



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

Relatório de Estágio

**Promoção do autoconceito da pessoa com experiência de
doença mental: Intervenção de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica**

Maria da Conceição Mota Chambel

**Lisboa
2021**



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

**Promoção do autoconceito da pessoa com experiência
de doença mental: Intervenção de Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica**

Maria da Conceição Mota Chambel



Orientadora: Professora Doutora Francisca Roberto Manso



**Lisboa
2021**

Nós somos imprevisíveis.
Às vezes olhamo-nos ao espelho e, mesmo
sem dizer, dizemos aquele verso de Rimbaud,
“Eu sou outro”. “Quem é este que me olha no espelho?”.
Olhamos para nós e há uma estranheza de ser que nunca se cura:
“Mas sou assim?
Que caminho é este?
Que tempos são estes que me habitam?”
Nós somos também um segredo para nós mesmos
e temos de aceitar-nos assim.
Somos um enigma, uma pergunta,
e temos de aceitar isso
Caso contrário não teremos paz.

José Tolentino Mendonça

AGRADECIMENTOS

Quero começar por agradecer à Professora Doutora Francisca Manso, pela sua orientação dedicada, dirigida às minhas necessidades e sempre respeitadora dos meus tempos, nunca deixando de me estimular. Foi academicamente e pessoalmente um privilégio fazer este percurso na sua companhia.

Aos meus pais, que como sempre e em circunstâncias diversas me ajudaram a perceber qual a real importância de cada coisa em cada momento.

À minha filha Inês pelo grande desafio que assumimos em conjunto, de fazer este percurso académico, profissional e pessoal mantendo a motivação e foco, cada uma na sua área de formação.

Ao meu filho Pedro grande parceiro nas longas jornadas na mesa de trabalho, que serviram para partilhar muito mais do que só o estudo.

Ao Ricardo que sempre me acompanhou e estimulou, ainda que desta vez o tivesse feito de uma forma diferente.

À minha grande equipa de trabalho, vocês são “os melhores do mundo”, a vossa amizade e colaboração facilitou muito esta etapa.

A todos os profissionais que contribuíram para que este percurso fosse uma construção permanente de competências e evolução profissional e pessoal.

Para terminar, a todos os utentes e famílias com quem tive o privilégio de me relacionar no decorrer dos dois estágios, estes são o real motivo de todo o investimento efetuado.

RESUMO

Este relatório reflete o percurso de estágio realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em dois contextos diferentes: um serviço de internamento de psiquiatria e um serviço comunitário, ambos na zona metropolitana de Lisboa.

O objetivo principal foi desenvolver competências de enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria partindo da realização de um programa de intervenções em grupo, numa abordagem psicoeducacional e socioterapêutica com recurso a mediadores expressivos (barro, desenho, pintura, escrita criativa, biblioterapia), dirigido a pessoas com experiência de doença mental.

Foi utilizada a metodologia de projeto. O programa de intervenções teve como foco a promoção do autoconceito na pessoa com experiência de doença mental. O autoconceito é uma estrutura de conhecimento que está relacionada com o processo de desenvolvimento humano e que se forma a partir da autoconsciência proporcionando o ajustamento pessoal.

A entrevista semiestruturada e as notas de campo foram alguns instrumentos utilizados. No serviço de internamento foram selecionadas as pessoas que se encontravam no internamento psiquiátrico com os diagnósticos de anorexia nervosa e autoconceito comprometido e foram realizadas seis intervenções.

No contexto comunitário com o mesmo objetivo foram realizadas cinco sessões no grupo terapêutico que variou entre oito e dez pessoas.

A intervenção socio terapêutica recorrendo à utilização de mediadores expressivos revelou-se um importante recurso promotor, da autorreflexão, do autoconhecimento, da autoperceção e expressão de emoções. A avaliação do programa, de intervenções de enfermagem através da utilização de mediadores expressivos, permitiu-nos afirmar que é possível promover o bem-estar, a autoconsciência e o autoconceito com as pessoas de forma a valorizar, explorar e respeitar o significado das suas experiências individuais, dos problemas de saúde mental e fornecer uma prática centrada na pessoa e na sua recuperação.

Palavras chave: Promoção do autoconceito, promoção da saúde mental, intervenção de enfermagem com mediadores expressivos.

ABSTRACT

This report reflects the internship course carried out under the Master`s Degree Course in Nursing in the Area of Mental Health and Psychiatric Nursing in two different contexts: a psychiatric inpatient service and a community service, both in the metropolitan area of Lisbon.

The main objective was to develop specialist nurse skills in mental health based on a program of group interventions, in a psychoeducational and sociotherapeutic approach, using expressive mediators (clay, drawing, painting, creative writing, bibliotherapy), aimed at people with experience of mental illness.

The design methodology was used. The intervention program focused on promoting self-concept in people with experience of mental illness. Self-concept is a knowledge structure that is related to the process of human development and that is formed from self-awareness providing personal adjustment.

Semi-structured interviews and field notes were some of the instruments used. In inpatient service, people who were in psychiatric internment with diagnoses of anorexia nervosa and compromised self-concept were selected, and six interventions were performed.

In the community context, with the same objective, five sessions were held in therapeutic group, which varied between eight and ten people.

Socio-therapeutic intervention using expressive mediators proved to be an important resource that promotes self-reflection, self-knowledge, self-perception and expression of emotions. The evaluation of the program, of nursing interventions through the use of expressive mediators, allowed us to state that it is possible to promote well-being, self-awareness and self-concept with people in order to value, explore and respect the meaning of their experiences of mental health problems and provide a practice centered on the person and his/her recovery.

Key words: Self-concept promotion, mental health promotion, nursing intervention with expressive mediators.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AN – Anorexia Nervosa

CNS – Comissão Nacional de Saúde

CNSP - Comissão Nacional de Saúde Pública

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DCA – Distúrbios do Comportamento Alimentar

DR – Diário da República

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EESMP – Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEDM – Pessoa com Experiência de Doença Mental

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

UC – Unidade Curricular

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1. Breve abordagem sobre o autoconceito.....	17
1.2. Da promoção da saúde mental à promoção do autoconceito	21
1.3. Da intervenção em grupo às intervenções expressivas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	23
1.4. A Teoria de Hildegard Peplau como referencial orientador da Intervenção de Enfermagem	29
II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	32
2.1. Delimitação da Problemática	32
2.2. Objetivos gerais e específicos	32
2.3. Participantes	33
2.4. Percurso e procedimentos metodológicos	34
III. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO DE ESTÁGIO	36
3.1. Estágio em contexto Hospitalar de Internamento de Psiquiatria	36
3.1.1. Plano de intervenção / Internamento de Psiquiatria	38
3.2. Estágio em contexto Comunitário de Hospital de Dia de Psiquiatria	50
3.2.1. Plano de intervenção / Hospital de Dia de Psiquiatria	52
IV. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE EESMP	62
V- CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	76

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Cronograma de estágio

APÊNDICE 2 – Programa de intervenção no contexto de internamento hospitalar de psiquiatra

APÊNDICE 3 – Programa de intervenção no contexto comunitário: hospital de dia de psiquiatria

ANEXOS

ANEXO 1 – Certificado da Ação de Formação “Cuidar do Adolescente com Distúrbios da Alimentação e da Ingestão”

ANEXO 2 - Produções expressivas/ artísticas (Internamento Hospitalar)

ANEXO 3 - Produções Expressivas/Artísticas (Hospital De Dia)

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO Nº1 - Plano de intervenções / Internamento de Psiquiatria 39

QUADRO Nº2 - Plano de intervenções / Hospital de Dia de Psiquiatria 52

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA Nº1 - Alteração do contorno corporal (II)	43
FIGURA Nº2 - Produções em barro	45
FIGURA Nº3 - O meu molde (VII)	55
FIGURA Nº4 - O meu molde (V)	56
FIGURA Nº5 - As emoções dentro e fora de mim (III)	59
FIGURA Nº6 - As emoções dentro e fora de mim (VIII) / Painel de grupo.....	60

INTRODUÇÃO

Este documento pretende contextualizar teórica e metodologicamente o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências gerais e específicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), a partir da intervenção de enfermagem (socioterapêutica e psicoterapêutica) com a pessoa com experiência de doença mental (PEDM), recorrendo ao uso de mediadores expressivos e habilidades interpessoais. O projeto de estágio teve o intuito de ajudar a explorar e dar sentido às experiências individuais e promover estratégias adaptativas na pessoa com autoconceito comprometido.

Este relatório surge no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialidade de ESMP, da ESEL, e é referente à UC: Estágio com relatório, do 2º Ano, 1º semestre. Neste contexto foram selecionados dois locais de estágio: um serviço de internamento de psiquiatria e um serviço comunitário, (hospital de dia) ambos na área de Lisboa.

A necessidade de um maior investimento em programas vocacionados para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental em articulação com os cuidados de saúde primários é recorrentemente identificada nos PNSM como uma das metas a atingir, no entanto constatamos que estes planos não tiveram o desenvolvimento necessário em função da sua importância. No âmbito da minha prática profissional atual como enfermeira de família numa unidade de saúde familiar, senti a necessidade de ter um trabalho na área de saúde/doença mental mais articulado, e esta necessidade motivou a opção pela especialização na área da ESMP, mas também a abordagem da temática deste projeto de estágio: a promoção do autoconceito como foco de interesse no âmbito da minha

formação acadêmica. A investigação empírica destaca que a alteração do autoconceito se correlaciona com a possível ocorrência da doença mental, mas pode também surgir como consequência desta.

O autoconceito está relacionado com o processo de desenvolvimento humano e os seus comportamentos inerentes proporcionam um bom ou um fraco ajustamento pessoal, (Henriques, 2009). Considerar o autoconceito e a adaptação social na prevenção e intervenção em saúde mental torna-se por isso fundamental (Zhu, 2016). A promoção do autoconceito surge como uma opção relacionada com a promoção da saúde mental, a recuperação da doença e a reinserção psicossocial. Esta escolha resulta do interesse pessoal no desenvolvimento do conhecimento desta temática, mas também porque esta se evidencia como um problema transversal que pode estar presente na pessoa com ou sem doença em vários estadios da vida e com várias repercussões.

O plano de intervenção definido pretendia não só promover a ajuda às pessoas com autoconceito comprometido, mas também adquirir e desenvolver competências específicas de EESMP, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e Plano de Estudos da ESEL, através de um processo de pesquisa, implementação e avaliação de intervenções e reflexão sobre elas, processo que veio contribuir para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

O regulamento de competências específicas do enfermeiro ESMP foca a importância da promoção e prevenção da saúde mental, o diagnóstico e a intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental e ainda que são as competências de âmbito psicoterapêutico que permitem ao EESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica de enfermagem distinta das outras área de especialidade, (OE, 2018).

Este documento foi dividido em 6 partes, inicia-se com a introdução, segue-se o enquadramento conceptual que resultou de uma revisão da literatura efetuada no decorrer do desenvolvimento do projeto e que se focou nos conceitos centrais (a promoção do autoconceito, as intervenções de EESMP e os mediadores expressivos) e na fundamentação da intervenção especializada de EESMP. O enquadramento metodológico pretende refletir sobre as opções e estratégias que permitiram o desenvolvimento do projeto de estágio. O percurso de implementação do projeto de estágio descreve sumariamente os contextos de estágio onde foram desenvolvidas as intervenções bem como o desenvolvimento pessoal e profissional que aconteceu ao longo da sua implementação, evidenciando a análise e reflexão sobre as intervenções de EESMP. A análise do desenvolvimento de competências de EESMP, reflete a forma como o percurso efetuado nos contextos de estágio e implementação do projeto se traduziram na aquisição das competências especializadas; identificando as aprendizagens em cada contexto, bem como a adaptação a outras realidades do cuidar em diferentes estadios da doença mental. Termina com as considerações finais, onde é feito um balanço global do percurso efetuado e uma síntese analítica dos objetivos, das dificuldades e das limitações que surgiram ao longo do estágio e as estratégias adotadas na sua resolução bem como as expectativas futuras.

I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Breve abordagem sobre o autoconceito

Foram vários os autores que ao longo do tempo se preocuparam com a definição de autoconceito e com os aspetos relacionados com o estudo das dimensões fundamentais do Eu. Do ponto de vista histórico, estas dimensões foram objeto de estudo por filósofos, teólogos e só mais tarde pela psicologia, sendo William James referenciado como o primeiro a analisar este constructo do ponto de vista psicológico, no seu livro “The Principles of Psychology”, publicado em 1890, (Hattie,1992).

O autor procura demarcar-se das posições filosóficas anteriormente assumidas, na busca de uma conceção mais psicológica do autoconceito, identificando e desenvolvendo quatro componentes do Eu: espiritual, material, social e corporal, que ainda hoje alguns autores corroboram.

O autoconceito relaciona-se com a compreensão de aspetos importantes do comportamento humano, como a uniformidade, a consciência e a coerência da conduta observável, bem como com a noção de identidade. Pode definir-se autoconceito como a percepção que o individuo tem de si próprio, e o conceito que forma de si (Serra, 1988; Gôni & Fernandes, 2009). Os autores identificam os domínios: académico, emocional, social ou físico, relacionando cada um deles com aspetos diferentes do comportamento humano. Dos constituintes intrínsecos do autoconceito, realçam a autoestima e a autoimagem (imagens) reforçando que, a primeira deriva dos processos de avaliação que o individuo faz das suas qualidades, dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral, e a segunda representa as imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar, o que pensamos que os outros pensam de nós e também como gostaríamos de ser. As autoimagens podem ser em número

variado relacionando-se com as experiências que cada indivíduo vivencia num determinado contexto, são o produto das observações em que o indivíduo se constitui o objeto da própria percepção, dos próprios estados afetivo-motivacionais e de comparação social.

Purkey & Stanley (2001), referem que o autoconceito não é uma característica inata, instintiva, mas sim um conjunto de cognições que vão ganhando forma com a socialização, ou seja, com as experiências sociais, sendo que a percepção de cada experiência é única e subjetiva, e toma significado de acordo com o ajustamento de experiências anteriores, expectativas e crenças sobre si e o mundo.

O autoconceito está relacionado com a autoestima e com a identidade pessoal e a relação entre o autoconceito real e o Eu ideal, permite perceber o nível de aceitação e de satisfação bem como de ajustamento pessoal. Verifica-se que um autoconceito negativo ou positivo tende para uma autoestima negativa ou positiva, respetivamente, resultante da qualidade da interação com os outros (Falvo, 2005).

Também Peixoto (2003), destacou a relação entre os conceitos autoestima e autoconceito identificando-os como diferentes modos de avaliação do *self*, sendo que de acordo com o autor o autoconceito se refere às avaliações de cariz mais cognitivo e mais centradas em domínios específicos de realização em que o autoconceito global resultaria das contribuições de todas as dimensões específicas consideradas. Por outro lado, a autoestima pode ser considerada enquanto avaliação global do *self*, com uma forte componente afetiva e apresentando uma estrutura unidimensional.

O desenvolvimento do autoconceito produz-se de modo paralelo ao desenvolvimento psicológico, cognitivo e social. De uma forma geral, pode dizer-se que o autoconceito tem a função de preservar um sentido de

unidade e continuidade ao longo do tempo, o sentido de si, essencial ao desenvolvimento do indivíduo como pessoa (Harter, 2006). O indivíduo procura através de várias estratégias, manter a consistência do autoconceito que vai consolidando ao longo do percurso de vida (Burns, 1986).

Neste enquadramento podemos referir de acordo com Schultheisz, (2013), que as atitudes, crenças, valores e a autoestima que integram o autoconceito não são fáceis de medir, pois são propriedades intrínsecas ao ser humano, que se referem às características psicológicas que muitas vezes não são observáveis.

Henriques (2009), identifica o autoconceito físico como um dos domínios do autoconceito global e refere que este, diz respeito à soma das perceções e avaliações que o indivíduo detém na execução de tarefas motoras e da sua aparência física. Sendo o autoconceito físico uma parte importante do autoconceito global, Burns (1986), considera que o autoconceito físico tem um papel determinante na integração da personalidade, na motivação do comportamento e na saúde mental. Por outro lado Damásio (2012), identifica dois sistemas distintos que se referem aos sentidos capazes de captar os estados internos do nosso corpo e possibilitam a autoperceção; a *proprioceção* que lê o estado do sistema musculoesquelético, permitindo conhecer a cada momento a posição, a postura e o movimento do corpo e a *interoceção* que lê sensações emanadas de órgãos e vísceras. A autoperceção é possibilitada pelas sensações geradas pelos sistemas propriocetivo e intercetivo e permitem a formação de uma “paisagem corporal”.

Basílio (2012) refere que as diferentes dimensões do autoconceito, não têm todas a mesma importância, nem o mesmo grau de elaboração cognitiva, por isso a sua influência sobre o comportamento é também diferente.

Cole et.al (2001) e Harter (2006), referem que as diferentes áreas da vida podem assumir mais ou menos importância na definição do autoconceito e que esta importância relativa varia com a idade. No adulto, a competência profissional, a sociabilidade e as relações familiares e de amizade ocupam um lugar central. Assim, importa avaliar no adulto estas competências de forma autónoma, em cada um destes domínios.

Quando surge a doença mental, de uma forma geral ela associa-se à alteração do autoconceito, desestabilizando o Self (Yanos, Roe, & Lysaker, 2010), podendo levar à perda de referências identitárias "quem sou eu?" e, conseqüentemente, surgindo receios sobre "para onde vou?", resultando num caótico sentido do Eu (Hatfield & Lefley, 1993).

Nos Distúrbios do Comportamento Alimentar (DCA) as alterações do autoconceito assumem um papel central. Moreira & Saraiva (2018), identificam que um baixo autoconceito pode estar na origem de comportamentos alimentares disfuncionais, e estes podem ser usados como uma ferramenta ilusória para aumentá-lo criando um padrão de autopropetuação do comportamento alimentar patológico. Por outro lado, um autoconceito elevado pode ser protetor contra o início de transtornos alimentares e pode promover uma avaliação positiva do corpo.

William (2016), refere que na Anorexia Nervosa (AN), o self é compartilhado com o distúrbio do comportamento alimentar, e a sua separação é crucial para se recuperar do transtorno. O autor refere que os doentes com AN temem não ser ninguém sem a doença e por isso a intervenção deve focar-se na aceitação do medo do desconhecido que envolve a separação do *real self* do *anorexic self*.

Zhu, et al. (2016), identifica o autoconceito como um dos fatores diretamente relacionado com a saúde mental nomeadamente através da sua

influência indireta na adaptação social, sendo importante considerar esta relação na intervenção global na promoção da saúde mental

1.2. Da promoção da saúde mental à promoção do autoconceito

A WHO (2014) define a saúde mental como um estado de bem-estar em que o indivíduo reconhece as suas próprias capacidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e proveitosa, e é capaz de contribuir para a sua comunidade. Deste modo, a vivência do conceito de saúde mental pode não ser igual para todas as pessoas, dependendo impreterivelmente dos contextos económicos, sociais, culturais e políticos onde esta se encontra inserida, constituindo-se como basilar para o bem-estar e funcionamento pleno das pessoas e das comunidades. O CNS (2019), refere que a saúde mental designa tanto um conjunto e práticas de natureza comunitária e institucional quanto o ser de cada indivíduo em relação com o seu bem-estar.

No contexto português, o relatório Primavera (OPSS, 2019) refere que cerca de um quarto da população portuguesa cumpre requisitos mínimos para o diagnóstico de uma perturbação mental, e que cerca de 23,8% dos anos vividos com incapacidade no total de todas as doenças, correspondem às doenças mentais e do comportamento. A prevenção surge como a maneira mais promissora de reduzir os altos custos individuais, familiares e sociais e económicos dos distúrbios mentais na Europa e no mundo. Fusar - Poli, (2019) refere ainda que uma abordagem complementar é ir além da prevenção da doença mental e destaca a importância da promoção de uma boa saúde mental.

A prevenção em saúde mental visa reduzir a incidência, prevalência e recorrência de transtornos mentais e sua deficiência associada. As intervenções preventivas têm como objetivo modificar a exposição ao risco

e fortalecer os mecanismos de enfrentamento do indivíduo, (WHO, 2004, citado por Arango ,2018).

As intervenções preventivas primárias em saúde mental são aquelas que se focam nos fatores de risco e promovem a saúde mental em indivíduos sem um transtorno mental clinicamente diagnosticável. Tais intervenções podem ter como alvo uma população inteira independentemente do risco individual (prevenção universal), uma subpopulação que se sabe estar em maior risco de doença mental (prevenção seletiva) ou indivíduos que já apresentam manifestações clínicas subtis (prevenção indicada). No contexto da promoção da saúde mental surge o conceito de saúde mental positiva. Lluch (2008), identifica-a como um espaço específico da saúde mental que resulta de vários fatores que se interrelacionam (satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas, auto-atualização e habilidades de relação interpessoal), de forma que uns podem compensar os outros. Este conceito de acordo com a autora serve para denominar mais do que a ausência de doença, dirigindo-se especialmente à promoção da saúde mental tendo como focos o fortalecimento e desenvolvimento do funcionamento ótimo do ser humano.

Em Portugal os programas de promoção da saúde mental positiva têm sido desenvolvidos em estreita relação com a comunidade académica e foram especialmente dirigidos a adolescentes e jovens adultos. As intervenções propostas estão direta ou indiretamente relacionadas com a promoção do autoconceito e autoestima, reconhecendo-os como dimensões fundamentais da saúde mental.

No âmbito do PNSM é estabelecido, entre outras, como metas para 2020, aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais. Estes programas destinados à população em geral devem associar-se a programas

e estratégias visando a promoção da recuperação e bem-estar da PEDM em todas as idades, no entanto os sucessivos PNSM identificam que os programas de promoção da saúde mental não tiveram o desenvolvimento que deveriam ter, em função da sua importância.

Neste contexto o foco na promoção da saúde mental, e especificamente na promoção do autoconceito apresenta-se de acordo com aquelas que são as metas de saúde mental recorrentemente definidas nos PNSM.

