



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

**A gestão de emoções da Pessoa com experiência de  
doença mental: promover o processo de *recovery***

**Inês Maria Vieira Monteiro Ferreira Baptista**



**Lisboa  
2020**

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

**A gestão de emoções da Pessoa com experiência de  
doença mental: promover o processo de *recovery***

**Inês Maria Vieira Monteiro Ferreira Baptista**



Orientador: Luísa Maria Correia de Azevedo d'Espiney



**Lisboa  
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“As emoções ligam o que é importante para nós, com o mundo das pessoas, das coisas e dos acontecimentos. As emoções dão «cor e calor» à vivência; sem estes efeitos da emoção tudo será baço e feio”*  
*(Diogo, 2006, p.239)*

## AGRADECIMENTOS

Durante todo o percurso houve pessoas que me acompanharam e a quem agradeço.

Em particular, ao Luís (o meu marido) e ao Pedro (meu filho) pelo amor, carinho, orgulho e apoio incondicional desde sempre demonstrado, mesmo quando estive ausente, e mesmo estando presente me ausentei.

A toda a minha família, que apesar de longe esteve sempre comigo.

Às minhas colegas de equipa pelo seu apoio.

Aos amigos, pela compreensão das minhas ausências, pelos ombros onde chorei e pelas leituras e correções deste documento.

A todos os enfermeiros com quem partilhei momentos de reflexão e aprendizagem, em particular à Cristina e ao Bidarra (vocês são extraordinários).

Às minhas orientadoras de estágio Cláudia e Filipa.

À professora Luísa d'Espiney, que ajudou a transformar este percurso numa ida ao *spa*.

Sem o apoio de todos o caminho teria sido árduo. O meu muito obrigado!

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

ACES: Agrupamento de Centros de Saúde

EC-A: Equipa Comunitária A

EESMP: Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EUA: Estados Unidos da América

IP: Internamento de Psiquiatria

PEDM: Pessoa/s com Experiência de Doença Mental

UCC: Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF: Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

O sofrimento das pessoas de quem cuido, numa equipa dos cuidados de saúde primários dedicada àquelas em situação de vulnerabilidade acrescida foi o ponto de partida para o meu percurso enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP).

Este relatório pretende espelhar as aprendizagens ocorridas durante o estágio cujos objetivos foram: desenvolver competências pessoais e profissionais no âmbito da gestão emocional da pessoa com experiência de doença mental e desenvolver um projeto de intervenção de promoção da capacitação da pessoa com experiência de doença mental na gestão das emoções. O estágio decorreu de 23 setembro 2019 a 07 de fevereiro de 2020 (nove semanas numa Equipa Comunitária - EC-A - e nove em internamento hospitalar - IP), num serviço de saúde mental da área metropolitana de Lisboa.

Foi utilizada uma estratégia baseada na metodologia qualitativa. Através da prestação de cuidados, recorrendo à observação e à realização de entrevistas não estruturadas e à recolha de dados através de notas de campo. Valoriza-se as narrativas e os significados de vida atribuídos pelas pessoas às suas vivências e experiências de doença mental.

Na EC-A foi privilegiada a relação dual, onde foram estabelecidos planos de cuidados individualizados e em parceria com alguns utentes, sendo realizadas entrevistas não estruturadas aos utentes e profissionais da EC-A e consultado o processo clínico. No IP, foi delineado um conjunto de intervenções psicoterapêuticas de grupo, com o objetivo de ajudar a PEDM a gerir as emoções. Foram realizadas quatro sessões com recurso a mediadores expressivos, cada uma com duração aproximada de 60 minutos. Foi selecionado um grupo de pessoas que se encontravam internadas no IP com alterações emocionais. As narrativas às obras criadas foram o ponto de partida para a ressignificação dos acontecimentos de vida.

O percurso relatado, pautado pela partilha de experiências com pessoas, que são mais do que a sua doença, permitiu concluir que: os processos de *recovery* são passíveis de serem promovidos em todos os contextos, a todas as pessoas; a utilização de mediadores expressivos permitiu a expressão das emoções, potenciou o autoconhecimento e melhorou o bem-estar; as particularidades de cada pessoa, (gostos, aspirações, projetos, emoções e sentimentos), podem traduzir-se nas suas forças; o recurso à emotividade no cuidar é potenciador de resultados benéficos para as pessoas e para o EESMP.

**Conceitos chave:** *recovery* em saúde mental, emoções, processos psicoterapêuticos.

## **Abstrat**

The suffering of those who I take care of, in a community-based unit dedicated to people with vulnerabilities, was the beginning of my journey as mental health and psychiatry specialist nurse.

The purpose of this report is to reflect the learnings developed during the internship. The objectives for this internship were: to develop personal and professional competencies for the emotional management of people that experience mental illness; to develop an intervention project that promotes the empowerment of the people that experience mental illness on emotional management. The internship took place between 23<sup>rd</sup>September 2019 and 7<sup>th</sup>February 2020, on a mental health service of Lisbon's metropolitan area (nine weeks in a community-based team and other nine weeks in a psychiatric ward).

The strategy that was used, was based on qualitative methodology: by providing nursing care, employing observation, performing unstructured interviews and collecting data from field notes. It was valued the narrative and meanings to their life, attributed by people that suffer from mental illness, to their own experiences and perceived feelings with mental disease.

At the community-based team, a dual relationship was privileged, by establishing individualized care plans in partnership with some patients, also by conducting unstructured interviews with the users and health care professionals and consulting clinical records.

In the psychiatric ward, was established a set of psychotherapeutic group interventions, with the goal of helping people with mental illness managing their emotions. Four sessions of psychotherapeutical interventions were made, each with approximate duration of 60 minutes, using expressive mediators. A group of hospitalized patients with emotional distress was choose. The narratives to the created works was the beginning of new meanings for their life events.

The reported path, based on shared experiences with people, who are more than the illness they live with, lead me to conclude that: recovery processes are likely to be promoted in all contexts, for all people; the use of expressive mediators allowed the expression of emotions, boosted self-knowledge and improved well-being; each person characteristics (personal taste, aspirations, projects, emotions and feelings), can be revealed in their strengths; the resource to emotional care is an enhancer of beneficial results for people and the mental health and psychiatry specialist nurse.

**Key words:** mental health recovery, emotions, psychotherapeutic processes

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| ÍNDICE .....  | 10 |
| INTRODUÇÃO .....  | 13 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....  | 17 |
| 1.1. A pessoa com experiência de doença mental.....   | 17 |
| 1.2. <i>Recovery</i> : processo multidimensional.....   | 18 |
| 1.3. Gestão das emoções: uma das dimensões do <i>recovery</i> .....   | 21 |
| 1.4. Intervenções de grupo: uma estratégia junto da PEDM na gestão das<br>emoções .....                                   | 23 |
| 2. O ESTÁGIO EM SAÚDE MENTAL: UMA NOVA EXPERIÊNCIA.....   | 29 |
| 2.1. O Serviço de Psiquiatria.....  | 29 |
| 2.2. O estágio em contexto comunitário.....   | 32 |
| 2.2.1. A relação terapêutica: as narrativas de vida como meio de aceder ao<br>outro e significar a vida .....             | 35 |
| 2.3. O estágio em contexto hospitalar.....  | 41 |
| 2.3.1. A gestão das emoções num grupo terapêutico no IP .....   | 43 |
| 3. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA DE EESMP.....   | 57 |
| 3.1. 1ª Competência e 2ª competência: autoconhecimento, a mudança no meu<br>cuidar e a promoção da saúde mental .....     | 57 |
| 3.2. 3ª Competência e 4ª Competência: a individualidade do plano terapêutico de<br>cada PEDM integrada na comunidade..... | 60 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....  | 65 |
| 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....   | 69 |

## APÊNDICES

APÊNDICE 1: Cronograma de Estágio

APÊNDICE 2: Conjunto de intervenções psicoterapêuticas de grupo a gestão das emoções da PEDM: promover o processo de *recovery*

APÊNDICE 3: Planeamento da Atividade 1- Reconhecer no outro as emoções/sentimentos

APÊNDICE 4: Planeamento da Atividade 2- Como é que eu sou quando me sinto bem

APÊNDICE 5: Planeamento da Atividade 3- Emoções positivas: como promovê-las?

APÊNDICE 6: Planeamento da Atividade 4- Se eu fosse um sentimento, eu seria a/o

APÊNDICE 7: Questionário de Satisfação sobre as intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas

APÊNDICE 8: Poster e folheto – gestão das emoções

## ÍNDICE DE TABELAS

| <b>Tabela</b>   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| <b>Tabela 1:</b> Cronograma de atividades a desenvolver durante o estágio | 68          |
| <b>Tabela 2:</b> Cronograma de atividades desenvolvidas durante o estágio | 70          |

## INTRODUÇÃO

Ao longo do meu percurso profissional, desenvolvido sobretudo nos cuidados de saúde primários, o sofrimento tem sido uma constante. Atualmente, as pessoas com quem diariamente contacto numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) são na sua maioria pessoas em situação de vulnerabilidade acrescida, quer pela idade, fase de final de vida, pelo estrato sócio-cultural, pela ausência de casa/teto, entre outras situações.

Ter constatado, quase diariamente, que o seu sofrimento tem um grande impacto na sua saúde mental, levou-me à frequência do curso de mestrado de Especialidade em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), na procura de competências que melhorassem a minha capacidade de resposta para com as pessoas de quem cuido.

Este percurso de me tornar Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), iniciou-se no delinear de um projeto que visava desenvolver as competências específicas do EESMP na promoção da gestão das emoções na Pessoa com Experiência de Doença Mental (PEDM), através do processo de *recovery*. Os objetivos delineados para este projeto consistiam em: desenvolver competências pessoais e profissionais no âmbito da gestão emocional da pessoa com experiência de doença mental e desenvolver um projeto de intervenção de promoção da capacitação da pessoa com experiência de doença mental na gestão das emoções.

