito da saúde mental e psiquiatria, (2) estudos publicados em outros idiomas que não o português e inglês; (3) estudos com data de publicação anterior a 2010; (4) estudos que não dão resposta às questões de partida; e (5) todos os estudos que se encontram duplicados. Foi obtido um número inicial de 44 artigos, foram excluídos 36 artigos pela leitura do título e do abstract, e 2 por não serem de acesso gratuito. Obteve-se um total de 4 artigos na CINAHL e 2 artigos na MEDLINE. Posteriormente, foi realizada pesquisa que incluísse as referências bibliográficas dos estudos identificados com pertinência ao tema, pesquisa de estudos não publicados, literatura cinzenta e *websites* governamentais e encontraram-se 27 artigos que foram utilizados para realização do enquadramento teórico.

Tabela de termos de pesquisa naturais e indexados

	Termos Naturais	CINAHL	MEDLINE (MESH 2020)
P	• Adult • Middle ag* • Young adult • Self-concept • Altered Self-concept • Self-perception • Self Assessment • Body Image • Body Image Disturbance • Self-esteem • Self-esteem (Iowa NOC) • Self-esteem disturbance (NANDA) • Situational Low Self-Esteem (NANDA) • Chronic-Low Self-esteem (NANDA) • Self-Esteem Enhancement (Iowa NIC) • Chronic-Low Self-esteem disturbance (NANDA) • Rosenberg Self-Esteem Scale • Self-Esteem Inventory	• Adult • Middle age • Young adult • Self-concept • Altered Self-concept (NANDA) • Self Assessment • Body Image • Body Image Disturbance (NANDA) • Self-esteem (Iowa NOC) • Self-esteem disturbance (NANDA) • Situational Low Self-Esteem (NANDA) • Chronic-Low Self-esteem (NANDA) • Self-Esteem Enhancement (Iowa NIC) • Chronic-Low Self-esteem disturbance (NANDA) • Rosenberg Self-Esteem Scale • Self-Esteem Inventory	• Adult • Middle age • Young adult • Self-concept • Self Assessment • Body Image -----

C	• Expressive therap* • Expressive techni* • Art therap* • Sensory art therap* • Canadian art therapy association • Mental Health • Mental Health Nurs* • Nursing Interventio* • Nursing Car* • Nursing Care Plans • Psychiatric Nurs*	• Expressive therapies • Art therapy • Canadian art theray association • Mental Health • Nursing Interventions • Nursing Care • Nursing Care Plans • Psychiatric Nursing	• Art therapy • Sensory art therapies • Mental Health • Nursing Care • Psychiatric Nursing
---	---	---	--

APÊNDICE II – Pedido de autorização para aplicação da Escala de autoestima de Rosenberg, adaptada e validada para a população portuguesa

Pedido de autorização para aplicacao da Escala de Auto-Estima de Rosenberg

Externo

Caixa de entrada x



SONIA FILIPA ROQUE Pereira <sonia.pereira@campus.esel.pt>
para pjsosantos ▾

sábado, 31/07, 10:28 ☆ ↩ ⋮

Boa tarde Sr Professor Paulo Jorge Santos,

Chamo-me Sónia Pereira e encontro-me a frequentar o 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

No meu projeto de estágio pretendo trabalhar a temática da promoção da autoestima do adulto com recurso a mediadores expressivos. Venho por este meio solicitar que me seja concedida autorização para aplicação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg, adaptada e validada para a população portuguesa, no meu projeto de estágio. Este será implementado entre outubro de 2021 a fevereiro de 2022, no Hospital de Dia do [REDACTED] e no Serviço de Internamento de Agudos do [REDACTED]

Grata pela atenção,

Os melhores cumprimentos,

Sónia Pereira



SAPO mail <pjsosantos@sapo.pt>
para mim ▾

11/08/2021, 16:14 ★ ↩ ⋮

Cara Sónia Pereira,

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 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

APÊNDICE III – Planeamento das 5 sessões realizadas para promoção da autoestima

Planeamento das sessões – Hospital de Dia e Internamento de psiquiatria

SESSÃO DE DESENHO

“Quando eu me pergunto quem sou eu, sou o que pergunta ou o que não sabe a resposta?”

(Geraldo Eustáquio)

Tema: Brasão Pessoal

Descrição: Cada cliente deverá representar, através de um desenho de um brasão pessoal, as suas características ou gostos pessoais.

Objetivos Gerais: Propor a autorreflexão, autoconhecimento e autodescoberta; sugerir a apresentação dos clientes através da identificação das suas características ou gostos pessoais; incentivar a relação interpessoal.

Objetivos Específicos: Partilhar uma ou mais ideias sobre o conceito de autoestima; elaborar um desenho representativo de duas ou mais características e gostos pessoais; nomear duas características ou gostos pessoais ao grupo.

Local: Sala de atividades do internamento

Data e hora: Dia 8 de novembro de 2021, às 14h, no HD. Dia 17 de janeiro de 2022, às 17h30, no IA.

Duração prevista da sessão: 60 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS/ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO DA SESSÃO
Introdução	- Apresentação dos Enfermeiros e dos Clientes - Apresentação da presente sessão e seus objetivos			5 minutos
Desenvolvimento	- Definição do conceito de autoestima em dinâmica de debate de ideias em grupo - Reflexão em grupo sobre as seguintes questões: “Qual a importância da autoestima para a saúde mental?”; “Porque é importante o autoconhecimento para a recuperação/ melhoria da autoestima?”	- Cadeiras	- Estudante de EESMP - Enfermeira Orientadora - Clientes	15 minutos
	- Avaliação da autoestima com preenchimento da Escala de Autoestima de Rosenberg adaptada e validada para a população portuguesa.	- Escala de Autoestima de Rosenberg adaptada e validada para a população portuguesa - Canetas		5 minutos
	- Reflexão individual acerca das suas características e/ou gostos pessoais e realização do desenho do seu brasão pessoal	- Folhas A4		20 minutos
	- Partilha ao grupo o seu brasão pessoal, e reflexão sobre a seguinte questão: “Como é que se apresentam ao mundo?” (partilha de características e gostos pessoais) - Partilha de descobertas e reflexão sobre “Como se sentiram ao partilhar o brasão pessoal?”	- Canetas de feltro/lápis de cor/lápis de cera, lápis de carvão, borracha, afia-lápis		10 minutos
	- Resumo da Sessão - Feedback/avaliação da sessão - Agradecimento			5 minutos

Descrição da sessão:

Esta primeira sessão foi iniciada com uma proposta de dinâmica de debate de ideias em grupo sobre o conceito de autoestima, acompanhada por uma breve apresentação em PowerPoint (Apêndice IV). Esta intervenção de psicoeducação centrada no tema da autoestima, promoveu em cada participante a identificação das suas características pessoais, tornando-se mais consciente de si mesmo. Esta atenção dada à sua individualidade, facilita o processo de desenvolvimento do autoconhecimento, o que contribui para a promoção da autoestima (Arrais, 2014).

Assim, de modo a cumprir com o objetivo de promover o autoconhecimento, propus a elaboração de um desenho individual, representando um brasão pessoal, simbolizando o modo “como se apresentam ao mundo?”, seguida de partilha ao grupo. Sendo um grupo aberto, heterogêneo, com algumas pessoas que entraram recentemente para o grupo, muitos dos clientes partilharam verbalmente o sentimento de desconforto, sobretudo relacionado com a dúvida se a própria pessoa, e as suas ideias, seriam aceites no grupo. Perante o desconforto, resistência ou hesitação em expressar características pessoais, foi relevante abordar a importância do estabelecimento de uma relação de confiança com uma pessoa ou grupo, para partilhas pessoais. Foi também importante, em ambos os locais de estágio, desconstruir a ideia de que nenhum desenho seria avaliado pela sua qualidade estética, uma vez que alguns participantes expressaram de imediato: “eu não tenho jeito... eu não sei desenhar...” (sic), preocupação esta relacionada com o receio da avaliação do Outro, associado à sua baixa autoestima. Relativamente ao resultado do seu desenho, as descrições dos diferentes clientes foram: “horrível”, “feio”, “nada de especial” (sic).

Justificação da sessão:

As condições socioculturais influenciam e estabelecem limites para que a pessoa se desenvolva, sendo apreendidos valores, regras e princípios que participam no processo de identificação do seu “Eu” como um ser único e individual, diferente dos outros (Schultheisz & Aprile, 2013).

A imagem de si, enquanto conceito dinâmico e relacional, faz-se notar quando os participantes expressam como se veem, como se posicionam em relação ao Outro, na sociedade, e como fazem as suas escolhas (Macêdo & Andrade, 2012). As discussões que as atividades proporcionam, revelam-se de extrema importância por servirem de estímulo à expressão livre, que, por conseguinte, evidenciam a imagem de si dos participantes (Macêdo & Andrade, 2012).

Esta imagem de si, como fenómeno social, influencia as relações interpessoais. As imagens projetadas pelo Outro tornam-se responsáveis pela descoberta do próprio, pelo modo como este se organiza e se reconhece (Zugliani, Motti & Castanho, 2007). A pessoa forma a sua imagem de si ao responder, consciente ou inconscientemente, quem pensa que é, como se vê ou como se avalia (Branden, 2000; Macêdo & Andrade, 2012).

A forma como a pessoa se vê, como se relaciona com outras pessoas e com as situações da vida, e como reage a elas, interfere com todas as dimensões da experiência pessoal (Macêdo & Andrade, 2012). Pessoas com baixa autoestima apresentam-se hipervigilantes quanto aos sinais de rejeição dos outros (Downey & Feldman, 1996 citado por Hepper, 2016). A pessoa alvo de diversas críticas, sente medo e inibe-se de se expor aos outros (comportamento de evitamento e fuga). Ao considerar-se inferior perante a competitividade na sociedade, desenvolve sentimentos negativos em relação a si, quando é observado e julgado pelos grupos sociais dos quais faz parte (Silva & Marinho, 2003). Segundo estes autores, poderá apresentar comportamentos agressivos, de defesa, ou afastar-se pelo facto de não perceber nada de bom e produtivo em si.

São importantes iniciativas que promovam o autoconhecimento e a autoaceitação, reconhecendo as próprias capacidades e dificuldades, as suas características físicas ou de personalidade, e aceitando as suas emoções e pensamentos (Aragón & Diez, 2001; Assis & Avanci, 2004). Estes autores realçam também a importância de se autoafirmar, expressando o que pensa, o que deseja e o que sente, mas respeitando o espaço do Outro. Esta aceitação contribui para a redução de energia que o indivíduo investe, lutando contra as emoções negativas e a voltar-se mais para ações construtivas, redirecionando a sua vida, não se tornando refém da luta contra as suas emoções difíceis (Vandenberghe & Valadão, 2013).

Segundo Cooley (1922) citado por Baptista (2016) não existe julgamento do “Eu”, como com orgulho ou vergonha, sem o seu correspondente julgamento do Outro. É deste raciocínio que surge a comparação do self social com um espelho (*self-looking glass*). O conceito de *looking glass self*, corresponde a um processo em que os outros significativos são um espelho através do qual recolhemos informação sobre nós, tal como sobre o que os outros pensam de nós, sendo estas percepções internalizadas como autoavaliações do nosso valor enquanto pessoa. Deste modo, se a percepção que a pessoa tem do que os outros pensam dela é positiva, há o desenvolvimento de uma autoestima positiva. O self do espelho compreende: (1) a imaginação da nossa aparência para a outra pessoa; (2) a imaginação do julgamento da pessoa a cerca dessa aparência, imaginando e reagindo ao que sente que deve ser o seu julgamento dessa aparência; (3) desenvolvimento do sentido de identidade e resposta, de acordo com esses julgamentos percebidos dos outros, com algum tipo de sentimento de si mesmo, tais quais orgulho ou depreciação (Shaffer 2005; Baptista, 2016). Como resultado a pessoa muda o seu comportamento com base no que sente que as outras pessoas pensam sobre si, apesar de não corresponder necessariamente à verdade. Deste modo, a interação social atua como um “espelho” uma vez que a identidade e autoestima é construída a partir dos outros. Ou seja, segundo Cooley (1922) citado por Baptista (2016), o “Eu” é social uma vez que quando nos olhamos e nos percebemos, não percebemos apenas sob a nossa perspetiva, mas também sob o ponto de vista do Outro. Imaginamos nas outras pessoas alguns pensamentos sobre a nossa aparência, comportamentos, características, objetivos, entre outros aspetos sobre nós, que nos afetam (Baptista, 2016).

Este exercício de autoconhecimento e de escolher o que partilhar com o grupo, através do seu “Brasão Pessoal”, reportou para a Janela de Johari. A Janela de Johari comporta-se em conformidade com o autoconhecimento, e o que a própria pessoa pretende deixar-se conhecer.

O primeiro quadro da Janela de Johari, chamado de “aberto”, “arena” ou “área livre”, é caracterizado pela troca livre e aberta de informações entre o Eu e os outros, como os comportamentos, as experiências e os dados conhecidos pela própria pessoa e pelos outros (Fritzen, 1992). À medida em que o nível de confiança aumenta entre os participantes, esta área poderá aumentar de tamanho, sendo partilhadas mais informações relevantes de carácter pessoal.

O quadro designado de “cego”, “mancha cega” ou “mancha escura” inclui informações a respeito do nosso “Eu” ignoradas, mas conhecidas pelos outros, ou seja, o que os outros têm conhecimento do Outro, mas não o transmitem. Inclui, por exemplo, o modo de falar, de agir, o modo como nos relacionarmos, entre outros (Carmagnani & Daniel, 1992; Fritzen, 1992).

O quadro “oculto”, “fachada” ou “máscara”, é representado por conter informações que são conhecidas do “Eu” mas que são desconhecidas pelos outros/grupo. Esta ocultação, ou secretismo, do que é conhecido pelo “Eu”, segundo Fritzen (1992), poderá estar relacionado com o medo de que o grupo tenha conhecimento dos sentimentos, percepções e opiniões da pessoa em causa, pelo risco de rejeição do grupo, pela suposição de que a revelação dos sentimentos, pensamentos e reações possa dar um significado (ou avaliação) negativo de si. Carmagnani e Daniel (1992) e Fritzen (1992) acreditam também que outro motivo pelo qual a pessoa decide não revelar as suas informações pessoais é com a intenção de poder manipular e controlar os outros.

O quadro “desconhecido”, ou “área ignorada”, apresenta aspetos da realidade pessoal do “Eu”, dos quais o próprio não tem consciência, sendo também desconhecidos dos outros (incluindo pessoas mais próximas), como fatores da personalidade (Fritzen, 1992). Incluem as motivações inconscientes, representando o desconhecido ou inexplorado, podendo envolver a dinâmica interpessoal, eventos da primeira infância, potencialidades latentes e as que ainda estão por descobrir (Oliveira, Bachion & Carvalho, 2006).

A intenção deste exercício do “Brasão Pessoal”, com o conhecimento prévio de que posteriormente se sucederia um momento de partilha ao grupo, e associado à discussão em grupo, seria os participantes perceberem o que conhecem sobre si, e o que apresentam ao grupo, de acordo com a confiança estabelecida, tendo a consciência que cada um é muito mais do que pretende partilhar.

Deste modo, é perceptível como a autoestima exerce influência na interação da pessoa com o mundo (Macêdo & Andrade, 2012), sobretudo quando se pensa sobre a autoestima de uma pessoa com experiência de doença mental, na qual está muitas vezes presente o estigma/autoestigma associado à presença de doença mental, o que leva a pessoa a adotar um secretismo, com a intenção de facilitar a sua aceitação social (Goffman, 1988; Felicissimo, et al., 2013; Laranjeira et al., 2021)

Referências Bibliográficas:

- Aragón, L. C. & Diez, J. A. (2001). *Autoestima: comprensión y practica*. Caracas: San Pablo.
- Arrais, P. (2014). Tema III Autoestima. Em C. Oliveira, P. Arrais, & S. Ladeiro, Guia prático de empoderamento e capacitação (pp. 83-121). Vila Real: EAPN Portugal.
- Assis, S. G. & Avanci, J.Q. (2004). Uma bússola no labirinto: bases que formam e investigam a autoestima. In: Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. pp. 25-48.
- Baptista, I. (2016). A Imaginação na sociologia de Charles Cooley. *Revista Ciências Humanas*, 9(2), 116-125. Acedido a 10 de janeiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.32813/2179-1120.2016.v9.n2.a313>
- Branden, N. (2000). *Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo*. São Paulo: Saraiva.
- Carmagnani, R. & Daniel, M. (1992). Ser para o outro. São Paulo: Edições Loyola, p. 32-3.
- Felicissimo, F.; et al. (2013). Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia: teoria e prática*, 15(1), 116-129. Acedido a 15 de março de 2022. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Fritzen, S. (1992). Janela de Johari. Rio de Janeiro: Vozes, p. 115.
- Goffman, E. (1988). Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Hepper, E. G. (2016). Self-Esteem. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*, 4: 80-91. Acedido a 10 novembro 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00076-8>.
- Laranjeira, C. et al. (2021). Auto-estigma numa amostra de adultos portuguesas com doença mental. In Freire, F. et al. (2021). Organização Serviços e Cuidados em Saúde. Ponta Grossa: Atena Editora. pp 12-21.

- Macêdo, C. & Andrade, R. (2012). Imagem de si e Autoestima: A Construção da Subjetividade no Grupo Operativo. *Psicologia em Pesquisa*, 6(1), 74-82. Acedido a 13 de novembro de 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472012000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Silva, A. & Marinho, G. (2003). A autoestima e relações afetivas. *Universitas Ciências da Saúde*. 1(2):229-37. Acedido a 10 de novembro 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5102/ucs.v1i2.507>
- Oliveira, E.; Bachion, M. & Carvalho, E. (2006). Aplicação da janela de Johari em uma interação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 4, 113-126. Acedido a 10 novembro 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-11691996000700012>
- Schultheisz, T. & Aprile, M. (2015). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*. 5(1), 36-48. Acedido a 10 novembro 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17921/2176-9524.2013v5n1p%25p> .
- Shaffer, L. (2005). Do autorreconhecimento do espelho ao próprio espelho: explorando a hipótese da justificação. *Journal of Clinical Psychology*. 61:47–65.
- Vandenberghe, L. & Valadão, V. (2013). Aceitação, validação e mindfulness na psicoterapia cognitivo-comportamental contemporânea. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9(2), 126-135. Acedido a 10 janeiro 2022. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20130017>
- Zugliani, A.; Motti, T. & Castanho, R. (2007). O autoconceito do adolescente deficiente auditivo e sua relação com o uso do aparelho de amplificação sonora individual. *Revista brasileira de educação especial*. 13 (1):95-110. Acedido a 10 de janeiro 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382007000100007

SESSÃO DE DESENHO

“Hoje você tem a oportunidade de construir o amanhã que você deseja”

(Ken Poirot)

Tema: “O Autorretrato”

Descrição: Dividir uma folha A4. Do lado esquerdo desenhar um autorretrato de como cada cliente se vê no momento presente, e do lado direito desenhar um autorretrato de como idealiza vir a ser.

Objetivos Gerais: Propor a autorreflexão, autoconhecimento e autodescoberta; propor a apresentação dos clientes através da expressão do seu autoconceito e autoimagem atual, e do que idealizam para o seu futuro; incentivar a relação interpessoal.

Objetivos Específicos: Expressar o seu autoconceito e autoimagem através da identificação de duas ou mais características pessoais.

Local: Sala de atividades do internamento

Data e hora: Dia 15 de novembro de 2021, às 14h, no HD. Dia 19 de janeiro de 2022, às 17h30, no IA.

Duração prevista da sessão: 60 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS/ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO DA SESSÃO
Introdução	- Apresentação da sessão e os seus objetivos	- Cadeiras - Data show - Mesa e cadeiras - Folha A4 - Canetas de feltro/lápis de cor/lápis de cera, lápis de carvão, borracha, afia-lápis	- Estudante de EESMP - Enfermeira Orientadora - Clientes	5 minutos
Desenvolvimento	- Dinâmica de debate de ideias acerca da diferença das características físicas, comportamentais e emocionais de uma pessoa com alta autoestima e baixa autoestima			10 minutos
	- Realização de desenho do seu autorretrato atual			10 minutos
	- Partilha ao grupo o seu autorretrato, referindo características presentes e qual o significado atribuído ao desenho do autorretrato			10 minutos
	- Realização de desenho do autorretrato que idealizam para o seu futuro			10 minutos
	- Reflexão sobre pensamentos e sentimentos quando se confrontam com o Eu atual e com o que idealizam; que recursos internos mobilizar e/ou que estratégias utilizar para alcançar o que é idealizado			10 minutos
Conclusão	- Resumo da Sessão - Feedback/avaliação da sessão - Agradecimento			5 minutos

Descrição da sessão:

Para esta sessão foi proposto desenharem o seu autorretrato atual, e o autorretrato do que idealizam para o seu futuro, seguida de partilha do desenho ao grupo com expressão do seu significado. Nesta segunda sessão, houve maior partilha por parte dos participantes, tanto no HD como no IA. Questionando sobre pensamentos e sentimentos decorridos do confronto com o Eu atual e com o que idealizam, pretendi a tomada de consciência de sentimentos em relação a si, e a avaliação que fazem da própria pessoa que consideram ser.

Os clientes foram incentivados também à comparação de como se vêem no momento presente em relação ao início do internamento. Ao se depararem com a opinião e imagem que têm de si, no momento atual comparativamente com o início do internamento, e ainda serem confrontados com a opinião do Outro a esse respeito, que revelaram desenvolvimento positivo, pretendi facilitar a tomada de consciência desta evolução, aumentar a motivação para mudança de comportamentos e promover a esperança para o seu processo de recuperação. Neste sentido, no IA considerei também importante que cada elemento delineasse objetivos para os próximos dias, com um planeamento estruturado e realista dos próximos passos a concretizar para alcançarem o resultado que idealizam. Alguns clientes apresentaram dificuldade em identificar em si duas ou mais características físicas e comportamentais associadas à baixa autoestima.

Justificação da sessão:

Vaz-Serra (1988) citado por Bernardo e Matos (2003) relaciona o autoconceito à forma como a pessoa se percebe a si mesma e se autodescreve. O conjunto de atitudes que a pessoa tem para consigo mesma, associada à sua autodescrição, incluem aspetos comportamentais (referente ao conceito que a pessoa tem sobre si mesma, o que a pessoa faz ou é capaz de fazer), cognitivos (como se descreve) e afetivos (como se sente a seu respeito, englobando sentimentos e emoções em relação a si mesma, definido por Coopersmith (1967), como autoestima) (Silva & Vendramini, 2005). O autoconceito diz então respeito à percepção que a pessoa tem de si própria e o conceito que, por isso mesmo, forma de si; enquanto a autoestima representa a dimensão avaliativa do autoconhecimento, como a pessoa se posiciona perante o mundo e os sentimentos com que se vê, ou seja, como se autoavalia (Vaz-Serra, 1986).

Para Corona (1999) citado por Silva e Vendramini (2005), todas as pessoas são capazes de formar o seu autoconceito, moldando-se este de acordo como as novas experiências diárias no meio social são integradas. Os sucessos e fracassos constroem uma imagem pessoal que pode ser atualizada ao longo dos anos (Silva & Vendramini, 2005). Costa (2002) destaca que o objetivo não será alcançar a verdade absoluta do indivíduo, mas a verdade que este percebe, assentando nas suas percepções fundamentais de si, e sobre como estas são vivenciadas.

Erthal (1989) citado por Schultheisz e Aprile (2013) considera que o modo da pessoa se ver em relação ao mundo servirá de “bússola” para os seus comportamentos ao longo da vida.