1.3. Da intervenção em grupo às intervenções expressivas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A intervenção terapêutica em grupo abrange um largo espectro de práticas, que se distinguem relativamente aos seus objetivos, *setting* e sua estrutura no tempo, (Vinogradov,1992). As interações paciente/paciente e paciente/ terapeuta, que ocorrem em ambiente terapêutico constituem um fator decisivo na mudança de comportamentos desadaptados. Este *setting* torna-se um espaço facilitador dos relacionamentos interpessoais, promove a coesão, a partilha e as aprendizagens dos elementos que o constituem. A intervenção terapêutica em grupo tem por base o “potencial humano”, nas suas dimensões mais significativas; a liberdade, a vontade, a criatividade e a sociabilidade, promovendo deste modo a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais do funcionamento humano, permitindo a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros, (Manes, 2018).

As intervenções específicas do terapeuta servem como instrumento terapêutico e de mudança, (Vinogradov,1992). A intervenção em grupo, constitui-se por isso propícia para dar resposta às necessidades individuais e potenciar a mudança de comportamentos, (Guerra, Lima & Torres, 2014).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EESMP (OE, 2018), a prática clínica de enfermagem de SMP tem como especificidade as competências de âmbito psicoterapêutico. Estas competências permitem ao enfermeiro desenvolver a compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial. Na relação terapêutica, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, bem como a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, permitem ao Enfermeiro de Saúde Mental estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

De acordo com o modelo de intervenção integrativo de Sampaio (2018), a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem consiste na aplicação informada e intencional de técnicas de âmbito psicoterapêutico e assenta num conjunto de princípios dos quais destaco:

- a) é uma intervenção estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial;
- b) é realizada por um enfermeiro especialista em SMP ou por um enfermeiro de cuidados gerais com formação específica e competências certificadas pela Ordem dos Enfermeiros;
- c) é uma intervenção baseada em um ou mais racionais teóricos de Psicoterapia;
- d) é uma intervenção decorrente da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental;
- e) é uma intervenção na qual o utente apresenta um papel ativo e tem, necessariamente, alguma consciência de si;
- f) é uma intervenção com um número de sessões entre três e doze (podendo ainda prolongar-se de acordo com a situação clínica).

g) é uma intervenção que tem, na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente;

h) é uma intervenção cujo objetivo é a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente (Sampaio, Sequeira, & Lluch Canut, 2014).

O mesmo autor identifica ainda a dificuldade de operacionalizar de forma sistemática o modelo de intervenção no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e propõe que, antes de qualquer intervenção de âmbito psicoterapêutico, importa desenvolver uma avaliação mental abrangente do utente e perceber se este pode ou não ser incluído na intervenção (Sampaio, 2018). Tratando-se este de um modelo que assenta numa abordagem integrativa, pode ser realizada uma combinação de diferentes técnicas (intervenções), oriundas de diversas escolas de Psicoterapia, que visam ir de encontro às reais necessidades do utente, (Norcross in Norcross & Goldfried, 2005, citado por Sampaio, 2018).

As intervenções expressivas baseiam-se numa abordagem multidisciplinar, multimodal e integrativa e recorrem a diversos estilos expressivos dos quais se destacam os artísticos, nomeadamente a expressão corporal, plástica, musical, dramática, literária e lúdica. Estes atuam como meios de expressão, que podem ser utilizadas para fins terapêuticos, promovendo o desenvolvimento pessoal e o bem-estar, (Ferraz et al, 2009).

A arte pode ser um método e uma maneira de verbalizar sentimentos enquanto o processo de criação pode ser curativo. Para os conselheiros, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras e enfermeiros, a arte pode ser uma ferramenta adjunta à comunicação verbal (Malchiodi, 2005). É neste contexto e tendo como base as competências específicas do EESMP que as técnicas expressivas surgem como um recurso na intervenção de

enfermagem. O processo criativo é identificado como importante para o indivíduo romper resistências e reconhecer as suas próprias capacidades, traduzindo-se em sentimentos de maior autoestima e bem-estar, (Martins,2012).

As intervenções expressivas são referidas como "abordagens integrativas" quando utilizadas em combinação no tratamento, no contexto da reabilitação psicossocial, psicoterapia, aconselhamento, ou cuidados de saúde. (Malchiodi, 2005). São um meio terapêutico de conciliar conflitos emocionais, fomentar a autoconsciência, desenvolver competências sociais, gerir comportamentos, resolver problemas, reduzir a ansiedade, ajudar a orientação para a realidade e aumentar a autoestima (American Art Therapy Association, 2004 citada por Malchiodi, 2005). Quando realiza um objeto de arte o criador mobiliza o seu mundo inconsciente através da utilização do impulso criativo, da imaginação e da aquisição de uma significação simbólica (Martins, 2018).

Caroline Shrodes em 1943, definiu *biblioterapia* como a leitura dirigida e discussão em grupo, sendo esta intervenção favorecedora da interação entre as pessoas, levando-as a expressar sentimentos tais como medos, angústias e anseios. O texto constitui o mediador da relação, une o grupo, permitindo que cada um faça a sua própria interpretação, não existindo uma ou a verdade, mas a liberdade de cada um escolher o seu próprio sentido para o texto de acordo com as suas próprias experiências, permitindo libertar o que já viveu, mas com um distanciamento e num ambiente protegido, numa perspectiva de observador.

Em 2001, Caldin definiu alguns componentes básicos na biblioterapia, como, a catarse, o humor, a identificação, a introjeção, a projeção e a introspeção. Estes manifestam-se em cada um dos intervenientes de acordo com a sua necessidade no momento da interação terapêutica.

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

A *escrita criativa* pode também ser um recurso expressivo a utilizar quando pretendemos intervir, quer individualmente quer em grupo terapêutico. Permite a abertura de uma janela para o inconsciente sendo um meio de promover a comunicação entre clientes (King, Neilsen & White, 2013). Vários estudos empíricos demonstraram que escrever sobre experiências emocionais, influencia positivamente a saúde mental. Travagin, Margola & Revenson (2015) identificaram que a escrita expressiva tende a produzir pequenas e significativas melhorias no bem-estar do adolescente.

A *modelagem em barro* surge como uma abordagem terapêutica nos dois contextos de estágio tendo em conta o seu potencial. Desde os tempos pré-históricos foi usada como suporte para a criatividade humana, materializando a sua imaginação e sensibilidade, representando modos de ver, sentir e de estar no mundo.

A argila é, por si só, um material que convida à manipulação e desperta o estímulo das potencialidades criadoras. É uma matéria natural, uma matéria prima por excelência a qual se permite controlar e dar a forma que se deseja através da modelagem. Permite imprimir e dar forma aos nossos sentimentos e emoções (Martins 2012). O barro transcende a sua capacidade expressiva, promove a catarse. O contacto corporal com a matéria favorece o alívio de tensões acumuladas internamente e que necessitam de um canal de descarga (Martins 2012).

A criação em argila permite a autoexpressão das dificuldades e favorece o processo terapêutico. O trabalho expressivo com o barro permite aceder aos inúmeros estados do ser, já que inúmeras são também as expressões

facilitadas pelo próprio material. (Bozza,2001. Nise da Silveira, 1994, citados por Martins 2012).

A utilização do *desenho e da pintura* como mediadores expressivos nos dois contextos de estágio, relacionou-se com as suas características, fácil adesão dos intervenientes e também pelo meu gosto pessoal por estes dois mediadores. O desenho é considerado como uma das primeiras manifestações artísticas do individuo na infância, acompanhando o seu desenvolvimento motor e psicológico (Luquet,1987; Lowenfed, 1970, citados por Martins, 2012). Pode ser usado na representação do real e dos atributos do Self, contribuindo para a integração de experiências externas e das vivencias internas (Carvalho e Guimarães, 2011).

O *desenho* como mediador expressivo favorece a integração dos elementos da fantasia e da realidade permitindo que estes ganhem significado interno. Simbolicamente a folha de papel oferece uma noção de contenção, enquanto que o gesto de execução do desenho imprime os sentimentos do criador de acordo com as emoções que emergem durante o processo de criação. Estimula o sentido de observação e leva o criador a uma posição de contemplação, muitas vezes perdida ou nunca adquirida, pode ser relaxante, pois é uma atividade que requer tempo e calma, para olhar e realizar ou construir. A continuidade na sua utilização permite desenvolver um conteúdo de maior significação simbólica para o criador, (Martins,2012).

A *pintura* é usada frequentemente como mediador expressivo, pode recorrer à abstração, sugere liberdade, pela associação do ato de pintar, ao seu caracter lúdico e de prazer. A pintura apela à experimentação sensorial. (Martins, 2012). Pintar livremente, sem qualquer exigência técnica pode trazer ao individuo sentimentos de gratificação e de identificação com o seu potencial criativo.

Cada mediador expressivo tem as suas propriedades únicas e as suas funções terapêuticas específicas. Cada material ou recurso técnico traz a sua simbologia associada e é através do contacto com essa carga simbólica que se permite a reflexão e a elaboração posterior através da associação de ideias. O potencial simbólico de cada mediador funciona como um espelho, sinalizando e iluminando aspetos do Eu.

1.4. A Teoria de Hildgard Peplau como referencial orientador da Intervenção de Enfermagem

O uso de teorias e modelos na Enfermagem reflete um movimento norteador da sua práxis, na procura duma abordagem científica, da autonomia e da delimitação das suas ações. A teoria de médio alcance de Hildegard Peplau foi publicada em 1952, no livro *Interpersonal Relations in Nursing*, sob outro contexto histórico, mas continua atual, e o seu contributo não se restringe à prática de enfermagem psiquiátrica. Hildegard Peplau contribuiu para o desenvolvimento, de padrões profissionais, do ensino e da investigação em enfermagem, sendo responsável pela introdução do conceito *Advanced Practice Nursing*. Esta teoria foi resgatada como uma forma de desenvolvimento de uma enfermagem mais humanitária, num momento em que continuamente esta se ressentia de uma prática tradicional e intuitiva, existindo a necessidade de uma maior interação com os pacientes (Almeida et. al, 2005).

A teórica identificou o fenómeno de enfermagem como um processo interpessoal psicodinâmico, baseada em princípios psicanalíticos, cujo foco se centrava na comunicação e na relação. Desenvolveu os conceitos e princípios que dão suporte à Teoria das Relações Interpessoais que enquadra os fenómenos da prática de enfermagem e as situações de

cuidados, integrando-os como experiências de aprendizagem e crescimento pessoal (Peplau, 1990).

De acordo com Peplau a enfermagem psicodinâmica desenvolve-se com base em dois pressupostos: a postura adotada pela enfermeira interfere diretamente no que o paciente vai aprender durante o processo de cuidado ao longo da sua experiência como doente; o desenvolvimento da personalidade e o amadurecimento é uma função da enfermagem que exige a utilização de princípios e métodos que orientem o processo de solução dos problemas ou dificuldades interpessoais. Implícito a estes dois pressupostos a autora refere ainda que a enfermagem como profissão deve ser legalmente responsável pela sua atuação e consequências.

Na sua teoria, Peplau opta por descrever o processo de relação interpessoal da enfermagem em quatro fases: A fase de orientação, identificação, exploração e resolução. Estas etapas são independentes, mas devem ser consideradas de forma relacionada, e podem sobrepor-se ao longo do processo relacional.

A fase de orientação surge quando a pessoa tem uma *necessidade sentida* e procura ajuda, a enfermeira ajuda no reconhecimento e compreensão do problema bem como na necessidade de ajuda.

A fase de identificação corresponde à fase em que o doente se identifica com quem o pode ajudar. Nesta fase o enfermeiro explora os sentimentos envolvidos que permitem uma reorientação bem como o fortalecimento de características e forças positivas.

A fase de exploração permite ao doente projetar novos objetivos, é também ao longo desta fase que se permite deslocar o poder da enfermeira para o doente.

A fase de resolução caracteriza-se pela adoção de novos objetivos e neste processo o doente liberta-se da identificação com a enfermeira.

Durante este processo de relação terapêutica a enfermeira desenvolve diferentes papéis (estranha, pessoa de recurso, professora, líder, substituta, conselheira) para auxiliar o paciente no desenvolvimento das suas necessidades, até que este esteja pronto a assumir uma atuação independente da enfermeira.

A autora descreve também como experiências psicobiológicas: as necessidades, a frustração, o conflito e a ansiedade, considerando-as como geradoras de respostas construtivas ou destrutivas. O entendimento destas experiências é considerado como a base para a projeção de objetivos e para a intervenção de enfermagem, (Tomey & Alligood, 2004).

Com a sua teoria Peplau mudou o paradigma da relação enfermeiro/doente. Nesta abordagem o doente foi considerado como parceiro no processo de enfermagem. Na abordagem da relação enfermeiro/doente está incluída a consciência dos sentimentos de ambos sendo a enfermeira considerada como a força educativa de maturação do processo terapêutico.

II- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.1. Delimitação da Problemática

A OMS (2004), definiu a saúde mental como, um estado de bem-estar no qual o individuo percebe as suas próprias habilidades, pode lidar com o stress quotidiano, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para a sua comunidade. Este é um conceito complexo quando se pretende avaliar a saúde mental de uma população, comunidade ou individuo, já que muitos fatores influenciam esta avaliação, sejam eles culturais, socioeconómicos ou individuais. Na prestação de cuidados de saúde no âmbito da saúde mental, não podemos separar a promoção da saúde mental da promoção de um autoconceito positivo. No âmbito individual o autoconceito surge como um dos fatores que se relaciona diretamente com a saúde mental, Nascimento (2019), refere que formular uma impressão sobre si mesmo é essencial para que o individuo seja capaz de interagir consigo mesmo e com o meio social que o cerca.

A alteração do autoconceito e o seu reflexo na saúde mental constituiu a problemática central do projeto de estágio, pelas razões referidas atrás.

Partindo desta problemática a minha questão de partida foi: *Quais as intervenções de enfermagem de saúde mental que contribuem, para a promoção do autoconceito da pessoa com experiência de doença mental?*

2.2. Objetivos gerais e específicos

Os objetivos foram definidos para os dois contextos de estágio, no entanto no contexto de internamento, o projeto foi desenvolvido com o grupo específico das pessoas com diagnóstico de anorexia nervosa. No hospital de dia de psiquiatria, o projeto foi desenvolvido com as pessoas que frequentaram o mesmo, no período temporal do estágio.

De acordo com a problemática identificada, os objetivos gerais foram: a) desenvolver competências de EESMP com a pessoa em situação de doença mental aguda e de evolução prolongada; b) promover o autoconceito da pessoa com experiência de doença mental através de uma abordagem psicoterapêutica com recurso à utilização de mediadores expressivos.

Os objetivos específicos delineados foram: a) compreender os serviços e as dinâmicas das equipas de saúde, b) gerir processos de autoconhecimento e autoconsciência enquanto pessoa e enfermeiro no contexto de uma prática de cuidados especializada ESMP, c) desenvolver competências inerentes à relação terapêutica, d) promover processos de readaptação que valorizassem o potencial do utente, e) planear, implementar e avaliar intervenções psico e socioterapêuticas com recurso a técnicas e mediadores expressivos.

2.3. Participantes

Participaram em contexto de internamento de psiquiatria de agudos, no grupo terapêutico cinco pessoas, do sexo feminino, todas com o diagnóstico de Anorexia Nervosa, 71,4 % com AN do tipo restritivo e 28,6% AN do tipo purgativo. As idades dos participantes nas intervenções variaram entre os 15 e os 35 anos, sendo a média de idades 24,4 anos. Relativamente às habilitações literárias, 57,1% frequentavam o ensino universitário, 28,6% frequentavam o ensino secundário e 14,3% com licenciatura concluída e emprego na sua área de formação. Relativamente ao número de internamentos, 57,1% estavam no primeiro internamento, 28,6% tinham entre dois a quatro internamentos e 14,3% tinham mais que quatro internamentos anteriores.

No contexto comunitário o grupo de participantes foi mais heterogéneo com diagnósticos diversificados e em número variável de elementos (entre 8

e 12 pessoas). As idades variaram entre os 22 e os 52 anos, sendo a média de idades 32 anos, destes 80% foram do género feminino e 20% do género masculino. Quanto aos diagnósticos clínicos a predominância durante este período foram as perturbações da personalidade em cerca de 40% dos participantes. Outros diagnósticos encontrados entre os participantes do grupo terapêutico foram os distúrbios psicóticos com 30% e a depressão com 30%. Relativamente às habilitações literárias, 50% tinham o ensino secundário incompleto, 20% ensino secundário completo, 10% frequência do ensino superior, 10% licenciatura e 10% ensino básico. Saliento ainda que 70% dos participantes tinham vários episódios de internamento, e 30% estavam no seu primeiro internamento. Em relação à sua situação laboral e escolar 50% dos participantes encontravam-se em situação de desemprego, dos restantes 40% em situação de instabilidade profissional resultante da sua situação de saúde atual e 10% tinha interrompido os estudos temporariamente tendo como projeto pessoal a sua retoma.

2.4. Percurso e procedimentos metodológicos

O projeto de estágio foi desenvolvido com recurso à utilização da metodologia de projeto. A pesquisa realizou-se durante todo o projeto até ao final da realização do presente relatório.

O estágio de observação realizado no segundo semestre, permitiu a elaboração do projeto de estágio, mais consentâneo e ajustado às realidades de cada contexto de forma a permitir as aprendizagens necessárias a realizar estágio do terceiro semestre.

A pesquisa e a observação foram o ponto de partida para estabelecer os objetivos e estratégias de aprendizagem e de exploração da temática escolhida. Neste processo todas as opções foram discutidas com a orientadora pedagógica. Importa referir que inicialmente era meu desejo

trabalhar a temática do autoconceito especificamente num grupo, o das doentes com distúrbio do comportamento alimentar, especificamente com AN, no entanto com o evoluir do projeto e de forma a estabelecer um fio condutor com o contexto comunitário, em Hospital de Dia, foi alargado o âmbito de atuação para o grupo geral da pessoa com experiência de doença mental.

No contexto de Internamento foi desenvolvido um programa de 6 intervenções socio e psicoterapêuticas, uma por semana, com uma duração aproximada de 60 min. No contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria foram desenvolvidas 5 intervenções socio e psicoterapêuticas, com duração entre 45 min. a 90min. A maioria das intervenções foram desenvolvidas com recurso a mediadores expressivos, apenas uma sessão foi de relaxamento, realizada com o grupo de doentes com diagnóstico de AN.

Os objetivos das intervenções desenvolvidas no grupo terapêutico em ambos os contextos foram antecipadamente discutidos com as enfermeiras orientadoras que estiveram presentes durante a realização das mesmas. No final de cada sessão foi realizada a avaliação da intervenção efetuada. Aos participantes foi solicitado o seu consentimento informado livre e esclarecido e em cada uma das intervenções foram explicitados os seus objetivos. A intervenção foi pensada partindo da utilização de mediadores expressivos. A escolha dos mediadores (o desenho, a pintura, a modelagem em barro, a escrita criativa, a biblioterapia, e os jogos lúdicos) relacionou-se com o espaço, as características, capacidades e as necessidades do grupo, as condições logísticas, os materiais disponíveis e mais adequados. Foram utilizados com uma sequência específica que se enquadrou na evolução do grupo em interação terapêutico.

III – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO DE ESTÁGIO

O estágio de observação já referido anteriormente permitiu participar nas várias atividades, compreender a dinâmica dos serviços através da observação participada e conhecer as intervenções desenvolvidas pelas equipas o que facilitou a integração no estágio seguinte, do qual realizamos agora o relatório.

No percurso de estágio (terceiro semestre) um dos primeiros passos foi conhecer os participantes do serviço de internamento com AN, identificar os diagnósticos de enfermagem e os respetivos projetos pessoais e terapêuticos. Seguiu-se o planeamento, a implementação e avaliação de intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Pretendia trabalhar a promoção do autoconceito, nomeadamente intervindo na autoperceção relativamente à alteração da imagem corporal, já que esta tem um papel crucial no desenvolvimento deste DCA. O diagnóstico de enfermagem presente neste grupo era o autoconceito comprometido. Trabalhar este diagnóstico neste grupo é complexo, pela negação dos sintomas por parte da pessoa. A dificuldade na expressão dos sentimentos, os comportamentos obsessivos como os rituais alimentares e de exercício e a resistência e/ou negação em procurar tratamento foram situações com as quais me deparei ao longo deste estágio. No estágio comunitário trabalhei esta temática com a promoção do autoconceito na PEDM. A avaliação e reflexão resultantes da realização das intervenções traduziu-se no desenvolvimento de competências profissionais e pessoais.

3.1. Estágio em contexto Hospitalar de Internamento de Psiquiatria

O primeiro estágio foi realizado num serviço de internamento de psiquiatria de um hospital central da área de Lisboa e decorreu entre 23 de

setembro e 24 de novembro de 2019. Atualmente este serviço está vocacionado para a prestação de cuidados psiquiátricos diferenciados, e tem uma capacidade para 28 doentes com patologia diversificada em fase aguda. Recebe doentes provenientes da urgência, da consulta externa, por transferência da psiquiatria de ligação e de outras instituições pertencentes à sua área de abrangência. Neste serviço funciona o núcleo de doenças do comportamento alimentar que tem como objetivo o tratamento, estudo e investigação dos DCA. Este núcleo é uma referência a nível nacional pelo que, com frequência recebe doentes de outros hospitais, não obedecendo a uma área geográfica específica. Neste serviço são disponibilizadas 5 vagas para doentes com DCA, havendo sempre uma lista de espera para internamento e foi neste núcleo que me integrei para desenvolver o projeto de estágio.

Como metodologia de trabalho a equipa adota uma abordagem multiprofissional e integrativa da família predominantemente cognitivo-comportamental e com uma perspetiva organizacional predominantemente biomédica. Na abordagem adotada o doente é retirado do seu ambiente, este afastamento da família pretende ser um tempo de descanso e de reorganização psicológica para ambos. No entanto a família integra o processo terapêutico, participando nas reuniões familiares que se realizam segundo agendamento próprio às terças e quintas-feiras. O internamento dos utentes com DCA neste serviço é precedido pela assinatura de um contrato terapêutico que identifica as regras que estes aceitam cumprir, nomeadamente o cumprimento dos planos alimentar e terapêutico individuais. Neste processo está envolvida toda a equipa, enfermeiro, psiquiatra, psicólogo, nutricionista, auxiliares de ação médica e familiares.