Para tal foram delineados objetivos específicos (e respetivas atividades): aprofundar conhecimentos sobre a gestão emocional da PEDM (através de pesquisa bibliográfica em bibliotecas e bases de dados virtuais); reconhecer como a PEDM gere as emoções (através da observação das pessoas durante a prestação de cuidados no IP e EC-A, do registo de situações, eventualmente de conflito, na participação nas reuniões comunitárias do IP); prestar cuidados de âmbito especializado às PEDM nos contextos de estágio; realizar um programa de grupo de intervenções psicoeducativas/psicoterapêuticas, com duração de 5 sessões, no âmbito da gestão das emoções da PEDM; participar, numa perspetiva de compreensão das emoções dos utentes, nos projetos terapêuticos existentes nos contextos de estágio (co-dinamização da reunião comunitária semanal do IP); aprofundar a tomada de consciência sobre os meus processos de gestão das

emoções, em ambos os contextos; tomar consciência sobre os processos de contra-transferência junto da PEDM, durante o estágio em ambos os contextos.

Relativamente à estratégia, utilizei uma estratégia baseada na metodologia qualitativa, onde através da observação e de entrevistas não estruturadas, se valoriza as narrativas e os significados de vida atribuídos pelas pessoas às suas vivências e experiências de doença mental.

Para tal, iniciei em setembro de 2019 um estágio que decorreu numa unidade de saúde mental e psiquiatria da área metropolitana de Lisboa durante dezoito semanas, nove em contexto comunitário e outras nove em contexto hospitalar.

Durante este percurso, houve a necessidade de delinear intervenções que foram sendo modificadas ou reformuladas à medida que o tempo foi passando, mas também de acordo com as condicionantes que a operacionalização de um projeto requer (ver **APÊNDICE 1: Cronograma de Estágio**).

Como fio condutor das aprendizagens e do desenvolvimento do projeto, estiveram presentes conceitos centrais como *recovery* e gestão das emoções da PEDM.

O *recovery*, enquanto processo multidimensional e individual de reconstrução de si desenvolve-se na parceria entre o EESMP e a PEDM e, surge como resposta às necessidades deste no sentido da co-construção de significados para a vida, que se pretende integrada na sociedade.

As emoções, sentimentos e cognição, são elementos chave para realizar projetos de vida, já que permitem ao indivíduo tomar melhores decisões sobre a sua vida, os seus projetos e o seu futuro. A gestão das emoções, uma das dimensões do processo de *recovery*, permite à PEDM um melhor autoconhecimento, automonitorização e autoconsciência, o que se traduz em melhor qualidade de vida, autonomia e desenvolvimento pessoal.

O enfermeiro, enquanto pessoa que cuida de outras pessoas, vê o seu quotidiano invadido por emoções, que se transformam em sentimentos através da cognição, e que se devem traduzir em cuidados emocionais, centrados e em parceria com a pessoa. Desta forma, permite-se às pessoas a manutenção e a construção de significados para a sua vida em comunidade. Importa assim, refletir e desenvolver competências que permitam ao EESMP adotar estratégias que visem contribuir para cuidar da PEDM, quer em relação dual, como em contexto de intervenções de grupo, acedendo às suas emoções e permitindo à pessoa a

expressão dos seus sentimentos através de estratégias diversas, como os mediadores expressivos.

Os mediadores expressivos como a pintura, a biblioterapia, a escrita criativa, entre outros, permitem à PEDM a expressão de sentimentos que se encontram ocultados, ou que a pessoa tem dificuldade em expressar verbalmente. Ao ser colocada a tónica na narrativa que cada um constrói acerca do processo de construção da obra, e não na obra em si mesma, ou na sua performance artística, cria-se um espaço e um tempo de expressão que favorece o reforço da consciência de si. Por outro lado, o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas em grupo, permite a partilha de experiências com outros, o que se pode traduzir na construção de um sentimento de pertença, na socialização e na identificação com outros.

Em suma, este relatório pretende refletir o percurso realizado ao longo de dezoito semanas, nos dois locais de estágio, o desenvolvimento de aprendizagens e competências que foi ocorrendo a par desse percurso, e espelhar o meu processo de transformação em EESMP.

Neste relatório, descrevem-se excertos de algumas intervenções realizadas durante o estágio, onde me refiro às pessoas pelo primeiro nome, nome este que é ficcionado, mas que favorece a fluência do discurso.

**Conceitos chave:** *recovery*, gestão das emoções, trabalho em grupo psicoterapêutico.



# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. A pessoa com experiência de doença mental

O sofrimento aliado às alterações emocionais, desencadeiam frequentemente a procura de cuidados de saúde, quer pela população com experiência de doença mental, como pela “população dita saudável”.

Sabe-se que é impossível considerar a saúde sem a saúde mental, estimando-se que em todo o mundo 23,8% dos anos vividos com incapacidade, dizem respeito a incapacidade produzida por doença mental (OECD/EU, 2018). Portugal não é exceção, em 2016 estimava-se que a prevalência de doença mental era de 18,4% (OECD/EU, 2018 & Ministério da Saúde, 2018).

Considera-se que doença/perturbação mental, são todas as perturbações que se caracterizam por mudanças do pensamento e das emoções, e que se traduzem no comportamento ou, em combinação com este, associados à diminuição da capacidade de se relacionar com os outros, da vida social, manutenção do emprego e/ou atividades familiares, o que se traduz num elevado impacto na qualidade de vida destas pessoas (SPSMP, s.d.).

Neste sentido, o adoecer mental constitui um problema de saúde pública, com um elevado impacto social e económico para as populações. Frequentemente, ao longo da sua vida, as PEDM vêm as suas relações sociais, familiares e de trabalho profundamente alteradas e reduzidos os contactos apenas ao núcleo familiar. O desemprego, aliado ao adoecer mental, proporciona a estas pessoas uma baixa qualidade de vida e promove a marginalização e o estigma. Simultaneamente, a família, constitui muitas vezes o único apoio que estas pessoas têm, mas também se encontra sobrecarregada e sem apoio da sociedade. Como tal, urgem medidas de apoio à população em geral e em particular às PEDM, devendo as políticas no âmbito da saúde mental entender as pessoas como um todo, integradas numa sociedade (OPSS, 2019) (WHO, 2017).

Ainda assim, viver com uma doença mental, com qualidade de vida, e com o menor sofrimento mental é possível. Considera-se que cada PEDM é o seu melhor conhecedor e o principal interveniente num processo de parceria entre o próprio e os serviços de saúde, onde a esperança é o motivador inato destes processos de *recovery* (Patricia Deegan, 1995). No processo de *recovery*, a PEDM é colocada no

centro dos cuidados, onde se pretende promover a integração, no seio de uma comunidade, para que encontre um propósito e um significado para a sua vida, para além das condicionantes que a doença lhe provoca. Com estes processos, não se pretende a cura da doença, nem a total ausência de sintomas, mas sim, encontrar junto com a pessoa, um plano terapêutico individual, mantendo a sua esperança, ajustado às suas necessidades e capacidades tendo em vista os seus objetivos.

Neste sentido, os serviços de saúde devem estar organizados predominantemente na comunidade, orientados para dar resposta às necessidades que cada PEDM identifica, contribuindo para que estas possam desenvolver projetos de vida importantes e significativos para si mesmos.

A construção de projetos para a vida das PEDM em parceria com os profissionais de saúde, são assim processos individuais, onde cada um constrói a sua narrativa e significado de vida. Estes processos de *recovery*, além de individuais, são também multi-dimensionais, onde a gestão das emoções constitui uma das dimensões destes processos. No que respeita à dimensão da gestão das emoções, esta tanto pode ser abordada de forma individual na relação dual, como também em contexto de grupo, sendo ambas as abordagens complementares.

## **1.2. *Recovery*: processo multidimensional**

Cada PEDM tem capacidades únicas que fazem de si uma pessoa com potenciais e competências únicas que lhes possibilitam uma vida autónoma com qualidade. No entanto, nem todas as pessoas conseguem esta autonomia, fruto da incapacidade produzida pela patologia, mas também em consequência do desinvestimento político, social, económico, familiar e dos serviços/profissionais de saúde.

O termo *recovery*, surge nos EUA, após a desinstitucionalização das PEDM durante as décadas de 60 e 70 do século XX. Trata-se de um processo, com uma visão humanista da pessoa, onde esta é considerada como um todo, e não só na vertente da doença mental. Neste sentido, para o *recovery*, mais do que a patologia que torna a pessoa em PEDM, cada um é um ser individual, capaz de desenvolver um projeto de vida significativo, autonomamente (WHO, 2017).

Para tal, cada PEDM deve ser acompanhada por uma equipa multiprofissional, preferencialmente com sede na comunidade, com proximidade ao seu local de

residência ou de trabalho, de forma a promover a autonomia e o empoderamento de cada uma destas pessoas, bem como um adequado e completo acompanhamento pelas equipas de saúde (física e mental), promovendo-se assim a saúde em todo o seu espectro (WHO, 2017).

Sendo cada pessoa diferente da outra, também o processo de *recovery* é individual e personalizado, de acordo com as suas crenças, valores, vontades, competência e conhecimentos, sob uma perspetiva de parceria colaborativa. Cada um destes processos, é promotor da esperança e da mudança na pessoa, valoriza os sentimentos, as emoções, os valores, os objetivos e as capacidades de cada um, promovendo um modo de vida contributivo e satisfatório. Para tal, os processos de *recovery*, englobam uma multiplicidade de dimensões. Algumas das dimensões a ter em conta no estabelecimento de um processo de *recovery* são: a comunidade, a família, o trabalho, os processos de automonitorização, de autoconhecimento, a gestão das emoções, entre outros (Anthony, 1993).