Segundo Sampaio e Sequeira (2020), a autoimagem refere-se à percepção que a pessoa tem de si própria, isto é, a opinião que tem sobre si, incluindo a autoestima e imagem corporal. Segundo Townsend (2011) e ICN (2017), a imagem corporal corresponde à representação mental do próprio corpo e como este é percebido pela pessoa, envolvendo os sentidos, as ideias e os sentimentos referentes ao corpo, com base na autoavaliação e em reações e feedback dos outros. A imagem corporal de uma pessoa pode não necessariamente coincidir com a aparência real (Townsend, 2011). É um conceito multidimensional que compreende processos fisiológicos, cognitivos, psicológicos, emocionais e sociais, e podem ser influenciados pelo sexo, idade, meios de comunicação e pela relação entre os processos cognitivos e o corpo, como crenças, valores e comportamentos pertencentes à cultura (Schilder, 1994, Ferreira & Leite, 2002; Almeida, Santos, Pasian & Loureiro, 2005).

A imagem corporal corresponde a um aspeto fundamental da identidade pessoal, visto que questões relacionadas com a imagem corporal real e ideal contribuem para a percepção que a pessoa apresenta de si mesma (Tavares, 2003). O self ideal/a expectativa do self relaciona-se com a percepção do que a pessoa deseja, da percepção que esta tem das expectativas dos outros. O facto da pessoa não conseguir alcançar os seus ideais e expectativas poderá conduzir perturbações no seu autoconceito (Townsend, 2011).

Segundo Assunção (2002) o ideal de imagem corporal masculina, para os homens, representa o corpo forte e musculado. Para o sexo feminino, o ideal de corpo seria esguio, estando a satisfação com a imagem corporal associada à percepção de peso corporal e de aparência (Andrade & Bosi, 2003). Passando a vivenciar sentimentos de raiva, angústia e culpa em relação ao próprio corpo, é plausível verificar sinais de sofrimento psicológico, manifestados por alterações emocionais e comportamentais, além de um baixo autoconceito (Martins, Nunes & Noronha, 2008). Para contrariar estes sentimentos em relação ao seu corpo, a pessoa poderá procurar técnicas não-saudáveis de controle de peso, como exercícios físicos excessivos, utilização de laxantes e dietas restritivas, indução do vômito, entre outras, na tentativa de uma aproximação da aparência corporal considerada ideal, gerando comportamentos crónicos, sendo este um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (Martins, Nunes & Noronha, 2008).

Pedindo aos participantes que descrevam como realmente se vêm, e como desejariam ser, estes fornecem informações sobre a sua autoaceitação. O autoconceito real e o autoconceito ideal podem estar próximos ou afastados entre si, sendo a diferença entre os dois um indicador de autoaceitação. Quanto menor for a diferença, maior a autoaceitação da pessoa tal como é (Vaz-Serra, 1988).

A motivação poderá ser conseguida através da comparação que o próprio faça ao avaliar-se no passado e no presente, ou com a ajuda do feedback positivo do grupo também nesse sentido. Pessoas motivadas mantêm-se na realização da tarefa até que os seus objetivos sejam alcançados (Robbins, Judge & Sobral, 2010). Os participantes concentram os seus esforços em direção aos seus objetivos (com vista a alcançar resultados atrativos – o Eu ideal), planeando passos com a intenção de orientar os seus pensamentos para essa finalidade (Cavalcanti et al., 2005).

Referências Bibliográficas:

- Almeida, G.; Santos, J; Pasian, S. & Loureiro, S. (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*. 10(1): 27-35. Acedido a 10 de fevereiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000100005>
- Andrade, A. & Bosi, M. (2003). Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Revista de Nutrição*, 16(1):117-125. Acedido a 10 de fevereiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732003000100012>
- Assunção, S. (2002). Dismorfia muscular. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 24(3):80-84. Acedido a 10 de fevereiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700018>
- Bernardo, R. & Matos, M. (2003). Desporto aventura e auto-estima nos adolescentes, em meio escolar. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 3 (1): 33–46.
- Cavalcanti, V., et al. (2005). Liderança e Motivação. Rio de Janeiro: FGV.
- Costa, P. (2002). Escala de Autoconceito no trabalho: construção e validação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(1): 75-81. Acedido a 10 de novembro 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722002000100009>
- Ferreira, M. & Leite, N. (2002). Adaptação e validação de um instrumento de avaliação da satisfação com a imagem corporal. *Avaliação Psicológica*, 1 (2):141-149. Acedido a 10 de novembro 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712002000200007&lng=pt&tlng=pt.
- International Council of Nurses (2017). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®) Versão 2017*. Genebra: International Council of Nurses.
- Martins, D.; Nunes, M. & Noronha, A. (2008). Satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes. *Psicologia: teoria e prática*, 10(2), 94-105. Acedido a 14 de abril de 2022. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000200008&lng=pt&tlng=pt.

- Robbins, S.; Judge, T. & Sobral, F. (2010). Comportamento Organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro. 14ª edição. São Paulo: Prentice Hall.
- Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Autoimagem, Autoestima e Imagem Corporal. Em Sequeira, C. & Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 116-118). Lisboa: Lidel.
- Schilder, P. (1994). A imagem do corpo: as energias construtivas: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes.
- Schultheisz, T. & Aprile, M. (2015). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*. 5(1), 36-48. DOI: <https://doi.org/10.17921/2176-9524.2013v5n1p%25p>.
- Silva, M. & Vendramini, C. (2005). Autoconceito e desempenho de universitários na disciplina estatística. *Psicologia Escolar e Educacional*. 9(2):261-268. Acedido a 10 de novembro 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572005000200008>
- Tavares, M. (2003). Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. São Paulo: Manole.
- Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência (6º ed.). Loures: Lusociência.
- Vaz-Serra, A. (1986). O inventário clínico de auto-conceito. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 7(2):67-84.
- Vaz-Serra, A. (1988). O inventário clínico de auto-conceito. *Análise Psicológica*. 2 (6): 101-110.

SESSÃO DE PINTURA

“Eu estava procurando fora de mim por força e confiança, mas eles vêm de dentro. E estão lá o tempo todo”
(Anna Freud)

Tema: “O Castelo” – Que recursos tenho para manter o meu castelo de pé?

Descrição: Entregar folha A4 com um desenho de um castelo no centro da folha, simbolizando cada pessoa. Pintar as pedras do castelo referentes a cada um dos seus recursos internos e externos.

Objetivos Gerais: Propor reflexão sobre as competências de autogestão e autoeficácia; estimular o desenvolvimento de autonomia.

Objetivos Específicos: Identificar dois ou mais recursos internos e externos para lidar com os sintomas da doença, as dificuldades e imprevistos do dia-a-dia; indicar uma ou mais estratégias de *coping* utilizadas.

Local: Sala de atividades do internamento

Data e hora: Dia 29 de novembro 2021, às 14h, no HD. Dia 21 de janeiro 2022, às 11h30, no IA.

Duração prevista da sessão: 60 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS/ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO DA SESSÃO
Introdução	- Apresentação da sessão e seus objetivos	- Computador / Data show - Cadeiras e mesas - Folhas A4; - Canetas pincel, canetas de feltro, Lápis de cor, Lápis de carvão, Lápis de cera, afia-lápis, borracha.	- Estudante de EESMP - Enfermeira Orientadora - Clientes	5 minutos
Desenvolvimento	- Dinâmica de debate de ideias acerca dos conceitos de “recursos internos”, “recursos externos”, “estratégias de <i>coping</i> ”, “autogestão” e “autoeficácia”			10 minutos
	- Preenchimento das pedras do castelo com cor e nomear os recursos internos e externos que cada cliente apresenta			10 minutos
	- Partilha ao grupo o resultado do desenho, com identificação dos diferentes recursos e estratégias de <i>coping</i> utilizadas por cada utente. - Reflexão sobre competências de autogestão, autoeficácia e promoção da autonomia.			30 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão - Feedback/avaliação da sessão - Agradecimento			5 minutos

Descrição da sessão:

Esta sessão foi iniciada com uma dinâmica de debate de ideias sobre exemplos de recursos internos e externos para fazer face aos desafios do dia-a-dia, e sobre os conceitos relacionados com estratégias de *coping*, autogestão emocional e autoeficácia, acompanhada de uma apresentação em PowerPoint (Apêndice V). Considerei pertinente lembrar como todos estes conceitos são importantes, e como estão relacionados com a promoção da autoestima. Segundo Sequeira (2006), se a pessoa acreditar que apresenta recursos disponíveis para dar resposta às necessidades que surgem, ultrapassa com maior facilidade as suas dificuldades pessoais, investindo nos seus objetivos.

Uma vez que, na sessão anterior, tinha sido abordada a importância da definição de objetivos concretos e realistas para alcançar o resultado pretendido, planeei, para esta sessão, uma abordagem aprofundada dos recursos pessoais e estratégias adaptativas, para enfrentar e ultrapassar desafios, em direção ao futuro que idealizam. Após esta partilha de recursos internos e externos que cada participante apresenta para enfrentar as dificuldades do dia-a-dia, incentivei à discussão de estratégias que habitualmente utilizam em situações stressantes.

Também os participantes têm referido com frequência falta de autoconfiança, com consequente dificuldade em resolver problemas, com sentimento de dependência de terceiros.

Para esta atividade ofereci um desenho de um castelo (em Apêndice VI), simbolizando cada pessoa. Propus aos participantes a identificação dos seus recursos internos e externos, pintando cada pedra do castelo referente a cada recurso identificado por si. Com esta perspetiva visual do resultado final, deparando-se com a quantidade de pedras pintadas, o quão preenchido está o seu castelo (a própria pessoa) de recursos, e a partilha ao grupo como contributo para enriquecimento o castelo de outro participante, facilitou a identificação de outros recursos inicialmente não reconhecidos. Propus reflexão sobre como cada recurso ajuda a lidar com sintomas de doença, imprevistos ou desafios do dia-a-dia.

Justificação da sessão:

Segundo Selye (1936), o *stress* corresponde a uma reação do organismo que ocorre perante situações que exijam adaptações além do seu limite. É desenvolvido quando as tensões do dia-a-dia são superiores à capacidade da pessoa para dominá-las e/ou superá-las, impossibilitando-a de resistir e de criar estratégias para lidar com as mesmas.

O *stress* apresenta várias etiologias, podendo desenvolver-se pela necessidade de lidar com fatores externos ao organismo capazes de criar tensões patológicas, ou perante condições internas (pensamentos disfuncionais, padrões de comportamento, falta de assertividade, ansiedade, pessimismo, competitividade, entre outros) que atuam como geradoras de estados tensionais significativos, com consequências físicas e psicológicas (Lazarus, 1995). Além de desencadear inúmeras doenças, prejudica a qualidade de vida e a produtividade da pessoa, com redução da motivação para

enfrentar os desafios diários, provocando sensação de incompetência, com consequente impacto negativo na autoestima (Lipp & Novaes, 2003; Sadir, Bignotto & Novaes; 2010).

O estímulo potencialmente stressante pode conduzir a diversas respostas emocionais em diferentes pessoas, dependendo da avaliação cognitiva, da situação e dos recursos (Martín, Salanova & Peiró, 2003), e ainda da energia e saúde da pessoa, dos pensamentos de tipo positivo, da capacidade de socialização (Lazarus & Folkman, 1984), das crenças, dos valores, das experiências passadas, das características psicológicas como a personalidade, o locus de controlo, o autoconceito, a autoestima, o sentido de humor, o otimismo, entre outros, influenciando estes os mecanismos de *coping* utilizados para lidar com as fontes de stress (Serra, 2011; Capelo, 2017). Ou seja, o *stress* depende da situação e da interpretação da pessoa, sendo que nem todas as pessoas se consomem com os mesmos stressores. O que determina se o *stress* se irá instalar é a combinação entre o ambiente e as características da pessoa (Lazarus, 1995). Segundo Serra (2005, 2011), a pessoa vulnerável ao *stress* apresenta um perfil caracterizado por dificuldade na sua capacidade de autoafirmação, insuficiente tolerância à frustração, dificuldade em confrontar e resolver problemas, preocupação excessiva pelos acontecimentos quotidianos e dificuldade na sua gestão emocional.

Segundo Goleman (2012), a autogestão emocional corresponde à capacidade de entender e avaliar as próprias emoções, percebendo como a própria pessoa reage perante situações de stress, ansiedade, raiva, tristeza, entre outros estados e emoções, refletindo um profundo autoconhecimento. Pessoas com dificuldade em reconhecer as emoções vivenciadas, apresentam maior dificuldade em geri-las. Por outro lado, pessoas que regulam as suas próprias emoções eficazmente, ultrapassam mais facilmente os desafios da vida, apresentam uma comunicação mais eficaz, uma tomada de decisão mais assertiva, maior autoaceitação e aceitação do Outro, assegurando relacionamentos mais saudáveis (Goleman, 2012). A importância de abordar este conceito de autogestão emocional reside no facto de este facilitar a gestão de situações stressantes, permitindo equilibrar os pensamentos negativos/positivos, através de uma reinterpretação das causas das emoções negativas, e desenvolvendo estratégias para enfrentar os desafios, com consequente bem-estar e saúde mental (Goleman, 2012).

Sendo uma situação entendida como stressante, a pessoa cria estratégias numa tentativa de adaptação ou superação (Sousa & Hidaka, 2021). O conceito de *coping*, adotado por Folkman e Lazarus, é definido como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais, desenvolvidas para uma adaptação às exigências internas e externas da relação entre a pessoa e o ambiente. Trata-se de um conjunto de esforços para modificar o ambiente, tentando adequar-se a um evento stressante, minimizando seu carácter aversivo. É a forma pela qual a pessoa tenta mudar, reinterpretar ou reduzir as emoções negativas, seja de uma forma direta, ou modificando as causas dessas emoções através de um esforço cognitivo. Tais estratégias impactam positiva ou negativamente na saúde física e mental, seja confrontando a situação stressante ou evitando-a (Lazarus & Folkman, 1984).

Para seleccionar as respostas a utilizar para lidar com o evento stressante, é feita uma avaliação primária analisando se a circunstância é potencialmente prejudicial e ameaçadora. Sendo entendido como algo nocivo, a pessoa analisa os recursos disponíveis para lidar com a respetiva situação (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984). Uma situação stressante é avaliada como causadora de dano, quando vai contra os valores pessoais, ou o impede de alcançar os seus objetivos, com dano psicológico. A ameaça corresponde a uma situação que é previsível, mas que ainda não aconteceu, possibilitando uma preparação (há o foco no potencial lesivo da situação, gerando emoções, sentimentos e estados negativos

como o medo e a ansiedade). Nas situações de desafio, apesar de stressantes, há uma tentativa de pensar em estratégias para ultrapassar o acontecimento, gerando sentimentos positivos (Folkman & Lazarus, 1980, citado por Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

O *coping* tem duas funções principais: a gestão do problema que causa sofrimento (*coping* focado no problema), e a regulação de emoções ou da angústia (*coping* focalizado na emoção) (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984).

Para Folkman e Lazarus (1980), o *coping focado no problema* inclui esforços para identificar o problema, definir alternativas e soluções, avaliar custos e benefícios das ações, adotar uma atitude com intenção de mudança do que é possível e, se necessário, aprender novas habilidades para o resultado desejado ou esperado. São consideradas *estratégias adaptativas*, por permitirem a mudança da situação, seja numa tentativa de eliminar o problema, ou pela diminuição da capacidade de impacto da fonte de stress (Lazarus & Folkman, 1984). A sua função é alterar o problema que causa tensão na relação entre a pessoa e o ambiente. Quando o *coping* focado no problema é voltado para uma fonte externa de stress, envolve estratégias como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de terceiros. Quando dirigido internamente, inclui habitualmente reestruturação cognitiva, como a redefinição do elemento stressor (Antoniazzi et al., 1998 citado por Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

A *estratégia focada na emoção* tem como característica o distanciamento, a fuga do problema, e a procura por apoio emocional (Folkman, 2010). Há uma tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do stress resultando, sobretudo, de processos defensivos, evitando a pessoa confrontar-se com a ameaça stressante (Lazarus & Folkman, 1984). Regula a resposta emocional causada pelo problema com o qual a pessoa se depara, com afastamento ou negação e fuga, com o objetivo de alterar o estado emocional, reduzindo a sensação física desagradável de um estado de stress (Antoniazzi et al., 1998 e Seidl, Tróccoli, & Zannon, 2001 citados por Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

Um terceiro tipo de estratégia de *coping* tem sido mencionado na literatura, o *coping focado*, baseado em valores e crenças mais profundas. Permite a revisão dos objetivos existenciais e a reordenação de prioridades através da experiência de vida, motivando e assegurando o bem-estar e a capacidade de enfrentar situações stressantes, durante o período de dificuldades (Folkman, 2008, 2010). Regula as emoções positivas com funções essenciais no processo de recuperação dos recursos para enfrentar o stress, ajudando a transformar as avaliações de ameaças em avaliações de desafio, o que conduz a esforços de motivação e assegurando a capacidade de enfrentar situações stressantes a longo prazo (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

Os diferentes tipos de *coping* funcionam muitas vezes em conjunto, regulando a ansiedade (*coping* focado na emoção) e facilitando a concentração para tomada de decisão (*coping* focado no problema) (Folkman, 2010).

O inventário de estratégias de *coping*, de Folkman e Lazarus (1985), inclui 66 itens, com pensamentos e ações utilizadas para lidar com determinado evento stressante. Este passou por uma adaptação para a língua portuguesa, sendo que Lazarus e Folkman (1984) propõem oito fatores para o estudo do *coping*:

- **Confronto:** estratégia focada no problema, com tentativas de modificar a situação stressante, embora com pouco planeamento, com risco de impulsividade (com hostilidade e risco envolvido);

- *Afastamento*: estratégia focada na emoção, com tendência para evitar a situação stressante recorrendo, sobretudo, a esforços cognitivos para se convencer a minimizar a situação em questão, negando a realidade, evitando sofrimento psicológico;
- *Autocontrole*: estratégia focada na emoção, com tentativa de manter a racionalidade perante uma situação que pode causar desespero. Não existe negação da realidade, mas uma intenção de demonstrar que está “tudo sobre controle”. Neste caso, pode ocorrer uma negação das dificuldades internas e dos próprios sentimentos (esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações);
- *Suporte social*: estratégia focada no problema, com esforço para modificar a situação stressante em conjunto com terceiros, procurando nas relações um apoio importante para a sua tomada de decisão. Em diversas situações, a procura por ajuda poderá ser efetiva para a resolução do problema;
- *Aceitação de responsabilidade*: estratégia focada na emoção que pode conduzir ao sentimento de culpa. As tentativas são de aliviar esse sentimento, mesmo que tenha ocorrido de uma ação impulsiva em vez de uma ação planeada. Esta forma de lidar com os stressores pode provocar sentimento de frustração, e uma interpretação errada do real papel que a pessoa apresenta em determinado contexto;
- *Fuga/evitamento*: estratégia focada na emoção, diferente da estratégia afastamento. Nesta existe uma tentativa de ignorá-la, escapando ou evitando o problema, que pode levar a uma postura de passividade diante de situações stressantes, podendo gerar frustração pelo facto da resolução do problema depender de outras variáveis e não da ação intencional da pessoa;
- *Resolução de problemas*: estratégia focada no problema para alterar o contexto stressor. Há uma necessidade de planejar algo de forma racional perante a situação, no sentido de provocar resultados concretos e palpáveis;
- *Reavaliação positiva*: estratégia focada na emoção, com tendência para encarar o problema de forma passageira e com solução, levando a uma adaptação emocional mais eficaz perante situações stressantes, com criação de significados positivos.

Kiliç, Erol e Kiliç (2011) afirmam que a autoestima aumenta quando são utilizadas estratégias de *coping* consideradas eficazes, utilizadas em situações interpretadas como ameaçadoras ou desafiantes, com autoconfiança, otimismo, desejo de alcançar um objetivo e resistência ao stress.

Outro conceito incluído na presente sessão, é a autoeficácia. Este conceito foi estudado por Bandura, na sua Teoria Social Cognitiva, como um dos representantes intrapessoais que mais influenciam o comportamento humano. Para Bandura (1986), as crenças de autoeficácia são um “julgamento das próprias capacidades de executar cursos de ação exigidos para se atingir certo grau de performance” (p.391). Estas crenças que cada pessoa tem sobre as suas capacidades de desempenho e de produção de algo, determinam os seus sentimentos, pensamentos, motivações e comportamentos, o quanto de esforço despenderão, e por quanto tempo persistirão perante os desafios e experiências adversas (Bandura, 1977).

A autoeficácia, tratando-se de uma avaliação ou percepção pessoal quanto à própria inteligência, habilidades, conhecimentos, que são representados pelo termo de “capacidades”, não corresponde ao facto da pessoa possuir determinadas capacidades, mas sim de acreditar que as apresenta (Schunk, 1991). São capacidades direccionadas para organizar e concretizar linhas de ação, com expectativa de que “eu posso fazer”

determinada ação. Perante tal crença de autoeficácia, as pessoas consideram em pensamento, simultaneamente, as próprias potencialidades, o objetivo de atender às exigências da situação, e as ações que conduzam a esse objetivo (Bzuneck, 2009).

A autoeficácia proporciona confiança quanto à capacidade da pessoa assumir o controle sobre diversos aspetos da sua vida, sendo uma competência pessoal desencadeada por stressores, aumentando ou diminuindo o desconforto psicológico que eles poderiam provocar (Meseguer, Soler & Garcia-Izquierdo, 2014). Pessoas que apresentam autoeficácia elevada, sentem maior autoconfiança na sua capacidade de dar resposta a estímulos externos, influenciando o modo de perceber e processar os desafios ou ameaças ambientais (Salanova, Grau & Martínez, 2005).

Na presente sessão, é recordada a relevância de um conhecimento mais aprofundado de si mesmo, procurando a compreensão dos próprios sentimentos, emoções stressantes e incapacitantes, e as razões dos seus comportamentos, facilitando a sua gestão. Este autocontrolo promove uma maior autoconfiança para cumprir com o objetivo pretendido ou resolver um problema. Consequentemente, a pessoa gere a própria vida, com autonomia, diminuindo, assim, a necessidade de estabelecer relações de dependência de outra pessoa. Contudo, para alcançar essa autonomia, é fundamental identificar e mobilizar os seus recursos internos, e dos que precisam de desenvolver, para ultrapassar as dificuldades, transformando-as em motivação para o seu desenvolvimento pessoal. Com o conhecimento-de-si, mais facilmente poderão fazer a sua gestão dos sentimentos e emoções, e facilitar a mudança dos seus comportamentos (Goleman, 2012).