O processo terapêutico das utentes com DCA, inclui sessões individuais de psicoterapia com as psicólogas da equipa duas vezes por semana, e duas reuniões multidisciplinares semanais. As reuniões familiares

são habitualmente quinzenais com a presença do maior número possível de elementos do núcleo familiar. O enfermeiro tem uma abordagem eclética, na prestação de cuidados embora privilegiando uma abordagem cognitivo comportamental de acordo com a restante equipa, existindo uma coesão entre todos os elementos.

A escolha direcionada para a prestação de cuidados de enfermagem especializados a doentes com o diagnóstico de DCA relacionou-se com o diagnóstico de enfermagem que pretendi trabalhar, nomeadamente o autoconceito comprometido, na anorexia nervosa, tendo em conta que este se apresenta fortemente alterado. O estágio neste serviço de internamento foi orientado por duas enfermeiras, a enfermeira de referência para os DCA, e uma enfermeira especialista com funções de gestão no serviço.

3.1.1. Plano de intervenção / Internamento de Psiquiatria

Neste serviço de internamento a minha intervenção incluiu, a prestação de cuidados gerais de enfermagem e a prestação de cuidados especializados de SMP, dos quais saliento a realização de entrevistas iniciais e de continuidade, avaliação do estado mental, um estudo de caso e um programa de intervenções socio/psicoterapêuticas com recurso a mediadores expressivos que decorreu durante 7 semanas (1 vez por semana) com uma duração entre 45 e 90 min. minutos.

Este programa de intervenção dirigido aos doentes com AN, teve como objetivos: a) intervir na promoção do autoconceito de uma forma gradual, tendo como ponto de partida o diagnóstico de enfermagem; b) implementar um plano de intervenções em grupo, com a utilização de mediadores expressivos em pessoas com AN. O plano de intervenções (Apêndice nº 2) teve por base a relação terapêutica que se foi estabelecendo com o grupo. As primeiras interações foram importantes momentos de identificação de

necessidades de cada uma das participantes e de diagnóstico. A continuidade das interações com o grupo foi um caminho comum que alterou a minha postura e o meu conhecimento sobre a AN. Apresento um quadro das intervenções efetuadas seguido da análise reflexiva das mesmas.

Quadro nº1. Plano de intervenções / Internamento de Psiquiatria

Sessões	Título	Tipo de intervenção/ Mediador expressivo
Sessão nº 1	“O que a doença mudou em mim foi...”	Psicoterapêutica/ Escrita
Sessão nº 2	“A minha cor interior”	Psicoterapêutica/ Desenho
Sessão nº 3	“O que sinto... com as Mãos”	Psicoterapêutica/Barro
Sessão nº 4	Relaxamento	Técnica de Relaxamento Autogêneo de Schultz
Sessão nº 5	“A sustentável leveza do ser”	Psicoeducacional/ Debate de Temas
Sessão nº 6	“O que partilhamos à mesa”	Psicoterapêutica/ Biblioterapia (leitura e escrita)

Descrição e análise reflexiva das intervenções de enfermagem

Atividade nº1 - Esta atividade intitulada “ **O que a doença mudou em mim foi...**” teve com objetivo de promover a reflexão, a autoanálise e consequentemente o autoconhecimento e a autoperceção das participantes acerca da doença. Teve a participação das cinco pessoas que estavam internadas com DCA, todas do sexo feminino com idades compreendidas entre os 15 e os 32 anos, todas elas com diagnóstico de A.N.

Foi pedido ao grupo de participantes que completassem através de uma produção escrita, a frase “O que esta doença mudou em mim foi...”.

Esta atividade permitiu dar espaço de reflexão sobre a doença e posteriormente a partilha dos pensamentos e emoções que surgiram sobre a questão. A participação na primeira parte foi aceite cordialmente, mas sem manifestações de entusiasmo. Dos registos de observações efetuados nesta atividade realço as longas pausas na escrita sugerindo alguma falta de espontaneidade e a dificuldade na exposição dos sentimento e emoções através da escrita. Surgiram algumas manifestações não verbais que saliento como: afastar o olhar da folha, adoção de uma postura rígida e curvada sobre o tronco, fâcies inexpressivo, olhar distante, movimentos lentos, e a incongruência entre os sentimentos expressos através da escrita e a comunicação não verbal dos mesmos.

O recurso à escrita expressiva é uma intervenção de enfermagem com vantagens em várias abordagens terapêuticas. Um grande benefício deste recurso é que a pessoa pode trabalhar aspetos do seu *Eu*, através do seu potencial expressivo no seu próprio tempo e no seu próprio ritmo (Benetti & Oliveira, 2016), revelando ao outro e conhecendo mais de si.

Na realização desta atividade surgiram várias expressões relacionadas com a alteração do autoconceito, autoperceção, e baixa autoestima, como: *"...não gosto daquilo que vejo no espelho, sinto que o meu reflexo não condiz com o meu interior...sou uma pessoa mais fechada no meu mundo, nas minhas manias...o meu rendimento escolar já não é o mesmo, assim como o meu interesse em algumas coisas..."*, *"...a relação com os meus pais e com a minha irmã piorou muito... a minha irmã já não me vê como um modelo a seguir..."*, *"...não consigo sentir prazer nas coisas que antigamente fazia com enorme paixão..."*, *"...deixei de festejar o meu aniversário..."*, *"...tornei-me mais solitária, triste e irritadiça, perdi a autonomia e a independência..."*

Surgiram frases que traduzem um sofrimento intenso *"... apesar de ter tudo para ser feliz, não consigo, sinto-me incompleta ..."*, *"... só penso na balança*

e no quanto quero ver o número a descer...”, “... os meus amigos foram-se afastando ao ponto de ficar sem nenhum ...”, no entanto, não foram observadas expressões faciais de grande tristeza, mas antes alguma inexpressão emocional (alexitimia).

Phaneuf (2005) identifica a expressão não verbal como um sistema de comunicação primária no qual o movimento corporal e a expressão facial transmitem mensagens em relação à autoestima, calor ou indiferença interpessoais, enquanto que a paralinguagem surge como uma componente de demonstração da palavra falada. Neste grupo este sistema de comunicação primária encontrava-se fortemente alterado.

Durante a realização desta atividade foi identificada a falta de coerência entre a expressão verbal, e a comunicação não verbal. Ao mobilizar e explorar a consciência corporal pretendia através desta, que a pessoa tomasse contacto consigo própria de um modo mais saudável.

A atividade permitiu a reflexão e análise individual e coletiva, a escrita proporcionou uma exposição mais protegida num grupo que se estava a formar, por outro lado a partilha em grupo das produções escritas permitiu, aprofundar o conhecimento de cada um dos elementos do grupo, e também uma maior aproximação entre as participantes proporcionando, momentos de identificação entre as participantes e uma maior coesão do grupo.

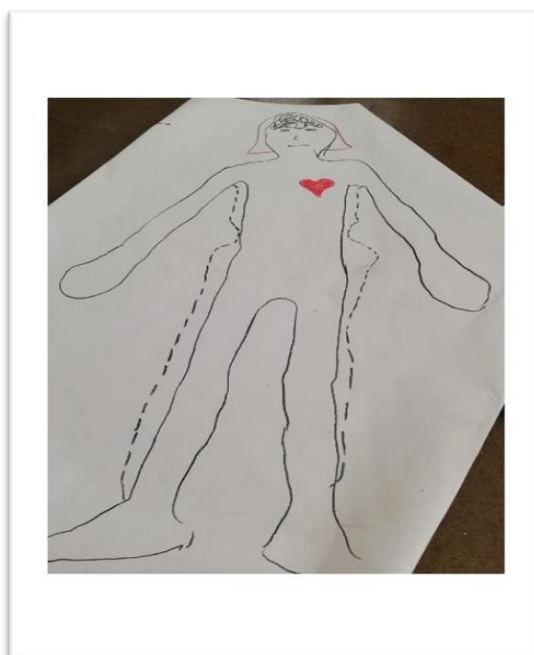
Atividade nº2 - Esta atividade que intitulei como **“A minha cor interior”**, teve como objetivos, promover a autoanálise e autoconhecimento e dar continuidade à primeira sessão; ou seja, desenvolver a auto e a hetero percepção. Nesta sessão foi pedido a cada uma das participantes que se deitasse no chão que estava coberto com papel de cenário. Nesta posição a dinamizadora da sessão fez o contorno corporal de todas as participantes. Após este momento foi pedido a cada uma das participantes que verificasse se se reconhecia no contorno corporal efetuado, podendo corrigir o mesmo

se tal não acontecesse. No final da sessão foi proposto o preenchimento do seu contorno, usando diversas cores (lápiz de cera) no sentido de projetar no papel as emoções experienciadas no momento.

O resultado desta sessão revelou que as alterações do autoconceito físico faziam parte da vivência das doentes que sofrem de AN. Das cinco doentes que participaram na atividade, três alteraram o seu contorno corporal, aumentando o mesmo em zonas específicas como as coxas, a anca ou a barriga. Este aspeto foi refletido em grupo assim como a partilha das dificuldades na perceção do corpo físico. Foi identificada a dificuldade ou mesmo a incapacidade de se verem com a sua imagem real. Por outro lado, ao observar o preenchimento do contorno corporal com recurso à utilização da cor com lápis de cera, foi visível um preenchimento de fraca intensidade em termos de traço e de cor.

A intervenção pretendia descrever as emoções no momento presente, no entanto pela análise das respostas podemos supor uma dificuldade na identificação e expressão das mesmas e alguma insegurança (Ver ANEXO 2). Quando observarmos uma das produções que foi realizada por uma participante, uma mulher com 32 anos com diagnóstico de AN de tipo restritivo, licenciada e com emprego estável na sua área de formação, ainda no início do tratamento sendo este o seu primeiro internamento, podemos verificar a ausência de identificação quase total com o contorno corporal efetuado, e um preenchimento interno com o coração vermelho, de notar na zona da cabeça o emaranhado de traços a pretos que segundo a doente pretendia traduzir a dificuldade que tinha em controlar os pensamentos sobre a comida e o peso.

Figura nº 1. Alteração do contorno corporal (II)



Nesta fase do tratamento esta participante tinha ainda muita dificuldade em aceitar a doença e identificar as suas manifestações tendo frequentemente comportamentos que revelavam pouco *insight* e dificuldade em colaborar no projeto terapêutico. No final da atividade a participante fez uma reflexão pobre sobre o que tinha desenhado e manteve-se com um olhar distante e um fâcies inexpressivo enquanto partilhava a sua reflexão com o restante grupo. Dos registos de observações desta sessão saliento a dificuldade das participantes em expressar/refletir de forma mais profunda sobre os desenhos produzidos e identificar as emoções que lhes estavam subjacentes, por outro lado todas as participantes verbalizaram que esta dificuldade se relacionava com a incapacidade de controlar os seus pensamentos. Três das participantes referiram que durante a sessão não conseguiram libertar-se dos pensamentos ruminativos relacionados com o controlo do peso.

Na avaliação da sessão surgiram expressões como: *"...sinto alívio por expressar o que sinto, mas também tristeza por ouvir a "dor" das minhas colegas..."*, *"...sinto compaixão..."*, *"...tenho medo do que está para vir e do que*

me está a acontecer...”, “...acredito que vou vencer esta doença...” ...” Apesar da esperança presente nesta última frase, estão patentes outras emoções como: insatisfação com a imagem corporal, a tristeza, a compaixão e o medo, de alterar o padrão alimentar, de aumentar de peso, do futuro, traduzindo-se num grande sofrimento e num comprometimento do autoconceito.

Atividade nº 3 – A atividade que designei como **“O que sinto... com as mãos”**, teve como objetivos: a) promover a expressão de emoções, b) refletir sobre as experiências e a partilha de sentimentos entre os elementos do grupo.

Nesta atividade foi proposto a cada participante que através da modelagem em barro projetasse de forma livre as suas emoções e sentimentos. Foi preparado o *setting* com uma música ambiente que favorecesse a introspeção e solicitado que durante a execução das produções em barro permanecessem em silêncio.

Nesta atividade participaram apenas quatro das doentes que constituíam o grupo, houve uma alta, uma admissão e uma das doentes faltou por ter reunião com o psiquiatra. Logo no início da atividade percebi a dificuldade na sua realização, com algumas manifestações de apreensão relativas ao mediador expressivo escolhido.

Dos registos de observação que realizei saliento a dificuldade de uma das participantes em tocar no barro fazendo-o apenas com a ponta dos dedos, quase como se tivesse medo ou nojo de sentir a matéria que estava a trabalhar, também a indecisão sobre o que fazer e o receio sobre a qualidade do resultado final foi manifestado, sendo reforçada a ideia de que o objetivo da sessão não era a qualidade estética ou artística das produções mas sim a forma como o mediador poderia favorecer a expressão de emoções.

Apesar de um sentimento generalizado de desconforto, as produções em barro foram realizadas, surgindo peças que cada uma das participantes associou a emoções e sentimentos presentes, como uma taça em forma de coração que a doente descreveu como: " ...um coração grande, mas vazio...", este sentimento foi explorado e proporcionou a manifestação de comportamentos de empatia por parte das restantes doentes, no entanto apesar da reflexão e partilha esta doente não quis ficar com a peça que realizou.

Figura nº 2. Produções em barro



Outra das participantes modelou a forma da sua mão direita fazendo um sinal de vitória descrevendo a peça elaborada como simbolizando a sua identidade e referiu "*...isto representa a minha vontade de melhorar e vencer esta doença...*". Esta doente com 35 anos tinha sido internada pela primeira vez com 17 anos e estava no seu 5º internamento. Só duas participantes quiseram ficar com as peças realizadas, e permitiram que fossem fotografadas.

No final da atividade foi pedido que manifestassem como se sentiam surgindo expressões como: "...sinto-me leve", "tranquilidade", "diversão e conhecimento", "possibilidade de projetar o *eu* fora da doença...".

Apesar das manifestações positivas senti que houve pouca identificação com o mediador expressivo escolhido, e este aspeto refletiu-se na profundidade das reflexões e interações resultantes.

Assim, quando refleti sobre o resultado final desta sessão considero que os objetivos da sessão não foram totalmente atingidos. Este facto teve um impacto em mim de alguma tristeza e frustração suscitando-me algumas interrogações. Com a utilização deste mediador criei a expectativa que este fosse um facilitador da expressão de emoções uma vez que já tinha investigado a sua utilização noutros contextos com bons resultados. Questionei-me se a dificuldade estava relacionada com o tipo de material ou com a dificuldade que este grupo de doentes tinha em entrar na sua própria consciência e identificar os seus sentimentos explorando os seus processos internos. A realidade interna reflete a relação interna e externa da pessoa consigo e com o seu ambiente. Será que as participantes ainda não estavam preparadas para fazer esta viagem integrando e verbalizando os diversos pensamentos e sentimentos no grupo?

Este aspeto foi discutido com as orientadoras clínicas que acompanharam a sessão e foi também manifestado à orientadora pedagógica. Esta reflexão foi um importante passo para ajustar algumas expectativas relativamente ao resultado das sessões, sem diminuir o grau de motivação na realização das mesmas

Atividade nº 4 - Esta atividade foi planeada no sentido de proporcionar ao grupo de participantes um momento de bem-estar e relaxamento que ao mesmo tempo permitisse promover a autoconsciência do corpo. Participaram as cinco doentes internadas no serviço com AN. Foi

realizada a **técnica adaptada de relaxamento “Autógeno de Shultz”** por ser considerada a mais adequada para este grupo tendo em conta que não envolvia contração muscular e por isso o gasto energético ser menor. Foi preparado o *setting* com música para promover um ambiente calmo que permitia seguir o guião da intervenção. Os registos das observações realizadas nesta intervenção tiveram a colaboração da orientadora clínica.

A atividade foi recebida com entusiasmo pelo grupo. Ao longo das atividades realizadas uma vez por semana fui percebendo que este espaço era visto como uma quebra nas suas rotinas do internamento, e que envolvia um sentimento de bem-estar. Esta perceção resultou da observação da forma como se foi tornando cada vez mais fácil mobilizar o grupo para as sessões e algumas manifestações, de curiosidade sobre o que faríamos a seguir, e de prazer sobre as atividades já realizadas.

No final foram identificadas algumas das dificuldades sentidas durante a sessão nomeadamente as zonas do corpo mais resistentes ao relaxamento. Saliento que uma das participantes referiu que apesar de ter gostado de fazer a sessão não tinha conseguido relaxar totalmente. Foi importante que cada uma das doentes identificasse em si as zonas de maior tensão, bem como ter consciência do seu corpo. Por outro lado, a partilha da dificuldade/medo em controlar os pensamentos associados ao controlo do peso foi manifestada por todas as participantes e influenciou a capacidade de relaxar.

As participantes manifestaram bem-estar no final da atividade através das expressões; “...sinto-me tranquila e confortável”, “sinto-me relaxada, espero voltar a repetir”, “sinto-me calma, serena e em paz”, “tranquilidade”, “descontração...”. No final da atividade todas as participantes expressaram vontade em repetir a atividade.

Atividade nº 5 – Esta sessão intitulada de **“A sustentável leveza do ser”** foi proposta pelo grupo, que no momento era constituído por 6 doentes com DCA. O grupo sugeriu uma atividade em que cada uma das participantes identificava um tema que sentisse necessidade de discutir com os restantes elementos, tendo como objetivo a partilha de dificuldades e a reflexão sobre o momento presente. Surgiram temas como: relacionamentos, amor próprio, impacto da doença, importância das amizades e a perceção de si.

Foi uma sessão muito participada que resultou num sentimento de autonomia sobre o processo terapêutico e coesão do grupo. Tratou-se de uma intervenção psicoeducacional numa fase em que o grupo já tinha alguma relação estabelecida.

Foram expressas as dificuldades em estabelecer relações profundas e satisfatórias, todas as participantes identificaram um sentimento de culpa em relação às consequências da doença no equilíbrio familiar. Este facto permitiu-me perceber os fenómenos de identificação e relação com familiares e outras utentes.

O sentimento de culpa surgiu na avaliação sobre o que estava bem e o que estava mal e este dependia do pensamento, de fatores sociais, das crenças individuais e de aspetos ligados à cultura e à religião. A culpa é considerada como uma emoção auto consciente, secundária, complexa, social e moral (Tangney, 2002) e esteve presente em todas as participantes.

Esta sessão finalizou-se com algumas manifestações de otimismo e empatia como; *“...sei que vamos vencer esta doença...”*, *“...quero voltar a estar com os meus amigos como antigamente...”*, *“...vou voltar ao meu curso sem me sentir dominada pelos pensamentos que esta doença me trouxe...”*, *“...gostava que a minha irmã voltasse a ter orgulho em mim...”*.

Atividade nº 6 – “O que partilhamos à mesa...” - Esta sessão foi elaborada tendo como objetivo promover a reflexão, o autoconhecimento e a autoanálise utilizando a biblioterapia através da leitura de um texto e da escrita expressiva. Foi escolhido um excerto de um texto de José Tolentino de Mendonça “Comer, saborear, partilhar”, (Apêndice nº2) que foi lido pela moderadora, em seguida foi proposto às participantes que fizessem uma reflexão escrita sobre o texto. Esta atividade pretendia também fazer o encerramento do plano de sessões efetuadas até aqui, e fechar o ciclo das intervenções desenvolvidas.

As cinco participantes na atividade mantiveram-se atentas durante a leitura do texto demonstrando interesse. Após um período de pausa que foi variável para cada participante iniciaram a segunda fase da atividade, durante esta fase fui recolhendo algumas observações, que variaram entre expressão facial de introspeção, tensão corporal, escrita muito inconstante e insegura ou lenta ou muito rápida, apoio da cabeça nas mãos. Foi perceptível que o texto teve um impacto emocional nas participantes, no entanto as produções escritas da reflexão foram variáveis, algumas mais profundas outras mais superficiais.

Desta sessão saliento algumas narrativas: *“...a mesa quando não partilhada pode ser um lugar de grande solidão...”*, *“...a refeição é um momento de confiança nas pessoas que nos acompanham...”*, *“...o ato de comer envolve muitas emoções associadas aos nossos sentimentos, é um momento de busca de prazer...”*, *“...comer é resolvermo-nos connosco próprios...”*. *“...o ato de comer permite perceber de que maneira cada um se relaciona com a alimentação...”*, *“...quando existe uma má relação com a alimentação vai existir um afastamento...”*, *“...a refeição é um momento de convívio e por isso sinto que com a doença, ao me privar de comer também me privei de momentos com as pessoas de que gosto...”*. Estas expressões revelam alguma reflexão, mas revelam

experiências paradoxais, que estão ligadas à oralidade e se manifestam pela recusa de uma das necessidades mais básicas do ser humano, a alimentação. Esta recusa é considerada por Zalcberg (2003) um processo desafiador dirigido à mãe ou substituto, que traduz uma relação dialética entre a pessoa com anorexia que tenta reivindicar uma situação de onipotência do Outro e o seu próprio desejo (não comer).

A dificuldade em manifestar as emoções ou refletir sobre as mesmas manteve-se em todos as participantes, interroguei-me se não poderíamos relacionar o conceito de alexitimia, neste grupo de participante, descrito por vários autores, que o identificam como a incapacidade de reconhecer as próprias emoções e a dificuldade em descreve-las e expressa-las verbalmente. Apesar disso, ao longo deste plano de intervenções, foi surgindo um ambiente menos tenso em que cada uma das participantes parecia ter mais disponibilidade para ouvir e colaborar nas atividades, mesmo esta última atividade que se previa exigente foi encarada de forma mais descontraída. As participantes referiram, a reflexão, a partilha, a descontração e o bem-estar como sentimentos importantes no final da intervenção.

3.2. Estágio em Contexto Comunitário de Hospital de Dia de Psiquiatria

O estágio no contexto comunitário foi realizado num Hospital de Dia de Psiquiatria da zona de Lisboa e decorreu entre 25 de novembro e 5 de fevereiro de 2020. Esta é uma unidade de internamento parcial que funciona todos os dias úteis no horário das 9 às 17 horas. Tem uma lotação de 10 utentes com patologia psiquiátrica diversa e 12 utentes de gerontopsiquiatria, referenciados através da consulta de psiquiatria, internamento ou urgência do hospital. Este serviço, tem como propósito promover o retorno da pessoa à vida ativa fomentando a sua estabilização e

autonomia a partir de um projeto terapêutico que é negociado com a pessoa e com a equipa multidisciplinar. Para integrarem o hospital de dia os utentes são avaliados previamente sendo necessários que estes reúnam as condições necessárias para participarem nas intervenções socio e psicoterapêuticas.