Cada PEDM é responsável pelo seu processo de *recovery*, é imprescindível que a mesma seja parceira, quer nos cuidados de saúde quer também no estabelecimento de um projeto de vida que lhe seja significativo. Nesta ótica, cada pessoa tem assim os recursos que lhe permitem tornar a sua vida num projeto de qualidade. Só o próprio pode desenvolver as suas capacidades de modo a conferir sentido e qualidade à sua vida.

Através do estabelecimento de projetos de vida significativos para a PEDM, espera-se que esta se torne responsável pela implementação do seu plano terapêutico. O plano terapêutico, será assim um conjunto de intervenções planeadas em parceria, muito mais do que um plano medicamentoso estabelecido e determinado pelos profissionais de saúde. Este plano terapêutico, contempla objetivos adaptados e delineados pela própria pessoa, adequados àquilo que pretende ser e desenvolver ao longo da sua vida.

Nesta perspetiva, os profissionais de saúde, adotam um papel que passa pela supervisão e orientação da pessoa face às suas possibilidades e vontades, adaptado aos recursos disponíveis, passam a centrar-se nas potencialidades que cada pessoa tem para desenvolver o seu projeto de vida, são promotores da esperança em cada uma destas pessoas e acreditam que é o próprio que tem a capacidade de ressignificar a sua vida (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Esta visão inovadora, deixa assim de centrar-se na correção das incapacidades/insuficiências/défices de cada um, à semelhança de uma perspectiva biomédica, para passar a aceitar a pessoa no seu todo, a aceitar e investir nas potencialidades de cada um. Investir no processo de *recovery*, requer investir nas potencialidades das pessoas, contribuir para valorizar as suas potencialidades como forma de minimizar os danos causados pela doença, bem como minimizar o sofrimento que esta impõe.

Acreditar que cada PEDM tem em si o potencial de se tornar autónomo e torná-lo parceiro nos cuidados é respeitá-lo e responsabilizá-lo por si mesmo, apesar de todas as condicionantes que a doença possa trazer para a sua vida. Como tal, durante os processos de *recovery*, é importante que os enfermeiros estabeleçam uma aliança terapêutica com a pessoa, com a intenção de lhe permitir a realização do seu plano de vida (trabalhar, estudar, etc.) (Roe & Swarbrick, 2007). Desta forma, com a integração da PEDM na comunidade e o desenvolvimento/desocultação das forças de cada pessoa, promove-se o bem-estar, a esperança e o respeito pelos direitos humanos fundamentais (Gottlieb, 2016; Macedo, et al., 2019; Rebelo, Gonçalves, & Bolina, 2014, Cleary & Dowling, 2009).

A capacitação para a autonomia, é uma das estratégias que o enfermeiro deve adotar no estabelecimento da relação terapêutica, com vista aos processos de *recovery*. Juntamente com a capacitação, o estabelecimento de um plano terapêutico em parceria e o desenvolvimento de intervenções promotoras do autoconhecimento, contribuem positivamente para a autoestima, o autoconhecimento e a autoconfiança, pilares fundamentais para o desenvolvimento dos recursos internos de cada PEDM. Consequentemente, verifica-se o crescimento pessoal e individual destas pessoas (Macedo, et al., 2019; Gottlieb, 2016).

Quando as PEDM se encontram integradas na comunidade a realizarem projetos que lhes são significativos, aumenta-se a consciencialização e a sua aceitação pela comunidade, reduzindo-se o estigma e a marginalização associado ao adoecer mental (Macedo, et al., 2019; WHO, 2017).

Por outro lado, a integração no seu meio natural aliada ao desenvolvimento de projetos que são contributivos para a sociedade, permite à pessoa a construção de significados diferentes, únicos da sua vida. Isto contribui positivamente para o seu processo de *recovery*, construindo propósitos de vida que vão muito além das limitações provocadas pela doença, traduzindo-se em melhorias na qualidade de

vida sentidas pelos próprios (Gale & Marshall-Lucettes, 2012; Moller & McLoughlin, 2013, Shera & Ramon, 2013).

Muito mais do que os resultados obtidos, nas palavras dos utilizadores os processos de *recovery* relacionam-se com o tomar o controlo sob a sua vida e introduzir melhorias na sua qualidade de vida (Shera & Ramon, 2013).

### **1.3. Gestão das emoções: uma das dimensões do recovery**

Todo o ser humano experiencia inatamente emoções, que em permanência se revelam na relação com os outros e com as coisas na grande maioria das vezes, de forma inconsciente. As emoções são consideradas pela neurobiologia, como um conjunto de reações químicas neuronais que se verificam como resposta a estímulos externos que interferem com a homeostasia do organismo. Estas reações, percecionadas por cada pessoa de forma única, exprimem-se através de um conjunto universal e limitado de respostas que se designam de emoções (Damásio, 2001; 2009; 2019).

Para autores como Damásio (2001) existe um conjunto de emoções: primárias - como o medo, surpresa, alegria, tristeza, raiva e nojo; um conjunto de emoções secundárias ou sociais como - a vergonha, o ciúme, a culpa, e o orgulho; e ainda as emoções de fundo - como o bem-estar, o mal-estar, a calma e a tensão que fluem no mundo interno da pessoa.

Cada uma destas emoções assume um significado particular para cada pessoa, consoante as suas vivências, e revelam-se ao próprio através da cognição. Pela tomada de consciência da sua existência, transformam-se em sentimentos. Ou seja, “é através dos sentimentos, que são dirigidos para o interior e são privados, que as emoções, que são dirigidas para o exterior e são públicas, iniciam o seu impacto na mente” (Damásio, 2001, p.56). Por seu lado, através da consciência dos sentimentos, a pessoa toma conhecimento da sua presença, do impacto que têm sobre si mesmo, incidindo, mais uma vez, na inter-relação que existe entre cognição, conhecimento e emoções/sentimentos (Damásio, 2001).

Em algumas situações, a linguagem não verbal revela aquilo que a razão a impede de revelar. Ou como refere Schutz (1974), “o verbal serve muitas vezes como fachada, encobrendo os verdadeiros sentimentos que se experiencia na vivência corporal”, e assim, “a linguagem não-verbal torna-se incongruente com a

verbal, sendo a não-verbal a mais autêntica” (Schutz, 1974 citado por Guerra, Lima & Torres, 2014, p.78).

A observação cuidada e atenta da linguagem não-verbal da PEDM torna-se imprescindível para conseguir perceber as suas emoções, e em situações específicas, intervir de acordo com aquilo que é observável pelo enfermeiro.

A gestão das emoções, é um conceito trabalhado por Diogo (2006) onde, além dos processos que cada pessoa individualmente desenvolve para regular as suas emoções, a expressão das mesmas e a forma como lida com as adversidades, engloba também a forma como o enfermeiro expressa e utiliza as suas próprias emoções no cuidado ao outro.

É impossível cuidar sem vivenciar emoções, uma vez que cuidar implica uma interação entre pessoas e como tal está envolta em emoções, quer de quem cuida, como de quem é cuidado. Ou seja, o enfermeiro desenvolve na experiência emocional de cuidar, a capacidade de cuidar com empatia: devolver à pessoa cuidada aquilo que consegue sentir no outro, durante a interação (Diogo, 2006).

Cuidar com recurso às emoções, torna-se uma ferramenta que permite chegar ao outro, ao seu sofrimento, desenvolver as forças que cada um tem em si e assim prestar cuidados centrados na pessoa, individualizados e com qualidade.

Para cuidar do outro com sensibilidade e afeto, é preciso aprender a compreender as nossas emoções e sentimentos, já que sem esta capacidade dificilmente se consegue cuidar com aquilo que o outro sente. No entanto para que tal aconteça, é necessário construir a maturidade através da experiência, desenvolvendo competências e aprendizagens ao longo da vida profissional e dos acontecimentos de vida pessoal (Diogo, 2006). Assim, “a apreensão e compreensão dos seus sentimentos é um caminho para lidar com as situações de cuidados emocionalmente significativas que o enfermeiro se confronta frequentemente na sua prática” (Diogo, 2006, p.254).

Consequentemente, gerir as emoções contribui significativamente para que o enfermeiro consiga: ter uma atitude de ajuda; lidar com situações de cuidados potenciadoras de sofrimento; não se tornar insensível ao outro; manter o seu próprio equilíbrio mental, potenciando assim o seu bem-estar emocional (Diogo, 2006).

Quando se fala na gestão das emoções da PEDM, o EESMP deve ser detentor de estratégias facilitadoras, como sejam: a utilização da comunicação assertiva, de forma a que a PEDM se sinta acolhida e em segurança para partilhar aquilo que

sente; a validação do sofrimento e acreditar naquilo que lhe é revelado pela PEDM, torna-se num importante elo terapêutico, ou seja, cuidar com emotividade, autenticidade, congruência e ressonância afetiva (Diogo, 2006).

Por outro lado, é importante também dotar a PEDM de estratégias para que seja a própria a utilizá-las, monitorizar as suas emoções/sentimentos, contribuir para a sua estabilidade, e assim, atingir o objetivo maior de ter um projeto de vida que lhe seja gratificante (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Para aceder ao mundo interno de cada pessoa, podem ser utilizadas diversas estratégias que vão muito para lá da utilização apenas da palavra (da cognição), mas passam principalmente pelo uso de estratégias diferentes de representação (mediadores expressivos) ou através de conversas sobre “o que/como se sente”.