Referências bibliográficas:

- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2):191-215.
- Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice – Hall.
- Bzuneck, J. (2009). As Crenças de Auto-Eficácia e o seu Papel na Motivação do Aluno. In E. Boruchovitch & J.A. Bzuneck (Org.) *A Motivação do Aluno: Contribuições da Psicologia Contemporânea*. Petrópolis: Editora Vozes; 116-133.
- Capelo, M. (2017). Vulnerabilidade ao estresse, *coping* e *burnout* em educadoras de infância portuguesas. *Educar em Revista*. 64,155-169. Acedido a 10 de março 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.49793>
- Dias, E. & Pais-Ribeiro, J. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. Acedido a 10 de março 2022. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3):219-239.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, & Coping, January*, 21(1):3-14. Acedido a 12 de janeiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10615800701740457>
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19,901-908. Acedido a 12 de janeiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Goleman, D. (2012). Inteligência emocional. 17ª edição. Lisboa: Temas e debates. ISBN: 978-989-644-090-9
- Kiliç, D., Erol, G., & Kiliç, B. (2011). The effect methods to cope with stress in high school students on hopelessness and self-esteem. *HealthMed*, 5(6), 1573-1579.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

- Lazarus, R. (1995). Psychological stress in the workplace. In R. Crandall & P. L. Perrewé (Orgs.), *Occupational stress: A handbook* (pp. 3-14). Washington, USA: Taylor & Francis.
- Lipp, M. & Novaes, L. (2003). *O stress*. São Paulo: Contexto.
- Martín, P.; Salanova, M. & Peiró, J. (2003). El estrés laboral. Un concepto cajón-de-sastre? *Proyecto Social: Revista de relaciones laborales*. 10(11): 167-185.
- Meseguer, M.; Soler, M. & García-Izquierdo, M. (2014). O papel moderador da autoeficácia profissional entre situações de trabalho duro e a saúde de uma muestra multiocupacional. *Anales de Psicología*, 30(2):573-578. Acedido a 10 de março 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.161251>
- Sadir, M.; Bignotto, M. & Novaes, M. (2010). Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paidéia*. 20(45). 73-81. Acedido a 10 de março 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100010>
- Salanova, M., Grau, R. & Martínez, I. (2005). Demandas laborales y conductas de frontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema*, 17 (3): 390-395.
- Schunk, D. (1991). Self-Efficacy and Academic Motivation. *Educational Psychologist*. 26 (3 & 4): 207-231. DOI: [10.1080/00461520.1991.9653133](https://doi.org/10.1080/00461520.1991.9653133)
- Selye, H. A. (1936). Syndrome produced by diverse nervous agents. *Nature*, 138, pp.32. Acedido a 10 de novembro 2021. Disponível em: <https://rdcu.be/cLTVq>
- Serra, A. (2005). As múltiplas facetas do stress. In: Pinto, A. & Silva, A. (Coord.). *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climepsi Editores. pp. 17-42.
- Serra, A. (2011). *A. O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra Editor.
- Sousa, E. & Hidaka, A. (2021). *Coping*: estratégias de enfrentamento de profissionais da saúde atuantes na assistência durante o contexto de combate à pandemia da COVID-19. *Health Residencies Journal*. 2(12): 160–187. Acedido a 10 de março 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/hrj.v2i12.157>

SESSÃO DE PINTURA

“Você vai agir como o tipo de pessoa que pensa ser”

(Maxwell Maltz)

Tema: Pintura em grupo

Descrição: Pintura em grupo numa tela ou papel de cenário.

Objetivos Gerais: Estimular a criatividade, espontaneidade e imaginação; encorajar a expressão de sentimentos e emoções; favorecer a relação interpessoal; aumentar o sentimento de pertença e coesão do grupo.

Objetivos Específicos: Pintar livremente; participar na discussão de ideias para a expressão criativa em grupo; identificar uma ou mais emoções e sentimentos presentes durante a atividade.

Local: Sala de atividades do internamento

Data e hora: Dia 6 de dezembro 2021, às 14h, no HD. Dia 22 de janeiro 2022, às 11h30, no IA.

Duração prevista da sessão: 60 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS/ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO DA SESSÃO
Introdução	- Apresentação da sessão e seus objetivos	- Cadeiras	- Estudante de EESMP - Enfermeira Orientadora - Clientes	5 minutos
Desenvolvimento	- Pintura em grupo (acompanhamento de música para pintar, se necessário): https://youtu.be/SjbvTORWDaU	- Tela ou Papel de cenário - Material de pintura (pincéis, tintas acrílicas, paletas, frascos para água, pano)		30 minutos
	- Partilha de vivências durante a atividade: contacto com o material de pintura, sentimentos despertados, descobertas, organização em grupo, significado da expressão criativa	- Toalhetes húmidos - Luvas e aventais - Mesas e cadeiras		20 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão - Feedback/avaliação da sessão - Agradecimento	- Cadeiras		5 minutos

Descrição da sessão:

Para a presente sessão os participantes foram desafiados a realizarem um projeto em grupo, utilizando material de pintura em tela ou papel de cenário. Após conclusão da pintura, foram partilhadas vivências durante a atividade: sentimentos despertados, descobertas, como se posicionaram em relação ao grupo, organização em grupo para um objetivo em comum. Concluíram que para se cumprir um objetivo em grupo, é importante que haja algum tipo de interação, sem o qual muito dificilmente se obteria o resultado desejado. Houve reflexão sobre que impacto tem o líder no grupo, salientando que cada pessoa é responsável não só pela decisão tomada por si, mas também por aceitar a opinião de terceiros.

Houve partilha de sentimentos em relação ao contacto com o material utilizado e as suas próprias características, partilhando opiniões sobre sentimentos despertados perante a falta de controlo sobre a tinta que, pela sua fluidez, poderá pingar onde não está planeado, ou poderá ser difícil representar exatamente o que se pretende.

Uma vez que os participantes, no IA, apresentaram alguma dificuldade inicial em envolverem-se na atividade, por fatores externos (distrações externas, ruído do exterior da sala, por exemplo), optei por acompanhar a atividade com música, com aparentes resultados positivos, notando-se maior

fluidez e envolvimento na atividade. No final, transmitiram feedback positivo pela música que acompanhou a atividade, confirmando que facilitou o contato com os seus processos internos: pensamentos, emoções e sentimentos.

Justificação da sessão:

Para uma autoexploração, aceitando a realidade do seu autêntico modo de ser no mundo, é necessário conhece-se; estar disposto a explorar a confusão, os conflitos e as dúvidas; e assumir a responsabilidade para procurar ou inventar novas soluções (Yontef, 1998, p. 220).

Perceber o mundo externo de forma criativa é considerado, por Winnicott (1975), essencial a uma vida saudável. É um recurso que está associado a uma maior receptividade, o que aumenta a disponibilidade para o estabelecimento de relações interpessoais saudáveis. O Ser humano procura adaptar-se criativamente ao meio, sendo as diferenças valorizadas uma vez que cada pessoa é única, com um modo original de ser, sentir, ressignificar, expressar e construir novas possibilidades (Silva, Carvalho & Lima, 2013).

A criatividade corresponde à possibilidade da pessoa ser e fazer algo, com ruptura dos limites, representando um ato de coragem, sendo uma necessidade tão básica quanto respirar (Zinker, 2007). Desenhar ou pintar tem potencialidades terapêuticas, uma vez que permite uma percepção visual de si, tornando-o consciente do seu movimento interno, e sendo destacado o papel da criatividade como um dos principais recursos no processo de autorregulação (Zinker, 2007). Esta intervenção criativa contribui para a compreensão da sua situação real, para enfrentar mudanças associadas à imagem corporal, aliviar a dor emocional, aumentar a autonomia e confiança, proporcionar habilidades para enfrentar a situação de doença, facilitar a expressão de sentimentos e fortalecer a relação com os profissionais (Wood citado por Vasconcelos, Giglio, 2007, p.380). Sob a forma de intervenção, são desenvolvidos recursos físicos, cognitivos e emocionais, proporcionando o desenvolvimento de habilidades e de potencialidades, facilitando a utilização de recursos internos na resolução de conflitos e estimulando a livre expressão (Andrade, 2000).

Através das suas produções gráficas, e observando o que foi realizado, expressa não só aquilo que é agora, mas também modos alternativos disponíveis para que se possa tornar a pessoa que gostaria de ser, podendo apresentar um novo olhar sobre o mundo e sobre si (Rhyne, 2000; Reis, 2014). É importante o reconhecimento da plasticidade na forma, encontrando a pessoa os significados relevantes, proporcionando mudanças (Silva, Carvalho & Lima, 2013).

A saúde e a criatividade estão interligadas, e as contenções no modo de ser provocam limitações na possibilidade do seu Ser criativo, de apresentar respostas espontâneas e inovadoras para os acontecimentos, e nas relações interpessoais que são estabelecidas (Lima, 2009). Segundo este autor, se a pessoa se mantém durante muito tempo numa situação restritiva que impeça o processo natural de espontaneidade criativa, o seu comportamento poderá ser afetado, não agindo em harmonia. O ato criativo traz benefícios importantes, evocando a expressividade e tornando a pessoa mais consciente, passando a apresentar maior fluidez e atitudes em concordância (Barreira & Martins, 2017).

O próprio profissional recorre a criatividade para ajudar a pessoa a tornar-se mais consciente de si, direcionando-se para a satisfação das suas necessidades (Zinker, 2007; Barreira & Martins, 2017). Incluir a música na intervenção com pintura, com intenção de facilitar a envolvimento no que está a ser realizado, a vivência pessoal do cliente poderá ser aprimorada. Os sons da música provocam um estado de conexão relacionadas com o momento, igualando a discrepância entre o dito, o expresso e o vivido (Fregtman, 1989). Através de uma onda contínua criada pela música, a pessoa permite-se render ao fluxo da experiência, tendendo a transmitir sensação de continuidade e conexão ao longo dos diversos estados de consciência (Bush, 1995). Este autor acrescenta ainda que a música, pela sua natureza evocativa, facilita e influencia a imaginação, estimulando e contendo as diversas metáforas do Eu interior. Para além destes contributos, além dos sentimentos positivos, a música promove ainda a expressão de emoções, a percepção da realidade, o resgate de memórias de relações sociais e momentos passados, a ressignificação de lembranças, o equilíbrio interno, facilita espaços de trocas e a relação terapêutica (Fregtman, 1989; Batista & Ribeiro, 2016).

Relativamente à atividade expressiva, projetando os seus conflitos internos de forma visual, e propor ao cliente “descobrir por si mesmo o significado de suas próprias produções” (Naumburg, 1991, p.390 citado por Barreira & Martins, 2017), ao visualizar essas experiências internas, mais facilmente estas se transmitem verbalmente (Barreira & Martins, 2017). São enviadas pela pessoa mensagens para si própria, através da atividade expressiva, proporcionando a oportunidade de encontrar nas próprias produções respostas ou reflexões, o que proporcionará *insights* sobre como percebe nas formas criadas, tanto o mundo externo como a si (Silva, 2013; Reis, 2014).

Segundo Ciornai (2004), o cliente explora ativamente as formas produzidas por si e, em conjunto com o profissional, vai desvendando os significados presentes, aumentando a consciência, e descobrindo novas possibilidades. O objetivo é aprofundar o contato da pessoa com o tema em discussão, dando a oportunidade de vê-lo e enfrentá-lo de outras formas, intensificando o contato consigo, com os outros e com o mundo (Ciornai, 2004). O “fazer arte” facilita a expressão mais direta do universo emocional, não passando pela racionalização que geralmente acompanha o discurso verbal (Reis, 2014). Através da vivência expressiva, o participante “pode dar-se conta do que de fato sente e, durante esse processo, pode verdadeiramente fazer algo que assim o represente e a ele faça sentido” (Andrade, 2000, p.33). Através deste “dar-se conta” do que se passa consigo no momento vivido, ou acerca da situação em que se encontra, ao nível corporal, mental e emocional, mais facilmente assumirá a responsabilidade pela sua própria vida (Gomes, 1995 citado por Ayala et. al., 2014; Reis, 2014). A pintura poderá facilitar o processo de autoconhecimento e de (re)significação do sujeito acerca de si, e da sua relação com o mundo (Reis, 2014).

Ao estar pessoal e emocionalmente envolvido, ou seja, no aqui-e-agora, o contato consigo mesmo, no momento de criação como um evento pessoal, permite visualizar o que está a fazer e a perceber não apenas como se encontra nesse momento, mas alternativas possíveis para se desenvolver (Andrade, 2000). Há uma expressão do que poderia anteriormente estar oculto, proporcionando condições da pessoa se perceber e procurar diferentes modos de lidar consigo e com as situações (Barreira & Martins, 2017). Esta vivência é promotora de autodescoberta de sentimentos e características pessoais, com desenvolvimento do potencial único que, no produto criado (desenho ou pintura), pode reconhecer-se, vendo-se de uma nova perspetiva ao observar hipóteses até então desconhecidas (Reis, 2014).

É importante abordar ainda a espontaneidade, como uma característica inata do Ser humano, que promove o seu desenvolvimento adequado na vida física, psíquica e relacional. De acordo com Moreno (1974, p.76) a espontaneidade “é o que impele o indivíduo para uma resposta adequada a uma nova situação, ou uma nova resposta a uma situação antiga. Assim a criatividade está relacionada ao ato em si, e a espontaneidade ao aquecimento, a uma prontidão para agir”. No entanto, o ambiente no qual a pessoa se insere, e suas relações com o Outro, poderão representar barreiras que dificultam a espontaneidade, fazendo com que a pessoa viva dentro de padrões de comportamento estereotipados e automatizados, segundo a sua cultura. A escassez de oportunidades de prática, a falta de um modelo apropriado, e acontecimentos passados geradores de retraimento, poderão originar uma privação ou carência de espontaneidade. Esta falta de espontaneidade provoca sofrimento psíquico, ou seja, a psicopatologia (Davelaar, Araújo & Kipper, 2008).

Moreno (1974) explica a espontaneidade como energia, mas não armazenável, que pode ser estimulada e treinada, sendo este “treino” “a competência mais auspiciosa a ser ensinada” (p.80). A espontaneidade corresponde a uma particularidade que permite à pessoa aceder mais facilmente à criatividade. Através da exploração de diversas ideias com os clientes, sobre como poderão fazer face aos seus desafios, recorrendo a diversos ângulos para perspetivar a mesma situação, os clientes poderão aceder a escolhas criativas (Kipper & Buras, 2009).

Referências Bibliográficas:

- Andrade, L. (2000). *Terapias expressivas*. São Paulo: Vetor.
- Ayala, S. et al. (2014). Experimento-piloto: arte gestalt e a ampliação da consciência. *Revista Científica FAEF*.
- Barreira, M. & Martins, K. (2017). A Arte Como Instrumento Terapêutico sob o Enfoque da Gestalt-Terapia / Arte como Instrumento no Foco Terapêutico da Gestalt-Terapia. *Revista FSA*, 14(3): 193-208.
- Batista, N. & Ribeiro, M. (2016). O uso da música como recurso terapêutico. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*. 27(3):336-341. Acedido a 12 novembro 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i3p336-341>
- Bush, C. (1995). A música e a terapia das imagens: caminhos para o eu interior. São Paulo: Cultrix.
- Ciornai, S. (2004). *Percursos em arteterapia*. São Paulo: Summus.

- Davelaar, P.; Araujo, F. & Kipper, D. (2008). The Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R): Relationship to goal orientation, motivation, perceived self-efficacy, and self-esteem. *The Arts in Psychotherapy*, 35(2): 117–128. doi:10.1016/j.aip.2008.01.003.
- Fregtman, C. (1989). *Corpo, Música e Terapia*. São Paulo: Cultrix.
- Kipper, D. & Buras, E. (2009). Measurement of spontaneity: the relationship between intensity and frequency of the spontaneous experience. *Perceptual and Motor Skills*, 108(2):362-366. Acedido a 10 novembro. Disponível em: <https://doi.org/10.2466/pms.108.2.362-366>
- Lima, P. (2009). Criatividade na Gestalterapia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 9(1):87-97. Acedido a 15 novembro 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Moreno, J. (1974). The creativity theory of personality: spontaneity, creativity, and human potentialities. In I. A. Greenberg (Ed.), *Psychodrama theory and therapy* (pp.73–84). Nova Iorque: Behavioral publications.
- Reis, A. (2014). Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo. *Psicologia: ciência e profissão*. 34(1):142-157. Acedido a 10 janeiro, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100011>
- Silva, M.; Carvalho, E. & Lima, R. (2013). Arteterapia Gestáltica e suas relações com o processo criativo. *Revista IGT na Rede*, 10(18):18-36.
- Vasconcelos, E. & Giglio, J. (2007). Introdução da arte na psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar. *Estudos de Psicologia*. 24 (3):375-383. Acedido a 10 de janeiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000300009>
- Yontef, G. (1998). *Processo, diálogo, awareness*. São Paulo: Summus Editorial.
- Zinker, J. (2007). *O Processo Criativo em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus Editorial.

SESSÃO DE DESENHO

“A compreensão é o primeiro passo para a aceitação, e somente com a aceitação pode vir a recuperação”
(J.K.Rowling)

Tema: Ressignificação

Descrição: Os clientes seguem os seguintes passos abaixo indicados. Só após concretização do primeiro passo, serão informados do passo seguinte, e assim sucessivamente:

1. Numa folha A4 fazer um desenho a gosto com carvão (atenção: não utilizar borracha).
2. Recortar com tesoura (ou rasgar) uma parte do desenho. Após ser feita esta divisão do desenho em duas partes, os clientes escolhem uma parte do desenho para ficar consigo. A outra parte do desenho não é para utilizar.
3. Colar a parte escolhida numa outra folha A4 em branco.
4. Colorir a gosto com o material fornecido.

Objetivos Gerais: Propor a autorreflexão e autodescoberta; propor reflexão sobre o perdão/autoperdão e a aceitação do seu passado como parte de si, e possibilidade de um novo recomeço.

Objetivos Específicos: Expressar a autoaceitação do seu passado como parte de si; verbalizar um ou mais sentimentos positivos sobre si; identificar uma ou mais estratégias criativas para superar dificuldades; verbalizar características pessoais sem autocritica ou julgamento; verbalizar expectativa positiva de mudança de comportamento.

Local: Sala de atividades do internamento

Data e hora: Dia 22 de novembro 2021 às 14h, no HD. Dia 23 de janeiro 2022, às 11h30 no IA.

Duração prevista da sessão: 60 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS/ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO DA SESSÃO
Introdução	- Apresentação da sessão e os seus objetivos - Partilha de ideias sobre conceito de criatividade	- Cadeiras - Data show	- Estudante de EESMP - Enfermeira Orientadora - Clientes	5 minutos
Desenvolvimento	- Realização de uma representação do passado através de um desenho com carvão	- Folha A4 - Carvão - Toalhetes húmidos		15 minutos
	- Recorte e colagem	- Folha A4 - Tesoura - Cola stick		5 minutos
	- Preenchimento com cor, da nova folha A4 na qual está incluída a parte do desenho escolhida	- Canetas de feltro/lápis de cor/lápis de cera - Afia-lápis		10 minutos
	- Reflexão em grupo sobre o perdão e a aceitação do passado como parte da sua história de vida, com a impossibilidade de ser apagado; a importância da aplicação do conceito de criatividade nos desafios do dia-a-dia; importância do desapego; a autorresponsabilização pela tomada de decisão de mudança de comportamentos, ressignificando acontecimentos e reorganizando a sua vida numa perspetiva positiva.	- Cadeiras		20 minutos
Conclusão	- Feedback/avaliação da sessão - Agradecimento			5 minutos

Descrição da sessão:

Iniciei a presente sessão com uma dinâmica de debate de ideias sobre o conceito de criatividade, como recurso interno que permite perceber a vida através de diferentes perspetivas, para criar, produzir e inventar soluções novas. Feita proposta de reflexão sobre como poderiam aplicar este conceito no seu quotidiano, encontrando alternativas para a resolução de problemas e dificuldades/imprevistos do dia-a-dia. Foram partilhadas pelo grupo algumas possíveis ideias para o desenvolvimento da criatividade, acompanhadas com uma apresentação em PowerPoint (Apêndice VII).

A atividade foi iniciada com a realização de um desenho representativo do passado (pessoas, objetos ou situações), utilizando carvão para o efeito. Incentivei também à atenção do que suscita o contacto cinestésico com o carvão, um material que suja as mãos e o próprio desenho, provoca traços irregulares, dificultando o perfeccionismo, para posteriormente abordar a adaptação a esses constrangimentos.

Finalizada esta primeira etapa, questionei o grupo se teriam sentido falta de algum material para além do que estava disponível, ao qual muitos responderam prontamente “a borracha” (sic). Não foi utilizada a borracha para esta sessão com a intenção de refletirem sobre o facto de que os erros que se cometem, os arrependimentos, as situações traumáticas que aconteceram no passado, fazem parte da história de cada pessoa, não sendo possível apagar. Contudo, há a possibilidade de procurar uma alternativa para reformular, improvisar, procurar uma nova solução (seja o traço irregular que foi feito inadvertidamente no desenho, ou uma circunstância da vida) aplicando, na prática, o conceito de criatividade.

De seguida, apresentei-lhes tesouras, propondo que recortassem o desenho em duas partes, de acordo com o interesse de cada um, escolhendo uma parte do desenho para si e a outra parte para inutilizar. Tanto no HD como no IA a maioria dos participantes demonstraram hesitação, com dificuldade em recortar o seu desenho. Neste sentido, foram questionados sobre como vivenciaram o momento de recortar/desapegar do desenho, um “projeto” que simboliza o passado de cada um, no qual confirmaram que estiveram bastante envolvidos. Nesta etapa do exercício foi refletido sobre como é vivenciada a separação/interrupção de um processo ou de uma ação, a finalização de um ciclo para recomeçar outro, e o desapego do que não é benéfico manter no momento presente. A dificuldade sentida em desapegar foi associada a insegurança e medo de estar só, medo de mudanças ou de sentir emoções fortes, sobretudo negativas.

Na etapa seguinte apresentei-lhes cola e outra folha A4 em branco, para colarem a parte do desenho representativo do passado escolhida. Destaquei o facto de terem sido os próprios a escolherem a parte do desenho (do seu passado) que pretendiam manter no momento presente, tal como são responsáveis por decidir o que preservar na sua vida, ou o que desejam ou precisam de se libertar, colando numa folha em branco que simboliza o momento presente com a existência de espaço para infinitas possibilidades.

Após a colagem, apresentei-lhes o material para colorir o desenho, simbolizando a possibilidade de recomeçar, dando uma oportunidade de mudança para algo novo, que se poderá revelar positivo. Simbolizando a construção de algo novo, o propósito seria concretizarem a sua intenção do que pretendem reconstruir, recriar ou reparar, de modo a dar um novo significado aos acontecimentos, mudando a sua perceção.

Nesta sessão foi realizada maioritariamente propostas de reflexão ao longo de cada um dos passos da atividade, sobre a importância da aceitação do seu passado como parte de si; o perdão e autoperdão, procurando agir com autocompaixão; a relevância da ressignificação e

autorresponsabilização sobre a decisão para mudar os seus comportamentos; e a possibilidade de um recomeço com novas oportunidades, reorganizando a sua vida numa perspetiva positiva. Todos os clientes do HD e IA, avaliaram positivamente o resultado final da sua expressão criativa.

Justificação da sessão:

Algumas pessoas que cresceram e passaram por circunstâncias adversas, parecem viver de forma saudável e produtiva, recorrendo aos seus recursos ambientais e às suas próprias potencialidades para seguir o seu percurso de vida, alcançando a realização com criatividade e esperança. Outras evidenciam muita dificuldade em superar as situações stressantes vivenciadas ao longo da vida (Polleto & Koller, 2006; Silveira & Mahfoud, 2008). A resiliência emerge, assim, capacitando a pessoa para lidar com as adversidades de forma positiva, sem se deixar vencer por elas (Machado, 2010). Após uma experiência traumática, a pessoa resiliente mantém sentimentos e lembranças de possíveis marcas deixadas pela situação, mas encontra uma força renovadora para enfrentar a adversidade, e sair desta fortalecida, prosseguindo de uma forma positiva (Machado, 2010).

Trata-se de um processo interativo entre a pessoa, a situação vivenciada e as condições do meio (Melillo, Estamatti & Cuestas, 2005). As características desejáveis do sujeito resiliente, como a resistência, flexibilidade, atitudes positivas, habilidades cognitivas, entre outras, não representam um estado natural ou definitivo, mas um construto de vida relativo às circunstâncias do momento e às variáveis pessoais (Rutter, 1987; Melillo, Estamatti & Cuestas, 2005). Influenciam positivamente a sua perceção e, consequentemente, as suas atitudes são mais funcionais e adaptadas, mantendo a pessoa vulnerável à situação, mas se deixar vencer por ela (Machado, 2010).