A equipa multidisciplinar é constituída por uma enfermeira especialista em SMP, dois médicos psiquiatras, duas psicólogas e uma terapeuta ocupacional. Para além dos elementos fixos participam no trabalho de equipa profissionais em fase de formação: médicos internos de psiquiatria e estagiários de enfermagem tanto do curso de base como especialidade, por períodos variáveis. A equipa reúne-se duas vezes por semana para discutir as problemáticas relacionadas com os utentes e definir ou discutir planos terapêuticos individuais.

As intervenções socio e psicoterapêuticas são estabelecidas de acordo com as necessidades do grupo e têm como finalidade a promoção de comportamentos mais adaptados, a integração sociofamiliar e profissional de cada individuo através do desenvolvimento da autonomia. A reestruturação cognitiva ocorre em simultâneo com a estruturação do projeto pessoal de cada um dos utentes. O plano semanal de atividades é aferido diariamente de acordo com as dinâmicas que surgem no grupo.

Neste serviço desenvolvi um plano de intervenções socio e psicoterapêuticas que foi integrado nas dinâmicas da instituição. No entanto como o grupo era aberto, a sua constituição foi variando o que influenciou a sua dinâmica. A sua execução foi tutelada pela enfermeira especialista do serviço e a orientadora pedagógica. No final de cada sessão foi discutida e realizada uma reflexão conjunta sobre o sentido da aquisição e desenvolvimento de competências na intervenção psicoterapêutica de enfermagem em grupo terapêutico.

3.2.1. Plano de intervenção/ Hospital de Dia de Psiquiatria

No hospital de dia o plano de intervenções foi constituído por cinco sessões. Este está apresentado no relatório de forma resumida tendo em conta que se encontra em apêndice (Apêndice N° 3). Apresenta-se o quadro das intervenções efetuadas seguido da descrição e a análise de cada uma das sessões.

Quadro nº2. Plano de intervenções / Hospital de Dia de Psiquiatria

Sessões	Título	Tipo de intervenção/ Mediador expressivo
Sessão nº 1	"Quem eu sou...o que eu vejo...o que os outros veem	Socioterapêutica/ Jogo Lúdico e Escrita
Sessão nº 2	"O meu molde"	Psicoterapêutica/ Barro
Sessão nº 3	"A arca dos Contos"	Psicoterapêutica/Jogo Lúdico e Escrita Criativa
Sessão nº 4	"As cores que tenho dentro e fora de mim"	Psicoterapêutica/ Pintura
Sessão nº 5	"Os amigos" - (Gonçalo M. Tavares - "O Senhor Valéry")	Psicoterapêutica/ Biblioterapia (leitura e escrita)

Descrição e análise reflexiva das intervenções de enfermagem

Atividade N°1 – "Quem eu sou ... o que eu vejo... o que os outros veem..." - Esta primeira atividade foi delineada no sentido de promover uma reflexão individual e em grupo sobre a auto e heteroperceção dos participantes, para dar a conhecer a sua perspetiva e a de outros sobre a sua identidade e confrontar-se com as diferentes características do Eu, e um conhecimento mais profundo de cada participante e das relações de grupo.

Assim na primeira fase desta atividade foi solicitado a cada participante que através da escrita se apresentasse e descrevesse a forma

como se via. Foram dadas algumas orientações como a identificação de aspetos físicos, emocionais, relacionais e sociais, esta fase terminou com a partilha e comentário sobre o que tinha escrito. Nesta fase alguns participantes revelaram dificuldade em definir-se através de palavras, com disposição para evidenciar com mais acuidade expressões negativas o que remete talvez para uma baixa autoestima como, "...tenho dificuldade em escrever sobre mim...", "...isto é mais difícil do que parece...", "...só consigo ver coisas más...".

Quando passamos à leitura dos textos surgiram expressões diversas que traduziam a autoperceção de cada um dos participantes com expressões como: "sou extrovertida e amiga, mas às vezes isso não é bom...", "...tenho tendência para me isolar...", "...sou muito explosiva...", "às vezes não consigo controlar o que sinto e fico muito triste, isso influencia a minha vida...", "...sou boa mãe, e muito amiga ...", "...sou muito distraído e isso não é bom para mim...", "...sou muito teimosa e impulsiva...", "...gosto muito de ajudar os outros e por vezes esqueço-me de mim...", as expressões foram discutidas e cada participante referiu com maior ou menor grau de profundidade as características que considerava mais definidoras de si. Genericamente foram identificadas características que se refletiam de forma menos positiva no seu estado atual.

Na segunda fase da atividade foi pedido a cada elemento que identificasse através de uma palavra características que definissem os restantes participantes, estas palavras foram escritas numa folha colada nas costas de cada participante. Relativamente à heteroperceção na segunda fase da sessão surgiram expressões mais positivas na caracterização dos participantes pelos restantes elementos do grupo.

Foram discutidas e analisadas as expressões e perceções menos positivas, bem como as diferenças entre a auto e heteroperceção. Refletiu-

se sobre a importância de cada característica individual e de como cada uma delas pode ser modelada no sentido positivo. Destaco algumas expressões que surgiram no final desta atividade e que traduzem a avaliação da mesma, “... é importante falarmos de nós, porque habitualmente nem pensamos no assunto...”, “...gostei de saber que os outros veem coisas boas em mim...”, “...nunca me tinham dito que eu era boa a organizar coisas...”.

Nesta fase foi necessária alguma intervenção na contenção da comunicação no sentido de dar espaço a todos nessa análise e equilibrar o tempo no grupo, respeitando as necessidades de cada um dos participantes. A sessão terminou com a reflexão e discussão sobre a forma como cada um se definia e as diferenças que surgiam quando era outra pessoa a identificar as suas características.

No final da intervenção percebi que a atividade poderia ter sido efetuada em duas sessões, e que a mobilização da auto e hétero percepção e a sua relação com o autoconceito físico e emocional exigia mais tempo para permitir potenciar os resultados que se pretendiam.

Atividade Nº 2 - A segunda atividade que intitulei de “**O meu molde...**” foi programada com o objetivo de promover a autoconsciência e o autoconhecimento, competências que permitem a expressão de emoções e a sua partilha com o grupo.

Na fase inicial desta atividade foi sugerido a utilização da modelagem em barro como mediador para que os participantes pudessem expressar sentimentos e emoções no momento atual e promover a relação interpessoal. O *setting* foi preparado com os materiais necessários e uma música ambiente para promover um ambiente calmo sendo também sugerido que a atividade fosse realizada em silêncio.

A atividade foi aceite com curiosidade pelo grupo, mas também com alguma apreensão. No início da sessão surgiram expressões como: “...nunca

fiz nada em barro...”, “...não sei o que vou fazer...”, “... não tenho jeito nenhum para isto...”, no entanto cada um dos participantes num ritmo próprio foi realizando a sua peça mostrando progressivamente maior conexão com o material que estava a trabalhar. Saliento particularmente duas produções pelas suas características: A primeira (Fig. nº3), realizada por uma jovem do sexo feminino com 23 anos, com o diagnóstico de distúrbio da personalidade borderline que se encontrava a frequentar o hospital de dia depois de um 3º internamento.

Fig. nº3. “O meu molde” (VII)



Nesta produção é possível identificar duas figuras uma delas de costas, ligadas por uma ponte. Esta imagem segundo a doente traduzia os sentimentos antagónicos que se manifestavam com frequência na sua vida e que se repercutiam em conflitos e tomadas de decisão que a foram penalizando ao longo do tempo na sua vida familiar, social e laboral.

A participante identificou esta instabilidade emocional como um fator condicionante do seu bem-estar, tomando consciência da necessidade de

trabalhar o seu autocontrolo emocional. Durante a realização da peça em barro a doente permaneceu absorvida na sua realização, manifestando concentração e rapidez na sua execução. A impulsividade, a intensidade e o prazer na realização da intervenção foram evidenciadas também na reflexão sobre a mesma. A segunda (Fig. nº4) realizada por um doente do sexo masculino com 32 anos, com um distúrbio psicótico que se encontrava numa fase de recuperação após um segundo internamento por descompensação.

Fig. nº4. "O meu molde" (V)



Este doente apresentava um humor oscilante que condicionou a sua participação nas atividades propostas. Nesta atividade o doente evidenciou alguma dificuldade em organizar-se no sentido de trabalhar a peça de barro. Durante a intervenção manteve-se bastante apático e após modelar uma grande esfera permaneceu imóvel durante o tempo restante, no final conseguiu expressar a sua dificuldade na realização da intervenção.

A observação da atividade permitiu identificar reações diferentes em cada um dos participantes como, o desconforto inicial que foi melhorando ao longo da atividade, a tensão resultante da dificuldade em planejar a realização de uma peça ou ainda o ritmo com que cada participante realizou a sua peça. Na reflexão sobre as produções realizadas (Anexo nº 4) surgiram partilhas emotivas, sobre sentimentos presentes muitos deles relacionados com a situação de doença atual e a sua repercussão no projeto de vida de cada um. Ao comentarem as produções artísticas, cada participante autodefiniu-se ao falar da peça, valorizando as áreas mais significativas para si, como: o desporto, a família ou as relações afetivas. O sentimento de empatia entre os elementos do grupo surgiu naturalmente e no final da intervenção senti que esta foi um importante momento de coesão para o grupo, mas também um momento que permitiu a cada participante a reflexão sobre si próprio

Atividade Nº 3 – “A Arca dos contos” - Nesta atividade pretendia-se através do universo imaginário e da escrita criativa promover a autoanálise e um maior autoconsciência emocional e autoconhecimento.

Foi usado o jogo de cartas criado pela Maria Teresa Meireles, “A Arca dos Contos”, neste jogo a partir da escolha aleatória de sete cartas com imagens e palavras, cada participante teve oportunidade de dar liberdade à sua imaginação e capacidade narrativa de forma a construir uma história. Martins (2012) refere que as funções terapêuticas dos mediadores expressivos são ativadas pela mobilização da carga simbólica que define as suas potencialidades e que aceder à imaginação é a condição fundamental para contactar com a simbologia que nos é trazida por cada recurso expressivo utilizado pelo terapeuta.

Nesta intervenção os textos produzidos e lidos por cada participante foram sujeitos a uma reflexão pelo próprio e pelos restantes participantes.

Malchiodi (2005), identifica a imaginação como o agente terapêutico inerente a todas as formas de autoexpressão e nesta sessão as histórias construídas por cada participante traziam consigo as narrativas do seu autor. Foi de uma forma espontânea e com alguma surpresa que cada um percebeu este fato, quando os textos foram sujeitos a reflexão. Esta reação está de acordo com os vários autores que defendem que o processo de simbolização é realizado inconscientemente.

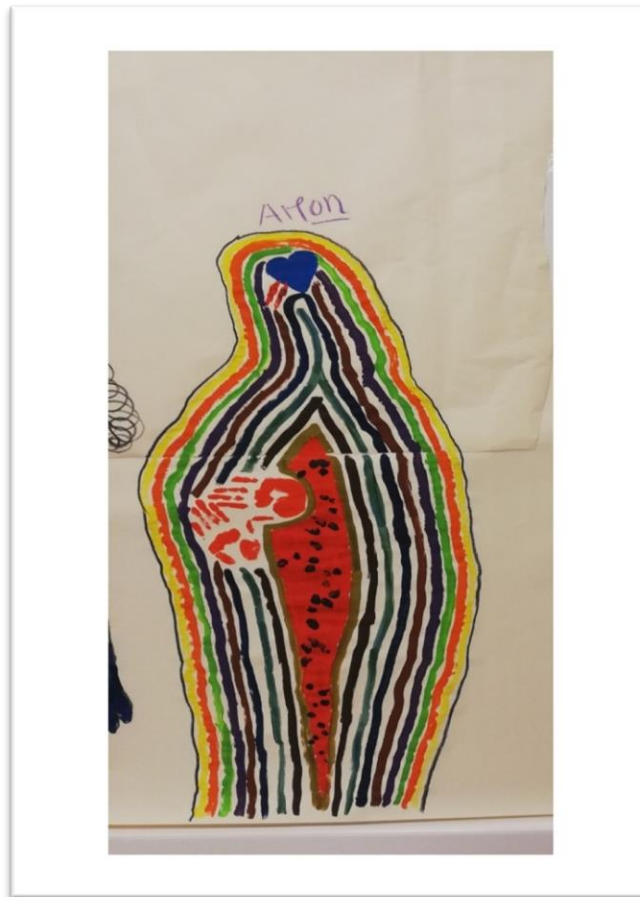
Este foi em minha opinião um dos momentos mais importantes do programa de intervenção, a conexão com os mediadores utilizados permitiu, "...um olhar de frente para si próprio..." tendo em conta que "...a compreensão de uma imagem criada reflete-se na estrutura pessoal conduzindo a um sentimento de coesão interna... (Martins, 2012, p.81).

Atividade Nº 4 - "As cores que tenho dentro e fora de mim..." -

Nesta atividade foi proposto a cada participante a utilização da pintura como mediador expressivo, com o objetivo de promover a auto percepção, o autoconhecimento e a autoanálise. Numa primeira fase da atividade foi sugerido a cada participante que após delinear o seu contorno corporal em papel de cenário, pintasse o seu interior de acordo com as emoções e sentimentos preponderantes. Na segunda fase foi sugerido, também através da pintura, que identificasse as circunstâncias externas a si que de alguma forma se relacionavam com os sentimentos e emoções que representou dentro do seu contorno corporal, sendo estas representadas do lado de fora (Anexo nº 4).

Saliento a Fig. nº5, esta pintura foi realizada por uma jovem mulher com 27 anos, com diagnóstico de distúrbio da personalidade borderline, com uma situação familiar, social e laboral muito instável resultante de um comportamento frequentemente impulsivo e agressivo.

Fig. nº5. As emoções dentro e fora de mim (III)



Muito receptiva ao mediador escolhido esta participante envolveu-se na realização da atividade com uma disponibilidade emocional que lhe permitiu uma reflexão profunda sobre as situações de stress da sua história pessoal o que possibilitou identificar a influência destas nas circunstâncias atuais. Saliento que a partilha em grupo foi contida e controlada tendo sido feita posteriormente uma intervenção individual dirigida centrada na regulação das emoções, com base na relação estabelecida e na escuta ativa.

Esta atividade foi aceite com entusiasmo pelo grupo, o investimento de cada participante refletiu-se num painel conjunto onde cada um produziu o seu trabalho. O sentimento de satisfação e orgulho no final da realização da atividade foi muito presente no grupo que optou por manter o painel como revestimento da parede da sala onde se realizavam as atividades (Fig. nº6)

Fig. nº6. As emoções dentro e fora de mim (VIII) / Painel de grupo



Cada uma das pinturas realizadas foi comentada pelo seu criador e também pelos restantes elementos do grupo. A partilha que resultou desta intervenção permitiu a cada participante falar do seu contexto pessoal e sua influência na situação atual.

Atividade Nº 5 - “Os amigos” - (Gonçalo M. Tavares - “O Senhor Valéry”) - Nesta atividade pretendia-se uma autoanálise mais profunda sobre as características positivas e menos positivas de cada participante e de como cada uma destas podia ser integrada e melhorada conscientemente na vida diária nomeadamente na relação com os outros. Foram utilizados dois mediadores expressivos, a biblioterapia e a escrita expressiva. A reflexão individual e em grupo permitiu uma partilha de sentimentos e identificação de necessidades entre todos os participantes. Esta sessão teve como finalidade encerrar o programa de intervenções fazendo com que os participantes refletissem sobre a sua auto percepção, os seus sentimentos e emoções, tal como na primeira intervenção, sabendo que as emoções são fenómenos de manutenção da vida que representam a subjetividade da

pessoa que as sente e que acompanham o desenvolvimento nas experiências da vida socio-emocional, social e cultural.

Goleman (2012), refere a autoconsciência como a atenção continuada dada aos nossos estados íntimos, o autor identifica que na consciência autorreflexiva a mente observa e investiga ela própria as experiências, incluindo as emoções e esse foi o foco do trabalho realizado durante o programa de intervenções.

No final da sessão todos os intervenientes referiram o fato de se ter tornado progressivamente mais fácil a participação nas atividades e que cada uma delas de maneira diferente tinha levado à reflexão sobre si próprio.

A avaliação deste projeto e o feedback da orientadora clínica permitem afirmar que no grupo houve uma maior autoconsciência, expressão e autocontrolo emocional, bem como a valorização de si próprio, reconhecendo competências que foram paulatinamente ampliando o leque de ação. Estes aspetos nem sempre foram fáceis, tanto para mim como para cada um dos intervenientes.

As reações à finalização do programa que coincidiu também com o final do estágio no hospital de dia, refletiram a relação estabelecida no grupo e com os profissionais ao longo das nove semanas de estágio e o sentimento de gratidão vivido foi mútuo.

IV – ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE EESMP

Ao longo deste percurso acadêmico esteve presente que o seu objetivo final seria desenvolver competências especializadas de ESMP na minha prática profissional atual ao nível dos cuidados de saúde primários, neste sentido o projeto delineado e a prática clínica foram de alguma forma influenciados por este meu propósito.

A realização do estágio nos dois contextos clínicos permitiu-me integrar as suas equipas multidisciplinares. Todos os momentos constituíram oportunidades de aprendizagem: as passagens de turno, as reuniões multidisciplinares, as reuniões familiares, as interações com doentes e familiares e as reuniões formativas.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foram definidas pela Ordem dos Enfermeiros e publicitadas em Diário da República, 2ª série, Nº151 de 7 de agosto de 2018. Neste estágio tentei responder às exigências atendendo às competências preconizadas pela O.E. e Plano Curricular do Curso de Mestrado da ESEL.

Neste relatório serão evidenciadas em cada competência específica as intervenções e atividades mais relevantes, mas também todo o trabalho de pesquisa efetuado, as interações com profissionais dos locais de estágio, orientadores clínicos e orientadora pedagógica. As competências serão apresentadas especificando a forma como foram desenvolvidas, evidenciando o processo de reflexão e análise que lhe esteve subjacente.

O percurso de aquisição e desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica está em permanente evolução, nomeadamente na primeira competência que se caracteriza por: **“Um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e**

enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento pessoal e profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.21427).

Desde o início desta etapa acadêmica que na componente letiva a primeira competência foi explorada e treinada, esta preparação foi fundamental para desenvolver a autoconsciência no processo de relação terapêutica. Nos contextos da prática clínica, desde o primeiro contacto e em todos os momentos, esta foi das competências mais exigentes. O contacto com novas realidades institucionais, grupos diferentes com perspetivas também diferentes do cuidar em enfermagem, abordagens humanas e profissionais diversas em cada contexto clínico e a filosofia de prestação de cuidados de cada uma das instituições que integrei como aluna, permitiu uma constante reflexão em vários domínios.

O recurso à utilização do Ciclo Reflexivo de Gibbs na realização dos diários de aprendizagem, permitiu que este exercício de reflexão e tomada de consciência da experiência vivida através das várias etapas (descrição, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão, planeamento e ação futura) fosse analisado e sistematizado. A necessidade de refletir sobre as vivências/experiências em contexto clínico e a partilha e análise destes momentos com as orientadoras clínicas e orientadora pedagógica permitiram que o processo de desenvolvimento fosse gradual na identificação das emoções, sentimentos, fenómenos de transferência e contratransferência, mas também nas circunstâncias pessoais que intervinham na relação terapêutica com os doentes e na relação com as equipas multidisciplinares.

No desenvolvimento desta competência, o estágio no serviço de internamento foi particularmente importante. Neste contexto, no segundo dia de estágio colaborei com a enfermeira de referência na admissão, colheita de dados, identificação dos diagnósticos de enfermagem e

elaboração do plano de cuidados de uma doente com anorexia nervosa. Este momento foi responsável por sentimentos e emoções relacionados com os efeitos físicos, emocionais e comportamentais característicos desta doença e manifestados por esta doente que tinha apenas 15 anos. A compaixão, o impulso de proteção bem como o sentimento de identificação, pelo facto de ter filhos com uma idade próxima, estiveram presentes. No final do dia não consegui libertar-me do sentimento de desconforto que a imagem daquela pessoa despertou em mim. Posteriormente tive oportunidade de integrar e discutir tanto com a minha orientadora clínica como com a minha professora orientadora o impacto deste momento em mim. O emagrecimento extremo da doente, a busca inabalável da magreza e o medo intenso e mórbido de parecer ou ficar gorda, a postura pouco flexível, a comunicação educada, mas pobre na partilha e na expressão de emoções. A relação obsessiva com o controlo da ingestão alimentar e com o exercício físico, foram muito impactantes e fizeram-me perceber que o estágio de observação que tinha realizado era insuficiente e que este estágio mais prolongado iria contribuir para compreender problemáticas tão complexas, aprofundar conhecimentos, trabalhar as minhas emoções e os meus estereótipos para que a minha prestação profissional fosse eficaz como parceira no processo terapêutico destas pessoas. Todas as vivências do segundo dia de estágio ecoaram em mim e refletiram-se fazendo-me tomar consciência de que o conhecimento sobre a doença estava ainda longe do que precisava na interação com a pessoa. O percurso de crescimento profissional durante as nove semanas seguintes foi pautado por avanços e dúvidas relativos à minha colaboração no processo terapêutico das doentes que acompanhei.

O autoconhecimento é identificado e associado ao desenvolvimento da primeira competência e central na prática de enfermagem de saúde mental na medida em que interfere na forma como se estabelece a relação

terapêutica, e condiciona todos os resultados das intervenções realizadas. A autoconsciência é conhecida como uma das cinco competências emocionais, capazes de apoiar e favorecer o autoconhecimento das emoções da própria pessoa e do outro e relaciona-se com o reconhecimento e compreensão profunda das emoções, forças e fraquezas, necessidades e motivações e de que modo estas nos afetam e afetam os outros, (Goleman, 2003, 2019).