A gestão das emoções enquanto dimensão do processo de *recovery*, representa assim a possibilidade para que a PEDM consiga gerir os momentos bons e maus da sua vida, correndo riscos e estando envolvida no seu processo. Ao longo do tempo, a PEDM em parceria com os profissionais de saúde, vai desenvolvendo estratégias e competências de gestão das suas emoções, como sejam a automonitorização, a compreensão e aceitação das emoções, ao invés da sua modificação (WHO, 2017).

Neste sentido, enquanto processo de reabilitação, o *recovery* promove a gestão das emoções, a aceitação da PEDM na sua essência, muito para além das suas limitações ou dificuldades, sob uma perspetiva onde se pretende potenciar as capacidades/forças de cada pessoa, e assim vivenciar as emoções de forma individual e salutar, integradas como parte do processo e não como parte do problema (Anthony, 1993).

Como tal, a gestão das emoções, é também um processo individual de autoconhecimento e crescimento pessoal, que permite à PEDM uma melhor adaptação ao seu quotidiano, transmitindo-lhe esperança em readquirir o controlo sobre a vida (WHO, 2017; Barker & Buchanan-Barker, 2005).

#### **1.4. Intervenções de grupo: uma estratégia junto da PEDM na gestão das emoções**

Considera-se que um grupo terapêutico é um conjunto de pessoas com experiência de crises (associadas ao desenvolvimento do ciclo vital, emocionais,

ameaçadoras à sua existência, saúde/doença, etc.). Este grupo, tem encontros regulares, com um determinado fim terapêutico, conduzido/liderado por um profissional de saúde com competências na área da saúde mental. Pretende-se com um grupo terapêutico promover a coesão entre as pessoas, com vista a dar resposta às necessidades dos participantes, promovendo-se também um relacionamento interpessoal satisfatório e promotor de partilha, aprendizagens e eventualmente, mudança de comportamentos dos membros que o constituem (Guerra, Lima & Torres, 2014).

Neste sentido, o trabalho em grupo é um ambiente rico em estímulos e potencialidades, favorecedor de processos psicológicos, do crescimento e desenvolvimento pessoal, a par das aprendizagens que vão ocorrendo. As aprendizagens dão-se quer ao nível da forma de pensar como também ao nível do sentir e relacionar-se com os outros (Manes, 2018; Leal, 2016).

A informação participada, permite a cada uma das pessoas obter esclarecimento sobre aspetos relativos ao seu problema de saúde mental. Estes esclarecimentos tanto podem ser dados pelo enfermeiro, como por outras pessoas dentro do grupo, dando a perceber à PEDM que existe uma explicação para situações que lhe podem parecer inexplicáveis (Manes, 2018; Guerra, Lima & Torres, 2014), o que contribui significativamente para os processos de *recovery* da PEDM.

Sob a perspetiva do *recovery*, é dada uma grande importância à partilha de vivências, entre as PEDM, o que torna assim os grupos terapêuticos importantes espaços onde se promove a esperança, a automonitorização, a socialização e as aprendizagens ao longo da vida, contribuindo também para a integração da PEDM na comunidade.

O trabalho desenvolvido em grupo terapêutico apresenta inúmeras vantagens, nomeadamente: a possibilidade de desempenhar diversos papéis no seio do grupo o de ajudar e ser ajudado; o partilhar as dificuldades individuais; ter a experiência de ser aceite num grupo; sentir a compreensão através da interpretação proveniente dos pares sobre os aspetos partilhados durante as sessões; o fortalecimento do eu; a aceitação das suas angústias; a confrontação das suas perceções com outras visões; melhoria da autoestima, da autonomia, da maturidade e responsabilidade. Através da partilha em grupo é acessível à pessoa a compreensão de várias perspetivas da mesma realidade, o que se traduz em aprendizagem sobre si próprio,

sobre a escuta e assim aumenta a vontade de partilha entre os participantes do grupo (Leal, 2016; Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Algumas das estratégias utilizadas em grupos terapêuticos, cujo objetivo é a gestão das emoções, passa pela utilização de mediadores expressivos. Os mediadores expressivos, constituem um conjunto de técnicas que vão desde a música, pintura, escrita criativa, biblioterapia, dança, movimento, entre outros.

Sabe-se que, através da utilização de mediadores expressivos, consegue-se capacitar para o autocontrolo, a autoconsciência, desenvolver estratégias de *coping*, levando a um maior bem-estar e conseqüente redução dos sintomas associados à doença mental, permitindo também uma melhor integração na vida quotidiana da comunidade e ajudando a dar significados à vida da PEDM (Bone, 2018; Blomdahl, et al, 2016).

A utilização destas técnicas, potenciam a promoção do *recovery*, já que contribuem para a expressão verbal e não verbal, de emoções e sentimentos, alicerçando-se esta expressão na relação terapêutica estabelecida entre enfermeiro-PEDM (Blomdahl, et al, 2016; Martins, 2012). Importa assim realçar que, a técnica escolhida para a intervenção, serve apenas para orientar a intervenção do enfermeiro e deve ser adaptada à individualidade de cada pessoa ou de cada interação do grupo (Guerra, Lima & Torres, 2014).

Neste sentido, considera-se que o intuito terapêutico não se centra na performance artística da PEDM, mas sim no desenvolvimento da comunicação, acedendo a sentimentos/emoções, através do encontro consigo mesmo por meio da obra criada (pintura, colagem, etc). Este aceder a significados ocorre com o suporte do enfermeiro, no contexto de um grupo de pares com quem interage e desenvolve estratégias de comunicação e de gestão das emoções (Blomdahl et. al., 2018).

Por outro lado, a experimentação em grupo de vários tipos de técnicas expressivas e de comunicação, permite reduzir as defesas e assim explorar novas oportunidades de relação, experienciando novas formas de interação, contribuindo para a tomada de consciência de si mesmo em relação com o outro e com as regras do grupo (Manes, 2018; Guerra, Lima & Torres, 2014).

No Internamento de Psiquiatria (IP), numa fase aguda da doença mental, é importante que desde uma fase precoce seja estabelecido o trabalho em grupo terapêutico, sob uma perspetiva multidisciplinar (Manes, 2018). A periodicidade de grupos psicoterapêuticos de cariz hospitalar, deve ser mais intensiva, sendo

sugerido três vezes por semana, com uma duração entre 1 hora e 30 minutos até 2 horas, já que se considera que as pessoas necessitam de cerca de 30 minutos para “aquecer” e assim criar laços entre si (Manes, 2018, p.11).

Na programação das intervenções psicoterapêuticas, em grupo, é assim imprescindível ter em conta que um grupo desenvolve-se ao longo do tempo das interações e intervenções, e que o relacionamento e a coesão entre os participantes vai-se construindo. Como tal, é previsível que as intervenções de grupo numa fase inicial devam ter características diferentes, sendo importante o estabelecimento e reforço de normas e regras de funcionamento desde o primeiro dia, bem como a apresentação de cada elemento do grupo (Manes, 2018; Guerra, Lima & Torres, 2014).

Ao longo do tempo, a coesão grupal ocorre quando as pessoas ficam disponíveis para correr riscos, ou seja, revelarem-se aos outros, revelarem os seus pensamentos e sentimentos. Ainda assim, em virtude das características da personalidade de cada um, bem como das experiências anteriores em grupo (nomeadamente reminiscências da sua socialização na escola), é possível haver alguns membros do grupo que façam revelações íntimas sobre si mesmo, numa fase precoce. Há então que gerir estas revelações, e enquanto dinamizador/terapeuta trazer para o grupo o debate sobre estes aspetos, a forma como cada um sente a revelação/participação do outro no grupo (Manes, 2018; Guerra, Lima & Torres, 2014).

Neste sentido, o papel do EESMP enquanto terapeuta deve “promover a criação de uma atmosfera de confiança, que suscite a diminuição da ansiedade, uma interdependência cada vez maior nos seus membros e uma progressiva abertura aos demais” (Guerra, Lima & Torres 2014, p.44), permitindo assim a gestão das emoções de cada PEDM dentro do grupo terapêutico.

Da mesma forma que a coesão grupal não se encontra previamente estabelecida, também é importante perceber que o grupo vai passando pelas diferentes fases de desenvolvimento, garantindo o culminar do grupo com a despedida, que deve ser programada e comunicada pelo líder aos restantes.

Existem diferentes tipos de liderança de grupos, da mesma forma que existem diferentes estilos de comunicação. Assim, pretende-se que o EESMP seja um elo facilitador da comunicação dentro do grupo, ajudando a clarificar e definir objetivos,

mantendo e promovendo a coesão grupal, mas sem nunca esquecer o cumprimento das regras do grupo.

Numa perspetiva de *recovery*, o líder do grupo, neste caso o EESMP, terá um papel de facilitador das interações e das intervenções de todos os participantes, estabelecendo uma verdadeira comunicação em rede completa, tornando-se assim um parceiro/recurso para o desenvolvimento da intervenção, já que considera que a PEDM é capaz de desenvolver o seu potencial dentro do grupo.



## **2. O ESTÁGIO EM SAÚDE MENTAL: UMA NOVA EXPERIÊNCIA**

### **2.1. O Serviço de Psiquiatria**

O presente relatório, tem por objetivo descrever e refletir o meu processo de aprendizagem no processo de me tornar EESMP. Para tal, realizei um estágio que decorreu no serviço de psiquiatria de um hospital da área metropolitana de Lisboa, tanto na vertente comunitária como na vertente de internamento hospitalar. O meu estágio decorreu na Equipa da Comunidade (EC-A) de 23 de setembro de 2019 a 23 de novembro de 2019 e no Internamento de Psiquiatria (IP) de 25 de novembro de 2019 a 07 de fevereiro de 2020.