De acordo com Walsh (2004), é importante ter a perceção que o sofrimento tem o seu sentido. Sendo inevitável, é preciso aceitá-lo e transformá-lo em crescimento positivo, conter o que for possível e aceitar o que não é possível controlar.

Segundo Seligman (2002), ao conhecer o modo como sentimos (passado), pensamos (futuro) e vivemos (presente), podemos redefinir as nossas emoções, direcionando-as positivamente. Este autor acrescenta que as emoções relativas ao passado (seja contentamento, serenidade, orgulho e satisfação, ou amargura e raiva vingativa), são fortemente determinadas pelas ideias referentes a esse período. Maior será a tendência de deixar as emoções de lado, e de viver à deriva, se a pessoa acreditar que o passado determina o futuro. Geralmente, os efeitos de um passado negativo são sobrevalorizados, com destaque excessivo sobre os acontecimentos negativos e pouco relevo em relação aos acontecimentos positivos (Seligman, 2002).

Segundo Beck (1997), o apego ao passado poderá ser justificado pelas crenças distorcidas que construímos sobre ele. É frequente a presença de crenças de injustiça tais como “não é possível perdoar alguém que me fez mal”, crenças de vulnerabilidade como “se eu perdoar estarei a aceitar a crueldade”, crenças de fracasso como “estarei a rebaixar-me ao perdoar”, ou crenças de desvalor “não serei respeitado se aceitar isso”. Seligman (2002) propõe dar um novo sentido às memórias de eventos desagradáveis, reduzindo os seus efeitos, através da gratidão, uma vez que aumenta a apreciação dos eventos positivos vividos. Propõe também praticar o perdão, permitindo mudar o foco das experiências negativas, produzir uma emoção

positiva e aumentar a satisfação da pessoa, diminuindo o poder que os acontecimentos negativos têm de causar raiva ou mágoa, e possibilita transformar más recordações em boas (Seligman, 2002).

Enright e colaboradores (1998) afirmam que o perdão ocorre apenas entre as pessoas, e não entre pessoas e forças da natureza. Mais do que fazer cessar a raiva pelo ofensor, o perdão significa substituir emoções negativas por outras positivas. Estes autores propõem uma definição de perdão interpessoal como:

“uma atitude moral na qual uma pessoa considera abdicar do direito ao ressentimento, julgamentos negativos, e comportamentos negativos para com a outra pessoa que a ofendeu injustamente, e, ao mesmo tempo, nutrir sentimentos imerecidos de compaixão, misericórdia e, possivelmente, amor para com o ofensor” (Enright et al, 1998, pp.46-47).

Essa definição destaca que o perdão é uma escolha por parte da vítima, uma vez que esta tem direito ao ressentimento pela ofensa considerada injusta e provocada pelo outro. A nova atitude da pessoa ofendida envolve mudanças em três dimensões: afeto (superação do ressentimento através da compaixão), cognição (superação da condenação pelo respeito e/ou generosidade) e comportamento (conjunto de mudanças motivacionais com superação da indiferença; um decréscimo na motivação para a vingança ou evitamento, pela boa vontade em relação ao ofensor; ou condutas de reaproximação). (McCullough, 2009; Santana & Lopes, 2012).

Para Enright (2008), o ato de perdoar não significa concordar com a atitude, esquecer ou subjugar-se pelo outro. Os efeitos positivos do perdão são primeiramente para o ofendido, e não para o ofensor. Tem como objetivo principal ver o ofensor com compaixão para, posteriormente, conseguir oferecer-lhe o perdão, e ter sentimentos e pensamentos positivos em relação a este. A partir desse momento, a pessoa que perdoa deixa de estar focada em si mesma, e passa a focar-se no Outro, eliminando a mágoa sentida (Santana & Lopes, 2012).

O perdão aplica-se também à forma como lidamos com os próprios erros, culpas e limitações (Alencar & Abreu, 2019). Segundo estes autores, o autoperdão não significa esquecer o erro, mas recomeçar com uma nova oportunidade, ganhando aprendizagens da experiência, sem rancor. O reconhecimento do erro e a aceitação da responsabilidade validam o autoperdão como uma atitude moral que facilita uma reconciliação consigo mesmo, e não como justificação para os seus atos e absolvição das suas responsabilidades (Alencar & Abreu, 2019).

Hall e Fincham (2005) definem o autoperdão como a diminuição da motivação para a autopunição e retaliação contra si mesmo, tal como o aumento da motivação para a benevolência em relação a si. O autoperdão tem um papel fundamental para a redução das emoções negativas tais como a culpa, vergonha, remorsos ou autocondenação (Alencar & Abreu, 2019). Segundo Exline e colaboradores (2011); Macaskill (2012) e Davidson e colaboradores (2015) citados por Alencar e Abreu (2019) é importante sentir culpa e remorsos, uma vez que estes sentimentos apresentam como foco a ação cometida e a preocupação com a vítima, motivando a tentativas de reparação. Por outro lado, a vergonha e a autocondenação, afetam a imagem que a pessoa tem de si, apresentando a tendência de gerar respostas de fuga ou autoproteção. Quando são assumidos comportamentos reconciliatórios há uma reafirmação dos valores pessoais anteriormente violados e a sua identidade moral, com consequente melhoria da sua autoimagem, e facilitando o autoperdão (Alencar & Abreu, 2019).

A aceitação da responsabilidade é citada, em diversos estudos, como fundamental para que o autoperdão seja genuíno, sendo essencial, inicialmente, reconhecer a injustiça cometida, assumir a responsabilidade e vivenciar as emoções negativas geradas para, posteriormente,

reconquistar a autoaceitação, apesar do erro cometido (Kim & Enright, 2014). Contudo, quanto mais grave a ofensa e mais fortes forem as emoções negativas, maior o esforço para que o autoperdão seja alcançado (Alencar & Abreu, 2019). Com a consciência do erro cometido e da sua responsabilidade sobre ele, não esquecendo, negando ou justificando o ato cometido, a pessoa se reconcilia consigo mesma, muda comportamentos, recuperando a confiança em si (Alencar & Abreu, 2019).

Cornish e Wade (2015) propuseram um modelo de processo terapêutico para o autoperdão, formado por quatro componentes sequenciais: (1) aceitação da responsabilidade; (2) vivência do remorso; (3) restauração através de comportamentos conciliatórios e reafirmação de valores; e (4) renovação da visão de si mesmo, reestabelecendo a aceitação, o respeito, a compaixão e a bondade.

Alencar e Abreu (2019) destacam os benefícios intrapessoais do autoperdão que incluem a melhoria da autoimagem e da autoestima, uma vez que há o reestabelecimento do amor em relação a si mesmo, apesar do erro cometido. Estes autores verificaram, em diversos estudos, o impacto do perdão na saúde mental, sendo apontada especificamente a sua associação negativa com a depressão e ansiedade, a ideação e/ou comportamento suicida; a autoinjúria não suicida; a submissão à violência doméstica; a autocondenação; o perfeccionismo; e a procrastinação. Verificaram a sua associação positiva com a crença da justiça no mundo; a consciência plena; a humildade; a religião; e com a satisfação e qualidade de vida. Os resultados também apontaram as associações positivas do autoperdão com a melhoria da saúde física, com impacto positivo no alcoolismo e na perturbação do comportamento alimentar (Alencar & Abreu, 2019). Estes autores ressaltaram ainda que perdoar a si mesmo por um comportamento não saudável ou nocivo, pode ter um efeito prejudicial, com menor disposição para alterar tal comportamento, sendo importante perdoar quando o comportamento nocivo já estiver terminado, para que não dificulte o desejo de mudança de comportamento.

Khel (2004) entende o ressentido como alguém preso ao passado, reivindicando o reconhecimento de um valor ou direito do qual acredita ter sido privado. Segundo Chiaramello, Sastre e Mullet (2008), pessoas voltadas para o futuro apresentam maior motivação para receber o perdão, do que as que estão presas ao passado. Contribuindo a arte para o encontro de significados relevantes e a criação de *insights*, facilita a ressignificação e, por conseguinte, a mudança de comportamentos (Silva, Carvalho & Lima, 2013).

Referências Bibliográficas:

- Alencar, T. & Abreu, E. (2019). O Perdão sob a Perspectiva do Ofensor: uma Revisão da Sistemática. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 39,1-17. Acedido a 10 de março 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185662>.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Chiaramello, S.; Sastre, M. & Mullet, E. (2008). Seeking forgiveness: Factor structure, and relationships with personality and forgivingness. *Personality and Individual Differences*, 45(5): 383-388.
- Cornish, M. & Wade, N. (2015). A therapeutic model of self forgiveness with intervention strategies for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 96-104.
- Enright, R.; Freedman, S. & Rique, J. (1998). The psychology of interpersonal forgiveness. In Enright, R. D. & North, J. (Ed.), *Exploring forgiveness* (pp. 46-62). Madison: University of Wisconsin Press.
- Enright, R. (2008). *O poder do perdão*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Hall, J. & Fincham, F. (2005). Self-forgiveness: The stepchild of forgiveness research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(5): 621-637.
- Khel, M. R. (2004). *Ressentimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kim, J. & Enright, R. (2014). A theological and psychological defense of self-forgiveness: Implications for counseling. *Journal of Psychology & Theology*, 42(3), 260-268.
- Machado, A. (2010). Resiliência e Promoção de Saúde: uma Relação Possível. *Psicologia*. Acedido a 10 de novembro de 2021. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt>
- McCullough, M. (2009). *Beyond revenge: The evolution of the forgiveness instinct*. San Francisco: Jossey-Bass

- Melillo, A.; Estamatti, M. & Cuestas, A. (2005). Alguns fundamentos psicológicos do conceito de resiliência. In: Melillo, Aldo; Ojeda, Elbio Nestor Suárez. (orgs). Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed. pp.59-72.
- Polleto, M. & Koller, S. (2006). Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. IN: Dell’Aglío, D.; Koller, S.; Yunes, M. (Org.) Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 19-44.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57,316-331. Acedido a 15 março 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Santana, R. & Lopes, R. (2012). Aspectos conceituais do perdão no campo da Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 32(3): 618-631. Acedido a 15 março 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000300008>
- Seligman, M. (2002). Psicologia positiva, prevenção positiva e terapia positiva. Em Snyder, C & Lopez, S. (Eds.), *Manual de psicologia positiva* (pp. 3-9). Imprensa da Universidade de Oxford.
- Silva, M.; Carvalho, E. & Lima, R. (2013). Arteterapia Gestáltica e suas relações com o processo criativo. *Revista IGT na Rede*, 10 (18):18-36.
- Silveira, D. & Mahfoud, M. (2008). Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. *Estudos de Psicologia*. 25(4):567-576. Acedido a 15 março 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400011>
- Walsh, F. (2004). Resiliência familiar. Buenos Aires: Amorrortu.

APÊNDICE IV – O que é a autoestima? – Apresentação em PowerPoint

O que é a Autoestima?

Avaliação, positiva ou negativa, que cada um tem e faz de si mesmo

Pessoa com alta autoestima



Pessoa com alta autoestima

- Confiantes e satisfeitas com elas próprias - expressam a sua opinião, sendo verdadeiros em relação aos seus pensamentos e sentimentos
- Autoaceitação: Lidam bem com seus pontos fracos - dificuldades/limitações são aspetos para serem melhorados
- Aceitam críticas construtivas
- Cuidam de si (procuram bons hábitos alimentares, exercício físico e outros cuidados)
- Têm relações interpessoais satisfatórias e aceitam adequadamente a perda de tais relações
- Assertividade: Dizem "não" sem vergonha ou sentimento de injustiça ao negar algo a alguém, procurando ter uma atitude justa consigo e com os outros



Pessoa com baixa autoestima

Pessoa com baixa autoestima

- ↳ Inferiorização com sensação de incapacidade
- ↳ Falta de confiança em si mesmo
- ↳ Medo da rejeição
- ↳ Compara-se frequentemente com os outros
- ↳ Precisa de elogios e reconhecimento dos outros para se sentir satisfeito consigo mesmo
- ↳ Dificuldade em receber críticas
- ↳ Problematisa as suas limitações
- ↳ Dificuldade em reconhecer as próprias conquistas

Pessoa com baixa autoestima

- ↳ Faz autoavaliações frequentes perguntando: Porque eu sou assim?
- ↳ Cansaço constante diante das atividades normais do dia-a-dia
- ↳ Sorri raramente e tem uma visão negativa das pessoas com quem convive
- ↳ Prefere ficar sozinho do que conhecer novas pessoas. Tem dificuldade em fazer novas amizades
- ↳ Culpa os outros pelos próprios erros
- ↳ Evita olhar nos olhos da pessoa enquanto comunica
- ↳ Acha que é aborrecido para os outros
- ↳ Teme o futuro, acreditando que a vida não irá correr bem
- ↳ Oscilações emocionais, por estar constantemente a lidar com a opinião dos outros
- ↳ Postura curvada, tensa, preocupada, triste, com medo ...



De 0 a 10

Como avalio a minha Autoestima?

Referências Bibliográficas

- ↪ Assis, S. G., & Avanci, J.Q. *Uma bússola no labirinto: bases que formam e investigam a autoestima*. In: *Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e na adolescência* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. Criança, Mulher e Saúde collection, pp. 25-48. ISBN 978-85- 7541-333-3.
- ↪ Castro, N.; Lopes, M.; Monteiro, A. (2020). Low Chronic Self- esteem and Low Situational Self- Esteem: a literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 73(1): 1-9. Acedido a 3-03-2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0004>
- ↪ Goñi, E. & Fernandez, A. (2009). El autoconcepto. In: Grandmontagne, pp. 1-10.- A. G. (Coord.). El autoconcepto físico. pp 20-27. Madrid: Ediciones Piramide.
- ↪ Hepper, E. G. (2016). Self- Esteem. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*, 4: 80-91. Acedido a 2-07-2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00076-8>.
- ↪ Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). Diagnósticos de enfermagem da NANDA - I: Definições e Classificação 2018-2020 (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- ↪ Townsend, M. (2011). Promoção da autoestima. In Townsend, M (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência. pp 249-261.

APÊNDICE V – “Que recursos tenho para manter o meu castelo de pé?”
– Apresentação em PowerPoint



**Que recursos
tenho para
manter o meu
castelo de pé?**

Recursos Internos

- Autoconhecimento
- Autoeficácia
- Autocontrolo
- Autodisciplina
- Criatividade
- Comunicação eficaz
- Emoções positivas
- Resolução planeada de Problemas
- Aceitação das suas responsabilidades
- Determinação
- Curiosidade
- Compaixão
- Resiliência
- Gratidão

Recursos Externos



- Família
- Amigos
- Escola
- Hospital de Dia
- Medicação
- Ginásio
- Igreja
- Passatempos
- Meditação
- ...

Estratégias de *Coping* (Enfrentamento)

Ações intencionais para enfrentar situações (internas ou externas) problemáticas, reduzindo sintomas stressantes

- ↳ **Autocontrolo** - controlo de emoções, pensamentos e comportamentos, para que a situação stressante seja resolvida
- ↳ **Confronto** - enfrenta a situação stressante
- ↳ **Resolução planeada do problema** - tentativa de utilizar alternativas para resolver a situação
- ↳ **Aceitação das responsabilidades** - acredita que a situação stressante é consequência das suas acções aceitando essa responsabilidade
- ↳ **Procura de suporte social** - há procura de ajuda externa, como familiares ou amigos...
- ↳ **Reavaliação positiva** - controlando as emoções e dar um significado positivo a uma situação inicialmente vista como negativa
- ↳ **Distanciamento** - há um afastamento das possíveis situações stressantes no momento em que estas ocorrem
- ↳ **Fuga/evitamento do problema** - há fuga de possíveis situações stressantes

Autoeficácia

Grau elevado de autoeficácia:

- Acreditam ter capacidade de lidar com diferentes acontecimentos da vida
- Sentem-se capazes de vencer dificuldades e procuram desafios
- Mantem autoconfiança na capacidade de controlar a própria vida

Grau reduzido de autoeficácia:

- Sentimentos de incapacidade para lidar com as situações
- Tendência para desistir depois da primeira tentativa frustrada
- Não acreditam a que sua atitude faça alguma diferença, nem que tem controle e possibilidade de mudar a sua vida

Autogestão

Capacidade da pessoa gerir a própria vida, enfrentando as dificuldades, com controle emocional, para uma maior satisfação e realização pessoal

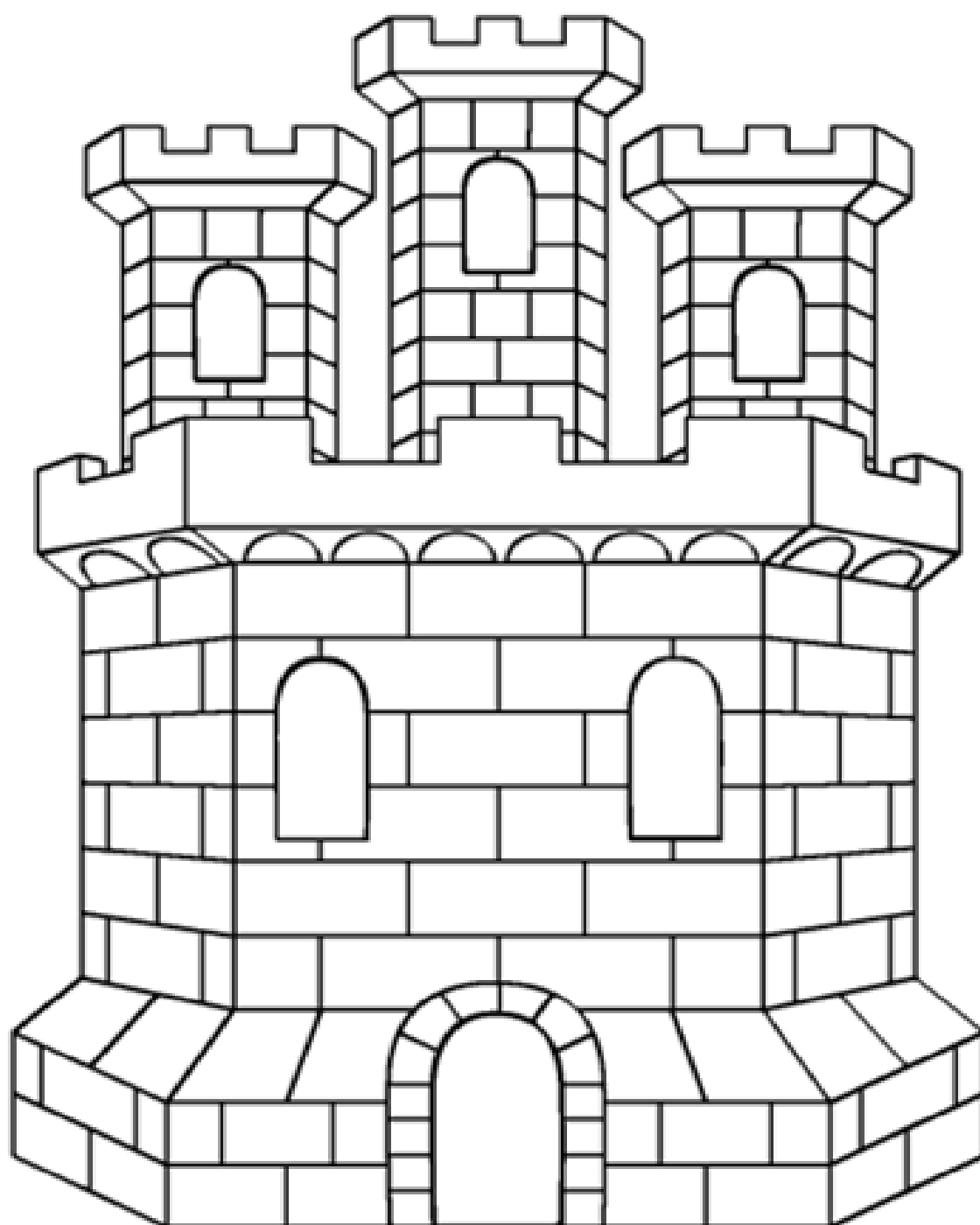
- Descobrir os recursos internos necessários

- Autoconhecimento: compreender sentimentos, emoções *stressantes e incapacitantes*, e as razões dos comportamentos, para depois geri-los (*autocontrole*)

Referências Bibliográficas

- ↳ Dias, E. & Pais-Ribeiro, J. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. Acedido a 10 de março 2022. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- ↳ Goleman, D. (2012). *Inteligência emocional*. 17ª edição. Lisboa: Temas e debates. ISBN: 978-989-644-090-9
- ↳ Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- ↳ Salanova, M., Grau, R. & Martínez, I. (2005). Demandas laborales y conductas de frontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema*, 17 (3): 390-395.
- ↳ Schunk, D. (1991). Self-Efficacy and Academic Motivation. *Educational Psychologist*. 26 (3 & 4): 207-231. DOI: [10.1080/00461520.1991.9653133](https://doi.org/10.1080/00461520.1991.9653133)

APÊNDICE VI – Castelo para pintar



Recursos Externos:

Recursos Internos:

APÊNDICE VII – Criatividade – Apresentação em PowerPoint

O que é a Criatividade?

- Capacidade de criar, produzir ou inventar coisas novas.
- Imaginar soluções novas para os problemas.

Como desenvolver a criatividade?

- ↪ **Aprender mais** - Ao arriscarmos novas atividades testamos novas hipóteses e exploramos caminhos alternativos para resolver problemas
- ↪ **Procurar desenvolver aquilo que mais gostamos** - aumenta o interesse em procurar novas soluções e melhorar o que já tinha sido realizado
- ↪ **Ser observador, questionar se há melhores formas de executar e analisar diferentes cenários** - importante para perceber o que é preciso melhorar
- ↪ **Não ter medo de errar** - o receio impede que haja iniciativa em experimentar algo diferente. É importante considerar que não há certo ou errado, mas sim possibilidades diferentes
- ↪ **Ter momentos de descanso** - A mente precisa de descansar, é uma necessidade básica do nosso cérebro

Referências Bibliográficas

- ↪ Alencar E. M. I. S. (2004). *Como desenvolver o potencial criador* Petrópolis: Vozes.
- ↪ Beineke, V. (2011). Aprendizagem criativa e educação musical: trajetórias de pesquisa e perspectivas educacionais. *Educação*, 37(1), 45-60. <https://doi.org/10.5902/198464443763>
- ↪ Buzan, T. (2001). *O poder da inteligência criativa* São Paulo: Cultrix.
- ↪ Fleith, D. S., & Alencar, E. M. L. S. (1992). Medidas de criatividade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 3 (8), 319-326.
- ↪ Lubart, T. (2007). *Psicologia da criatividade* Porto Alegre: Artmed.
- ↪ Oliveira, Z. (2010). Fatores influentes no desenvolvimento do potencial criativo. *Estudos de Psicologia*. 27 (1): 83-92. Acedido a 12 de janeiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100010>

APÊNDICE VIII – Armazém da autoestima realizado no Hospital de Dia

ARMAZÉM DA AUTOESTIMA										
Conteúdo armazenado	Quantidade a recuperar do armazém									
	1 pacote	2 pacotes	3 pacotes	4 pacotes	5 pacotes	6 pacotes	7 pacotes	8 pacotes	9 pacotes	10 pacotes
Autovalorização										
Autoconfiança										
Assertividade e Comunicação										
Aceitação de elogios dos outros										
Autoaceitação das próprias limitações										
Autonomia										
Aceitação de critica construtiva										
Criatividade										
Cuidar mais de mim										
Orgulho de mim										
Socialização										
Perdão pelo meu passado										

APÊNDICE IX – Panfleto realizado no internamento

PESSOAS COM BAIXA AUTOESTIMA



Algumas características:

- Falta de confiança e timidez excessiva
- Sentimento de incapacidade em concretizar objetivos
- Perfeccionismo, com medo de cometer erros, problematizando as suas limitações
- Sentimento de inferioridade, comparando-se frequentemente com os outros
- Necessidade de agradar aos outros, e medo da rejeição
- Necessidade de elogios e dificuldade em reconhecer as próprias conquistas...