Assim ao longo deste percurso fui-me tornando progressivamente mais consciente das minhas capacidades e dúvidas aceitando-as como normais e promotoras do meu desenvolvimento, fui adotando um comportamento mais espontâneo e genuíno, mas também mais assertivo na relação terapêutica. Saliento, no entanto, que me foi particularmente difícil, nos momentos das refeições no internamento, reagir sempre de forma assertiva, aos comportamentos de manipulação, aos rituais obsessivos (contagem de grãos de arroz, espalhar e esconder a comida no prato) aos comportamentos de sedução, às tentativas de movimento/exercício, com o objetivo obstinado de “queimar calorias”, foram momentos muito exigentes.

Damásio (2011) refere-se ao corpo como o pano de fundo do teatro das emoções. A relação entre o corpo e as emoções nas DCA, é responsável pela alteração da propriocepção (sensação articular e muscular) e da interocepção (sensação visceral) que constituem a base da noção de imagem corporal e autopercepção. Esta “paisagem corporal” ou mapa mental do corpo é o alicerce da formação da consciência geral e da consciência de si mesmo, ou seja, a consciência tem a sua base no corpo. (Damásio, 2011; Fernandes,2021).

Para Damásio (2011), as emoções e os sentimentos “são considerados entidades diáfanas, incapazes de partilhar o palco com o conteúdo palpável dos pensamentos, muito embora emoções e sentimentos constantemente qualifiquem os pensamentos, e estes permitem-nos mentalizar e cuidar do

corpo” em condições normais. Na pessoa com AN o corpo passa a ocupar um papel central, a sensação de controlo torna-se obsessiva, permitindo à anorética vivenciar a sensação de força.

Foi importante conhecer melhor estes processos relativos à doença para uma compreensão e desmistificação de alguns comportamentos da pessoa com esta doença. Neste sentido a reflexão e partilha com a orientadora clínica foram responsáveis pela adoção dos comportamentos mais adequados para colaborar no processo terapêutico.

No contexto da relação terapêutica foram identificados fenómenos de transferência e contratransferência, especialmente no âmbito da prestação de cuidados às doentes com DCA, gerir estes fenómenos revelou-se uma aprendizagem permanente que influenciou de forma positiva a evolução dos processos terapêuticos nos quais participei.

Ao longo dos estágios foi-se atenuando progressivamente alguma tensão que se traduzia inevitavelmente na comunicação não verbal que estabelecia com os/as utentes e da qual tomei consciência.

Tive sempre a perceção que grande parte da tensão que manifestava se prendia com o sentimento de responsabilidade que sentia na interação com as doentes, o fato de nunca ter exercido funções num serviço de saúde mental contribuiu para que me sentisse insegura, no entanto o fato de ter várias experiências noutras valências de enfermagem, fazia com que me sentisse mais confortável e conseguisse controlar as minhas inseguranças.

No final dos dois estágios tenho consciência que esta será uma competência em constante desenvolvimento e que será a base de processos terapêuticos consistentes e eficazes.

Em relação à segunda competência, “**assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental**” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.21427), esta foi desenvolvida de

forma transversal ao longo dos dois estágios clínicos. No internamento de psiquiatria, desde o início tive oportunidade de colaborar na admissão e posterior acompanhamento de doentes. A realização de entrevistas permitiu-me identificar capacidades, necessidades e recursos no sentido de estabelecer projetos terapêuticos e promover a recuperação. Phaneuf (2005) identifica a entrevista como a porta de entrada da relação terapêutica, que permite estabelecer um processo de suporte para a pessoa cuidada ou para os seus próximos com o objetivo de ajudar a enfrentar as dificuldades inerentes à doença e ao seu tratamento. É essencial que o enfermeiro desenvolva a sua capacidade de fazer questões, ouvir/escutar e observar, constituindo-se a chave para uma relação positiva.

Durante a realização dos dois estágios foram inúmeras as circunstâncias de entrevista de ajuda que surgiram, umas formais outras informais, todas constituíram momentos de evolução e reflexão.

Com a realização de um estudo de caso no contexto de internamento de psiquiatria, tive oportunidade de estudar de forma profunda na sua complexidade e dinamismo próprio uma pessoa com AN, a avaliação do estado mental e a identificação de diagnósticos de enfermagem, fundamentaram as intervenções de enfermagem que realizei junto desta doente. Foi possível neste processo terapêutico estabelecer uma relação que evoluiu por etapas e que permitiu potenciar o efeito das intervenções delineadas. Ter participado na admissão desta doente e ter acompanhado todo o seu internamento até à alta foi um fator importante no resultado final da intervenção de enfermagem, o acompanhamento consistente permitiu que a relação se desenvolvesse e evoluísse de forma terapêutica. Saliento que o contacto com o seu núcleo familiar nas três reuniões familiares realizadas foi importante para delinear estratégias do processo terapêutico,

permitindo uma avaliação abrangente do seu contexto familiar de forma a projetar a alta e a sua recuperação no futuro.

Martins (2018), identifica os familiares como atores centrais na construção do cuidado psicossocial em saúde mental, considerando que escutá-los e valorizar o seu entendimento sobre o que lhes é benéfico contribui para o processo terapêutico, por outro lado neste contexto a família também se sente cuidada ao sentir que é acompanhada por profissionais qualificados, gerando-se um sentimento de segurança. No conjunto este foi um processo muito compensador para mim quer profissionalmente quer pessoalmente apesar das dificuldades que senti fundamentalmente no que diz respeito à minha gestão emocional.

No contexto de hospital de dia saliento a importância de todas as reuniões multidisciplinares com o grupo terapêutico, por terem constituído importantes momentos de aprendizagem. A observação das interações utente/utente e utente/profissional, permitiu-me analisar o papel de cada um no projeto terapêutico individual. Esta observação e análise foram um contributo importante na forma como estabeleci o programa de intervenções ao longo do estágio efetuado. O contexto foi muito desafiante quer do ponto de vista profissional quer pessoal, pois senti que era importante que as intervenções planeadas fossem não só uma parte integrante dos projetos terapêuticos, mas também que fossem estimulantes para cada participante.

No contexto do estágio comunitário (hospital de dia), o grupo estava constantemente sujeito a situações de instabilidade e conflito, este facto tornava as atividades um espaço importante de interação controlada e de debate. A realização e moderação das atividades tornou-se o espaço da construção da relação terapêutica que me permitiu desenvolver a capacidade de análise das interações, dos conflitos, da gestão de confrontos,

mas também de comunicação assertiva e manutenção de foco nos objetivos de grupo

No âmbito desta competência de EESMP, foi também possível realizar a formação específica do *“projeto +contigo”*. O primeiro contacto que tive com o projeto aconteceu por sugestão da orientadora pedagógica, assim tive oportunidade de integrar uma equipa que desenvolve o projeto e assistir a todas as sessões do mesmo exceto às de aplicação dos questionários nas turmas selecionadas, e nas reuniões com os docentes. Este projeto de intervenção na comunidade têm uma intenção fortemente direcionada para a promoção da saúde mental e bem-estar e desenvolve-se no contexto escolar, tendo como população alvo os alunos do 3º ciclo do ensino básico. A sua finalidade consiste na prevenção dos comportamentos suicidários neste grupo alvo, mediante a promoção da autoestima e da resiliência psicossocial e a prevenção de comportamentos associados. A promoção da saúde mental nas escolas inclui *“...as intervenções psicossociais e serviços organizados especificamente para o desenvolvimento de novas aprendizagens/ desafios para estudantes ao nível social, emocional e educacional, identificando e atuando nas necessidades específicas dos estudantes”* (Franklin et al., 2012). Desde a primeira sessão que percebi que era um importante recurso no âmbito da minha atividade no contexto dos cuidados de saúde primários.

A terceira competência, **“ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias em cada contexto”** (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.21427), foi desenvolvida de forma continuada nos dois contextos de estágio. Integrada nas equipas multidisciplinares, tive oportunidade de colaborar na avaliação global de doentes em várias fases do seu processo terapêutico, avaliando o impacto da sua situação de saúde, promovendo o retorno à autonomia, quer pela intervenção em grupo quer

através de intervenções dirigidas individualmente e com base em diagnósticos de enfermagem identificados. No desenvolvimento desta competência saliento a colaboração na reintegração social dos doentes que frequentavam o Hospital de Dia. Foi importante perceber que as diferentes intervenções realizadas, tinham sentidos diferentes para cada uma das pessoas e contribuía para uma reintegração social mais rápida e eficaz. O Conselho Nacional de Saúde Mental define a reabilitação psicossocial como:

processo pelo qual a pessoa é ajudada a adaptar-se às limitações da sua incapacidade, a recuperar capacidades perdidas e a desenvolver novas competências de forma a ultrapassar a situação de desvantagem psicológica e social que lhe adveio da sua perturbação psiquiátrica, tendo em vista melhorar a sua autonomia e a sua qualidade de vida”, (CNSM 2002, p.30).

A supervisão in loco, foi realizada pela minha orientadora clínica e foram vários os momentos em que foi necessário reformular e ajustar dinâmicas e comportamentos, no sentido da eficácia terapêutica.

A participação, nas reuniões multidisciplinares em ambos os contextos, foi fundamental na identificação das necessidades de cada um dos intervenientes, esta possibilidade permitiu-me conhecer cada um dos intervenientes de forma mais profunda e interagir no contexto de cada sessão de forma individualizada. Deste modo cada sessão, embora fosse estruturada para o grupo permitia uma adequação dos objetivos da mesma a cada um dos elementos participantes.

A complexidade envolvida no planeamento de projetos terapêuticos para doentes com experiência de doença mental, quer se recorra a uma abordagem mais individual ou de grupo, fez-me identificar que esta é uma competência que necessito investir continuamente na minha prática profissional.

No âmbito da quarta competência de EESMP, **“presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo da vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar e de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”**, (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.21427), a intenção que esteve subjacente aos planos de intervenção elaborados foi ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. A utilização dos mediadores expressivos possibilitou, em várias circunstâncias o empoderamento e reconhecimento dos pares, nomeadamente quando utilizamos a pintura como recurso expressivo.

Destaco o planeamento dum almoço fora do hospital no grupo do contexto hospitalar, com a presença de toda a equipa multidisciplinar. Este momento foi especialmente importante para este grupo de doentes pela dificuldade de partilharem a refeição num espaço social e com toda a equipa presente. Embora este tenha sido um momento de alguma tensão, foi também um momento de grande partilha e que resultou num sentimento de empoderamento do grupo.

Ao longo da prática clínica fui identificando as minhas dificuldades e a necessidade de prática, principalmente na intervenção em grupo. A utilização dos vários mediadores artísticos foi também uma opção que, embora mais rica do ponto de vista da vivência de cada interação (minha e dos participantes), dificultou a avaliação dos planos de intervenção. Consideramos que teria sido mais fácil a avaliação reduzindo o número de mediadores utilizados no plano. A supervisão e aconselhamento das orientadoras clínicas e pedagógica foram fundamentais para potenciar a aprendizagem. Fica, no entanto, a consciência de que será necessário

desenvolver ainda um caminho no âmbito das intervenções com os grupos, praticar noutros contextos para que possa evoluir mais do ponto de vista profissional nesta área.

V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver a temática da promoção do autoconceito, proporcionou a integração das aprendizagens abordadas ao longo do curso, nos respetivos locais onde estagiei, e potenciou esta aprendizagem no contexto profissional onde exerço funções, pois é neste que pretendo futuramente desenvolver a minha atividade como enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Os mediadores expressivos utilizados, com potenciais terapêuticos diferentes entre si, constituíram o ponto de partida para o planeamento dos programas de intervenção realizados e estes proporcionaram o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem de saúde mental. O contacto com os diversos materiais permitiu aos participantes reagirem com a sua carga simbólica elaborando e refletindo sobre as suas emoções e ideias integrando-as no processo terapêutico. A intervenção em grupo sendo uma modalidade potencialmente terapêutica possibilitou aos participantes das sessões dar e receber o *feedback* sobre o significado e o efeito das produções e das suas interações. Nas intervenções com as pessoas com Anorexia Nervosa pretendia-se promover a expressão emocional e a tomada de consciência corporal, pois esta permitia conhecer o próprio corpo, reconhecer os pensamentos e as emoções e alguns sinais do organismo. Esta tomada de consciência no processo terapêutico foi evolutiva. A participação da família no projeto terapêutico permitiu um conhecimento mais profundo da doença e uma melhor compreensão da pessoa doente e da dinâmica familiar. A avaliação do programa através dos mediadores expressivos permite-nos afirmar que é possível promover o autoconceito e a autoconsciência, relacionados com a capacidade em

identificar e reconhecer as suas emoções e as dos outros, bem como melhorar a autoconsciência e a autorregulação emocional.

Este processo embora desenvolvido em grupo terapêutico foi também uma experiência individual que permitiu a cada participante distinguir as diferenças em relação ao outro, mapeando o seu contexto interno e externo. Evidenciaram-se neste caminho processos de identificação e sentimentos de compaixão e empatia no feedback sobre o significado e o efeito das várias interações.

O planeamento, execução e avaliação das intervenções especializadas de enfermagem de SMP, no âmbito dos dois contextos de estágio efetuados, constituíram uma etapa decisiva no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Permitiram-me adquirir e desenvolver novas competências de âmbito relacional, adotando o foco sistemático na comunicação, nomeadamente a comunicação não verbal, mas também, na consciência de mim enquanto recurso terapêutico promovendo o autoconhecimento.

O planeamento das intervenções foi precedido pela pesquisa bibliográfica sobre as mesmas, no sentido de conhecer a evidencia e o nível de eficácia dos diversos recursos terapêuticos, tanto no contexto da relação terapêutica dual como em grupos terapêuticos. As intervenções planeadas permitiram o treino e a vivência das particularidades, dificuldades e subtilezas na relação terapêutica nas diferentes interações. A reflexão profunda sobre a minha intervenção, sobre a adequação das intervenções de acordo com os objetivos pretendidos e a adequada supervisão foram decisivos no processo de aprendizagem e desenvolvimento que percorri durante os últimos meses.

Neste percurso pautado por avanços, algumas dúvidas e reflexões considero que a avaliação das intervenções efetuadas foi o ponto mais crítico. Inicialmente considerei que seria metodologicamente pertinente uma

avaliação formal com um pequeno questionário aplicado aos participantes, no entanto a natureza das interações que se estabeleciam durante as intervenções revelou-se pouco compatível com esta escolha, o que me levou a uma avaliação mais aberta e qualitativa que teve por base as narrativas das partilhas registadas em notas de campo por mim realizadas. Neste âmbito considero que utilização de um ou dois mediadores expressivos teria sido uma opção mais adequada no sentido de permitir resultados mais consistentes. Apesar deste constrangimento a avaliação do programa através dos mediadores expressivos permite-nos afirmar que é possível promover o autoconceito e a autoconsciência, relacionados com a capacidade em identificar e reconhecer as emoções em si e nos outros e autorregula-las.

Saliento que este percurso se traduz numa prestação de cuidados especializados de saúde mental e psiquiátrica ao individuo, família e outros grupos e comunidade, visando contribuir para a adequação das respostas face aos problemas específicos relacionados com a doença mental. Estou consciente de que este percurso formativo se vai refletir em projetos futuros para que se torne consistente na minha prática diária no contexto dos cuidados de saúde primários e em futuras investigações.

REFERÊNCIAS

- Almeida, V., Lopes, M., Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: Análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem USP*; 39(2), 202-210.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais DSM-5* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, P. (2018). Biblioterapia em contexto terapêutico de reabilitação psicológica e psicossocial em saúde mental. *Hospitalidade* 2018 (82), 19-31.
- Arango C., Díaz-Caneja C., McGorry P. (2018). Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry* 2018 jul.;5(7): 591-604. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30057-9.
- Araújo, X., Henriques, M. (2011). Que diferença faz a diferença na recuperação da anorexia nervosa. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2011, 38(2): 71-76.
- Basilio, F. (2012). Estudo do autoconceito dos jovens do ensino secundário. Disponível em <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/270>
- Benetti, I., Oliveira, W. (2016). O poder terapêutico da escrita: quando o silêncio fala alto - *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 19 (8), 67-76
- Benner, P. (2001). *De iniciada a perita*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bento, A. (2019). Conferência: Saúde Mental... exclusão social... estigma, proferida no âmbito do 9º Encontro da UCC Seixal, 17 de out. 2019.
- Blomdahl, C.; Gunnarsson, A.; Guregård, S.; Björklund, A. (2013). A realist review of art therapy for clients with depression. *The Arts in Psychotherapy*. 2013, 40, 322-330
- Blomdahl, C.; Gunnarsson, B.A.; Guregård, S.; Rusner, M.; Wijk, H.; Björklund,

- A. (2016). Art therapy for patients with depression: expert opinions on its main aspects for clinical practice. *Journal of Mental Health*. 25 (6), 527-535.
- Blomdahl, C.; Wijk, H.; Guregård, S.; Rusner, M. (2018). Meeting oneself in inner dialogue: a manual-based Phenomenological Art Therapy as experienced by patients diagnosed with moderate to severe depression. *The Arts in Psychotherapy*. 59, 17-24.
- Bouça, D. (2014). Doenças do comportamento alimentar. Em M. Figueira, D. Sampaio, & P. Afonso, *Manual de psiquiatria clínica: (241-259)*. Lisboa: Lidel, Edições técnicas, Lda.
- Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2006). The Three Faces of Self-Esteem. In M.H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 4-9). Psychology Press.
- Bruch, H. (1972). *Eating disorders, obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bulechek, G Butcher, H; Dochterman, J (2010). *NIC Classificação de intervenções de enfermagem*. Elsevier Editora Lda.
- Burns, R. (1986). *The self-concept: Theory, measurement, development and behaviour*. New York: Longman Group.
- Burns, R.B. (1986). *The Self-Concept* (4rd ed.). London: Longman
- Caldas de Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Caldas de Almeida, J., Xavier, M. (2018). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Acedido a 21/07/20. Disponível em:http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Caldin, C. (2001). A Leitura como função terapêutica: Biblioterapia. Enc. Bibli:

- R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf., ISSN 1518-2924, Florianópolis, Brasil, 2001,12: 32-44
- Carvalho, A. & Guimarães, C. (2011). Dando forma e cor ao mundo interno: desenho e pintura em Arte-Terapia. *Revista Portuguesa de Arte-Terapia: Arte Viva*, 2. Lisboa, SPAT, 17-20
- Carvalho, B. (2016). Itinerários Terapêuticos de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 21(8): 2463-2473.
- Carvalho, R. (2001). A arte de sonhar ser. *Imagens da transformação*, 8, Rio de Janeiro, Pomar,180-192.
- Carvalho, R. (2009). A arte de sonhar ser. Fundamentos da arte-psicoterapia analítica-expressiva. ISPA
- Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica - Os fundamentos existenciais humanistas da relação de ajuda (1ª ed.). Loures: Lusodidata.
- Chalifour, J. (2009). A intervenção terapêutica- Estratégias de Intervenção (1ª ed., Vol. 2). Loures: Lusodidata.
- Claudat, K., Lavender, J. (2018). An introduction to the special issue on emotion regulation and eating disorders. *Eating Disorders*. 2018; 26(1): 1-4
- Cole, D., Maxwell, S., Martin, J., et al. (2001). The development of multiple domains of child and adolescent self-concept: A cohort sequential longitudinal design. *Child development*, 72, 1723 – 1746.
- Conselho Nacional de Saúde: Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década, Lisboa: CNS, 2019
- Conselho Nacional de Saúde Mental (2002). Propostas e recomendações. Retirado a 10 de Novembro de 2008 de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005982.pdf>.
- Coqueiro, N., Vieira, F., Freitas, M. (2010). Artererapia como dispositivo terapêutico em saúde mental – *Acta Paul. Enferm.* 2010; 23(6): 859-862

- Costa, J. M., (2001). Autoconceito: Da diversidade conceptual à relação com o desempenho académico. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35 (2): 103-136
- Crone, D. (2012). "Art Lift" intervention to improve mental well-being: An observational study from UK general practice. *International Journal of Mental Health Nursing* (2013). 22; 279–286. Obtido de <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00862.x>
- Damásio, A. (2011). *O erro de Descartes: Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Temas e debates, Círculo de Leitores.
- Damásio, A. (2012). *Ao encontro de espinosa*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Damásio, A. (2017). *A estranha ordem das coisas: A vida, os sentimentos e as culturas humanas*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Damásio, A. (2017). *O sentimento de si - Corpo, emoção e consciência*. Lisboa: Círculo de Leitores
- Falvo, D. (2005). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability* (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do autoconceito físico nas crianças e adolescentes. *Análise psicológica*. 2005, 4 (XXIII): 361-371
- Fernandes, L. (2021). *As lentas lições do corpo. Ensaios rápidos sobre as relações entre o corpo e a mente*. 1ª Ed. Círculo de Leitores.
- Ferraz, M. (2009). *Terapias expressivas integradas*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial.
- Franklin, C. G. S., Kim, J. S., Ryan, T. N., Kelly, M. S., & Montgomery, K. L. (2012). Teacher involvement in school mental health interventions: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34 (5), 973–982. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.01.027>
- Fusar-Poli, P., Bauer, M., Stefan, B., Andreas, B. (2019). European college of

- neuropsychopharmacology network on the prevention of mental disorders and mental health promotion. *European Neuropsychopharmacology* – Dec. 2019, 29 (12),1301-1311. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.09.006>
- Goleman, D. (2012). *Inteligência emocional* (17ª ed.). Maia: Temas e Debates. Círculo de Leitores
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com a inteligência emocional* (5ª ed.). Lisboa: Temas e Debates. Círculo de Leitores
- Goleman, D. et al. (2019). *Inteligência emocional: Autoconsciência*. Coimbra: Conjuntura Actual Editora.
- Göni, E., & Fernandez, A. (2009). El autoconcepto. (pp. 20-27). In A. G. Grandmontagne (Coord.) (2009). *El autoconcepto físico: psicología y educación*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Guerra, M. P., Lima, L., Torres, S. (2014). *Intervir em grupos na saúde: revista aumentada*. (2ª Ed.) Lisboa. Climepsi Editores
- Harter, S. (2006). The self. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.) *Handbook of child psychology* (Vol. 3, pp. 505-570). Hoboken, NJ: John Wiley e Sons.
- Hatfield, B., Lefley, P. (1993). *Surviving mental illness: Stress, coping, and adaptation*. American Psychological Association. Guilford Press
- Hattie J. (1992). *Self- concept*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates
- Henriques, P.C.M. (2009). *Imagem corporal, autoconceito e rendimento escolar nos pré-adolescentes*. Dissertação de mestrado - Universidade de Aveiro – Departamento de Ciências de Educação – Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/1033>
- Higgins, A., Cahn, S. (2018). Detection of anorexia nervosa in primary care. *Eating Disorders*. 2018, 26(3): 213-228.
- Holmqvist, G., Persson, C. (2012). Is there evidence for the use of art therapy