O referido serviço de psiquiatria, define a sua missão como sendo assegurar a promoção de saúde mental, a prevenção e o tratamento de doenças mentais bem como a reabilitação e a reinserção social das pessoas com problemas de saúde mental da área populacional. Abrange um concelho e uma freguesia de outro concelho limítrofe e dispõe de quatro equipas multidisciplinares comunitárias, sedeadas em edifícios de centros de saúde, nas áreas geográficas onde os utentes destas equipas residem e um serviço de internamento de Psiquiatria (IP) que responde nas situações de agudização.

No total, este serviço de psiquiatria dispõe de vinte e sete enfermeiros, distribuídos do seguinte modo: dezassete no internamento, oito nas equipas comunitárias (dois em cada uma delas), um enfermeiro no hospital de dia e um enfermeiro chefe para todas as equipas.

O internamento dispõe de trinta camas, duas em quartos individuais com casa de banho, e as restantes em enfermarias de duas camas (cinco enfermarias) ou três camas (seis enfermarias), cada uma delas, é servida por uma casa de banho partilhada pelos utentes. Não existe lotação fixa de homens e mulheres, sendo esta distribuição de camas feita de acordo com as necessidades do serviço. Como espaços comuns, existe a sala do refeitório, onde são feitas as refeições, mas também onde os utentes recebem as visitas dos seus familiares, a sala da terapia ocupacional, sala da televisão e o pátio externo onde podem, além de permanecer sentados em bancos, realizar atividade física em máquinas de cardiofitness e mesa de ténis. Esporadicamente são realizadas atividades ao ar livre com a terapeuta

ocupacional, havendo um plano pré-estabelecido de atividades diárias de terapia ocupacional em sala própria, com exceção da quarta-feira.

Em qualquer uma das equipas por onde passei, o serviço de psiquiatria, encontra-se organizado sob uma perspetiva biomédica, embora tenha sido fácil perceber que na EC-A, é possível ensaiar uma intervenção numa perspetiva de *recovery*, já que se visa desenvolver o plano terapêutico de cada pessoa de acordo com as características, vontade e possibilidades de cada um, promovendo-se a sua integração na comunidade.

No que respeita ao internamento, as PEDM admitidas provêm da urgência geral do hospital, onde se encontra uma equipa médica de psiquiatria diariamente entre as 8h e as 20h. À chegada ao IP, as pessoas são avaliadas e acomodadas na enfermaria pelos enfermeiros, de acordo com a disponibilidade de cama no serviço e com a gravidade clínica que a pessoa apresenta. A equipa de enfermeiros e auxiliares de serviço é apresentada ao doente. São-lhe explicadas as regras do internamento, nomeadamente: são espoliados de todos os bens que ainda possam ter consigo (objetos de valor, roupa, ou outros que possam constituir perigo para o próprio ou para terceiros); vestem o pijama do hospital ou caso tenham consigo um pijama próprio; é-lhes explicado que objetos pessoais podem ficar em sua posse (produtos de higiene apenas em recipientes de plástico sem aerossóis; escova dos dentes e do cabelo; óculos e próteses dentárias apenas são entregues a pessoas que no ato da admissão não apresentem risco de os perderem/danificarem/deglutirem, em alguns casos, quando estão mais estáveis, é possível ir posteriormente ao espólio central do hospital buscar estes objetos); a impossibilidade de fumar em todos os espaços do internamento e respetivas punições, bem como a existência de medicação de substituição de nicotina. Caso venham acompanhados por familiares ou pessoas significativas, na maioria das situações é permitida a permanência durante um curto espaço de tempo a estas pessoas junto do doente, e se possível, é realizada a entrevista ao cuidador/acompanhante, havendo sempre o cuidado de recolher informação sobre contactos, história recente que justificou o internamento, antecedentes pessoais, familiares, contexto sócio-familiar e recursos comunitários que a pessoa dispõe à data do internamento.

Durante o internamento, os enfermeiros desenvolvem intervenções junto das PEDM que permitem a avaliação, controlo e administração de terapêutica que

contribui para a estabilidade psicocomportamental, a gestão e prevenção de conflitos quer entre doentes, como entre doentes e profissionais de saúde. Além disso, pontualmente e se a família/cuidador assim o solicitar/autorizar, são realizadas intervenções junto deles, com o intuito de recolher dados que permitam uma melhor adequação do plano terapêutico estabelecido, a melhoria da literacia em saúde mental das famílias, ou intervenção breve de primeira ajuda em crise.

A re-avaliação médica, ocorre na maioria das vezes no dia seguinte à admissão. Após esta avaliação médica inicial, de acordo com a periodicidade estabelecida pelo profissional médico, são realizadas novas re-avaliações que nem sempre têm em atenção o pedido/vontade da pessoa. Além disso, em algumas equipas médicas realiza-se a entrevista familiar, frequentemente sem a presença da pessoa internada, e sempre sem a presença de enfermeiros. Semanalmente, à segunda-feira, realiza-se a reunião de equipa médica, com o objetivo de discussão e decisão de casos clínicos, onde apenas está presente a enfermeira chefe do serviço.

Em média, cada doente fica internado cerca de um mês, durante o qual são estabelecidos os tratamentos farmacológicos, avaliações médicas e discutido em equipa médica o plano de reabilitação da pessoa, que passa na sua maioria das vezes, pela instituição de terapêutica adequada ao controlo sintomatológico. Na maioria das vezes, os doentes não participam na elaboração do projeto terapêutico nem no desenho do seu projeto de futuro.

Quanto ao modo como ocupam o tempo durante o internamento, os doentes têm disponíveis um conjunto de atividades dinamizadas pela terapeuta ocupacional (uma atividade por dia), têm disponíveis televisão ou filmes que podem ver fora do horário destas atividades e livros para lerem. Podem realizar atividade física no espaço exterior nas máquinas de cardiofitness, jogar ténis de mesa ou alguns jogos de tabuleiro. Contudo, na maioria das vezes, estas pessoas passam grande parte do seu tempo a deambular pelo serviço, muitas vezes alheadas de atividades que possam ocupar o seu tempo, ou sentados nos espaços comuns a conversar uns com os outros. Alguns isolam-se no quarto a dormir. Todos os quartos encontram-se abertos, os doentes podem permanecer nos quartos, embora sejam estimulados a estarem o máximo de tempo possível nos espaços comuns numa tentativa de socialização.

Está previsto que o serviço de internamento se articule com as equipas comunitárias, realizando-se semanalmente uma reunião entre os vários elementos

das equipas multidisciplinares da comunidade, com o médico responsável no internamento pelas pessoas que residem na respetiva área geográfica, e que se encontravam internadas. Apesar desta reunião semanal, ao longo do meu estágio verifiquei que nem sempre é conseguida uma efetiva articulação entre internamento e comunidade. A ausência de enfermeiros do internamento nestas reuniões multidisciplinares, condiciona a sua intervenção junto das pessoas, pois não lhes permite a partilha de informações sobre o processo de recuperação com os colegas, nem a partilha de informação sobre a vida e potencialidades da PEDM na comunidade, que poderiam ser potenciadas e treinadas no internamento. Por outro lado, à data da alta, não existe uma verdadeira articulação entre as duas equipas de enfermagem, perdendo-se a continuidade dos cuidados e fragilizando o suporte que as pessoas necessitam.

Quanto à equipa de assistentes sociais, estas encontram-se distribuídas pelas equipas da comunidade, sendo mais complexa e demorada a articulação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar. Esta articulação entre os vários membros encontra-se centrada na figura do médico como gestor de caso, sem a participação em parceria da restante equipa.

Na comunidade, a articulação e colaboração entre os vários elementos da equipa é constante, sendo a pessoa encaminhada para o atendimento do assistente social tanto pelo médico como pelo enfermeiro. Quanto à referenciação para o psicólogo, este encontra-se ainda centrado na avaliação médica.

## **2.2. O estágio em contexto comunitário**

O meu percurso começou na EC-A, onde me comecei a projetar enquanto futura EESMP. Esta equipa, abrange a população com experiência de doença mental, residente em três freguesias de um dos concelhos de abrangência do hospital a que pertence. Cada uma das PEDM, pode ser encaminhada pelo médico de família, pela urgência do referido hospital, ou após alta do serviço de IP. A EC-A, situa-se numa das freguesias do concelho a que o hospital dá resposta, num edifício pertencente ao ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) da área. No mesmo edifício, encontram-se uma UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) e uma USF (Unidade de Saúde Familiar), pretendendo-se assim contribuir para diminuir a estigmatização da PEDM.

A EC-A tem como objetivo principal desenvolver uma rede de serviços locais com a finalidade de responder de forma eficiente às diferentes necessidades de cuidados de saúde da população abrangida. A equipa é constituída por duas enfermeiras, uma assistente técnica, uma psicóloga, uma assistente social, dois psiquiatras e dois a três médicos internos de psiquiatria. Relativamente ao espaço físico, a equipa dispõe de um total de seis gabinetes, distribuídos pelos vários elementos da equipa, de acordo com os seus horários de trabalho. Dos recursos existentes na comunidade, é de ressaltar que estão disponíveis várias associações e IPSS com vista à reintegração da PEDM na sociedade tanto quanto possível de forma autónoma, com um projeto de vida adaptado às características individuais de cada pessoa, o treino de competências psico-sócio-ocupacionais, bem como a existência de uma instituição com residências assistidas para PEDM, que são consideradas insuficientes, face às necessidades sentidas pela população.