A **autoestima positiva** é importante para uma maior satisfação e realização pessoal, sendo um excelente indicador de saúde mental. Procurar recuperar a autoestima é acreditar que somos merecedores de felicidade, e capazes de enfrentar a vida com maior confiança e optimismo, o que nos ajuda a atingir metas e a sentirmo-nos realizados.

O **autoconhecimento** é fundamental para compreender as emoções e sentimentos stressantes e incapacitantes, e as razões dos comportamentos, para os conseguirmos gerir adequadamente. Facilita também a descoberta das melhores estratégias para ultrapassar os desafios do dia-a-dia.

O **perdão/auto-perdão** e **aceitação do passado como parte de si** é fundamental para este processo.

Elaborado por:

- Estudante de EESMP (ESEL): Sónia Pereira

Sob orientação de:

- Enfermeira Especialista: [REDACTED]

- Docente Orientador: Professor Doutor Paulo Seabra

Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria



O ARMAZÉM DA AUTOESTIMA



**“O que precisas de
recuperar para
aumentar a autoestima?”**

(proposta de reflexão com
exercício prático)

PESSOAS COM ALTA AUTOESTIMA



Algumas características:

- Confiança na sua capacidade para gerir a própria vida, lidando com as dificuldades com controlo emocional
- Confiança na capacidade de vencer dificuldades e procuram desafios
- Responsabilização pelas suas decisões e sobre a sua vida
- Sem medo de falhar correspondendo os erros a oportunidades de aprendizagem
- Expressam a sua opinião sendo verdadeiras em relação aos seus pensamentos e sentimentos, sem medo de julgamento
- Relações interpessoais satisfatórias...

São vários os fatores que afetam negativamente a autoestima. Uma pessoa com baixa autoestima apresenta uma imagem e opinião negativa acerca de si mesma. Acreditando nesta percepção negativa sobre si, vai "empacotando" no seu "armazém interno" o que foi construindo e desenvolvendo ao longo dos anos...

- O que preciso de recuperar do meu "armazém da autoestima?" (Por exemplo: Preciso de 5 pacotes de autovalorização + 7 pacotes de autoconfiança...)

ARMAZÉM DA AUTOESTIMA										
Conteúdo armazenado	Quantidade a recuperar do armazém									
	1 pacote	2 pacotes	3 pacotes	4 pacotes	5 pacotes	6 pacotes	7 pacotes	8 pacotes	9 pacotes	10 pacotes
Autovalorização										
Autoconfiança										
Assertividade e Comunicação										
Aceitação de elogios dos outros										
Autoaceitação das próprias limitações										
Autonomia										
Aceitação de critica construtiva										
Criatividade										
Cuidar mais de mim										
Orgulho de mim										
Socialização										
Perdão pelo meu passado										

**APÊNDICE X – Outras sessões realizadas individualmente e em grupo
em internamento**

Sessão 1	Autoestima
Sessão 2	Características positivas e negativas
Sessão 3	Emoções e sentimentos
Sessão 4	Máscaras sociais
Sessão 5	Medos e crenças limitantes
Sessão 6	Esperança: “o Brasão da Esperança”
Sessão 7	Esperança: “A Arvore dos Talentos”
Sessão 8	Esperança: “Os meus objetivos para a próxima semana”
Sessão 9	Treino de assertividade
Sessão 10	Adesão terapêutica

SESSÕES REALIZADAS NO INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA

SESSÃO 1 – PSICOEDUCATIVA

Tema: Autoestima

Descrição: Debate de ideias sobre o conceito de autoestima, com posterior apresentação do conceito em PowerPoint, partilha de vivências pessoais em que foi experienciada alta autoestima e baixa autoestima.

Objetivo Geral: Incentivar a autorreflexão e autodescoberta de características pessoais de alta ou baixa autoestima; propor discussão de ideias sobre o conceito de autoestima; incentivar a partilha de experiências pessoais.

Objetivos Específicos: Nomear duas ou mais características de uma pessoa com alta autoestima e baixa autoestima; indicar um exemplo prático em que foi experienciada alta autoestima e baixa autoestima; identificar dois ou mais recursos internos a desenvolver para promoção da autoestima.

Local: Sala de atividades do internamento

Duração prevista da sessão: 60 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS/ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO DA SESSÃO
Introdução	- Apresentação dos Enfermeiros e dos Clientes - Apresentação da sessão e seus objetivos	- Cadeiras		5 minutos
	- Definição do conceito de autoestima e em dinâmica de debate de ideias em grupo sobre diferenças entre uma pessoa com alta autoestima e baixa autoestima			20 minutos

Desenvolvimento	- Partilha de um exemplo prático recente em que foi experienciada alta autoestima e baixa autoestima. - Reflexão em grupo sobre a importância da autoestima para a saúde mental; e a importância do autoconhecimento para promoção da autoestima	- Computador/Data show - Cadeiras	- Estudante de EESMP - Enfermeira Orientadora - Clientes	30 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão - Feedback/avaliação da sessão - Agradecimento	- Cadeiras		5 minutos

Justificação da sessão:

A relevância da presente sessão com abordagem do conceito alargado da autoestima justifica-se pela importância de que os participantes apresentem conhecimentos, sejam esclarecidos e apresentem autoconsciência sobre a avaliação que fazem de si, bem como a poderão desenvolver positivamente. Para isso, é importante darem-se conta das próprias características pessoais, identificando as que são correspondentes a uma pessoa com alta ou baixa autoestima. A própria partilha, a forma como é feita a partilha, e o seu conteúdo, oferecem informação ao profissional e à própria pessoa sobre indicadores de alta ou baixa autoestima. A identificação em si das características pessoais negativas e dificuldades facilita a tomada de consciência da necessidade de mudança; e a partilha de vivências pessoais em que foi experienciada alta autoestima e baixa autoestima ao grupo, é realizada com a intenção de ajudar a pessoa a identificar que outras alternativas de resposta poderá utilizar, com recurso a comportamento/resposta assertiva, para posteriormente se poder treinar também esta competência. Torna-se importante cuidar de si, conduzindo este pensar sobre si à compreensão de que cada pessoa se tem a si mesma como capaz de fazer escolhas, relacionar-se e conduzir-se adequadamente na relação com o Outro (Nunes et al., 2013). A reflexão em grupo sobre a importância da autoestima para a saúde mental contribui para a identificação das possíveis consequências de uma baixa autoestima no dia-a-dia da pessoa, e a sua consequente importância de a aumentar, com implicações positivas no seu bem-estar e qualidade de vida. Refletindo sobre a relevância de aprofundar o autoconhecimento, concluindo que é importante a autoconsciência, o foco em si, conhecendo-se melhor, facilmente identificam o que precisam de melhorar ou recuperar, para a promoção da autoestima

Referências bibliográficas:

- Nunes, M. et al. (2013). Self esteem and mental health: extension project experience report. *Psicologia Argumento*. 31 (73), 283-289. Acedido em 17 de janeiro 2022. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20487/19741>>.

SESSÃO 2 – PSICOTERAPÊUTICA

Tema: Características positivas e negativas

Descrição: Cada cliente escreve numa lista A, aspetos positivos sobre si mesmo (características positivas, o que gosta em si, os seus pontos fortes, as suas habilidades e talentos). Numa lista B escreve aspetos que menos gosta em si. Posteriormente, numa lista C reformula cada um dos aspetos mencionados na lista B, de modo a evidenciar um lado positivo.

Objetivo Geral: Propor a autorreflexão, autoconhecimento e autodescoberta; promover a apresentação dos clientes através da identificação das suas características pessoais.

Local: Sala de atividades do internamento

Objetivos Específicos: Nomear duas ou mais características pessoais em cada lista; reformular os aspetos negativos para uma perspetiva positiva; apresentar-se ao grupo através da lista elaborada.

Duração prevista da sessão: 60 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS/ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO DA SESSÃO
Introdução	- Apresentação dos Enfermeiros e dos Clientes - Apresentação da presente sessão e seus objetivos			5 minutos
	- Reflexão individual com listagem dos aspetos positivos na coluna A.	- Folhas A5		5 minutos
	- Reflexão individual com listagem das características negativas na coluna B.			5 minutos
	- Reformulação das características negativas para uma perspetiva positiva, na coluna C.			5 minutos

Desenvolvimento	- Partilha ao grupo cada uma das colunas preenchidas, para análise em conjunto. Incentivar os participantes a contribuir com a sua opinião e reforçarem positivamente os aspetos referidos.	- Canetas - Mesa e cadeiras	- Estudante de EESMP - Enfermeira Orientadora - Clientes	20 minutos
	- Partilha de descobertas e reflexão sobre “Como é que se apresentam ao mundo?”			15 minutos
Conclusão	- Resumo da Sessão - Feedback/avaliação da sessão - Agradecimento			5 minutos

Justificação da sessão:

Segundo Kunikata, Yoshinaga, Shiraish e Okada (2016) e Laranjeira e colaboradores (2019), pessoas com experiência de doença mental enfrentam diversos sintomas, incluindo mudanças de humor, alterações da memória, percepção e pensamento, que a torna disfuncional ao nível pessoal, familiar, social e profissional, apresentando, conseqüentemente, autoestima mais baixa, comparativamente com pessoas saudáveis ou com doenças físicas. Como resultado, maioritariamente, a pessoa com doença mental é excluída de diversos grupos e, ao avaliar-se como “diferente”, também se exclui, afastando-se dos outros.

Rapp e Goscha (2006), citados por Kunikata, Yoshinaga, Shiraish e Okada (2016), referem que é importante que pessoas com doença mental (e seus familiares) acreditem no seu potencial, não enfatizando os seus aspetos negativos. O objetivo desta sessão não é corrigir os aspetos considerados negativos, mas encorajá-los a perceber que a sua existência duvidosa é causada pelos seus próprios sentimentos, pensamentos e ações, sendo importante libertar-se das limitações que estas crenças que têm sobre si lhes causam (Nunes et al., 2013). É importante que a pessoa altere o seu padrão de pensamento negativo sobre si, procurando focar-se nas suas características positivas. Reformulando cada um dos aspetos que cada cliente considera negativos em si, evidenciando um lado positivo, facilita esta visão positiva de si, podendo ainda contribuir para uma autodescoberta, identificando, naquele momento, aspetos positivos em si, que anteriormente não se teria dado conta. Assim, com a identificação de interpretações negativas e irrealistas sobre si que acompanham e precedem alterações do humor, e substituição por interpretações mais realistas, a pessoa é levada a considerar hipóteses relativamente ao modo como construiu a sua realidade. A pessoa questiona a validade das suas crenças distorcidas, analisando os padrões de pensamento que a levaram a determinadas ideias e a crenças disfuncionais, desafiando-as e modificando-as, desenvolvendo novas crenças racionais saudáveis, com alívio do sofrimento psicológico através da alteração do modo como pensa, interpreta e reflete sobre si (Sequeira, 2006; Sahare & Sharma, 2015 citados por Santos, Gonçalves, Sequeira & Curto, 2020).

Referências bibliográficas:

- Kunikata, H., Yoshinaga, N., Shiraishi, Y., Okada, Y. (2016). Nurse-led cognitive-behavioral group therapy for recovery of self-esteem in patients with mental disorders: A pilot study. *Japan Journal of Nursing Science*. 13(3):355-64. DOI: 10.1111/jjns.12114.
- Laranjeira, C., Campos, C., Bessa, A., Neves, G., Marques, M., (2019) Mental Health Recovery Through “Art Therapy”: A Pilot Study in Portuguese Acute Inpatient Setting, *Issues In Mental Health Nursing*, 40 (5). 399-404. DOI: 10.1080/ 01612840.2018.1563255.
- Nunes, M. et al. (2013). Self esteem and mental health: extension project experience report. *Psicologia Argumento*. 31 (73), 283-289. Acedido a 17 de março 2022. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20487/19741>>.
- Santos, B., Gonçalves, P.; Sequeira, C.; Curto, P. (2020). Reestruturação Cognitiva. Em C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 186-189). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C., (2006). *Introdução à prática clínica*. Coimbra: Quarteto.

SESSÃO 3 – PSICOEDUCATIVA

Tema: Emoções e Sentimentos

Descrição: Debate de ideias sobre o conceito de emoções e sentimentos, seguida de visualização de um excerto do filme “Divertida-Mente” alusivo a esta temática, com posterior discussão e partilha de experiências pessoais.

Objetivo Geral: Estimular a autodescoberta das diferentes emoções e sentimentos e a sua gestão.

Objetivos Específicos: Nomear dois exemplos práticos recentes de expressão de emoção positiva e negativa.

Local: Sala de atividades do internamento

Duração prevista da sessão: 60 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS/ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO DA SESSÃO
Introdução	- Apresentação dos Enfermeiros e dos Clientes - Apresentação da sessão e seus objetivos	- Cadeiras		5 minutos
	- O que são emoções e sentimentos? - Reflexão sobre a importância da expressão das diferentes emoções e sentimentos			20 minutos
	- Visualização de um excerto do filme “Divertida-Mente” e posterior discussão: https://www.youtube.com/watch?v=wmLnPulXINw			15 minutos

Desenvolvimento	- Descrição de diferentes formas de manifestação das diferentes emoções (verbais e não-verbais). - Partilha de exemplos práticos em que experienciaram uma emoção positiva e uma emoção negativa à escolha - Partilha de vivências sobre diferentes formas de superar a tristeza, raiva e medo	- Computador - Cadeiras	- Estudante de EESMP -Enfermeira Orientadora - Clientes	15 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão - Feedback/avaliação da sessão - Agradecimento	- Cadeiras		5 minutos

Justificação da sessão:

Segundo Damásio (2000), a emoção consiste numa variação física e psíquica, automática e subjetivamente experimentada, desencadeada por um estímulo, colocando a pessoa num estado de resposta a esse estímulo, sendo um meio natural de avaliar o ambiente e reagir de forma adaptativa. É uma componente essencial nos mecanismos de regulação vital, uma vez que são parte integrante do mecanismo através do qual o corpo humano regula a sua sobrevivência (Espinoza, 2004). As emoções podem ser agradáveis ou desagradáveis, levam a pessoa a agir, motivando para a concretização de objetivos, sonhos, ou procura de melhores condições de vida, sendo essenciais ao bem-estar psicológico e à qualidade de vida (Silva, 2011). Assim, a identificação e gestão das diferentes emoções e sentimentos é importante para o processo de autoconhecimento e promoção da autoestima. Segundo Miguel (2015), um autoconhecimento insuficiente pode levar à dificuldade em perceber que emoção está a ser vivenciada, ou à identificação de uma reação fisiológica, interpretando-a como determinada emoção, quando na verdade poderá corresponder a outra diferente. Visto que nas interações, muitas vezes, de uma forma não consciente, há uma constante avaliação e interpretação das próprias reações emocionais e das do Outro, as emoções apresentam um papel determinante na manutenção das relações sociais, contribuindo para o estabelecimento de relações interpessoais saudáveis (Aguiar, 2008; Miguel, 2015).

Na literatura a maioria dos autores cita 6 emoções básicas: surpresa, alegria, tristeza, medo, raiva e nojo. A visualização do excerto sugerido, do filme “Divertida-Mente”, com posterior discussão do que foi visualizado e interpretado, facilitou a discussão de ideias sobre esta temática. A partilha de experiências pessoais contribuiu para facilitar o processo de identificação, e procura de diferentes estratégias adaptativas de gestão emocional, de acordo com as situações apresentadas. Ser emocionalmente competente depende da história social de cada indivíduo, das suas crenças, valores, cultura, atitudes e suposições, dos papéis sociais (como a idade e o género), da observação de outras pessoas significativas e dos padrões de reforço

dos que com quem se está significativamente envolvido. Estes fatores contribuem para que “aprendamos o que significa sentir alguma coisa e fazer algo a respeito disso” (Saarni, 2002, p.69, citado por Sousa, 2013). Saber identificar e diferenciar emoções e sentimentos facilita uma regulação emocional favorável, uma vez que para adotar estratégias de regulação emocional adequadas às situações é preciso saber identificar e diferenciar as emoções envolvidas (Vaz, 2009; Moreira, Abreu & Neto, 2012; Pons, Harris & Rosnay, 2004 citados por Arruda, 2014).

Uma boa capacidade de regulação emocional não passa por eliminar as emoções sentidas como negativas, mas sim saber e conseguir identificá-las e regulá-las adequadamente, preservando um clima emocional que mantenha o bem-estar, onde as emoções negativas, sirvam como um impulso para a pessoa regular as suas emoções e ultrapassá-las, e não provocarem um desgaste emocional (Bermejo, 2005). O desenvolvimento de psicopatologias pode resultar da regulação emocional desajustada que suprima, controle ou evite emoções negativas, recorrendo a estratégias de evitamento (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2010). É, então, fundamental uma adequada regulação emocional, recorrendo estratégias de regulação específicas para cada emoção (Goleman, 2005; Gross & Thompson, 2007).

Com a discussão em grupo, nomeando exemplos práticos recentes de expressão de emoção positiva e negativa, descrevendo o que aconteceu, sentimentos associados, incluindo diferentes formas de manifestação das diferentes emoções (verbais e não-verbais), pensamentos, comportamentos, desejos, facilitará o reconhecimento da emoção e sentimento presentes no momento. Na presente sessão, foi feita uma abordagem geral dos principais conteúdos e, posteriormente, consoante a necessidade, foram realizadas intervenções individuais e em grupo, abordando cada uma das emoções. As mais solicitadas foram a tristeza, a raiva e o medo, com partilha de vivências sobre diferentes formas de superar estas três emoções.

Referências bibliográficas:

- Aguiar, S. (2008). Reconhecimento emocional de faces em pessoas com esquizofrenia. Tese de mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade do Porto, Porto.
- Arruda, M. (2014). O ABC das emoções básicas. Implementação e avaliação de duas sessões de um programa para a promoção de competências emocionais. Um enfoque comunitário. Relatório para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Educação, Especialidade em Contextos Comunitários.
- Bermejo, J. (2005). Inteligencia emocional. La sabiduría del corazon en la salud y en la acción social (5ª edição). Madrid: Editorial Sal Terrae.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R. & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psicologia Clínica*, 37(4), pp. 145-151.

- Damásio, A. (2000). O Erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano. Lisboa: Publicações Europa América.
- Espinoza, F. (2004). O impacto de experiências emocionais na atitude e intenção de comportamento do consumidor. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande Sul, Porto Alegre.
- Goleman, D. (2005). Inteligência Emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Gross, J. & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In Gross J. Handbook of emotion regulation (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Miguel, F. (2015). Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. *Psico-USF*. 20(1): 153-162. Acedido a 30 de abril. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200114>
- Silva, C. (2011). Estudo de competências emocionais e sua correlação com o auto-conceito. Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Sousa, M. (2013). Estudo diferencial da competência emocional de formadores. Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

SESSÃO 4 – PSICOTERAPÊUTICA

Tema: A máscara

Descrição: Numa folha A4 na vertical, que será transformada numa máscara, rasgar a zona referente aos olhos, nariz e boca. Cada cliente pinta a sua máscara ao seu gosto.

Objetivo Geral: Estimular a autorreflexão e autodescoberta, estimular a criatividade, espontaneidade e imaginação.

Objetivos Específicos: Pintar uma representação da sua máscara; nomear duas ou mais características pessoais; identificar dois ou mais sentimentos e emoções perante a expressão do seu autoconceito e autoimagem.

Duração prevista da sessão: 60 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS/ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO DA SESSÃO
Introdução	- Apresentação dos Enfermeiros e dos Clientes - Apresentação da sessão e seus objetivos	- Cadeiras	- Estudante de EESMP -Enfermeira Orientadora - Clientes	5 minutos
Desenvolvimento	- Realização de molde da sua máscara, rasgando a zona referente aos olhos, nariz e boca	- Folha A4 - Material de pintura (pincéis, guaches, frascos para água) - Toalhetes húmidos		5 minutos
	- Pintura da sua máscara			15 minutos
	- Partilha da sua máscara ao grupo e reflexão sobre “Qual o significado atribuído à autoexpressão criativa?”			15 minutos
	- Reflexão em grupo sobre o significado e utilização de máscaras sociais: para que servem? onde são utilizadas? com que intenção?			15 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão - Feedback/avaliação da sessão - Agradecimento	- Cadeiras		5 minutos

Justificação da sessão:

Segundo Franco (2012), as máscaras sociais são posturas sociais que sentimos necessidade de assumir em diferentes momentos e espaços na sociedade. Cada ato corresponde a uma máscara utilizada, recorrendo a estas em diversos momentos para nos defendermos ou colmatar as exigências da sociedade, sendo feito um ajuste na forma de ser, procurando adaptar-se e adequar-se à sociedade a que pertence, a um grupo de colegas de trabalho, a um chefe, familiares, amigos, ou membros de uma igreja, por exemplo (Franco, 2012; Ferreira, 2015). Segundo Marx (2014) citado por Ferreira (2015) uma máscara pode esconder ou revelar algo, pode ser usada para nos proteger ou para enganar, dependendo da situação, do momento e da escolha, sendo este jogo manipulado por quem representa.

As máscaras são utilizadas para criar uma personagem que se esconde da própria realidade, manipulando expressões ou apresentando uma nova face, uma nova forma de se ver ou de querer-se ver, para uma determinada finalidade, facilitando que se expresse, comunique algo que, sem ela, provavelmente a pessoa não o faria (Ferreira, 2015). Segundo o mesmo autor, a pessoa que não se expõe, não se expressa ou não se comunica totalmente, poderá agir desse modo por se sentir indefeso ou não se conhecer o suficiente.

O momento de apresentação das máscaras, e falando livremente sobre os materiais utilizados e a experiência, poderá ser um convite para falarem de si, para se apresentarem, se narrarem, conhecendo-se a si e ao Outro, naquilo que é planeado racionalmente e naquilo que emerge pela emoção e sensibilidade (Ferreira, 2015). A maioria dos clientes justifica a utilização de máscaras sociais para esconder a tristeza, frustração, medo e angústia.

Referências bibliográficas:

- Ferreira, R. (2015). Máscaras como símbolos de comunicação e expressão: uma análise do que mostram e dizem os alunos dos cursos de Pedagogia, Psicologia e Sistemas de Informação do UNISAL. Dissertação de Mestrado. Americana: Centro Universitário Salesiano de São Paulo.
- Franco, B. (2012). As máscaras sociais e o processo de interação social no convívio do obeso. Monografia apresentada como critério para conclusão do concurso de psicologia. ISSN 1646-6977

SESSÃO 5 – PSICOTERAPÊUTICA

Tema: Medos e crenças limitantes

Descrição: Debate de ideias sobre a parábola “O Elefante acorrentado” de Jorge Bucay, transpondo para experiências pessoais.

Objetivo Geral: Incentivar a autorreflexão e autodescoberta; identificar fatores limitantes que dificultam alcançar objetivos de vida; incentivar a procura de estratégias de *coping* adaptativas para ultrapassar medos e crenças limitantes.

Objetivos Específicos: Indicar uma ou mais crenças limitantes; identificar uma ou mais estratégias de enfrentamento adaptativas.