- in treatment of psychosomatic disorders, eating disorders and crisis? A comparative study of two different systems for evaluation. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2012, Feb;53(1):47-53. Obtido de doi: 10.1111/j.1467-9450.2011.00923. x.
- King R, Neilsen P, White E. (2013). Creative writing in recovery from severe mental illness. *Int. J. Ment. Health Nurs*. Oct;22(5):444-452. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00891. x. Epub 2012 Dec 5. PMID: 23211053.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Leal, I. (2016). *Iniciação às psicoterapias (3ª Ed.)* Lisboa: Fim de Século
- Lluch, M. (2008). Concepto de Salud Mental Positiva: Factores relacionados. In J.Fornes, y J. Gomez (Coord.). Recursos y programas para la salud mental. *Enfermería psicossocial II*, (37-69). Madrid. Fuden
- Malchiodi, C. (2005). *Expressive therapies*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Manes, S. (2018). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupo: Um Manual para psicólogos, professores, animadores socio-culturais*. Lisboa: PAULUS
- Manning, M. (2007). Self-Concept and Self-Esteem in Adolescents. *Psychology*. Disponível em <https://www.semanticscholar.org/paper/Self-Concept-and-Self-Esteem-in-Adolescents/Manning/5367523293360cf1fd39a4da7a7f4e7e27bfcbaa#citing-papers>
- Martins, D. (2012). *Arte-Terapia e as Potencialidade Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos*. (Tese de Mestrado). Disponível em: HYPERLINK <http://hdl.handle.net/10451/10008>
- Martins, D. (2018). Fantasia, imaginação e simbolismo: Bases da Psicanálise para a Arte-Terapia. *SPAT – Arte Viva*, out.2018. 30-34

- Mehrad, A. (2016). Mini literature review of self-concept. *Journal of educational health and community Psychology*. 2016, 5(2): 62-66
- Ministério da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: DGS.
- Ministério da Saúde. (2018). Retrato da Saúde 2018. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 20/06/2019. Disponível em: HYPERLINK "https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/04/RETRATO-DA SAUDE_2018_compressed.pdf" https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/04/RETRATO-DASAUDE_2018_compressed.pdf
- Morais, A., Roecker, S., Salvagioni, D. Eler, G. (2013). Significance of clay art therapy for psychiatric patients admitted in a day hospital. *Invest Educ Enferm*. 2014; 32(1). 128-138. Obtido de DOI:10.1590/S0120-53072014000100015
- Moreira, D., & Saraiva, J. (2018). *Self-Concept and Disturbed Eating Behavior in a Clinical Population of Adolescents with Eating Disorders*. *Nascer e Crescer – Birth and Growth Medical Journal*, 27(2), 93-97
- Nascimento, A., et.al (2019). Dimensões Fenomenais da Autoconsciência e do Autoconceito e as Elementos do Self – *RECH, Cidadania, Diversidade e Bem-Estar - V (2)*, 677-704.
- Nodin, N., & Leal, I. (2005). Representações Paternas na anorexia nervosa. *Análise Psicológica*, 201-208
- OPSS. (2019). Saúde um direito humano: relatório de primavera 2019. Lisboa: OPSS.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Assembleia de colégio de especialidade de enfermagem de saúde

mental e psiquiatria. Obtido de

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQC EESaudeMental.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. *Assembleia extraordinária - 4ª Assembleia do colégio da especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (pp. 1-18). Leiria:

Ordem dos Enfermeiros. Obtido de

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5685/ponto2_padroesqualidadece_smp.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrão de documentação de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Obtido de

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3o-documenta%C3%A7%C3%A3o_enfermagem-sa%C3%BAde-mental-e-psiqui%C3%A1trica_ausculta%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (nº 151 de 2018-08-07), 21427 – 21430

Organização Mundial de Saúde. (2004). *Prevention of mental disorders:*

Effective interventions and policy options. Genebra: WHO. Obtido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43027/924159215X_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organização Mundial de Saúde. (2005). Mental health promotion and mental disorder prevention. *WHO european ministerial conference on mental health - Facing the challenges, building solutions* (pp. 1-7). Helsinquia: WHO. Obtido de

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

- Orkibi, H., Azoulay, B., Snir, S., Regev, D. (2017). In-session behaviours and adolescents self-concept and loneliness: A psychodrama process-outcome study. *Clin Psychol Psychother.* 2017, 24: 01455-01463
- Peixoto, F. (2003). *Autoestima, Autoconceito e Dinâmicas relacionais em Contexto Escolar*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Universidade do Minho: Braga
- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, XXII, 235-244.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales na enfermeria: Un marco de referència conceptual para la enfermería psicodinâmica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência
- Purkey, W., e Stanley, P. (2001). The self in psychotherapy. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies*, pp. 473-498. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sampaio, D. (1999). *Etiologia e Diagnóstico das Doenças do Comportamento Alimentar*. In D. Sampaio, *Doenças do Comportamento Alimentar: Manual para o Clínico Geral*. Edições ASA.
- Sampaio, F., Carvalho, J. C., Araújo, O., & Rocha, O. C. (2014). Investigação em enfermagem de saúde mental e psiquiatria: Uma análise documental. *Revista Especial da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 71-75.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção

- psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 103-108. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a17.pdf>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 77-84. Obtido de doi: 10.19131/rpesm.0205
- Scorsolini-Comin, F., Souza, V., Santos, A. (2010). A construção de si em um grupo de apoio para pessoas com transtornos alimentares. *Estudos em Psicologia*. 27(4): 467-478.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Shultheisz, T. e Aprile, M. (2013). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 2013;5(1):36-48
- Souza, S., Vaerregia, E. (2012). Autopercepção da imagem corporal e prevalência de comportamentos sugestivos de anorexia nervosa em universitários. *Revista UNINGÁ*. 2012; nº 34:23-31
- Sprinthall, N., & Collins, W. (2011). *Psicologia do Adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. 5ª edição. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stuart, G. & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica*. Lisboa: Reichman e Affonso Editores.
- Tangney, J. P. (2002). *Self-conscious emotions: The self as a moral guide*. In A. Tesser, D. A. Stapel, & J. V. Wood (Eds.), *Self and motivation: Emerging Psychological*
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford

- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.) Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica* (6ªed.). Loures: Lusociência
- Travagin, A, Margola, D., Revenson, B. (2015). How effective are expressive writing interventions for adolescents? A meta-analytic review. - Catholic University of Milan, Italy b Hunter College and The Graduate Center, City University of NY, USA. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.003>
- Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 101-110. Obtido de http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2204/1/1988_2_101.pdf
- Vignaud, M., et al. (2010). Refeeding syndrome influences outcome of anorexia nervosa patients in intensive care unit: an observational study. *Critical care*. 14(21): 172-195.
- Vinogradov, S. e Yalom, I. (1992). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- WHO (2014). Mental health: a state of wellbeing. Available at: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ (accessed 30/09/2015).
- Williams, K., King, J., Fox, J. (2016). Sense of self and anorexia nervosa: A grounded theory. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2016, 89: 211-228.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Yanos, P., Roe, D., Lysaker, P. (2010). *The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness*. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2010 Apr; 13(2): 73-93

Zalcborg, M. (2003). A relação mãe e filha (1a ed.). Rio de Janeiro: Campus.

Zhu, J.C., Wang, X.Q., Liu, Z.L., Liu, T.T., Wei, G.Q. and Chen, X.Y. (2016).

Relationship between Self-Concept and Mental Health among Chinese College Students: The Mediating Effect of Social Adjusting. Open Journal of Social Sciences, 4, 118-125. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4236/jss.2016.412011>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

**APÊNDICE 2 – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NO CONTEXTO DE
INTERNAMENTO HOSPITAL DE PSIQUIATRA**

PLANO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA DE AGUDOS

Atividade Nº 1

O que esta doença mudou em mim foi...

Moderadores:

Aluna: Conceição Chambel

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Data: Dia 9 de Outubro 2019 (Das 12h ás 13h)

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria

Destinatários: Doentes Internados no Serviço com Diagnóstico de Distúrbio do Comportamento Alimentar

Duração: 45 minutos

Objetivos da Atividade:

- Promover a auto-análise/auto-conhecimento
- Promover a expressão de emoções
- Promover a interação e partilha de sentimentos entre os elementos do grupo
- Promover a reflexão em relação doença
- Melhorar a autopercepção

ATIVIDADE Nº1 - O que esta doença mudou em mim foi....

	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INICIO DA SESSÃO QUEBRA GELO	É feita a sugestão de cada pessoa apresentar a pessoa que está ao seu lado, referindo uma característica da mesma		5 min.
DESENVOLVIMENTO	Fase 1 - Sugerido a cada uma das participantes que complete a frase; O que esta doença mudou em mim foi.... Dadas algumas orientações: aspetos físicos, emocionais, sociais, familiares etc. Fase 2 – Cada doente lê em voz alta o que escreveu	Mesa Cadeiras Canetas Papel	25 min.
CONCLUSÃO	A moderadora faz um breve resumo das ideias que emergiram durante a sessão Se for considerado importante podem ser acrescentados aspetos que não foram abordados (Ex. Refere o baixo peso como alteração física etc.)		10 min
AVALIAÇÃO	Pedido às doentes que expressem verbalmente (1 frase curta) o que sentiram com a realização da sessão Preenchimento de um questionário de avaliação	Folha de avaliação	5 min.

Atividade Nº 2

A minha cor interior

Moderadores:

Aluna: Conceição Chambel

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Data: Dia 16 de Outubro 2019 (Das 12h às 13h)

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria

Destinatários: Doentes Internados no Serviço com Diagnóstico de Distúrbio do Comportamento Alimentar

Duração: 50 minutos

Objetivos da Atividade:

- Promover a auto-análise/auto-conhecimento
- Promover a expressão de emoções
- Promover a interação e partilha de sentimentos entre os elementos do grupo
- Promover a reflexão em relação doença
- Melhorar a autopercepção

ATIVIDADE Nº2 – A minha cor interior

	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INICIO DA SESSÃO QUEBRA GELO	Cada elemento apresenta-se através da escolha de uma das suas músicas favoritas		5 min.
DESENVOLVIMENTO	<ol style="list-style-type: none">1. O grupo corta papel de cenário á medida de cada um dos elementos do grupo que vai participar na atividade.2. Cada elemento deita-se no chão em cima do papel de cenário e a moderadora faz o contorno do corpo de cada elemento com lápis de cera3. Pedido a cada elemento que verifique se se identifica com o seu contorno4. Se algum dos elementos não se identificar com o seu contorno é proposto que este faça um novo contorno com o qual se identifique5. Proposto o preenchimento do contorno com que cada elemento se identifica, usando as diversas cores dos lápis de cera e de acordo com as emoções que o preenchem (no momento presente)6. Cada elemento apresenta verbalmente ao grupo o resultado final da sua expressão artística, identificando as emoções presentes na mesma.7. A moderadora pode intervir se houver necessidade de contensão da expressão de emoções	Sala Papel cenário Lápis de cera Música	30 min.
CONCLUSÃO	A moderadora faz um breve resumo do resultado da atividade focando-se nas emoções que emergiram nas produções desenhadas durante a sessão.		10 min
AVALIAÇÃO	Pedido ás doentes que expressem verbalmente (1 frase curta) o que sentiram com a realização da sessão Preenchimento de um questionário de avaliação	Folha de avaliação	5 min.

Atividade Nº 3

O que sinto... com as mãos

Moderadores:

Aluna: Conceição Chambel

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Data: Dia 23 de Outubro 2019 (Das 12h às 13h)

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria

Destinatários: Doentes Internados no Serviço com Diagnóstico de Distúrbio do Comportamento Alimentar

Duração: 90 minutos

Objetivos da Atividade:

- Promover a expressão de emoções
- Promover a interação e partilha de sentimentos entre os elementos do grupo
- Promover a reflexão

ATIVIDADE Nº3 – O que sinto... com as mãos

	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INICIO DA SESSÃO QUEBRA GELO	Cada elemento apresenta-se projetando-se para o seu futuro daqui a 10 anos.		5 min.
DESENVOLVIMENTO	<ol style="list-style-type: none">1. Distribui-se o material necessário pela mesa da sala de T.O.2. Proposto a cada elemento que projete no material a trabalhar (barro), as suas emoções e sentimentos, referido que esta projeção é completamente livre. É pedido aos participantes que realizam a atividade em silêncio.3. Colocada música ambiente que promova o ambiente calmo e favoreça a introspeção4. Cada elemento apresenta verbalmente ao grupo o resultado final da sua expressão artística, identificando as emoções presentes na mesma.5. A moderadora pode intervir se houver necessidade de contenção da expressão de emoções.	Mesa Cadeiras Cobertura plástica para a mesa Recipientes para a água Barro Música	45 min.
CONCLUSÃO	A moderadora faz um breve resumo do resultado da atividade focando-se nas emoções que emergiram nas produções realizadas durante a sessão.		10 min
AVALIAÇÃO	Pedido às participantes que expressem verbalmente (1 frase curta) o que sentiram com a realização da sessão	Folha de avaliação Caneta	10 min.

Atividade Nº 4

A sustentável leveza do ser...

Moderadores:

Aluna: Conceição Chambel

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Data: Dia 6 de Novembro 2019 (Das 11.30h 12.30h)

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria

Destinatários: Doentes Internados no Serviço com Diagnóstico de Distúrbio do Comportamento Alimentar

Duração: 60 minutos

Objetivos da Atividade:

- Promover o bem-estar
- Promover a autoconsciência do corpo
- Proporcionar relaxamento

ATIVIDADE Nº4 – A sustentável leveza do ser...

	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INICIO DA SESSÃO QUEBRA GELO	Cada elemento apresenta-se referindo duas qualidades que identifica em si.		5 min.
DESENVOLVIMENTO	<ol style="list-style-type: none">1. Cada participante deita-se num dos colchões distribuídos na sala2. A moderadora explica de forma breve a técnica de relaxamento “Autógeno de Shultz”3. Feita referência á importância de manter o silêncio durante a atividade, para que este seja eficaz. 3.Colocada música ambiente que promova o ambiente calmo e favoreça o relaxamento	Sala TO Colchões Música Cobertor	35 min.
CONCLUSÃO	Após terminar a sessão de relaxamento a moderadora solicita que cada elemento partilhe: as dificuldades que sentiu, as emoções que emergiram, e faça algumas sugestões de melhoria		10 min
AValiação	Pedido ás participantes que expressem verbalmente (1 frase curta) o que sentiram com a realização da sessão	Folha de avaliação	10 min.

AValiação

Nota: A preencher pelo moderador após a realização da atividade

Observação das reações de cada elemento participante

Observar a postura e a respiração

Refletir sobre as manifestações de cada participante (dificuldades, emoções que emergiram) no final do relaxamento

Atividade Nº 5

Reflexão livre sobre os temas escolhidos pelas doentes

Nesta atividade participaram 5 das 6 doentes que se encontravam internadas com diagnóstico de Distúrbio do Comportamento Alimentar.

A pedido das doentes foi sugerido uma atividade de temáticas diversas escolhidas pelas próprias com o objetivo de partilhar dificuldades, mas também de refletir sobre a situação presente.

Foi definido que cada doente escolheria o seu tema que depois seria partilhado e discutido em grupo. No início da atividade cada doente explicaria a escolha do tema.

A moderação do grupo teve como objetivo, resumir os temas abordados.

Os temas que surgiram foram:

- Relacionamentos
- Amor próprio
- Impacto da doença na família
- Importância das amizades
- Perceção de mim

Nota. Serão analisados alguns excertos do discurso efetuado no contexto desta atividade que se revelarem significativos no âmbito do projeto de estágio.

Atividade Nº 6

O que partilhamos à mesa...

Moderadores:

Aluna: Conceição Chambel

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Data: Dia 20 de Novembro 2019 (Das 11.30h 12.30h)

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria

Destinatários: Doentes Internados no Serviço com Diagnóstico de Distúrbio do Comportamento Alimentar

Duração: 60 minutos

Objetivos da Atividade:

- Promover a reflexão e autoconhecimento
- Promover a expressão e partilha de emoções
- Favorecer a autoanálise

ATIVIDADE Nº6 – O que partilhamos à mesa...

	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
ACOLHIMENTO	Receber as utentes na sala de T.O. Esclarecer como irá desenvolver-se a atividade, e os seus objetivos.		5 min.
DESENVOLVIMENTO	A moderadora lê para o grupo um excerto do texto de José Tolentino Mendonça, “Comer, saborear, partilhar”, distribuída uma cópia do texto a cada doente. Proposto a cada doente que faça uma reflexão escrita sobre o texto. Proposta a leitura individual de cada produção escrita. Análise em grupo das emoções que emergiram	Sala TO Mesa Cadeiras Canetas	35 min.
CONCLUSÃO	A moderadora faz uma síntese da atividade realizada, dando ênfase às emoções partilhadas		15 min
AVALIAÇÃO	Pedido às participantes que expressem verbalmente (1 frase curta) o que sentiram com a realização da sessão	Folha de avaliação	5 min.

José Tolentino Mendonça

“Comer, saborear, partilhar”

A cozinha é o lugar da instabilidade, da procura, da incerteza, das misturas inesperadas, das soluções imprevistas, das receitas adaptadas. A cozinha é o lugar da criatividade e da recomposição. Por isso esta desarrumada muitas vezes, quando não devia estar, porque a função da cozinha é viver nessa latência de recomposição.

À volta de uma mesa reconhecemo-nos melhor, alimentamo-nos mutuamente com um alimento invisível: o da relação.

Ninguém reencontrará a sua alma se não reencontrar também o sentido e o sabor daquilo que o alimenta.

O sabor não é uma coisa que possuímos exteriormente; é, como em todas as experiências que requerem uma arte de ser, uma coisa em que nos tornamos.

À volta da mesa celebram-se os eventos fundadores, os nascimentos, os ritos de passagem, os triunfos, mas também o luto, as crises ou a prova. A mesa torna visível e edifica a intimidade familiar. Os amigos sabem que essa permite uma qualidade de encontro que lhes é própria. Dos negócios tem-se a ideia de que a mesa os favorece, tal como a busca de resolução para os conflitos mais diversos. É curioso que a euforia comercial com que as nossas sociedades promovem os tempos simbólicos acalma-se, por fim, em torno de uma refeição (é assim no Natal). E talvez por isso à mesa pese mais a solidão ou a incomunicabilidade em que muitos vivem.

A cozinha lembra essa porção, talvez mais íntima e original, que nos constitui e tem a ver com o nosso corpo, com o nosso desejo, a nossa luta pela sobrevivência, os nossos prazeres, o encontro onde a transformação que nós damos às coisas reflete também aquela que acontece no interior de nós.

Para quem a reflexão sobre as práticas do quotidiano ou sobre um sentido como o paladar não constitua uma deriva, pois pode efetivamente proporcionar uma maior consciência de nós próprios. A capacidade gustativa representa uma das forças mais elementares da vida.

Os antropólogos dizem que, quando se sabe onde se come, como se come, com quem se come e o que se come, sabe-se o mais importante acerca de um grupo humano. A mesa e a refeição tornam-se por excelência o sítio da memória, do encontro e da utopia.

O comer em companhia transforma a satisfação de uma necessidade primária num momento social de grande alcance. A mesa reflete a vida como um espelho. À mesa não acontece apenas a consumação de um ato biológico, mas a significativa expressão de alguns códigos mais intrínsecos a uma cultura.

Antes de comer, estamos separados, habitam-nos desejos diferentes, fazemos a experiência da divisão. Depois de comer, o homem redefine-se, reencontra-se, CONFIA.

**APÊNDICE 3 – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NO CONTEXTO
COMUNITÁRIO: HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA**

PLANO DE INTERVENÇÃO NO HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Atividade Nº1

Quem eu sou ... o que eu vejo... o que os outros veem...

Moderadores:

Aluna: Conceição Chambel

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Data: Dia 13 de Dezembro

Local: Hospital de Dia de Psiquiatria

Destinatários: Doentes em Acompanhamento no Hospital de Dia (Grupo de Adultos) –
10 participantes

Duração: 100/120 minutos

Objetivos da Atividade:

- Promover a auto-análise/auto-conhecimento
- Promover a expressão de emoções
- Promover a interação e partilha de sentimentos entre os elementos do grupo
- Melhorar a autopercepção

ATIVIDADE Nº1 – Quem eu sou ... O que eu vejo /O que os outros veem...

	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INICIO DA SESSÃO e QUEBRA GELO	Apresentação e identificação do enquadramento da intervenção.		5 min.
DESENVOLVIMENTO	<p>Fase 1 Sugerido a cada um dos participantes que através de uma produção escrita identifique quem é, e como se vê. Dadas algumas orientações. Cada participante pode identificar aspetos físicos, emocionais, relacionais, sociais, familiares etc. Cada elemento do grupo lê a sua produção escrita e comenta a mesma.</p> <p>Fase 2 Com todos os participantes em pé o moderador sugere que se faça um círculo na sala e que cada pessoa apresente a pessoa que está ao seu lado, referindo uma característica da mesma. Em seguida é colocada uma folha A4 fixa com fita cola nas costas de cada participante e sugerido que cada um escreva nas costas do colega uma característica que pensa ser definidora do mesmo. Após todos escreverem em cada um dos colegas de grupo, os participantes sentam-se em círculo, e cada um lê e comenta as características que os outros identificaram em si. A moderadora gere as emoções expressas e sugere a cada participante que identifique as semelhanças e diferenças que surgiram em cada um dos exercícios. Possíveis questões a devolver durante a análise.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porque acha que surgem as diferenças entre a forma como se define e os outros a/o definem? • Porque acha que há tendência para valorizar mais as características que não são positivas? • Se na identificação das características do outro, não surgirem características menos positivas, questionar porque acham que isso acontece? 	<p>Sala de T.O.</p> <p>Mesa Cadeiras</p> <p>Canetas Papel</p> <p>Ginásio</p> <p>Folhas e canetas</p>	<p>15min.</p> <p>30min.</p> <p>15 min.</p> <p>15 min.</p>
CONCLUSÃO	A moderadora faz um breve resumo das ideias que emergiram durante a sessão.		10 min
AVALIAÇÃO	Pedido aos participantes que expressem verbalmente (1 frase curta) o que sentiram com a realização da sessão	Folha de avaliação	10 min.