Após o internamento no IP, no dia da alta, a PEDM é encaminhada para a EC-A, sendo feito o agendamento da consulta médica, num prazo médio de quinze dias. Quanto à consulta de enfermagem, sempre que existe indicação de realizar terapêutica injetável de longa duração, realiza-se um agendamento de enfermagem, de acordo com a periodicidade da terapêutica instituída. Em situações onde a equipa multidisciplinar considera benéfico um acompanhamento regular, para melhorar a adesão ao regime terapêutico, agenda-se um acompanhamento regular pela equipa de enfermagem que pode ser semanal, quinzenal ou mensal, independentemente de haver ou não lugar à administração de terapêutica injetável. As consultas médicas, que em situações muito específicas podem ter uma regularidade mensal, na sua maioria apresentam uma regularidade semestral. Quando o psiquiatra considera que o acompanhamento pela psicóloga é benéfico para a pessoa e esta aceita, é realizado o agendamento, cuja continuidade varia de acordo com a avaliação da psicóloga. Sempre que a pessoa se encontra a trabalhar, tenta-se que os agendamentos sejam realizados de acordo com a sua disponibilidade de horário, mas também com vista ao acompanhamento regular de pelo menos um dos elementos da EC-A, o que tendencialmente se traduz em agendamentos intercalados entre os diferentes profissionais.

Esta equipa de enfermagem, tem uma atividade centrada na administração de terapêutica injetável, na gestão do regime terapêutico através da organização

individual das caixas de terapêutica, ou, em situações de debilidade física, vulnerabilidade social, dificuldade na interação social, realiza a visita domiciliária.

O enfermeiro disponibiliza-se para ouvir o outro, aceitar a sua diferença, tendo em vista o estabelecimento de uma relação de parceria, a elaboração de projetos de vida individualizados, significativos e realistas para cada um. Perspetivar um projeto de vida individualizado para cada pessoa, que lhe permita sentir-se feliz e integrada na comunidade, é um objetivo de cuidados e uma das prioridades do EESMP, que passa assim por investir na co-construção de sentidos para a vida de cada um, bem como pelo desocultar das suas forças. Estas forças, intrínsecas a cada pessoa, também estão na comunidade onde se inserem o que permite a integração e manutenção desta na mesma.

Em várias situações acompanhadas durante este estágio, verifiquei que a articulação com as várias respostas existentes na comunidade começa no EESMP. Assim, tive oportunidade de observar a articulação da minha orientadora de estágio, por vezes, de forma indireta, através do encaminhamento para a assistente social da equipa, mas também diretamente com a família ou vizinhos.

Além disso, durante a prestação de cuidados na EC-A, deparei-me com situações em que senti necessidade de articular com outras equipas de saúde, como é o caso da equipa de saúde familiar onde a pessoa se encontra inscrita. Num dos casos tratou-se de uma situação em que a conciliação terapêutica entre as várias especialidades que acompanhavam a utente se encontrava comprometida e estava a ter consequências no bem-estar da senhora. Noutro caso, numa situação de doença aguda de uma senhora com experiência de doença mental, cuja família se encontrava exausta e sem capacidade para perceber e transmitir a gravidade clínica ao médico de família, articulei com este profissional.

Com vista a dar resposta às necessidades da PEDM, a equipa de enfermagem, desenvolve intervenções que permitem o seu acompanhamento, a gestão do regime terapêutico, visita domiciliária em casos específicos de deterioração do estado geral e/ou agravamento do estado mental, que leve à dificuldade na adesão ou ao abandono terapêutico, prevenindo assim o reinternamento.

Tendo em conta que as pessoas têm capacidades que lhe permitem dar significados à sua vida, e que a relação terapêutica estabelecida ao longo do tempo entre EESMP e a PEDM constitui uma estratégia de acompanhamento e de parceria com a pessoa, nesta equipa desenvolvem-se intervenções individualizadas que

promovem a adesão à terapêutica e valorizam a pessoa. Em alguns casos, a estratégia encontrada foi a organização semanal da terapêutica em caixas individualizadas, de acordo com a capacidade de cada pessoa, mas tentando sempre promover a autonomia.

Noutros casos, associado à baixa adesão terapêutica, encontram-se problemas de ordem sócio-económica, ou dificuldade de mobilidade, ou ainda, situações em que a pessoa, decorrente da sua condição clínica, apresenta sinais de descompensação psico-comportamental quando se afasta de uma determinada zona “o meu habitat” (sic). Nestas situações, o EESMP opta pela visita domiciliária realizando uma consulta de enfermagem de acompanhamento e a administração da terapêutica, sempre que assim é possível e necessário.

### **2.2.1. A relação terapêutica: as narrativas de vida como meio de aceder ao outro e significar a vida**

Todas as pessoas, com ou sem experiência de doença mental, precisam de dar significados à sua vida, para que esta seja aceite e integrada em si. Sobretudo quando as pessoas atravessam eventos de vida stressantes, como o adoecer mental, é importante que cada pessoa construa a sua narrativa de vida e que o EESMP esteja, disponível para a ajudar a construir um sentido que seja gratificante para si mesmo.

Ao longo do estágio, a riqueza das narrativas de vida que fui encontrando junto das PEDM, levaram-me à reflexão, não só sobre o sentido que estas pessoas davam à sua vida, mas também, sobre aquilo que eu tomava como “normal e aceitável”.

As histórias de vida das PEDM são longas e complexas, repletas de abandonos e batalhas perdidas. As suas emoções, variam da alegria à raiva com diferentes tonalidades, fracas capacidades para lidar com o sofrimento e a frustração. Algumas destas pessoas, foram desenvolvendo problemas e estes, levaram-nos a tomar a decisão de se desligarem de tudo e de todos, e em situações extremas, como é o caso das pessoas em situação de sem-abrigo, até do conforto de uma casa.

### António: O rapaz que se tornou delinquente, esteve detido e regressou à comunidade

Neste contexto de estágio, prestei cuidados a um homem com diagnóstico de esquizofrenia desde muito novo, e que ao longo da sua adolescência e juventude, foi tomando opções de vida, que juntamente com a sua doença, o levaram a cometer crimes e, por conseguinte, a um estabelecimento prisional. Finda a pena, regressou à casa da mãe, com quem tem um mau relacionamento, com delírios residuais de afiliação e persecutórios, mas tem nela o seu único familiar e cuidador. A sua inquietação e desorganização é constante, verificável quer no discurso quer no comportamento. Coube assim à EESMP, fazer a gestão da terapêutica, através de agendamentos regulares de forma a manter a vigilância de saúde desta PEDM. Para além disso, o suporte familiar, quase inexistente e com evidentes sinais de sobrecarga do cuidador, é feito através de um acompanhamento por via telefónica, ou presencial (quando a senhora aceita). Este acompanhamento, ainda que insuficiente, é aquele que dadas as características da relação patológica entre ambos (António e a mãe) é possível. Neste caso, a intervenção junto da família, tem permitido perceber sinais de descompensação do António e da família, bem como o encaminhamento para a assistente social tendo em vista o retorno à comunidade após estar detido.

Num dos dias em que estava agendada a consulta de enfermagem, o senhor apareceu com mau estado-geral, desorganizado, várias camadas de roupa, maus cuidados de higiene, com um discurso delirante persecutório e angustiado. Percebi que dormiu na rua (pelo menos aquela noite), e por isso, não tinha a terapêutica consigo. Ainda assim, com um delírio residual, desorganizado e inquieto, não faltou à consulta de enfermagem. Pediu ajuda, aceitou tomar a terapêutica existente no serviço (igual à sua mas, destinada a outra pessoa com tratamento compulsivo ambulatorio), e comprometeu-se em, daí por quinze dias voltar, com duas tomas (aquela que deveria ter trazido hoje e a que deverá tomar daqui por quinze dias, já que a prescrição instituída é quinzenal), comprometendo-se a pagar assim a sua dívida com o serviço.

A relação estabelecida entre a enfermeira e o António, tem sido aquilo que o tem mantido estável, embora o seu projeto de vida seja incerto. Ainda assim, os compromissos e o reconhecimento da importância desta equipa para a sua estabilidade levaram-no a cumprir o acordo que fez comigo (considera-me um

elemento da equipa) e, no dia combinado voltou, desta vez com duas doses da sua medicação habitual. Uma para ser administrada naquele dia, e a outra para devolver o empréstimo à EC-A, contraído quinze dias antes. Este voto de confiança na sua capacidade de cumprir o acordo estabelecido, a validação do seu sofrimento/angústia demonstrada pela sua desorganização e o abandono da casa da mãe, através de uma comunicação assertiva, traduziu-se, passados quinze dias na devolução da terapêutica emprestada, e, na marcação de nova consulta de enfermagem, com o sincero agradecimento no envolvimento e colaboração no seu tratamento. Ao despedir-se o habitual “viu eu trouxe o remédio...eu venho nesse dia [risos, sorrisos e solilóquios]” (sic).

Neste caso, consegui desocultar as suas forças e torná-las em oportunidades de crescimento. O contacto frequente comigo enquanto enfermeira que dia após dia se preocupa com ele e lhe pergunta: “o que precisa?”, “como se sente...”, tornou-se significativo para alguém cujos laços afetivos com o outro e com mundo há muito estão danificados ou foram quebrados.

O estabelecimento de uma aliança terapêutica com esta pessoa, tendo em conta os seus objetivos, gostos, preferências, contexto cultural, ajudou-me enquanto EESMP a entender a sua complexidade. Explorar os motivos de uma forma centrada na pessoa e sob uma perspetiva de aliança terapêutica, baseado na relação de confiança, foi a forma de melhorar a adesão à terapêutica da mesma. Aceitar que o António não quer enfrentar o seu diagnóstico, é também cuidar dele (“foi bruxaria aquilo que a minha mãe me fez... ela deu-me coisas a beber... a culpa é dela... eu não tenho problema nenhum”- sic). Percebi que o próprio, construiu um significado para a sua vida, uma narrativa de vida, que lhe permite, dentro das suas capacidades, ser minimamente funcional.