Local: Sala de atividades do internamento

Duração prevista da sessão: 60 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS/ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO DA SESSÃO
Introdução	- Apresentação dos Enfermeiros e Clientes - Apresentação da sessão e seus objetivos	- Cadeiras	- Estudante de EESMP - Enfermeira Orientadora - Clientes	5 minutos
Desenvolvimento	- Leitura da história “O Elefante acorrentado” de Jorge Bucay.	- Cadeiras		10 minutos
	- Discussão em grupo sobre medos e crenças limitantes, e estratégias para as ultrapassar - “Como esta sessão contribui para a promoção da autoestima?”	- Fotocópia para cada participante da história “O Elefante acorrentado”		40 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão - Feedback/avaliação da sessão - Agradecimento	- Cadeiras		5 minutos

Análise da Parábola (Texto em Anexo I)

O Elefante é um animal de grande porte, que faz demonstrações de força. Mas este, antes de entrar em cena, permanece preso, quieto, contido somente por uma corrente que aprisiona uma das suas patas a um pequeno pedaço de madeira espetado no chão. Mesmo que a corrente fosse grossa, o elefante poderia facilmente arrancá-la do solo e fugir. Questionamo-nos então por que motivo não se solta. Será por não ter força suficiente para se libertar daquela corrente? Ou será pelo condicionamento a que esteve sujeito desde pequeno, de submissão, obediência e desconhecimento da liberdade? O elefante foi preso à estaca quando era muito pequeno, e ao tentar forçar para se soltar, não conseguia porque nessa altura não tinha força suficiente para tal. Assim, enquanto animal ainda jovem e pequeno, foi habituado a estar preso e a não ter força para se libertar. Cresceu com esse condicionamento no pensamento e ao chegar à idade adulta, deixou de tentar, de se esforçar, aceitando ficar preso à estaca, simplesmente porque acredita que não pode, desconhecendo a sua força e as suas capacidades.

Esta parábola funciona como uma metáfora para o que, muitas vezes, acontece na nossa vida, durante muitos anos. O que assumimos como incapacidades, limitações, porque na infância, se ouviu repetidas vezes que “não podemos ser”, “não somos capazes”, “não podemos ter”, “não vamos conseguir”. Ouve-se tantos “nãos” que “a corrente da estaca” fica gravada na memória, aceitando o “sempre foi assim”. Fica-se assim “acorrentado” a crenças que não correspondem, muitas vezes, à realidade, limitando-nos.

Perante uma situação limite, como um incêndio, por exemplo, o medo do fogo faria com que o elefante, em desespero, quebrasse a corrente e fugisse. O fogo para nós seria uma perda de um emprego, situação de doença, ou seja, algo que nos obrigasse a sair da zona de conforto.

Questiona-se assim até que ponto a pessoa se limitou pelas suas próprias crenças, quantas correntes permanecem na vida do cliente, e como este poderá desafiar essas correntes que o aprisionam.

Justificação da sessão:

Segundo Beck e Dozois (2011) o conceito de esquemas corresponde ao resultado de crenças que temos sobre nós mesmos, sobre o mundo e sobre o futuro, que são formadas ao longo da vida, mas principalmente durante a infância.

As crenças centrais, ou crenças nucleares, desenvolvidas desde a infância e moldadas por experiências pessoais, são pensamentos disfuncionais profundos, rígidos e supergeneralizadas que, quando ativados, aumentam o foco da pessoa para evidências que comprovem esses entendimentos que têm de si, do mundo ou dos outros, desconsiderando as informações contrárias a essa interpretação (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997; Knapp & Beck, 2008). São raramente questionados por serem entendidos como verdades absolutas, percecionando as situações vivenciadas através da lente dessa crença. Segundo estes autores, é importante contestar esses pensamentos, normalmente catastróficos, criando uma nova

estrutura de pensamento que considere alternativas mais realistas e positivas perante eventos negativos, ampliando as possibilidades de atuação e fortalecendo os recursos internos.

As crenças intermediárias, ou subjacentes, são constituídas por atitudes, suposições e regras criadas pela própria pessoa, orientando a sua forma de comportamento. Levam a pessoa a conviver com as verdades absolutas, e não adaptativas, que tem sobre si (crenças centrais), e aparecem sob a forma de “eu devo”, “eu preciso”, “eu tenho que”, que restringem e limitam o seu comportamento, influenciando negativamente algumas áreas da sua vida: “eu preciso de saber fazer as coisas”, “eu deveria conseguir fazer tudo o que já aprendi”, “se eu não sei fazer algo então não sou bom o suficiente”. Estas crenças intermediárias oferecem conteúdo para os pensamentos automáticos (Kuyken, Padesky & Dudley, 2010).

Os pensamentos automáticos surgem na fronteira da consciência e são cognições breves e espontâneas, em que a pessoa percebe com maior facilidade a emoção relacionada com o pensamento, do que o conteúdo do pensamento em si (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). São imagens, palavras ou em forma de mensagens breves e telegráficas, que surgem sem esforço, controlo, intenção ou consciência, como autodeclarações repetitivas, como resultado de esquemas cognitivos ou crenças centrais que foram ativados em dado momento, e influenciam o modo como os indivíduos percebem e constroem o seu mundo, refletindo o que as pessoas pensam sobre si, sobre os outros, o seu mundo e o seu futuro (Hollon & Kendall, 1980 citado por Thantrey, 2016; Fernandes, 2012). Usualmente, o conteúdo dos pensamentos automáticos é específico, tendendo a pessoa a considerá-los válidos, razoáveis e lógicos sendo, geralmente, aceites como verdadeiros, sem reflexão ou avaliação, ainda que possam parecer desadequados a outras pessoas (Beck & Dozois, 2011).

A vulnerabilidade emocional destes pensamentos resulta de pressupostos ou regras subjacentes mal-adaptados que são, geralmente, rígidos, hiperinclusivos, impossíveis de atingir, e aumentam a vulnerabilidade a futuros episódios depressivos ou estados de ansiedade (por exemplo: “preciso conseguir fazer tudo”) e dos esquemas pessoais subjacentes mantidos pela pessoa (“não tenho valor”). Os pressupostos subjacentes estão ligados ao esquema pessoal (“não mereço amor”), que reforçam ainda mais a crença pessoal negativa. Esses esquemas pessoais negativos criam atenção e memória seletivas, ou seja, há maior tendência para detetar, interpretar e lembrar informações consistentes com os esquemas, reforçando-os ainda mais (Ingram, Miranda & Segal, 1987).

Os pensamentos automáticos negativos são disfuncionais e não adaptativos, estando relacionados com autoconceito negativo, baixa autoestima, expectativas negativas e sentimentos de abandono, influenciando negativamente as reações emocionais, comportamentais e fisiológicas da pessoa, que responde à situação de acordo com seus padrões de pensamentos (Beck et al., 1997; Mathew, Sudhir & Mariamma, 2014). Uma vez que os pensamentos automáticos são intrínsecos ao Ser humano, apresentar-se recetivo e aceitando os mesmos, poderá potenciar uma capacidade de aceitação, de ser compreensível e compassivo relativamente à própria experiência (Williams & Penman, 2011 citado por Thantrey, 2016). Envolver ativamente o cliente no processo de aprendizagem, de modo que este seja incitado à prática de pensar sobre o seu próprio pensamento, é importante para uma perceção diferente, saudável e realista.

Referências bibliográficas:

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1997). Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artmed
- Beck, A. & Dozois, D. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409. Acedido a 5 de fevereiro 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100032>
- Fernandes, P. (2012). A Relação entre Pensamentos Automáticos, (Des)ajustamento Psicológico e (In)satisfação com a Vida na Adolescência. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Ingram, R. & Kendall, P. (1987). The cognitive side of anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 11(5), 523-536.
- Knapp, P. & Beck, A. (2008). Cognitive therapy: Foundations, conceptual models, applications and research. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 30(2), 54-64. Acedido a 5 de fevereiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>.
- Kuyken, W., Padesky, C. & Dudley, R. (2010). Conceitualização de casos colaborativa: O trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental (Rosa, S. M. M., Trad.). Artmed: Porto Alegre.
- Mathew, M., Sudhir, P. & Mariamma, P. (2014). Perfectionism, Interpersonal Sensitivity, Dysfunctional Beliefs, and Automatic Thoughts. *International Journal of Mental Health*. 43(1): 50–72.
- Thantrey, H. (2016). Relação entre Mindfulness, pensamentos automáticos e autocompaixão em população adulta. Dissertação de Mestrado. ISPA: Lisboa.

SESSÃO 6 – PSICOTERAPÊUTICA

Tema: Promoção da esperança

Descrição: Construção de um “Brasão da Esperança” com material de desenho (exemplo em *Anexo II*)

Objetivo Geral: Promover a esperança.

Objetivos Específicos: Identificar alguém próximo que aumente a sua esperança; identificar uma sensação que o faça ter esperança; nomear uma crença que o ajude a ter esperança; descrever uma experiência de esperança do passado.

Local: Sala de atividades do internamento

Duração prevista da sessão: 60 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS/ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO DA SESSÃO
Introdução	- Apresentação dos Enfermeiros e dos Clientes - Apresentação da sessão e seus objetivos	- Cadeiras	- Estudante de EESMP -Enfermeira Orientadora - Clientes	5 minutos
Desenvolvimento	- Realização de um “Brasão de Esperança” utilizando material de desenho	- Canetas de feltro, lápis de cor, folhas A4, borracha, afia.		30 minutos
	- Partilha do seu “Brasão de Esperança” realizado.			20 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão - Feedback/avaliação da sessão - Agradecimento	- Cadeiras		5 minutos

Justificação da sessão:

Folkman (2010) define a desesperança como um “estado terrível que dá origem ao desespero, à depressão e, finalmente, à perda da vontade de viver” (p.901). À medida que os níveis de desesperança aumentam, os níveis de resiliência diminuem, e pessoas com mais esperança apresentam maior predisposição para lutar contra as dificuldades, superando-as com maior facilidade (Karatas & Cakar, 2011). Segundo Townsend (2011), a esperança como uma força energizante, aumenta a motivação e a autoconfiança para alcançar metas. Apresenta também o poder de prevenir sentimentos de desesperança e pessimismo (Coşkunb & Altun, 2017), que poderão emergir em situações stressantes. O facto de se verificar correlação inversa entre a esperança e a presença de sintomas negativos na pessoa com doença mental, tais como, ansiedade, humor depressivo e ideação suicida, revela que este é um problema sobre o qual é importante intervir enquanto Enfermeira e, em particular EEESMP (Querido & Dixe, 2016).

A esperança apresenta uma base cognitiva que contém informações e objetivos, uma qualidade motivacional, reações emocionais positivas e negativas de acordo com a possibilidade da expectativa não se tornar realidade; e, para muitas pessoas, apresenta também uma base na religião ou na espiritualidade, equivalente à fé (Folkman, 2010).

Segundo Querido (2018), a Esperança é multidimensional, dinâmica, e orientada para o futuro, atendendo, no entanto, ao passado, e vivida no presente. Envolve o estabelecimento e alcance de objetivos significativos para a pessoa, focando nas suas possibilidades, trabalhando o presente e preparando o futuro, direcionando para resultados positivos (Hammer, Mogensen & Hall, 2009). A ICN (2017) define a Esperança como “sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, a expressão de razões para viver e desejo de viver, paz interior, otimismo, associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia” (p.57). A esperança corresponde, assim, a um fator preditivo de saúde mental, bem-estar psicológico e de satisfação com a vida (Dowling & Rickwood, 2016 citado por Querido, 2020).

Segundo Folkman (2010), a recuperação da esperança, em situações stressantes, depende dos processos de *coping* que, por sua vez, dependem da presença de esperança em relação ao resultado desejado. O processo de revisão de objetivos, abandonando os que não são sustentáveis, e identificando os que são significativos, realistas e adaptáveis para lidar com a realidade atual, ajuda a manter um sentimento de controle, possibilitando a esperança relativamente a novos objetivos. A suposição subjacente é que os objetivos dão à pessoa algo pelo que esperar (Folkman, 2010). Ao desencorajar expectativas irreais, o cliente considera uma avaliação mais realista do futuro (Folkman & Lazarus, 1985 citado por Folkman, 2010). Atuando como reserva que apoia os esforços para rever as expectativas na situação atual, a esperança através da fé religiosa, proporciona a sensação de controle final, através da afirmação de crenças como “Deus estará ao meu lado”, abordando as situações através de um viés esperançoso que é protetor. Estes clientes apresentam menor reatividade ao stress, com uma recuperação emocional mais efetiva, comparativamente com pessoas com pouca esperança. Questionar os clientes sobre o que esperam poderá inspirá-los a expressar o que lhes é significativo na sua realidade, o que valorizam, e o que desejam brevemente, com respostas além de “um milagre” (Folkman, 2010).

Os benefícios da promoção da esperança nas pessoas com doença mental são reconhecidos, notando-se maior rapidez no processo de recuperação, altas precoces e diminuição dos custos associados ao tratamento (Elliot, 2005 citado por Querido, 2020). Em 1970, é realçado, pela

primeira vez, o papel específico dos enfermeiros na promoção da esperança em contexto de promoção da saúde mental, prevenção da doença mental e capacitação das pessoas com doença mental, transferindo esperança para as pessoas de quem cuidam, constituindo-se a promoção da esperança um imperativo da prática de Enfermagem, em diversos contextos, ao longo do ciclo vital (Elliot, 2005; Herth, 2005; Cutcliffe, 2009 citados por Querido, 2020). De acordo com Moorhead, Johson, Maas e Swanson (2010), os indicadores específicos de avaliação do resultado para a esperança incluem a expressão de expectativas de um futuro positivo; fé; desejo de viver; razões para viver; sentido da vida; otimismo; crença em si mesmo; crença nos outros; paz interior; sensação de autocontrolo; exibição de gosto pela vida e estabelecimento de metas.

Segundo Querido (2020), no âmbito da relação terapêutica, o enfermeiro faz uso terapêutico de si como instrumento de intervenção na descoberta da esperança do Outro, sendo importante que reconheça o seu poder em aumentar e destruir a esperança do Outro. Para isso é importante uma autoconsciencialização dos próprios valores, sentimentos e percepções sobre a sua própria esperança, para que estes não interfiram na relação (Querido, 2020).

Spandler e colaboradores (2007) sugerem que a participação em projetos artísticos pode ser um elemento importante de recuperação para clientes que se encontram envolvidos num ciclo de desesperança e desespero. Diversos clientes referem que o envolvimento artístico dá sentido ao dia, um propósito e/ou significado na vida, através de inspiração e motivação, e permite uma desconexão saudável das preocupações e dos pensamentos negativos e angustiantes, contribuindo assim para o sentimento de bem-estar e relaxamento (Colbert, et al., 2013; Jensen, 2018). Segundo Solli, Rolvsjord e Borg (2013), a musicoterapia e a expressão artística apresentam efeitos positivos na estimulação da criatividade e na descoberta de recursos internos, contribuindo para a esperança, pelas experiências positivas de bem-estar e prazer, provocando motivação e a perspetiva de um futuro otimista, com ganhos na qualidade dos cuidados. Assim, o envolvimento pela arte poderá contribuir para a reorganização da vida, o que é perceptível em partilhas sobre o facto de intervenções com recurso a “arte” ajudar a combater pensamentos suicidas, dando um novo sentido à vida, direcionando-o no sentido da sua recuperação (Jensen, 2018).

Referências bibliográficas:

- Colbert, S., Cooke, A., Camic, P. & Springham, N. (2013). A galeria de arte como recurso de recuperação para pessoas que sofreram psicose. *As Artes na Psicoterapia*. 40(2):250-256.
- Coşkunb, E. & Altun, Ö. (2017). The Relationship Between the Hope Levels of Patients With Schizophrenia and Functional Recovery. *Archives of Psychiatric Nursing*. Acedido a 10 de janeiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.10.006>

- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19,901-908. Acedido a 12 de janeiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Hammer, K.; Mogensen, O. & Hall, E. (2009). The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23(3):549-57.
- International Council of Nurses (2017). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®) Versão 2017*. Genebra: International Council of Nurses
- Jensen, A. (2018). Recuperação da saúde mental e engajamento nas artes. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 13 (3):157-166.
- Karatas, Z. & Cakar, F. (2011). Selfesteem and hopelessness and resilience: An Exploratory Study of Adolescents in Turkey. *Canadian Center of Science and Education*. 4(4): 84-91. Acedido a 10 de janeiro, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5539/ies.v4n4p84>
- Moorhead, S.; Johson, M.; Maas, M. & Swanson, E. (2010). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Querido, A. (2020). Promoção da Esperança em Saúde Mental. Em Sequeira, C. & Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 243-246). Lisboa: Lidel.
- Querido, A. (2018). A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 6-8.
- Querido, A. & Dixe, M. (2016). A Esperança na Saúde Mental: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 3, 95-101.
- Solli, H.; Rolvsjord, R. & Borg, M. (2013). Toward Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice within Mental Health Care: A Meta-Synthesis of Service Users' Experiences. *Journal of Music Therapy*, 50(4), 244–273.
- Spandler, H.; Secker, J.; Kent, L.; Hacking, S. & Shenton, J. (2007). Apanhando a vida: a contribuição das iniciativas artísticas para abordagens de recuperação em saúde mental. *Revista de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental*. 14(8): 791-799.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (6ª edição). Loures: Lusociência.

SESSÃO 7 – PSICOTERAPÊUTICA

Tema: Promoção da Esperança

Descrição: Construção da “Árvore dos Talentos” com material de desenho

Objetivo Geral: Promover a esperança.

Objetivos Específicos: Nomear quatro ou mais momentos ou memórias positivas.

Local: Sala de atividades do internamento

Duração prevista da sessão: 60 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS/ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO DA SESSÃO
Introdução	- Apresentação dos Enfermeiros e dos Clientes - Apresentação da sessão e seus objetivos	- Canetas pincel, canetas de feltro, lápis de cor, folhas A4, borracha, afia. - Cadeiras e mesas	- Estudante de EESMP - Enfermeira Orientadora - Clientes	5 minutos
Desenvolvimento	- Realização da “Árvore dos Talentos” utilizando material de desenho			30 minutos
	- Partilha sobre o resultado do seu desenho			20 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão - Feedback/avaliação da sessão - Agradecimento			5 minutos

Justificação da sessão:

Na presente atividade, a cliente foi incentivada a realizar um desenho de um símbolo representativo de esperança, utilizando “caneta pincel”, material que promovesse a estruturação de ideias e, simultaneamente, a cliente considerasse relaxante. Foi desenhado uma flor, passando a atividade a ser chamada de “A Flor da Esperança”. Foi solicitado que escrevesse, ao redor da flor, momentos ou memórias positiva que lhe proporcionam um significado de esperança (exercício adaptado da “Árvore dos Talentos”, de Querido, 2020, p. 246).

A pertinência desta intervenção justifica-se pelo facto da cliente apresentar com recorrência pensamentos e sentimentos negativos, com estado de angústia e desesperança, com dificuldade em redireccionar o foco dos pensamentos negativos e autorregular-se emocionalmente. Como tal, houve necessidade de realizar o presente exercício, com a finalidade da cliente revisitar as suas memórias positivas com significado de esperança, de modo a facilitar a alteração de pensamentos e sentimentos, e promover a esperança.

Referências bibliográficas:

- Querido, A. (2020). Promoção da Esperança em Saúde Mental. Em Sequeira, C. & Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 246). Lisboa: Lidel.

SESSÃO 8 – PSICOTERAPÊUTICA

Tema: Promoção da Esperança

Descrição: Realizar um desenho de um símbolo alusivo à esperança, e incluir a definição de objetivos realistas para a próxima semana.

Objetivo Geral: Definir objetivos para a próxima semana, com um planejamento para a sua concretização.

Objetivos Específicos: Nomear dois ou mais objetivos realistas para a próxima semana; identificar os obstáculos que poderão impedir a concretização dos objetivos; indicar os passos a concretizar para cumprir com cada objetivo.

Local: Sala de atividades do internamento

Duração prevista da sessão: 60 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS/ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO DA SESSÃO
Introdução	- Apresentação dos Enfermeiros e dos Clientes - Apresentação da presente sessão e seus objetivos	- Folhas A4 - Canetas de feltro, lápis de cor, afia, borracha - Cadeiras e mesas	- Estudante de EESMP - Enfermeira Orientadora - Clientes	5 minutos
Desenvolvimento	- Elaboração de um desenho símbolo da esperança, seguida de definição dos objetivos para a próxima semana			15 minutos
	- Identificação dos possíveis obstáculos que poderão impedir a concretização dos objetivos e que estratégias poderão utilizar para enfrentar essas dificuldades.			15 minutos
	- Elaboração de um plano para cumprir os objetivos, através de passos a concretizar			20 minutos
Conclusão	- Resumo da Sessão - Feedback/avaliação da sessão - Agradecimento			5 minutos

Justificação da sessão:

Foi solicitado a realização de um desenho de um símbolo representativo de esperança. De seguida, na mesma folha, são indicados os objetivos para a próxima semana; numa escala de 0 a 10 qual a possibilidade de conseguir concretizar os objetivos definidos; e quais os obstáculos que poderão impedir a concretização dos mesmos. Para finalizar, os clientes delineiam um plano para cumprir os objetivos definidos, em 3 passos (adaptado de “Os meus objetivos da semana são...”, de Querido, 2020, p. 246). Este exercício envolve o estabelecimento e alcance de objetivos significativos para a pessoa (Querido, 2018), o que contribui para a promoção da esperança em alcançar os objetivos seguintes, uma vez que o cliente conclui que conseguiu alcançar objetivos que inicialmente não acreditava ser capaz. Na semana seguinte, é feita uma reavaliação desses objetivos, percebendo os que foram alcançados e os que necessitam de maior energia por parte da pessoa para concretizar na semana seguinte.

Snyder (2000) define a esperança como um estado motivacional positivo, que conduz à capacidade para o indivíduo pensar em meios ou “caminhos”, para atingir os seus objetivos propostos, funcionando como uma ponte mental entre os objetivos que são desejados hoje e atingidos no futuro. Assim, a esperança é constituída por dois componentes que se relacionam de forma interativa, a energia dirigida para os objetivos, e o planeamento para alcançá-los (Snyder et al., 1991). Ou seja, para existir esperança é essencial que esteja presente, simultaneamente, motivação para se mover na direção do seu objetivo, e a perceção da capacidade de pensar em formas para o alcançar (Snyder et al., 1991; Snyder, 1995).

As emoções positivas resultam da perceção de sucesso, refletindo a ausência de obstáculos ou uma boa capacidades de os superar, e as emoções negativas resultam do insucesso em alcançar os objetivos propostos (Snyder, 1995, 2000, 2002). Pessoas com níveis mais baixos de esperança apresentam, geralmente, maior dificuldade em pensar em alternativas quando se deparam com o resultado negativo do caminho escolhido por si (Snyder, 2002). Percecionam os objetivos com um estado emocional negativo, com sentimento de ambivalência e foco na falha, ou impedimento em alcançar a meta (Snyder, 1995).

Pessoas com níveis mais elevados de esperança apresentam resposta emocional menos intensa e mais adaptativa, por se sentirem mais capazes de gerar caminhos alternativos perante um obstáculo, uma vez que, quando confrontadas com estes, abordam o objetivo com um estado emocional positivo, com sentimento de desafio e com o foco no sucesso, apresentando assim motivação e perceção de que os conseguem contornar (Snyder, 1994, citado por Snyder, 2000). Apresentam maior número de objetivos, mais complexos e difíceis de alcançar, apresentam estratégias de *coping* mais adaptativas, e pensam de forma mais positiva sobre si, sentindo-se mais satisfeitas e felizes quando procuram alcançá-los. Mantêm também um diálogo interno mais positivo, com autoverbalizações como “eu consigo” e “não vou desistir” para se manterem focadas nos seus objetivos (Snyder et al., 1991; Snyder, LaPointe, Crowson & Early, 1998).