Atividade Nº2

o meu molde...

Moderadores:

Aluna: Conceição Chambel

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Data: Dia 3 de Janeiro

Local: Hospital de Dia de Psiquiatria

Destinatários: Doentes em Acompanhamento no Hospital de Dia (Grupo de Adultos) –
10 participantes

Duração: 80 min.

Objetivos da Atividade:

- Promover a auto-análise/auto-conhecimento
- Promover a expressão de emoções
- Promover a interação e partilha de sentimentos entre os elementos do grupo
- Melhorar a autopercepção

ATIVIDADE Nº2 – O meu molde...

	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INICIO DA SESSÃO e QUEBRA GELO	<p>Apresentação e identificação da intervenção a realizar. Organização da sala para a atividade de modelagem</p> <p>Sugerido que cada participante estabeleça contacto com o material a usar na sessão (BARRO) e se apresente referindo qual a sensação que esse contacto provoca em si.</p>		10 min.
DESENVOLVIMENTO	<p>Fase 1 Sugerido a cada um dos participantes que através da modelagem de barro expressem as sensações/ sentimentos /emoções que se revelam dominantes na sua atual fase de vida. A atividade será desenvolvida com música ambiente Será dada a indicação de que a atividade deve ser realizada em silêncio. Dadas algumas orientações: - Cada participante pode numa fase inicial perlongar o tempo de contacto com o material identificando as sensações que este contacto provoca em si. - O moderador pode sugerir a realização de formas básicas como rolos ou esferas com o material se tiver a perceção de dificuldades na manipulação do material. - Sugerido aos participantes que podem iniciar a sua produção com ou sem um plano para o resultado final - Dada a indicação que a peça produzida não tem como propósito ser figurativa de algo, mas sim traduzir sensações e emoções importantes para o seu criador. - Reforçado a importância do processo de realização da peça e não o resultado final da mesma.</p> <p>Fase 2 Sugerido que cada um dos participantes comente a sua produção em barro identificando que sensações / emoções projetou na mesma. Sugerido a cada participante que identifique os sentimentos que emergiram durante a realização da atividade e se existiram dificuldades na sua realização.</p>	<p>Sala de T.O.</p> <p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p> <p>Plástico para forrar a mesa de trabalho</p> <p>Barro</p> <p>Espátulas</p> <p>Frascos com água</p> <p>Toalhetes</p> <p>Música</p>	<p>30min.</p> <p>20min</p>
CONCLUSÃO	A moderadora faz um breve resumo das ideias que emergiram durante a sessão.		10 min
AVALIAÇÃO	<p>A moderadora identifica e regista as observações significativas durante a realização da atividade Pedido aos participantes que identifiquem numa frase curta o que sentiram com a realização da sessão</p>	Papel caneta	10 min.

Atividade Nº3

Escrita criativa

Moderadores:

Aluna: Conceição Chambel

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Data: Dia 17 de Janeiro

Local: Hospital de Dia de Psiquiatria

Destinatários: Doentes em Acompanhamento no Hospital de Dia (Grupo de Adultos) –
10 participantes

Duração: 90 min.

Objetivos da Atividade:

- Promover a auto-análise/auto-conhecimento
- Promover a expressão de emoções
- Promover a interação e partilha de sentimentos entre os elementos do grupo
- Melhorar a autopercepção

ATIVIDADE Nº3 – Escrita criativa ... “A arca dos contos”

	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INICIO DA SESSÃO e QUEBRA GELO	O moderador da sessão pede a cada participante que identifique uma história infantil, fábula ou livro que seja significativo para si e explique resumidamente porque.		10 min.
DESENVOLVIMENTO	<p>Fase 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sugerido a cada participante que a partir do jogo de cartas “A arca dos contos” de Maria Teresa Meireles, escolha de forma aleatória sete cartas e dando liberdade à sua imaginação e capacidade narrativa construa uma história. - Este jogo permite a partilha de universos e palavras como ponto de partida para o, encontro de imaginários e afetos. - As cartas dividem-se em sete diferentes grupos que têm em conta personagens, espaços, objetos mágicos, verbos que definem a ação adjetivos que melhoram a sua descrição e palavras chave que a definem. - Após a escolha das cartas, estas devem ser observadas com atenção e o participante deve pensar nas associações que as cartas desencadearam. Em seguida o participante deve organizar as ideias que emergiram e redigir a história. - Será sugerida a realização da história em silêncio. <p>Fase 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cada um dos participantes partilha a história que construiu, comentando as suas escolhas - Sugerido a cada participante que identifique os sentimentos que emergiram durante a realização da atividade e se existiram dificuldades na sua realização. 	<p>-Sala de T.O.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mesa -Cadeiras -Jogo de Cartas “A arca dos Contos” -Folhas A4 -Canetas 	<p>30min.</p> <p>30min</p>
CONCLUSÃO	A moderadora faz um breve resumo das ideias que emergiram durante a sessão.		10 min
AValiação	A moderadora identifica e regista as observações significativas durante a realização da atividade Pedido aos participantes que identifiquem numa frase curta o que sentiram com a realização da sessão	Papel caneta	10 min.

Atividade Nº4

As cores que tenho dentro e fora de mim... (Pintura como mediador expressivo)

Moderadores:

Aluna: Conceição Chambel

Enfermeira Orientadora: XXXXXXXXXX

Data: Dia 24 de Janeiro

Local: Hospital de Dia de Psiquiatria

Destinatários: Doentes em Acompanhamento no Hospital de Dia (Grupo de Adultos) –
10 participantes

Duração: 90 min.

Objetivos da Atividade:

- Promover a auto-análise/auto-conhecimento
- Promover a expressão de emoções
- Promover a interação e partilha de sentimentos entre os elementos do grupo
- Melhorar a autopercepção

ATIVIDADE Nº4 – As cores que tenho dentro e fora de mim (A pintura como mediador expressivo)

	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INICIO DA SESSÃO e QUEBRA GELO	O moderador da sessão pede a cada participante que identifique o sentimento dominante no seu dia Introdução á atividade e preparação da sala		10 min.
DESENVOLVIMENTO	<p>1º Fase</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sugerido a cada participante que faça o seu contorno corporal em papel de cenário que é previamente colocado com fita cola na parede da sala. - São feitos pares, cada participante encosta-se á parede na posição que quiser e o seu par faz o contorno do seu corpo, em seguida trocam as posições - Em seguida é proposto a cada participante que utilizando tinta acrílica pinte o interior do seu contorno de acordo com os sentimentos e emoções que são preponderantes em si. - Durante a realização da produção artística, será colocada música favorecedora do setting - Sugerida a realização da produção artística em silêncio <p>2ª Fase</p> <ul style="list-style-type: none"> - Após a conclusão da primeira fase da atividade é proposto a cada participante que, também através da pintura, identifique as circunstâncias externas a si que de alguma forma estão relacionadas com os sentimentos e emoções que representou dentro do seu contorno corporal, e que serão representados do lado de fora do seu contorno corporal. - Cada um dos participantes partilha as ideias e emoções que surgiram durante a realização da sua produção artística - Sugerido a cada participante que identifique as emoções e sentimentos que emergiram durante a realização da atividade e se existiram dificuldades na sua realização. 	<p>Sala de T.O.</p> <p>Papel de cenário</p> <p>Tinta acrílica</p> <p>Pinceis</p> <p>Frascos</p> <p>Água</p> <p>Aventais</p> <p>Música</p> <p>Fita cola</p>	<p>30min.</p> <p>30 min.</p>
CONCLUSÃO	A moderadora faz um breve resumo das ideias que emergiram durante a sessão.		10 min
AVALIAÇÃO	A moderadora identifica e regista as observações significativas durante a realização da atividade Pedido aos participantes que identifiquem numa frase curta o que sentiram com a realização da sessão	Papel caneta	10 min.

Atividade Nº5**Biblioterapia- Os amigos (Gonçalo M. Tavares – “O Senhor Valéry”)****Moderadores:**

Aluna: Conceição Chambel

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Data: Dia 7 de Fevereiro**Local:** Hospital de Dia de Psiquiatria**Destinatários:** Doentes em Acompanhamento no Hospital de Dia (Grupo de Adultos) –
10 participantes**Duração:** 90 min.**Objetivos da Atividade:**

- Promover a auto-análise/auto-conhecimento
- Promover a expressão de emoções
- Promover a interação e partilha de sentimentos entre os elementos do grupo
- Melhorar a autopercepção

ATIVIDADE Nº 5 – Biblioterapia - Os amigos (Gonçalo M. Tavares – “O Senhor Valéry”)

	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INICIO DA SESSÃO e QUEBRA GELO	Introdução á atividade e preparação da sala O moderador da sessão pede a cada participante que identifique um aspeto que gostaria de alterar em si		10 min.
DESENVOLVIMENTO	<p>1º Fase Distribuição do texto “Os amigos” de Gonçalo M. Tavares pelos elementos do grupo, e sua leitura em voz alta.</p> <p>Pedir a cada um dos elementos do grupo que expresse os sentimentos que o texto suscitou em si.</p> <p>2º Fase São feitos pares e é sugerida a reflexão de cada par sobre o texto que se leu e que se discutiu.</p> <p>Proposto a cada par que produza um texto sobre a reflexão que fez.</p> <p>Cada par lê o texto que realizou para o restante grupo</p> <p>Discussão sobre a reflexão que cada grupo fez</p> <p>Sugerida a realização da atividade em silêncio</p>	<p>Sala de T.O.</p> <p>Papel</p> <p>Canetas</p>	<p>30min.</p> <p>30 min.</p>
CONCLUSÃO	A moderadora faz um breve resumo das ideias que emergiram durante a sessão.		10 min
AVALIAÇÃO	<p>A moderadora identifica e regista as observações significativas durante a realização da atividade</p> <p>Pedido aos participantes que identifiquem numa frase curta o que sentiram com a realização da sessão</p>	Papel caneta	10 min.

(Gonçalo M. Tavares – “O Senhor Valéry”)

OS AMIGOS

O senhor Valéry era pequenino, mas dava muitos saltos.

Ele explicava:

- Sou igual às pessoas altas só que por menos tempo.

Mas isto constituía para ele um problema.

Mais tarde o senhor Valéry pôs-se a pensar que, se as pessoas altas saltassem, ele nunca as alcançaria na vertical. E tal pensamento desanimou-o um pouco. Mais pelo cansaço, no entanto, do que por esta razão, o senhor Valéry um certo dia abandonou os saltinhos. Definitivamente.

Dias depois saiu à rua com um banco.

Colocava-se em cima dele e ficava lá em cima, parado, a olhar.

- Desta maneira sou igual aos altos durante muito tempo. Só que imóvel.

Mas não se convenceu.

- É como se as pessoas altas estivessem com os pés em cima de um banco e mesmo assim conseguissem mexer-se – murmurou o senhor Valéry, cheio de inveja, quando regressava já a casa, desiludido, com o banco debaixo do braço.

O senhor Valéry fez então vários cálculos e desenhos. Pensou primeiro num banco com rodas e desenhou-o.

Pensou depois em congelar um salto. Como se fosse possível suspender a força da gravidade, apenas durante uma hora (ele não podia mais), nos seus percursos pela cidade.

E o senhor Valéry desenhou o seu sonho, tão comum.

Mas nenhuma destas ideias era confortável ou possível, e por isso o senhor Valéry decidiu ser alto na cabeça.

Agora quando se cruzava com as pessoas, na rua, concentrava-se mentalmente, e olhava para elas como se as visse de um ponto 20 cm acima. Concentrando-se, o senhor Valéry conseguia mesmo ver a imagem do topo de cabelo de pessoas que eram bem mais altas que ele.

O senhor Valéry nunca mais se lembrou das hipóteses do banco ou dos saltinhos, considerando-as agora, a uma certa distância, ridículas. Porém, concentrado de tal modo nesta visão, como que de cima, tinha dificuldade em se lembrar da cara das pessoas com quem se cruzava.

No fundo, com a altura, o senhor Valéry perdeu amigos.

ANEXOS

**ANEXO 1 – CERTIFICADO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO “CUIDAR DO
ADOLESCENTE COM DISTURBIOS DA ALIMENTAÇÃO E DA INGESTÃO”**



DECLARAÇÃO

Declara-se que **MARIA DA CONCEIÇÃO MOTA CHAMBEL** frequentou a Acção de Formação "**Cuidar do Adolescente com Distúrbios da Alimentação e da Ingestão**" realizada **no dia 27 de Novembro de 2019**, com a duração total de **6 horas**.

Lisboa, 05 de Dezembro de 2019

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira

Técnico Superior

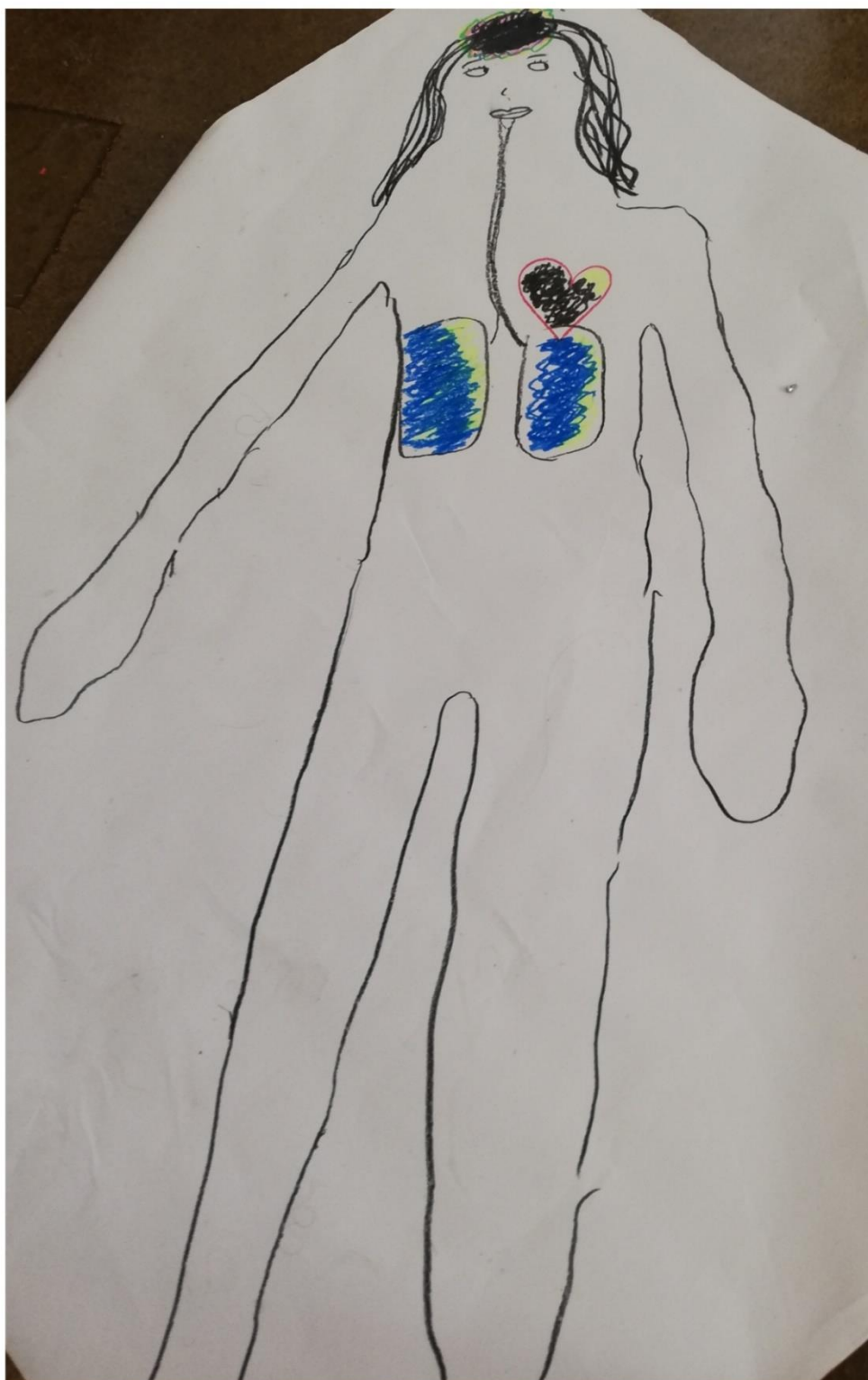
CENTRO HOSPITALAR
DE LISBOA CENTRAL, EPE
C. Custo 4208010
Área de Gestão da Formação

(Programa no verso)

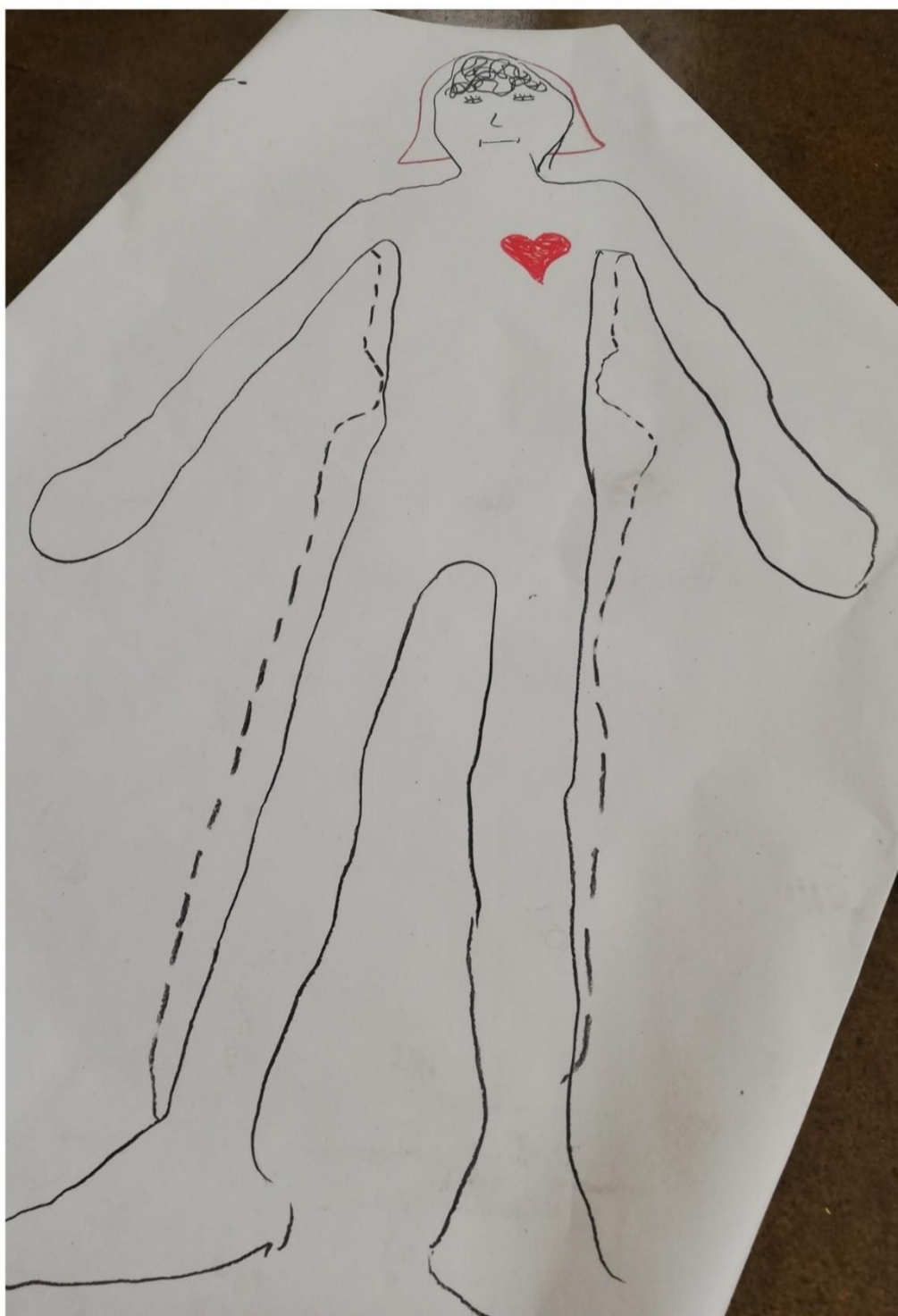
Declaração N.º 7590/2019/CF
UNIDADE SAÚDE FAMILIAR - SANTA CRUZ/ACES OESTE SUL