O projeto de vida do António, apesar de incerto (ainda tem de cumprir o resto da pena comutada em trabalho comunitário – que naquele momento não conseguia cumprir - e manter-se sem cometer crimes), é o possível para esta pessoa neste momento (errante pelas ruas da cidade durante o dia, regressa à noite a casa da mãe), mas ainda assim consegue cumprir o seu projeto terapêutico. Percebi que, o voltar à rua é um sinal de descompensação da sua doença, mas também se traduziu em respeito e empatia.

### Tomás: O homem que viveu sem amor, tentou o suicídio e se tornou pai

Outra das pessoas que me fez refletir sobre os significados que cada um dá à sua vida, foi o Tomás. Este é um homem que, após uma infância de violência doméstica constante que o levou ao abandono da casa, aos consumos aditivos, à situação de sem-abrigo, à doença mental grave e a várias tentativas de suicídio, encontrou no papel de pai, o seu objetivo de vida e o significado para a mesma.

Durante anos, este senhor foi vítima de violência doméstica por parte do pai. Aos 14 anos saiu de casa, fez a primeira tentativa de suicídio, comportamento que se repetiria várias vezes ao longo da sua vida. Recomeçou a vida junto de uma mulher com quem teve dois filhos, mas a certa altura, deu-se o divórcio entre ambos e os dois filhos ficaram ao cargo da mãe. Com uma doença esquizoafetiva e um passado de consumo de substâncias ilegais, abandono e tentativas de suicídio, não constituiu inicialmente a escolha para tutor legal dos filhos após o divórcio. Anos mais tarde, foi a filha que procurou nele o suporte, o carinho, o conforto e a estabilidade que não conseguiu alcançar junto da mãe. Esta adolescente, ao longo da sua vida desenvolveu uma doença mental, que o pai, melhor que a mãe conseguiu compreender e aceitar. O significado que este homem deu aos seus acontecimentos de vida, permitiram-lhe tomar conta da filha e estar alerta para o adoecer mental e a estabilidade psico-comportamental da sua filha. A sua sensibilidade enquanto PEDM para compreender no outro a fragilidade é algo que me surpreendeu, e fez-me compreender que por vezes, é esta sensibilidade, ao sentir do outro, que os torna vulneráveis e, por vezes, alvos de estigma.

Nestas situações, associado a sentimentos de angústia, aflição, tristeza, desamparo e desespero, acabam por ter comportamentos autolesivos e por vezes tentativas de suicídio, como foi o caso do Tomás e da sua filha. Atualmente, enquanto pai carinhoso, preocupado e atento, consegue perceber os sinais de descompensação da filha. Pediu ajuda à EC-A para o acompanhamento da filha, que realizou uma tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa voluntária, enquanto vivia com a mãe. Por este motivo, para melhor gerir a sua terapêutica e ter um acompanhamento de proximidade, Tomás, em parceria com a EESMP, adotaram a estratégia de ter apenas medicação suficiente para duas semanas em casa, fechada num cofre. De duas em duas semanas, uma nova consulta onde a EESMP avalia a sua estabilidade psico-comportamental e valida a sua integração neste novo papel de pai, promovendo assim a co-construção de um sentido para a vida.

Através deste indivíduo, percebi que o assumir de papéis sociais, laborais, familiares, embora por vezes complexos e de alta responsabilidade, são, em grande parte, o pilar para a manutenção da estabilidade emocional da PEDM, e um plano terapêutico do seu processo de *recovery*. A manutenção da terapêutica, a par da consecução dos objetivos de vida, são assim dois eixos norteadores desta equipa em função da capacidade de continuidade dos papéis que cada PEDM escolhe experienciar.

### Senhor Leonardo: o envelhecer como PEDM e as forças desenvolvidas na comunidade

O senhor Leonardo, de 69 anos de idade, com diagnóstico de doença bipolar desde os 22 anos de idade, conseguiu, apesar da sua condição clínica, ter uma vida preenchida. Constituiu família por duas vezes, estando atualmente divorciado e a residir sozinho. Teve três filhos, dois do primeiro casamento com quem não tem contacto, e preferiu ocultar de mim a sua existência enquanto estive neste contexto de estágio. A filha do seu segundo casamento, atualmente com trinta anos, é a sua cuidadora, e uma parceira importante no processo de *recovery* deste senhor.

O senhor Leonardo, trabalhou durante mais de vinte anos num restaurante como empregado de mesa, atividade profissional que o mesmo refere ter gostado. Devido ao agravamento da sua condição clínica, deixou de conseguir desempenhar a sua função laboral e acabou por ser reformado.

Quando o conheci neste contexto de estágio, tinha estado internado há pouco tempo, depois de mais uma agudização. Desta vez, a falta de rotinas e o abandono da medicação, contribuiu para que o senhor comesse a fazer gastos desnecessários e injustificados, e a ter um comportamento mais errante durante a noite, mais semelhante àquele que tinha durante a sua vida laboral.

Após a alta hospitalar, foi instituído pela minha orientadora de estágio, em parceria com o senhor, uma consulta semanal de enfermagem, onde além de se promover a organização da caixa da terapêutica, se realiza uma entrevista de suporte pela EESMP. Nesta faz-se a avaliação e o acompanhamento do senhor e do seu processo de *recovery*.

Desta forma, promove-se a integração do Sr. Leonardo na comunidade onde reside há vários anos, bem como a sua autonomia, já que este reside sozinho e

encontrou, juntamente com a filha, a solução para: a alimentação contratualizando as refeições num restaurante; a higiene da casa e da roupa, contratando uma empregada de limpeza uma vez por semana. Neste sentido, as estratégias encontradas, são consideradas recursos importantes da comunidade já que, se encontra integrado num ambiente protetor e contentor. Os laços que desenvolveu com os seus vizinhos, permitem-lhe estar ocupado a maior parte do dia no café próximo de casa. A sua integração neste meio ambiente é uma das forças que este senhor desenvolveu ao longo do seu processo de saúde-doença, e que lhe tem permitido alguma estabilidade quer do ponto de vista da sua saúde, como também social.

Relativamente à gestão das emoções, durante a prestação de cuidados ao senhor Leonardo, percebi que, em virtude de conviver com a sua doença há largos anos, dispõe neste momento de algumas ferramentas que lhe permitem perceber a importância da constância das rotinas no seu quotidiano, embora também perceba/aceite o seu humor triste (resiliência?). Ainda assim, é ele quem reconhece que nem sempre consegue aperceber-se das suas alterações de humor, que o levam a um re-internamento. No fundo, a sua experiência vivida enquanto PEDM, permite-lhe perceber que ao longo dos tempos, foi conseguindo aprender a gerir as suas emoções e conseqüentemente a melhorar o seu autoconhecimento, o que constitui um fator importante do seu desenvolvimento pessoal conseguindo assim lidar com situações adversas. Atualmente, este senhor considera que se encontra estável, “estou bem” (sic) e que o facto de se encontrar triste é algo que o caracteriza. Este homem tem o desejo de controlar a sua vida escolhendo assim aquilo que é mais adequado para si.

Este senhor, apesar do seu défice cognitivo, tem conseguido encontrar um sentido para a sua vida, e não pretende mudar o seu quotidiano. Isto é perceptível quando o mesmo me respondeu “eu gosto de estar ali no café, a conversar e a ver a bola, com os meus amigos” (sic), ou pela sua recusa em frequentar o hospital de dia, onde são desenvolvidas atividades que poderiam beneficiá-lo do ponto de vista cognitivo. Para além disso, quando referiu que “eu já percebi que a minha vida é assim, tem de ser assim... com os horários e mais para o calmo” (sic).

A rotina diária deste homem é securizante para ele e para a sua cuidadora. Desta forma, a filha consegue ter a perceção de quando o pai se encontra pior e mobiliza os recursos necessários quando assim se justifica.

Ao longo do tempo, percebi que a minha orientadora, conseguiu desenvolver com a pessoa uma relação de suporte, e de apoio ao senhor Leonardo, que contribuiu para reforçar a integração na comunidade, e o desenvolvimento de um projeto de vida que lhe é satisfatório. Nesta relação, ambos (os profissionais de saúde e a pessoa) desempenham papel de parceiros no processo de *recovery* e assim, ao aceitar-se “a presença do sofrimento numa base crónica e da busca do sentido numa vida marcada por limitações físicas ou mentais importantes e permanentes” (Chalifour, 2009, p.266), conseguiu-se junto desta pessoa favorecer a independência e reduzir o sofrimento.

### **2.3. O estágio em contexto hospitalar**

O meu percurso enquanto futura EESMP continuou, desta feita no IP, onde o regresso a contexto hospitalar aconteceu ao fim de catorze anos, e pela primeira vez na vida profissional, a experimentar-me na prestação de cuidados a PEDM em fase de doença aguda.

Neste contexto, além da prestação de cuidados de enfermagem às PEDM que se encontravam internadas, optei por desenvolver um conjunto de intervenções psicoterapêuticas em grupo. Estas intervenções, tiveram como objetivo geral promover o potencial de recuperação através do desenvolvimento de estratégias de automonitorização e gestão das emoções. Foram planeadas cinco sessões, cada sessão com o objetivo de explorar os significados que a PEDM atribui às suas emoções, permitindo-lhes também debater entre si de forma a estabelecerem estratégias de gestão das emoções.

Estas intervenções foram planeadas para que a pessoa tomasse consciência de si e, por conseguinte, tivesse um papel ativo. Assente na relação terapêutica e de parceria estabelecida entre a pessoa e o enfermeiro, pretendia-se com as intervenções a melhoria funcional e do bem-estar da pessoa. Além disso, o treino de competências de socialização, através da aceitação das normas do grupo e consequentes sentimentos de pertença e de suporte desempenhado pelo mesmo.

As intervenções planeadas, contemplaram a utilização de diferentes estratégias, particularmente as técnicas expressivas como a biblioterapia, a pintura,

desenho, colagens ou a escrita criativa. Cada partilha realizada pelos participantes, considerou-se um momento de aprendizagem em grupo, e do domínio do mesmo.