Referências bibliográficas:

- Querido, A. (2020). Promoção da Esperança em Saúde Mental. Em Sequeira, C. & Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 243-246). Lisboa: Lidel.
- Querido, A. (2018). A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 6-8.
- Snyder, C. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling & Development*, 73(3), 355-360.
- Snyder, C. (2000). Hypothesis: There is hope. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 3-20). San Diego, CA, US: Academic Press.
- Snyder, R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275. doi: 10.1207/S15327965PLI1304_01
- Snyder, C. et al. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585.
- Snyder, C.; LaPointe, A.; Crowson, J. & Early, S. (1998). Preferences of high and low-hope people for self-referential input. *Cognition & Emotion*, 12(6), 807-823.

SESSÃO 9 – PSICOEDUCATIVA

Tema: Assertividade

Descrição: Partilha de ideias sobre a carta dos direitos assertivos (Anexo III) seguida de exercício prático para treino de assertividade: cada participante pensa na pessoa mais passiva que conhece e imagina a conduta dessa pessoa. De seguida circulam pela sala e comportam-se de forma submissa, sem utilizar palavras. Um minuto depois param como estátuas numa posição passiva e observam as pessoas ao seu redor identificando semelhanças nos diferentes comportamentos. Comentar as diferentes formas de expressão não verbais de submissão (fazer uma listagem no quadro, incluindo: contacto visual, postura, expressão facial, etc.). Repetir o exercício para o comportamento agressivo (certificar que não há violência física, verbal) e manipulador, e comportamento assertivo, prestando especial atenção à componente não verbal.

Objetivo Geral: Treinar a assertividade.

Objetivos Específicos: Identificar três ou mais características do comportamento passivo, agressivo e assertivo; colocar em prática dando um ou mais exemplos de respostas assertivas para uma situação em que a pessoa não apresentou comportamento assertivo.

Local: Sala de atividades do internamento

Duração prevista da sessão: 60 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS/ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO DA SESSÃO
Introdução	- Apresentação dos Enfermeiros e dos Clientes - Apresentação da sessão e seus objetivos			5 minutos
	- Definição do conceito de assertividade - Leitura da carta dos direitos assertivos			10 minutos

Desenvolvimento	- Exercício prático para identificação de formas agressivas, passivas e assertivas de agir, seguida de debate de ideias em grupo.	- Fotocópia da carta dos direitos assertivos para cada participante - Cadeiras - Quadro e marcadores	- Estudante de EESMP - Enfermeira Orientadora - Clientes	15 minutos
	- Reflexão em grupo sobre como ser assertivo; importância de reconhecer sentimentos e pensamentos para se ser assertivo; como se defende os próprios direitos.			10 minutos
	- Reflexão sobre uma situação em que são geralmente assertivos e noutras em que não o são e gostariam de o ser. Analisar em conjunto a situação e aplicar o que se aprendeu.			15 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão - Feedback/avaliação da sessão - Agradecimento			5 minutos

Justificação da sessão:

Segundo Slater (1990) citado por Grilo (2012), a grande diferença entre a assertividade e os outros estilos de comunicação (passividade e agressividade) está no modo de utilização, ou não, dos direitos de afirmação pessoal.

O estilo de comunicação passiva, caracterizado pela expressão indireta, ou ausência dela, de pensamentos, sentimentos e preferências, inclui hesitação, evitamento de determinados assuntos, pedidos de desculpa excessivos, manifestação de ansiedade, frases longas e contraditórias, justificações repetidas, expressões de autodepreciação (“eu nunca devia ter...”), crenças irracionais relacionadas com autodesvalorização (“a minha opinião não conta”) e o poder dos outros (“em situações de conflito é mais seguro não me manifestar”), expressões que anulam as suas necessidades (“eu podia ter feito...”), com o objetivo de agradar ao Outro e evitar conflitos (Grilo, 2012). Sem expressão direta e verdadeira das suas necessidades, a defesa dos direitos da pessoa é negligenciada, sendo estes facilmente ignorados pelo interlocutor (Back & Back, 2005 citado por Grilo, 2012). O medo de consequências negativas da expressão direta da sua opinião, a perceção de ameaça da situação ou do interlocutor, dificuldade em pensar de forma racional sobre si, confusão entre assertividade e agressividade, confusão entre respostas passivas e a boa educação e prestabilidade, estão na origem das respostas passivas (Grilo, 2012).

A pessoa com resposta agressiva centra-se nos seus objetivos em determinada situação, ignorando ou desvalorizando os interesses ou direitos do Outro, expressando de forma reivindicativa, ameaçadora e hostil, os seus desejos, necessidades e opiniões. Caracteriza-se por falar alto,

interromper e perguntar antes que o outro acabe de responder, expressões de arrogância e presunção, expressão de opiniões como se tratasse de factos, pedidos em forma de instrução, sarcasmos, acusações e culpabilização do Outro. Crenças de superioridade, e de insegurança e medo estão, geralmente, na origem de respostas agressivas (Galassi & Galassi, 1977; Hargie & Dickson, 2004; Back & Back, 2005 citados por Grilo, 2012).

O estilo de resposta assertiva envolve o conhecimento dos direitos e responsabilidades do próprio e do Outro, estando o próprio consciente das consequências decorrentes da expressão da sua opinião. Coordenando as suas perspetivas e as do Outro, com respeito pelos direitos envolvidos, defendendo as suas opiniões, expressando diretamente os seus pensamentos, sentimentos, necessidades, desejos, opiniões e crenças de forma direta e apropriada, através da escuta, elaboração de questões abertas de modo a conhecer opiniões e desejos (“o que pensas sobre...”), frases curtas e diretas, expressões iniciadas por “eu”, distinção entre factos e opiniões, e sugestões e críticas construtivas, é estabelecida uma comunicação assertiva (Hargie & Dickson, 2004; Joyce-Moniz & Barros, 2005). Slater (1990) citado por Grilo (2012) considera a assertividade como um comportamento positivo com competências interpessoais específicas, com a capacidade para expressar direitos, pensamentos e sentimentos, sem contrariar os seus princípios nem violar os princípios dos outros, existindo correlação positiva entre o estilo assertivo e a autoestima. Ao longo do tempo foram surgindo diversas definições de assertividade, todas elas partindo da premissa que a pessoa tem direitos de afirmação básicos que são importantes serem praticados (Hargie & Dickson, 2004). A assertividade permite, assim, a expressão de interesses, opiniões, sentimentos positivos incluindo fazer e receber elogios, expressar agrado e afeto; e expressar sentimentos negativos, manifestando desagrado, desconforto e mal-estar, afirmando-os através da comunicação verbal e não verbal, o que se quer, pensa e sente, sem invadir o espaço do Outro, sem negar os próprios direitos, nem esquecer os direitos dos outros, e sem que esse processo envolva ansiedade excessiva (Grilo, 2012; Sequeira, 2020).

Segundo Sequeira (2020, p.199) os direitos inerentes à comunicação assertiva incluem o direito a: (1) fazer juízos acerca dos pensamentos e comportamentos, e expressar sentimentos, assumindo a responsabilidade pelas consequências dessa mesma expressão; (2) expressar direitos e opiniões; (3) dizer “não sei qual a solução”, mesmo após fazer uma análise crítica da situação; (4) ser escutado; (5) cometer erros e de tomar decisões aparentemente sem lógica; (6) não ser perfeito; (7) assumir as responsabilidades pelas atitudes; (8) fazer pedidos; (9) mudar de opinião; (10) dizer não, a dizer “não entendo”. Assim sendo, para uma comunicação assertiva é importante o desenvolvimento de capacidades comunicacionais, tais como: capacidade de expressar o pensamento; fazer crítica construtiva; solicitar mudança de comportamentos; discordar da opinião dos outros; fazer perguntas; e fazer e receber elogios (Sequeira, 2020).

O treino assertivo inicia-se com a identificação das áreas em que existe dificuldade em ser assertivo, analisando fatores que impedem a expressão adequada. O exercício para treino das respostas assertivas e posterior análise das suas consequências, é feito inicialmente em meio protegido, com o profissional e só, posteriormente, o cliente experimenta aplicar a aprendizagem realizada em situações reais (Galassi & Galassi, 1977; Jakubowski & Lange, 1978 citado por Grilo, 2012). A sua utilização é essencial para uma interação social satisfatória, e diminuição da ansiedade em situações sociais, e apresenta como principal objetivo mudar a forma como a pessoa se vê a si mesma, aumentar a sua capacidade de autoafirmação, expressando adequadamente os seus sentimentos e pensamentos, aumentando a autoconfiança (Grilo, 2012; Sequeira, 2020).

Crenças como “posso escolher como me comportar” ou “posso aprender com os meus erros” são fundamentais para a expressão de resposta assertivas, tendendo as pessoas que utilizam o estilo assertivo a sentir maior controlo sobre a sua vida, apresentam maior satisfação com os seus relacionamentos, assumem responsabilidade pelo seu próprio comportamento, são mais respeitados pelos outros, e conseguem com maior frequência alcançar os seus objetivos (Hargie & Dickson, 2004; Grilo, 2012).

Segundo Bulechek, Butcher, Dochterman e Wagner (2018), e Sequeira (2020), algumas intervenções para o treino de assertividade, incluem: ajudar a pessoa identificar direitos; ajudar a pessoas esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais; estabelecer o propósito da interação; identificar os comportamentos ou pensamentos não assertivos; proceder à sua caracterização; identificar barreiras à assertividade; promover a expressão de ideias e sentimentos positivos e negativos; identificar e proceder ao registo das distorções cognitivas e/ou comportamentos associados a não assertividade; analisar as ações não assertivas, distinguindo entre comportamentos de afirmação, agressão e passiva; elaborar um plano de alteração das cognições e pensamentos não assertivos; avaliar a importância de ser assertivo; ajudar a pessoa na prática de habilidades sociais e de interação; efetuar reforços positivos, elogiando tentativas de expressão de sentimentos e ideias; monitorizar o nível de ansiedade relacionado com a mudança de comportamentos

Referências bibliográficas:

- Bulechek, G. M.; Butcher, H. K.; Dochterman, J. M. & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7ª ed.). St. Louis: Elsevier.
- Grilo, A. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 283 – 297.
- Hargie, O. & Dickson, D. (2004). *Skilled interpersonal communication. Research, theory and practice*. London: Routledge.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Lisboa: Edições Asa
- Sequeira, C. (2020). Treino de assertividade. Em Sequeira, C. & Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 243-246). Lisboa: Lidel.

SESSÃO 10 – PSICOEDUCATIVA

Tema: Adesão terapêutica

Descrição: Discussão sobre panfleto intitulado “adesão terapêutica”

Objetivo Geral: Incentivar à adesão terapêutica; propor discussão de ideias sobre a importância de aderir à terapêutica prescrita.

Objetivos Específicos: Identificar fatores dificultadores de adesão terapêutica; identificar motivos para cumprir a terapêutica conforme prescrito; nomear estratégias facilitadoras de adesão terapêutica.

Local: Sala de atividades do internamento

Duração prevista da sessão: 60 minutos

MOMENTO	CONTEÚDOS/ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO DA SESSÃO
Introdução	- Apresentação dos Enfermeiros e dos Clientes - Apresentação da presente sessão e os seus objetivos	- Exemplar de panfleto “Adesão terapêutica” - Folhas A5 - Canetas - Mesa e cadeiras	- Estudante de EESMP - Enfermeira Orientadora - Clientes	5 minutos
Desenvolvimento	-Apresentação de um panfleto intitulado “adesão terapêutica” - Partilha de ideias sobre a importância de aderir à terapêutica prescrita			15 minutos
	- Partilha de ideias sobre dificuldades de adesão à terapêutica			10 minutos
	- Partilha de ideias sobre estratégias para cumprimento de terapêutica prescrita			10 minutos
	- Partilha de ideias sobre experiências pessoais			15 minutos
Conclusão	- Resumo da Sessão - Feedback/avaliação da sessão - Agradecimento			5 minutos

Justificação da sessão:

Segundo a OMS (2003), a adesão terapêutica corresponde a uma atitude ativa, com envolvimento voluntário e colaborativo do cliente e profissional de saúde, para o cumprimento do regime terapêutico prescrito, farmacológico ou não-farmacológico, medidas profiláticas e propostas de promoção da saúde, tais como o cumprimento da dieta e alteração de estilos de vida, prática de exercício físico, abandono de comportamentos de risco, seguimento em consultas, entre outros (Meichenbaum & Turk, 2012 citado por Camarneiro, 2021). A não-adesão apresenta repercussões negativas não só na saúde da pessoa e populações, mas também com impacto social, económico, ambiental e político, e grande sobrecarga dos profissionais de saúde, e incluem o aumento da probabilidade de insucesso do tratamento, com complicações e sofrimento que poderiam ser evitáveis, o aumento da mortalidade e morbilidade, aumento dos gastos com a saúde, e a recaída e alargamento do período de tratamento (OMS, 2003; Kini & Ho, 2018; Horne et al., 2019). Em Portugal, 50,8% das pessoas com doença psiquiátrica aderem de forma descontinuada durante o primeiro ano, sendo que esta adesão descontinuada ocorre maioritariamente nos primeiros 3 meses (Monterroso, Pierdevara & Joaquim, 2012; Coelho et al., 2017). Ainda assim, mesmo com 74,1%, de taxa de adesão, mais de 80% interrompe o tratamento farmacológico por um intervalo superior a 30 dias. Facilmente se compreende que a OMS (2003) tenha identificado a não-adesão como “um problema mundial de magnitude impressionante”. Geralmente, a adesão terapêutica farmacológica aumenta com a significação da gravidade da doença e informação sobre a mesma, e está associada a responsabilidade, conhecimento sobre a terapêutica, compreensão da prescrição e estratégias proativas (Camarneiro, 2021). A fraca ou ausência de adesão terapêutica, responsável por uma elevada taxa de hospitalizações e mortalidade, ocorre, geralmente, em tratamentos complexos ou exigentes, que obrigam a mudanças no estilo de vida, que apresentam duração prolongada, e que provocam muitos efeitos secundários (Simpson et al., 2006; Kini & Ho, 2018).

Reconhecer os diversos fatores que podem influenciar a adesão terapêutica permite perceber que as intervenções para a promoção da adesão terapêutica passam por estratégias combinadas entre o nível cognitivo, comportamental, afetivo, social, entre outros, mas sempre centradas na pessoa. A parceria entre os profissionais e os clientes contribui para que as decisões possam ir ao encontro dos desejos, necessidades e preferências dos clientes e que estes tenham a informação e apoio de que necessitem para tomar decisões e participar nos seus próprios cuidados (Robinson, Callister, Berry & Dearing, 2008; Ahmed & Aslani, 2014). Deste modo, é necessário desenvolver estratégias efetivas que conduzam à mudança do comportamento dos clientes, mas também dos profissionais de saúde, com a finalidade de aumentar a adesão terapêutica (Cruz, 2017). Profissionais de saúde aptos a estabelecer comunicação adequada e relação de confiança, captam a atenção para a adesão terapêutica (Camarneiro, 2021).

A corresponsabilização do cliente com a sua saúde, através da sua participação ativa, conjuntamente com os profissionais, nos cuidados promotores, preventivos ou curativos, contribui para o sucesso das intervenções promotoras de adesão terapêutica (Martins, Martins & Santos, 2017). Estas intervenções que se têm revelado eficazes podem ser educacionais (através de programas individuais e/ou em grupo promotoras de conhecimento, destacando os benefícios, a necessidade do tratamento, a compreensão da sua importância, e explanação das crenças sobre as

doenças); comportamentais (integrando na rotina diária mecanismos facilitadores para o cumprimento terapêutico); e digitais (utilizando programas ou aplicações para telemóvel, mensagens telefónicas automáticas, mensagens geradas automaticamente por computador e videoconsultas, com recomendações e promoção da literacia em saúde). A informação escrita, audiovisual ou digital, em associação com a informação oral, contribui para aumentar o conhecimento, o grau de adesão e melhoria dos resultados. A simplificação dos esquemas terapêuticos, com diminuição do número de doses e de fármacos, organizadores e lembretes digitais ou manuais, calendários, contadores de doses, caixas de contagem e de distribuição da medicação, dispositivos de administração controlada, formas de dosagem calibrada, embalagens especiais para evitar esquecimentos e erros são outras estratégias que poderão ser utilizadas (Camarneiro, 2021).

Educar, responsabilizar, persuadir, mudar relações, conceitos, crenças, atitudes e ambiente é determinante no processo de adaptação às doenças crónicas e adesão terapêutica através da explanação das crenças e promoção da autoeficácia e motivação (Camarneiro, 2021).

Referências bibliográficas:

- Ahmed, R. & Aslani, P. (2014). What is patient adherence? A terminology overview. *International Journal of Clinical Pharmacy*.36(1):4-7
- Camarneiro, A. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7). Acedido a 5 de fevereiro. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV20145>
- Coelho, A.; Vilarés, C.; Silva, M.; Rodrigues, C.; Costa, M.; Gordicho, S. & Caetano, P. (2017). Investigação sobre adesão à terapêutica na população portuguesa: Uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 33, 262-276. Acedido a 5 de fevereiro 2022. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v33n4/v33n4a04.pdf>
- Cruz, R. (2017). Evolução do conceito de adesão à terapêutica. *Saúde & Tecnologia*. 18,11-16. Acedido a 10 fevereiro 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25758/set.2041>
- Horne, R.; Chan, A. & Wileman, V. (2019). Adherence to treatment. In T. Revenson & R. Gurung (Eds.), *Handbook of psychology* (pp. 148-161). Taylor and Francis.
- Kini, V. & Ho, M. (2018). Interventions to improve medication adherence: A review. *Journal of the American Medical Association*, 320(23), 2461-2473. Acedido a 28 de janeiro 2022. Disponível em: [10.1001/jama.2018.19271](https://doi.org/10.1001/jama.2018.19271)

- Martins, A., Martins, J. & Santos, S. (2017). Adesão ao regime medicamentoso antes e após intervenção de sensibilização terapêutica. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 9-16. Acedido a 5 de fevereiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17021>
- Monterroso, L.; Pierdevara, L. & Joaquim, N. (2012). Avaliação da adesão regime terapêutico dos utentes seguidos na consulta externa de psiquiatria do centro hospitalar barlavento algarvio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 39-45. Acedido a 5 de fevereiro 2022. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n7/n7a07.pdf>
- Robinson, J.; Callister, L.; Berry, J. & Dearing, K. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 20(12):600-7.
- Simpson, S.; Eurich, D.; Majumdar, S.; Padwal, R.; Tsuyuki, R.; Varney, J. & Johnson, J. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ (Clinical research ed.)*, 333(7557), 15. Acedido a 10 de janeiro, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.38875.675486.55>
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Acedido a 5 de fevereiro 2022. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>

APÊNDICE XI – Análise Reflexiva do Estudo de Caso realizado

Estudo de Caso – Análise Reflexiva

O contato com a população internada proporcionou-me a oportunidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências, para dar resposta às necessidades de ajuda a pessoas com o diagnóstico de enfermagem de baixa autoestima e experiência de doença mental. Para além de intervenções em grupo, realizei acompanhamento individual, nomeadamente a uma cliente com Depressão Major, com ideação suicida, com o diagnóstico de enfermagem de baixa autoestima, durante cerca de 3 semanas, desde o início do seu internamento até ao momento da alta, e o qual resultou na realização de um Estudo de Caso.

Este Estudo de Caso, tendo por base a Teoria de Sistemas de Betty Neuman, permitiu-me adequar as intervenções de enfermagem aos respetivos diagnósticos de enfermagem, analisar como a pessoa interage e dá resposta aos elementos stressores, e refletir sobre as consequências destes no processo saúde-doença (Neuman & Fawcett, 2011; Lowry & Aylward, 2015).

A cliente foi percebida como uma pessoa pertencente a uma cultura, sociedade ou grupo, como um Ser possuidor de princípios, com o seu grau de instrução e conhecimento e, sobretudo, com total interação com o ambiente, sendo possível alvo de agentes stressores (Neuman, 1995). A sua percepção das situações stressantes, influenciada pelas experiências de vida, crenças e valores, cultura, meio social e o significado pessoal que atribui a essa situação, juntamente com as suas emoções negativas, e mecanismos de *coping* e regulação emocional incapazes de reestabelecer o equilíbrio, representaram uma ameaça, originando sofrimento emocional. Foi feita uma análise das necessidades humanas de proteção para um equilíbrio dinâmico, e a identificação das causas e fatores de risco para redução do stress, com o objetivo de manter um grau máximo de bem-estar (Neuman, 1995).

Com a finalidade de desenvolver CEEESMP, prestando cuidados de Enfermagem especializados à pessoa com doença mental, pretendi conhecer a cliente numa perspetiva holística, através de observação direta, entrevistas e notas de campo; identificação de emoções e sentimentos; avaliação do seu estado mental; identificação de fatores stressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, e dos fatores protetores/de reconstituição; levantamento dos diagnósticos de enfermagem e planeamento de intervenções específicas de EE, avaliando os seus resultados. Foram promovidas situações desafiantes, provocando um autoquestionamento quanto ao seu desempenho, e estimulando a sua participação ativa, sendo protagonista no seu processo de desenvolvimento e recuperação. Foi promovido o desenvolvimento da capacidade de pensar sobre o próprio pensamento, refletir, compreender, analisar, levantar hipóteses, testá-las e avaliá-las com autonomia e cooperação.

Os seguintes diagnósticos de enfermagem padronizados, com as intervenções adequadas às necessidades da pessoa, foram identificados na primeira semana de internamento, conforme os dados objetivos e subjetivos apresentados: Vontade de viver diminuída; Desesperança; Humor depressivo; Baixa Autoestima; *Coping* não eficaz; Alimentar-se: comprometido; Sono: comprometido; Comportamento Interativo comprometido; Processo Familiar comprometido; Risco de não adesão ao regime terapêutico. Foram elaborados diagnósticos de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), uma vez que esta é a taxonomia utilizada no Serviço, e cujas orientações são suscetíveis de operacionalização, e compatíveis com os modelos teóricos presentes nas instituições (Amaral, 2010).

De acordo com Amaral (2010), a intervenção do enfermeiro resulta de um processo reflexivo após um pedido de ajuda, e definição dos respetivos diagnósticos e intervenções de enfermagem. Neste sentido, foram desenvolvidas intervenções que promovessem o

reconhecimento, expressão e gestão de emoções negativas com alívio do sofrimento emocional, com consequente redução da ansiedade e sintomas depressivos e ausência de ideação suicida. As intervenções de enfermagem foram realizadas com o objetivo de controlar a impulsividade, promover a esperança, promover autoestima e melhorar o humor, com consequente vontade de viver. A cliente foi acompanhada durante o seu internamento, identificando e realizando diversas intervenções em crise e mantendo a sua vigilância. Foram realizadas intervenções de enfermagem direcionadas para a recuperação da saúde mental, com preparação para a alta durante todo o internamento.