**ANEXO 2 – PRODUÇÕES EXPRESSIVAS/ ARTISTICAS (INTERNAMENTO
HOSPITALAR)**

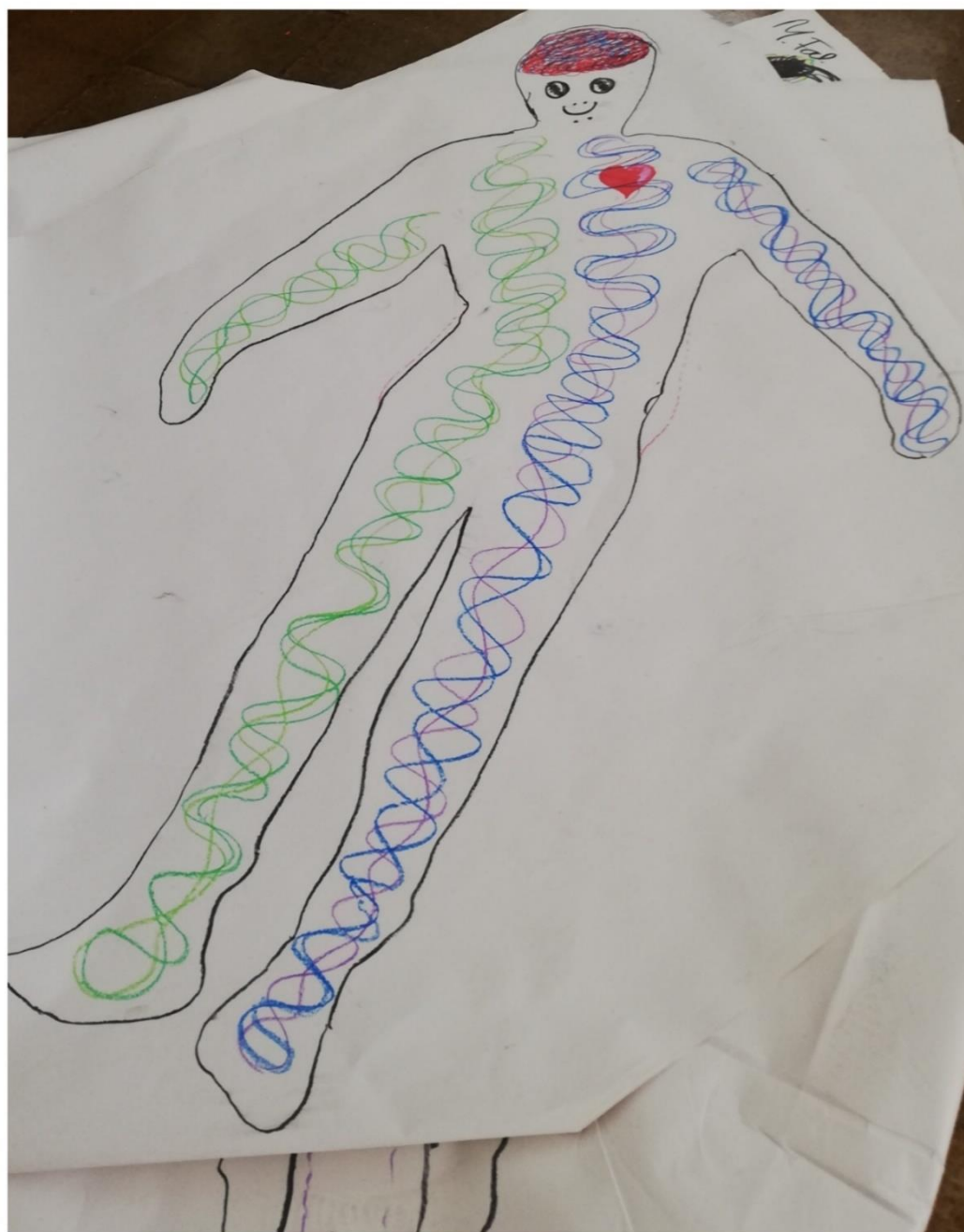
Alteração do contorno corporal (I)



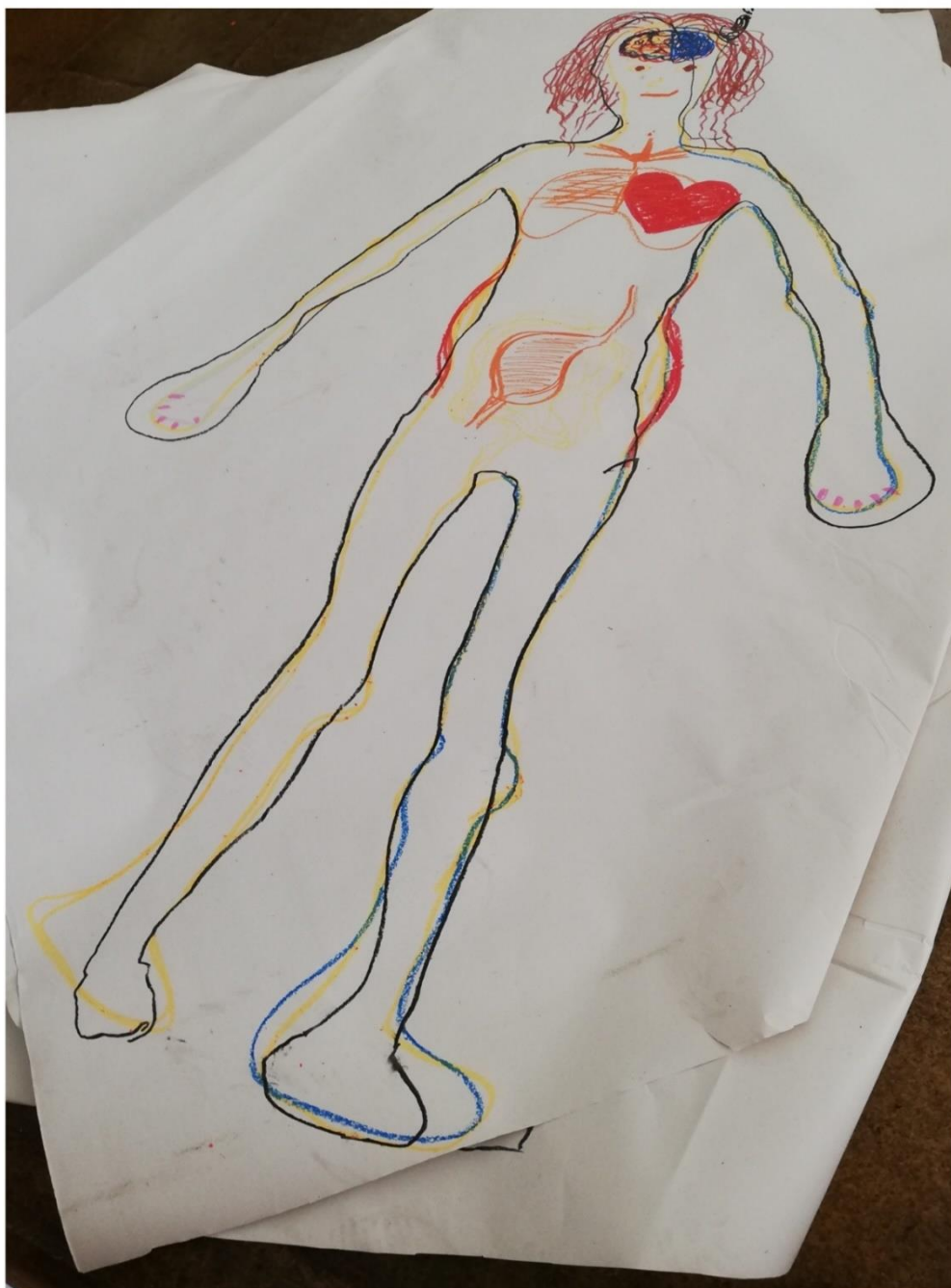
Alteração do contorno corporal (II)



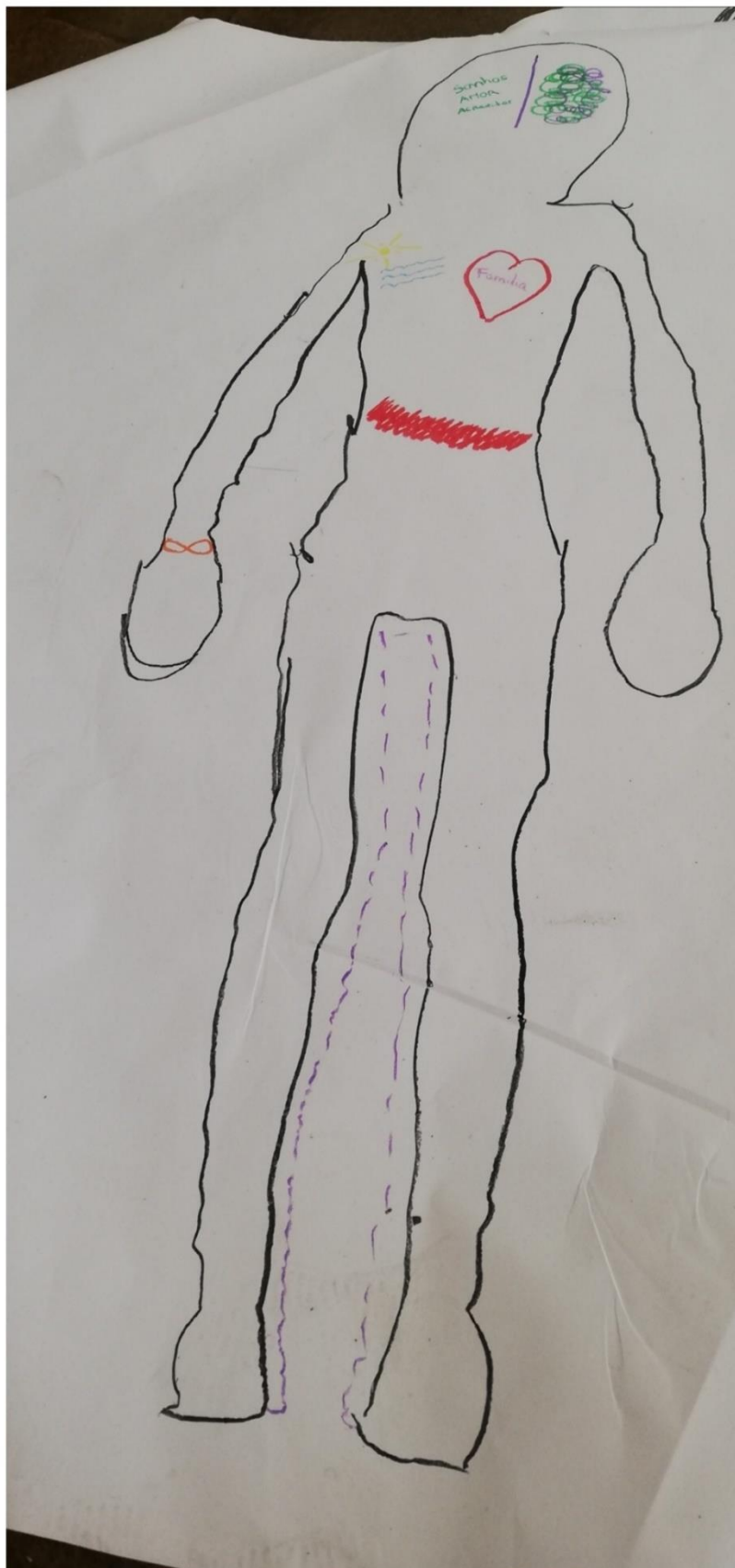
Alteração co contorno corporal (III)



Alteração do contorno corporal (IV)



Alteração do contorno corporal (V)



Produções em barro (Internamento de Psiquiatria)



ANEXO 3 – PRODUÇÕES EXPRESSIVAS/ARTISTICAS (HOSPITAL DE DIA)

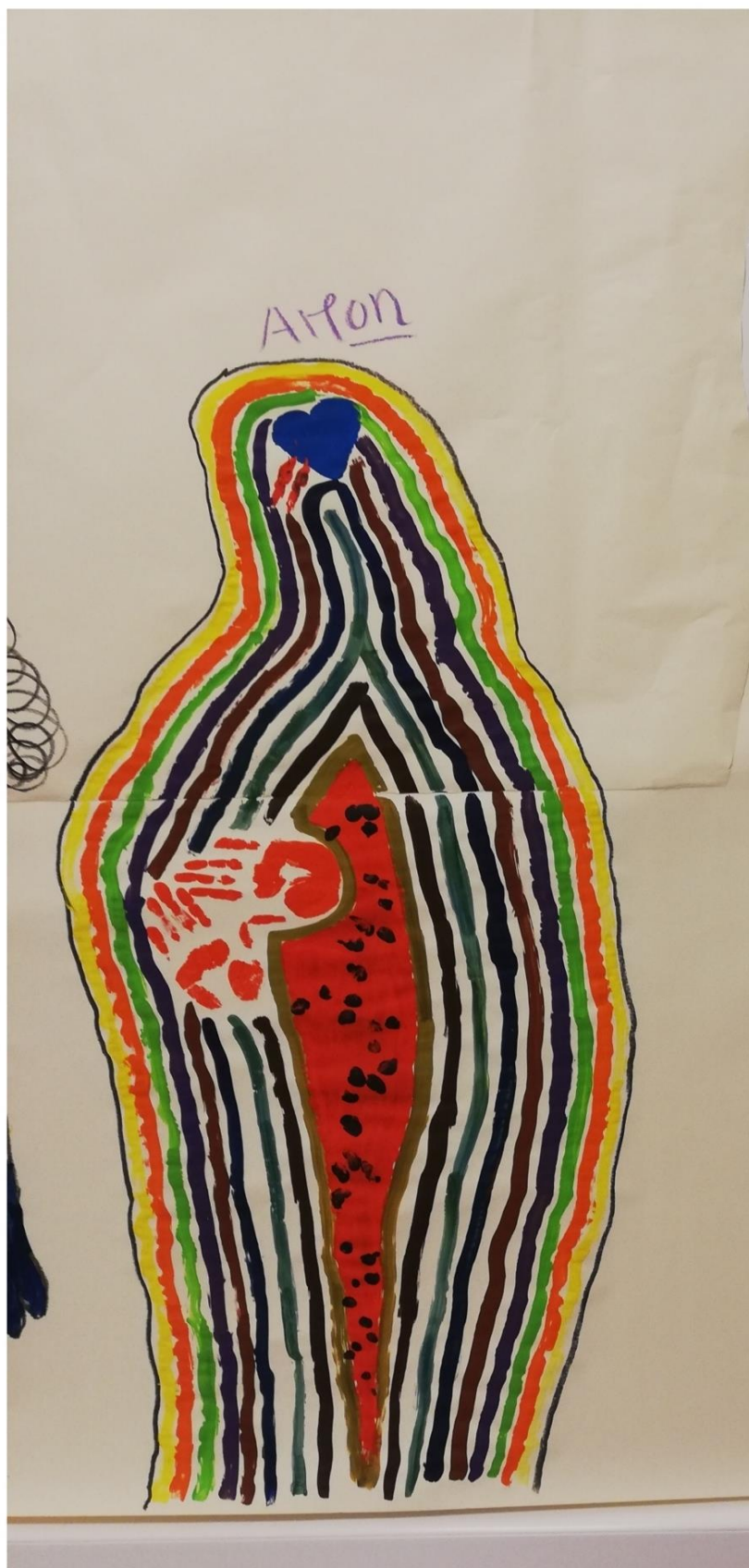
As emoções dentro e fora de mim (I)



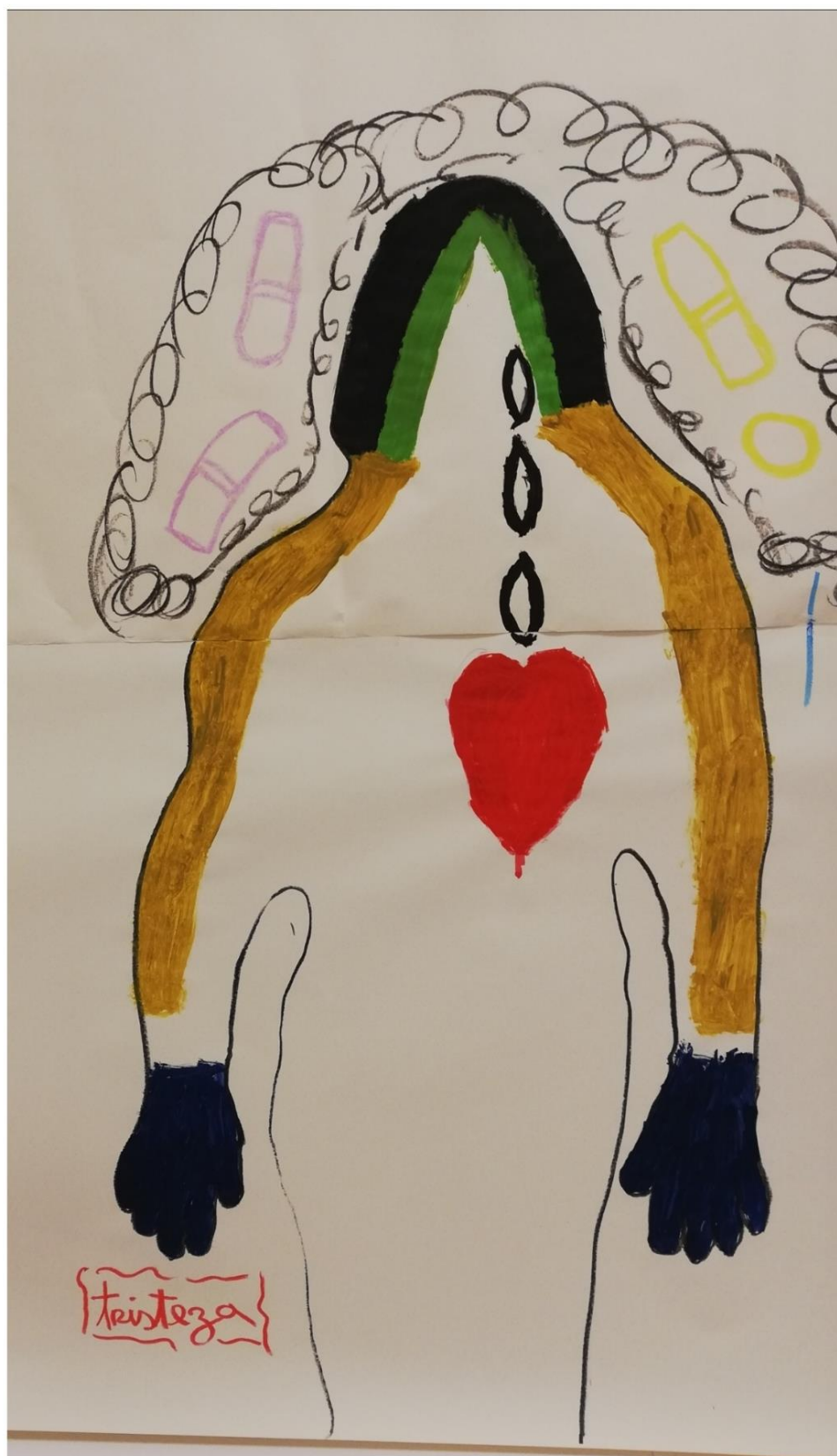
As emoções dentro e fora de mim (II)



As emoções dentro e fora de mim (III)



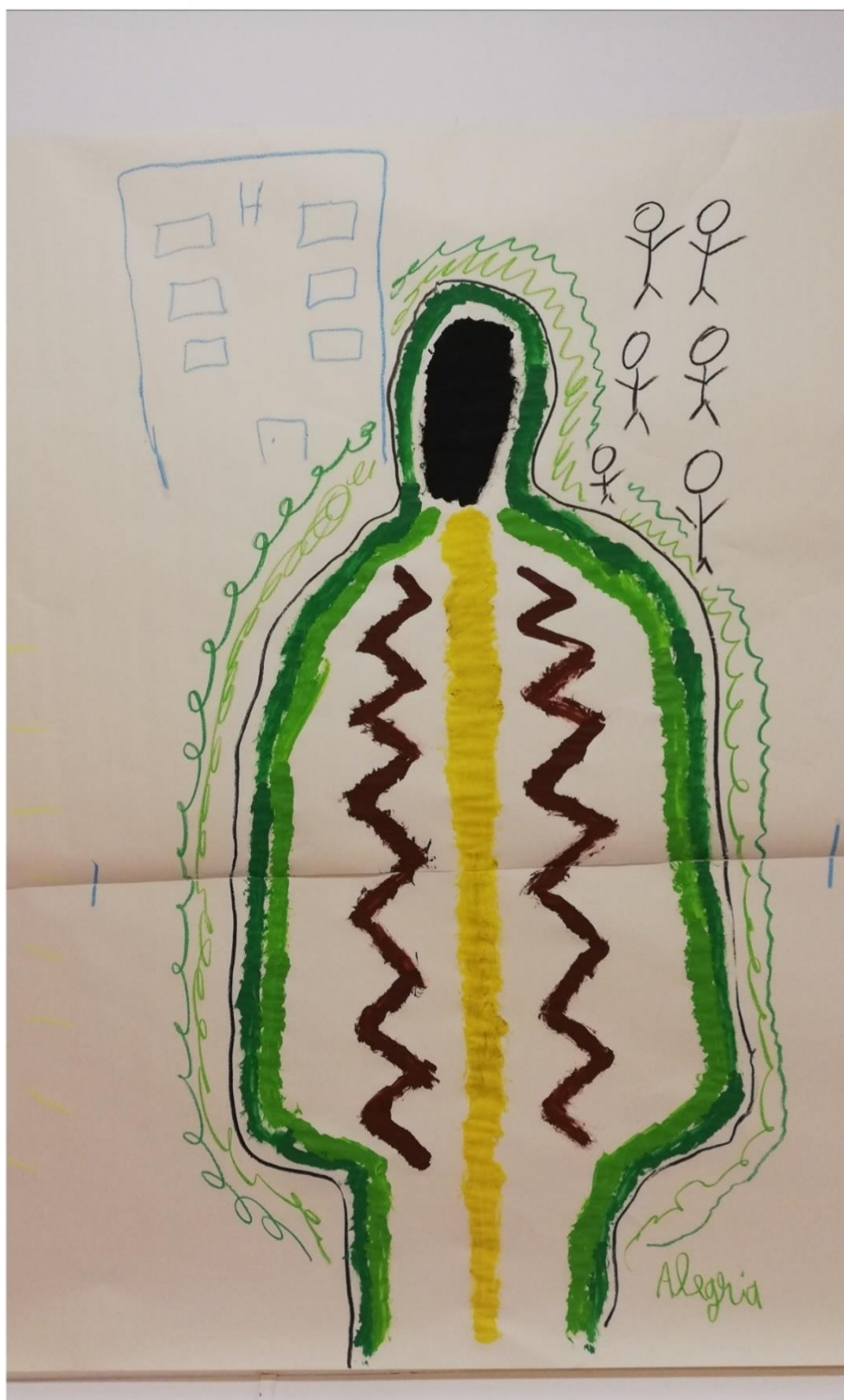
As emoções dentro e fora de mim (IV)



As emoções dentro e fora de mim (V)



As emoções dentro e fora de mim (VI)



As emoções dentro e fora de mim (VII)



As emoções dentro e fora de mim (VIII) – Painel de Grupo



O meu molde (I)



O meu molde (II)



O meu molde (III)



O meu molde (IV)



O meu molde (V)



O meu molde (VI)



O meu molde (VII)



O meu molde (VIII)