As sessões realizadas proporcionaram um espaço terapêutico para partilha de emoções e sentimentos, e de aprendizagens relacionadas com o seu processo de doença e de recuperação e promoção da saúde mental. Neste sentido, para além da sua participação nas sessões em grupo para promoção da autoestima realizadas, participou também em algumas sessões individuais tais como sobre as características de uma pessoa com alta e baixa autoestima; identificação e gestão de emoções e sentimentos; identificação de medos e crenças limitantes; promoção da esperança; treino de assertividade; adesão terapêutica, entre outras. Com as diferentes sessões realizadas individualmente e em grupo, pretendi intervir com diversos objetivos, nomeadamente: promover a identificação, expressão e gestão de emoções e sentimentos; desenvolver competências de gestão de controlo emocional; promover a sua autoestima; desenvolver e reforçar a autoconfiança e valorização pessoal; facilitar a satisfação com a própria vida; implementar estratégias de reflexão pessoal; facilitar a capacidade de aceitação da realidade; desenvolver estratégias adaptativas a sua realidade; facilitar a criação de critérios pessoais de decisão; desenvolver estratégias de autorregulação; desenvolver estratégias de resolução de problemas; verificar estratégias adaptativas à mudança; promover o crescimento pessoal; facilitar adequação das relações interpessoais; desenvolver estratégias de adequação das necessidades individuais à realidade e promover relações interpessoais satisfatórias. Foi estabelecida uma relação de confiança e parceria com a cliente, aumentando o seu *insight* sobre os problemas, capacidade de mobilizar novas formas de os perceber e resolver, tal como o desenvolvimento de relações intrapessoais e interpessoais gratificantes (OE, 2018).

Uma vez que o agente stressor ultrapassou a linha de defesa e provocou danos no sistema, as intervenções feitas resultaram no fortalecimento das linhas de defesa e de resistência, e a redução do resultado negativo à reação, atingindo a estabilidade do sistema. Ao longo do processo terapêutico verificou-se, gradualmente, uma evolução do seu padrão de resposta aos stressores, com mudança do seu comportamento, demonstrando, ao longo do tempo de internamento, novos padrões de resposta mais eficazes e adaptativos, com reconstrução de uma linha de defesa e reequilíbrio do sistema, revelando sintomas positivos. Foi oferecido tempo e espaço para a cliente aprender a monitorizar e autorregular os seus processos cognitivos, procurando utilizar estratégias para aprendizagem ou resolução dos seus problemas.

Ao longo da intervenção terapêutica, a cliente demonstrou maior tolerância e capacidade para aceder ao seu sofrimento e apoderar-se dele. Permitiu manter as linhas de defesa e o equilíbrio do sistema na presença da ameaça de stressores, recorrendo aos seus recursos internos como forma de lidar com esses stressores, e diminuir o seu sofrimento. Falou sobre o seu passado sem eufemismos ou expressão de angústia, embora referindo raiva, ódio e tristeza, e procurando aprendizagens na sua história de vida.

Este processo proporcionou também uma possibilidade de mudança, com a identificação e consciencialização dos momentos em que, perante um stressor, ocorreu uma resposta diferente do padrão habitual, permitindo uma mudança no seu comportamento, com melhoria da capacidade de resposta e reforço das linhas de defesa, com fim ao

restabelecimento do equilíbrio do sistema. A cliente percebeu que este movimento de mudança e a criação de novos padrões de resposta mais adaptativos aos stressores, poderão futuramente ajudar no restabelecimento das linhas de defesa e do equilíbrio do sistema, com fim à recuperação e melhoria da sua saúde mental.

O Estudo de Caso realizado, através da experiência de estar em relação com o Outro, e de um olhar crítico sob a relação estabelecida, contribuiu para refletir sobre o meu percurso desenvolvido até ao momento, e permitiu-me uma melhor compreensão da complexidade da dimensão humana. Deparar-me com o estado de angústia e sofrimento humano, convidou-me também a refletir sobre as minhas limitações enquanto pessoa e profissional, e na importância de conhecer os meus próprios recursos internos. Levou-me a monitorizar as minhas reações corporais, emocionais e comportamentais, e outros fatores que interferiram na relação terapêutica, como a gestão dos fenómenos de transferência e contratransferência. Conduziu-me ao questionamento sobre os conteúdos teóricos em que me fundamentei para dar resposta ao pedido de ajuda do Outro, desenvolvendo também competências no âmbito da promoção da esperança.

O término da relação aconteceu no momento da sua alta clínica, que foi decidido pelo facto da cliente apresentar melhoria do diagnóstico de enfermagem baixa autoestima, com menos verbalização de autodepreciação, verbalizando com maior frequência, e espontaneamente, aspetos positivos sobre si, com maior procura de interação com os outros, gestão eficaz de emoções e sentimentos, e capacidade para definir metas realistas para o seu futuro.

Referências Bibliográficas:

- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Lowry, L. & Aylward, P. (2015). Betty Neuman's Systems Model. In M. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing theories & nursing practice* (4.ed.). 165-184. Philadelphia: F. A. D. Company Ed.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. (3rd ed.). East Norwalk: Appleton & Lange.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems model*. (5th ed.). Estados Unidos da América: Pearson.
- Regulamento nº 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (nº 151 de 07 de agosto de 2018), 21427-21430. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>.

APÊNDICE XII – Análise Reflexiva do percurso de desenvolvimento de Competências de Mestre em articulação com as Competências Comuns de Enfermeira Especialista

De seguida, será feita uma breve análise reflexiva, explanando e relacionando as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do percurso realizado, refletindo sobre a intervenção prática durante o estágio, incluindo as Competências de Mestre em articulação com as Competências Comuns do EE.

Competências de Mestre – c) “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (PCM, 2018, p.4162)

– Competências Comuns do EE – Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: (OE, 2019, p. 4746)

A1 – “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, o princípios éticos e a deontologia profissional”.

Segundo Benner (2001), a prestação de cuidados de enfermagem emerge de um processo sustentado em diferentes áreas do saber, determinando diferentes conhecimentos técnicos, científicos, relacionais e éticos. A valorização das questões éticas que poderão estar envolvidas nos cuidados no âmbito da saúde mental é imprescindível, uma vez que pessoas com experiência de doença mental apresentam características e sintomatologia muito subjetiva, sobre as quais existe estigma por parte da sociedade (Azenha, 2014). A confrontação com situações complexas que incitam dúvidas nos profissionais sobre a melhor atuação, respeitando os princípios éticos e deontológicos que apoiam a tomada de decisão, considerando os conhecimentos, a experiência profissional e as competências, são frequentes. Esta competência foi desenvolvida através de um exercício seguro, profissional e ético, demonstrando uma tomada de decisão ética segundo princípios, valores e normas deontológicas, na equipa de enfermagem, com uma avaliação sistemática das melhores práticas, e considerando as preferências do cliente. Cada cliente foi perspectivado como um Ser único, com características próprias, crenças e valores específicos e que não devem ser alvo de crítica ou desvalorização.

A tomada de decisão foi suportada em juízo baseado no conhecimento, na experiência, na participação em equipa, com respeito pela deontologia profissional, e identificadas estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente, com reflexão, avaliação e partilha dos resultados.

A2 – “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

A procura da excelência do desempenho, sustentando a intervenção em conhecimentos éticos e deontológicos, é fundamental, garantindo que a pessoa com experiência de doença mental tenha o direito em ver respeitados os seus direitos e a sua

dignidade humana (Azenha, 2014). Assim, foi feita uma gestão das situações potencialmente problemáticas para os clientes, pela promoção da proteção dos Direitos Humanos, assegurando o respeito pelo direito ao acesso à informação, à confidencialidade e privacidade, ao respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas dos indivíduos e grupos, respeitando a escolha do cliente no âmbito dos cuidados especializados e de saúde.

Competências de Mestre – b) “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”; d) “Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”; e) “Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (PCM, 2018, p.4162).

– Competências Comuns do EE – Competências no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (OE, 2019, p. 4747):

B1 – “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”

Esta competência foi desenvolvida com a mobilização de conhecimentos e habilidades, elaboração e aplicação de projetos, nomeadamente o projeto definido neste Relatório, que contribuam para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

B2 – “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”

Participando no planeamento de programas de melhoria contínua, com base em evidência científica e normas para a avaliação da qualidade, analisando os resultados da avaliação efetuada, através de indicadores e instrumentos adequados para a avaliação da prática e sua eventual revisão, de acordo com os resultados, e identificando oportunidades de melhoria. Foi realizada pesquisa bibliográfica que servisse de base aos cuidados a prestar, aperfeiçoando e adaptando a prática aos resultados, assumindo o cliente o papel central dos cuidados prestados. O planeamento de cada sessão tornou-se desafiante, sendo este sujeito a diversas alterações. Sendo visível a obtenção de resultados em cada cliente, foi demonstrada a pertinência do programa realizado e a necessidade de intervir na área da autoestima.

B3 – “Garante um ambiente terapêutico e seguro”

Atuando proactivamente, promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gestão do risco, através de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança, e proteção individual ou do grupo. Garante-se, assim, a qualidade de um ambiente terapêutico seguro, com prevenção de incidentes, com respeito pela sua individualidade, as

suas necessidades, crenças e valores, que foi fundamental para a participação e o sucesso da intervenção.

Competências de Mestre – a) “Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (PCM, 2018, p.4162).

– Competências Comuns do EE – Competências no Domínio da Gestão dos Cuidados (OE, 2019, p. 4748):

C1 – “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”

Esta competência foi desenvolvida através da gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados e das tarefas delegadas, e adaptando os recursos existentes ao contexto e às necessidades identificadas. É importante uma delegação de tarefas eficaz, sendo essencial o trabalho em equipa e um ambiente de trabalho saudável, com determinados objetivos de trabalho comuns entre profissionais, sendo o principal a promoção do bem-estar do cliente. A colaboração nas decisões da equipa, e negociação e referenciação para outros profissionais de saúde, é essencial para uma gestão adequada dos cuidados.

C2 – “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e aos contextos, visando a garantia da qualidade dos cuidados”

Foi desenvolvida esta competência através da adequação dos recursos às necessidades de cuidados, e reconhecimento dos diferentes papéis e funções dos elementos da equipa, e identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados. A gestão da equipa, de conflitos e de situações problema, e a tomada de decisão são papéis fundamentais do líder, na prática de enfermagem e no sucesso dos cuidados (Camelo & Silva, 2013). A aplicação da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados, e negociando recursos adequados, de forma eficiente, contribui para a prestação de cuidados de qualidade. A gestão dos cuidados foi um desafio diário, sobretudo no momento de intervenção direta e na implementação das atividades do projeto.

A integração na equipa multidisciplinar decorreu com sucesso, com responsabilidade e procura constante de situações de aprendizagens e aprofundamento de conhecimentos. O interesse, empenho e motivação facilitou o sucesso das relações no serviço, sendo estabelecida relação de confiança por parte da restante equipa na atribuição de tarefas e na promoção da autonomia na prestação de cuidados.

Competências de Mestre – c) “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação

limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”; e) “Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (PCM, 2018, p.4162).

– Competências Comuns do EE – Competências no Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019, p. 4749):

D1 – “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”

Com consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, reconhecendo que o autoconhecimento interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, identificando os fatores que poderão interferir nas diversas relações. Houve gestão eficiente das minhas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda, de sentimentos e emoções, de respostas adaptativas, o reconhecimento dos meus recursos e limites pessoais e profissionais. Foi importante uma autorregulação, adaptando a forma de estar, de relacionar e de interagir com o Outro. Foram reconhecidas e antecipadas possíveis situações de conflito, com recurso a técnicas de resolução das mesmas. Atuar sobre pressão perante situações constrangedoras e intimidantes, por comportamentos alterados e desestabilizadores, fez parte de cada momento em estágio, e foi o que mais desafiou o meu desempenho, autonomia e assertividade na prestação de cuidados.

D2 – “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”

Esta competência foi desenvolvida com identificação das necessidades formativas, sendo agente ativo e facilitador da aprendizagem. Foram fundamentados os processos de tomada de decisão e das intervenções baseadas em conhecimento válido, atual e pertinente; o desenvolvimento de conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes; as habilidades e competências profissionais, suportando o desenvolvimento de uma prática clínica especializada com base em evidência científica.

Através de iniciativa, foram aproveitadas as diversas oportunidades de aprendizagem. Foram frequentados eventos formativos que permitiram aprofundar teoricamente diferentes temáticas no âmbito da Saúde Mental. A atualização de conhecimentos e a investigação científica são cruciais ao crescimento a nível pessoal e profissional, e para a melhoria dos cuidados prestados, alcançando a excelência dos cuidados de Enfermagem. Neste sentido, a participação no XII Congresso Internacional da A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, com o tema “Intervenções de Enfermagem para o Autoconceito da Pessoa com Doença Mental: Revisão integrativa da Literatura”, que decorreu nos dias 27 a 29 de outubro de 2021, em Felgueiras, correspondeu a uma excelente oportunidade de divulgação de trabalho realizado, mas também uma oportunidade de aprendizagem pelas diversas temáticas apresentadas, com a mais recente divulgação científica. Foi ainda submetida à Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, a

30 de dezembro de 2021, um artigo de Revisão Integrativa da Literatura sobre o mesmo tema, o qual ainda se aguarda resposta sobre eventual publicação.

Referências Bibliográficas:

- Azenha, S. (2014). Internamento e Tratamentos Compulsivos em Pessoas com Perturbação Mental – Estudo das Atitudes Éticas. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do Grau de Doutor em Bioética.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto.
- Camelo, S. & Silva, V. (2013). A Competência da Liderança em Enfermagem: Conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. *Revista de Enfermagem UERJ*. 21 (4): 533-539.
- Presidência do Conselho de Ministros (2018). Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República n.º157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de Agosto de 2018, 4162- 4165.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019), Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. 2ª Série. (n.º 26 — 6 de fevereiro de 2019). p.4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

ANEXOS

Anexo I – Texto para sessão de biblioterapia – “*O Elefante acorrentado*”
de Jorge Bucay – Para Sessão 5 (*Apêndice X*)

Texto – “O Elefante acorrentado” (Jorge Bucay)

— *Não consigo* — disse-lhe. — *Não consigo!*

— *Tens a certeza?* — perguntou-me ele.

— *Tenho! O que eu mais gostava era de conseguir sentar-me à frente dela e dizer-lhe o que sinto... Mas sei que não sou capaz.*

O gordo sentou-se de pernas cruzadas à Buda, naqueles horríveis cadeirões azuis do seu consultório. Sorriu, fitou-me olhos nos olhos e, baixando a voz como fazia sempre que queria que o escutassem com atenção, disse-me:

— *Deixa-me que te conte...*

E sem esperar pela minha aprovação, o Jorge começou a contar.

Quando eu era pequeno, adorava o circo e aquilo de que mais gostava eram os animais. Cativava-me especialmente o elefante que, como vim a saber mais tarde, era também o animal preferido dos outros miúdos. Durante o espectáculo, a enorme criatura dava mostras de ter um peso, tamanho e força descomunais... Mas, depois da sua actuação e pouco antes de voltar para os bastidores, o elefante ficava sempre atado a uma pequena estaca cravada no solo, com uma corrente a agrilhoar-lhe uma das suas patas.

No entanto, a estaca não passava de um minúsculo pedaço de madeira enterrado uns centímetros no solo. E, embora a corrente fosse grossa e pesada, parecia-me óbvio que um animal capaz de arrancar uma árvore pela raiz, com toda a sua força, facilmente se conseguiria libertar da estaca e fugir.

O mistério continua a parecer-me evidente.

O que é que o prende, então?

Porque é que não foge?

Quando eu tinha cinco ou seis anos, ainda acreditava na sabedoria dos mais velhos. Um dia, decidi questionar um professor, um padre e um tio sobre o mistério do elefante. Um deles explicou-me que o elefante não fugia porque era amestrado.

Fiz, então, a pergunta óbvia:

— *Se é amestrado, porque é que o acorrentam?*

Não me lembro de ter recebido uma resposta coerente. Com o passar do tempo, esqueci o mistério do elefante e da estaca e só o recordava quando me cruzava com outras pessoas que também já tinham feito essa pergunta.

Há uns anos, descobri que, felizmente para mim, alguém fora tão inteligente e sábio que encontrara a resposta:

O elefante do circo não foge porque esteve atado a uma estaca desde que era muito, muito pequeno.

Fechei os olhos e imaginei o indefeso elefante recém-nascido preso à estaca. Tenho a certeza de que naquela altura o elefantinho puxou, esperneou e suou para se tentar libertar. E, apesar dos seus esforços, não conseguiu, porque aquela estaca era demasiado forte para ele.

Imaginei-o a adormecer, cansado, e a tentar novamente no dia seguinte, e no outro, e no outro... Até que, um dia, um dia terrível para a sua história, o animal aceitou a sua impotência e resignou-se com o seu destino.

Esse elefante enorme e poderoso, que vemos no circo, não foge porque, coitado, pensa que não é capaz de o fazer.

Tem gravada na memória a impotência que sentiu pouco depois de nascer.

E o pior é que nunca mais tornou a questionar seriamente essa recordação.

Jamais, jamais tentou pôr novamente à prova a sua força...

— E é assim a vida, Damião. Todos somos um pouco como o elefante do circo: seguimos pela vida fora atados a centenas de estacas que nos coarctam a liberdade.

Vivemos a pensar que «não somos capazes» de fazer montes de coisas, simplesmente porque uma vez, há muito tempo, quando éramos pequenos, tentámos e não conseguimos.

Fizemos, então, o mesmo que o elefante e gravámos na nossa memória esta mensagem: «Não consigo, não consigo e nunca hei-de conseguir.»

Crescemos com esta mensagem que impusemos a nós mesmos e, por isso, nunca mais tentámos libertar-nos da estaca.

Quando, por vezes, sentimos as grilhetas e as abanamos, olhamos de relance para a estaca e pensamos:

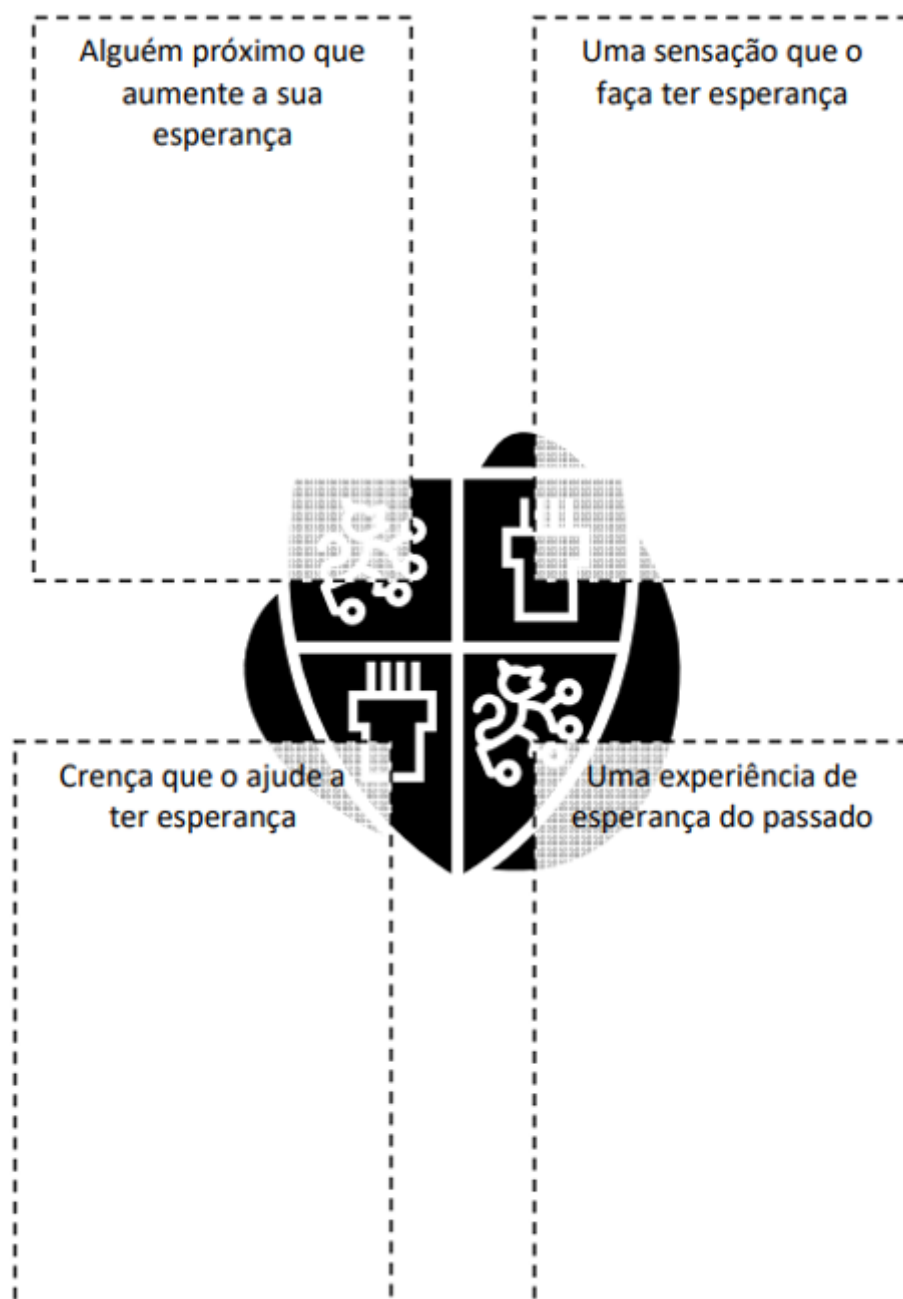
Não consigo e nunca hei-de conseguir.

O Jorge fez uma longa pausa. Depois, aproximou-se, sentou-se no chão à minha frente e prosseguiu:

— *É isto que se passa contigo, Damião. Vives condicionado pela lembrança de um Damião que já não existe, que não foi capaz.*

» A única maneira de saberes se és capaz é tentando novamente, de corpo e alma... e com toda a força do teu coração!"

Anexo II – Brasão da Esperança – para Sessão 6 (*Apêndice X*)



Fonte: Querido, A; Marques, R.; Dixe, M. (2011). : EXERCITAR A ESPERANÇA (Volume I) - Um Guia Prático Promotor de Esperança nas Pessoas com Doença Crónica Avançada. Politécnico de Leiria.

Anexo III – Carta dos direitos assertivos – para Sessão 9 (*Apêndice X*)

Carta dos direitos assertivos

Os direitos assertivos são um conjunto de direitos pessoais que permitem a cada pessoa ser ela própria, agir e expressar-se como ela própria perante os outros, sem quaisquer distinções de cor, sexo, idade ou estatuto social.

Alguns exemplos desses direitos são:

- *“Eu tenho o direito de ser respeitado e tratado de igual para igual, qualquer que seja o papel que desempenho ou o meu status social.”*
- *“Eu tenho o direito de manter os meus próprios valores, desde que eles respeitem os direitos dos outros.”*
- *“Eu tenho o direito de expressar os meus sentimentos e opiniões.”*
- *“Eu tenho o direito de expressar as minhas necessidades e pedir o que quero.”*
- *“Eu tenho o direito de dizer SIM e NÃO, e não me sentir culpado/a por isso.”*
- *“Eu tenho o direito de lidar com outras pessoas sem estar dependente da aprovação destas”*
- *“Eu tenho o direito de me sentir bem comigo próprio/a sem sentir necessidade de me justificar perante os outros.”*
- *“Eu tenho o direito de mudar de opinião.”*
- *“Eu tenho o direito de pensar antes de agir ou tomar uma decisão.”*
- *“Eu tenho o direito de dizer “Eu não estou a perceber” e pedir que me esclareçam ou ajudem.”*
- *“Eu tenho o direito de cometer erros sem me sentir culpado/a, e ser responsável por esses erros.”*
- *“Eu tenho o direito de fixar os meus próprios objectivos de vida e lutar para que as minhas expectativas sejam realizadas, desde que respeite os direitos dos outros.”*

Consultado em:

<https://www.humanus.pt/recursos/empowerment/cap04/direitosassertivos.htm>

<https://www.oficinadepsicologia.com/5-passos-para-10-direitos-assertivos/>