Apesar terem sido planeadas cinco sessões, por motivos relacionados com a organização no IP, foram realizadas apenas quatro dessas intervenções. Naquela altura foi necessário escolher a intervenção a anular daquelas inicialmente planeadas. Assim, optei por aquela que, após o início do programa, percebi que poderia ser menos adequada tendo em conta as características dos participantes. Assim, a atividade *Diário das emoções: como me sinto hoje - uma estratégia de automonitorização das emoções*, não foi realizada, já que a mesma exigia uma capacidade autorreflexiva e de partilha das emoções, que não considerei existir nos elementos, na fase de desenvolvimento deste grupo.

Quanto à escolha das pessoas que participaram no grupo terapêutico, esta recaiu em pessoas que estando internadas, tinham um prognóstico de alta mais tardia (além do *terminus* das quatro sessões), e que simultaneamente, se encontravam suficientemente estáveis para estar em grupo. Para tal, cada uma das pessoas foi entrevistada individualmente, sendo-lhe explicado o objetivo do conjunto de intervenções psicoterapêuticas, a duração de cada sessão, o número de sessões, bem como a possibilidade de recusar participar em qualquer das atividades propostas.

O grupo fixo foi constituído por quatro elementos. Três mulheres (Soraia, Andreia e Elsa com 43, 34 e 40 anos de idade respetivamente); uma divorciada (Elsa), uma solteira (Andreia) e uma casada (Soraia); duas com filhos (Soraia e Elsa); duas em situação de desemprego de longa duração (Soraia e Elsa) e uma com atestado médico de longa duração (Andreia). Um homem (André - 21 anos de idade; solteiro, sem filhos a residir em casa dos pais com um irmão menor de 6 anos, a estudar num curso técnico-profissional de inglês). Quanto à frequência escolar: uma pessoa com 9º ano (Elsa), duas com 12º ano (André e Andreia) e uma com mestrado na área de marketing (Soraia).

Os diagnósticos médicos destas pessoas à data da admissão no IP eram: perturbação bipolar nas três mulheres, todas com episódio maníaco ou hipomaníaco, uma tratava-se do primeiro internamento (Soraia), as outras eram re-internamentos, duas delas estavam sob internamento compulsivo (Soraia e Elsa - episódio maníaco com risco para terceiros ou bens); um homem com surto psicótico/esquizofrenia (era o segundo internamento com um intervalo de 2 meses).

Ao longo da implementação das intervenções de grupo, este foi sofrendo algumas alterações, que se prenderam sobretudo com a motivação das pessoas na participação. Assim, na segunda sessão uma senhora (Elsa) optou por não participar porque era domingo e teria as suas obrigações religiosas para cumprir (tratava-se de uma pessoa com profundas crenças religiosas). Na terceira sessão, o único homem, optou por não participar já que não tinha vontade de estar a falar em grupo com outras pessoas. A recusa deste indivíduo prendeu-se com aspetos da sua personalidade (mais introvertido e reservado), bem como com sinais de descompensação da sua doença onde os sintomas negativos eram muito exuberantes.

A escolha das pessoas para o grupo terapêutico revelou-se um desafio, bem como a manutenção da motivação dentro do mesmo ao longo dos dias. A possibilidade de realizar duas intervenções em dias consecutivos, apesar de facilitador para mim, e em alguns casos ser “uma forma de passar o tempo” (sic), pode também ter este aspeto menos positivo de se tornar cansativo e até intrusivo para a PEDM. Cada pessoa é única e assim, cada uma tem o seu ritmo de aquisição de competências e de conhecimentos quer face ao seu problema de saúde, quer em relação ao autoconhecimento.

No que respeita ao *setting*, este foi previamente preparado, tendo em conta os recursos do espaço físico da enfermaria, quer os materiais necessários para cada atividade. As sessões decorreram na sala que é conhecida como sendo a “sala da terapeuta ocupacional”, onde existiam cadeiras em número suficiente e mesas que permitiram a realização das tarefas de grupo.

Seguidamente, apresenta-se um resumo do conjunto de intervenções realizadas, salientando-se aquilo que foi a participação de cada pessoa, a análise crítica a cada uma das atividades realizadas, e como decorreu a gestão das emoções da PEDM durante cada intervenção. Para tal consideraram-se as participações de todas as pessoas que estiveram presentes em pelo menos três atividades completas do grupo terapêutico.

### **2.3.1. A gestão das emoções num grupo terapêutico no IP**

Ao longo de quatro dias, em quatro turnos da manhã, foram desenvolvidas um conjunto de intervenções, que pretenderam promover a gestão das emoções no

processo de *recovery* da PEDM (ver **APÊNDICE 2**). Antes de iniciar a intervenção, foi novamente explicado a todo o grupo o objetivo do grupo terapêutico e das intervenções, as regras de participação nas intervenções em grupo e aferido o consentimento de todas as PEDM para a participação no mesmo. Assim, deu-se início à atividade com a apresentação de todos os elementos do grupo através da partilha de experiências individuais de forma a contribuir para o estabelecimento de laços entre as pessoas e assim facilitar a livre expressão das emoções.

#### Atividade 1- Reconhecer no outro as emoções/sentimentos

Para esta atividade, delineou-se como objetivo geral que a PEDM fosse capaz de reconhecer no outro a expressão das emoções e estabelecer o debate e o consenso dentro do grupo. Cada elemento, escolheu cinco imagens/fotografias (uma para cada emoção básica: raiva, tristeza, alegria, nojo/repulsa, medo) disponibilizadas em cima da mesa. De seguida, cada pessoa apresentou a escolha que fez para cada uma das emoções e debateu-se em grupo esta escolha individual. Aqui, cada pessoa opinou se concordou ou não com o colega, e porque fez a sua escolha. No final, procedeu-se à colagem de cada imagem e à legendagem de cada grupo de emoções, de acordo com a escolha realizada pelos participantes (consultar **APÊNDICE 3** para ver o planeamento da intervenção).

Durante toda a atividade, senti necessidade de colocar limites e mediar as intervenções de cada pessoa para que todas as participações pudessem ser integradas como experiências relevantes para os diferentes membros do grupo, e para que todos os elementos pudessem participar ao longo da atividade.

Foi possível perceber nas expressões faciais de cada participante, no seu envolvimento na atividade, bem como nas dificuldades no reconhecimento das emoções no outro e na sua própria expressão das emoções, o impacto que a atividade teve para estes participantes. A narrativa que cada pessoa construiu sobre as fotografias escolhidas foi debatida dentro do grupo, e, em alguns casos, percebeu-se que, a mesma fotografia despertava emoções diferentes nas pessoas. Por vezes, as emoções expressas estavam relacionadas com aquilo que as imagens transmitiam e não com as expressões faciais de cada pessoa, evidente sobretudo no nojo (“o que este homem faz dá-me nojo” sic).

Relativamente à participação dos elementos, senti mais dificuldade em gerir a participação daqueles cujo discurso era menos fluido (estavam com sintomatologia

negativa mais exacerbada), ao invés daqueles que, por características quer da personalidade quer da patologia, participaram de forma mais ativa, por vezes até mais intrusiva e provocadora.

No decorrer da atividade, sentei-me ao lado da senhora Andreia, que apresentava humor misto. Esta minha presença ao lado de Andreia, verificou-se contentor e organizador para o grupo. Apercebi-me que, por diversas vezes, enquanto os outros falavam e expressavam uma opinião diferente da sua, a senhora murmurava: “cala-te...tens de ter calma e cala-te” (sic), tentando assim conter a sua própria impulsividade e respeitar as regras de participação no grupo e o respeito pela opinião dos outros. Nestas alturas, o estar ao seu lado, o toque no seu braço e pedir para aguardar um pouco, foi uma estratégia que percebi que funcionava com a Andreia, já que esta acabou por se aperceber que estava a ser ouvida, mas simultaneamente, permitiu-lhe perceber que a sua participação não era oportuna e assim, controlar-se.

Esta senhora, durante todo o internamento e na participação no grupo terapêutico, teve um discurso verbal (tom de voz, fluência do discurso) e um comportamento, pautado pela impulsividade, irritabilidade e raiva. Quando lhe foi pedido para identificar a tristeza numa das fotografias, Andreia identificou uma fotografia cuja emoção facial expressava raiva, na sua narrativa projetou que a raiva é uma forma de demonstrar a tristeza. A sua escolha surpreendeu-me, mas pode ser interpretada como autobiográfica, já que para Andreia: “este está triste... eu sei que ele parece que tem raiva, mas eu sei que por dentro está triste” (sic). Nesse momento, devolvi-lhe a questão se seria algo que poderia acontecer com ela, demonstrar raiva mas no fundo sentir-se triste. A resposta, fugiu ao “eu” e foi generalizada: “eu sei que as pessoas quando estão tristes mostram raiva” (sic), numa tentativa de normalizar e assim, dessensibilizar aquilo que se estava a passar consigo.

Nesta fase da sessão, à semelhança desta senhora, algumas pessoas optaram por ser mais recatadas na sua participação, evitando usar “eu” e substituíram por “nós”. Tentei que cada um falasse em seu nome, no entanto não foi bem aceite por todos os participantes.

A senhora Elsa, com um internamento mais prolongado, falou com facilidade daquilo que sentia, usando-se como exemplo para os outros, apesar de ter um discurso centrado em Deus. Neste caso, senti necessidade de, por várias vezes,

chamar a atenção desta senhora, restringindo-lhe o tempo de participação, já que o seu discurso fluente e por vezes difícil de interromper, centrado nas suas crenças religiosas, gerou contra-atitude em outras pessoas, além de desviar-se do tema proposto para debate. Ainda assim, esta senhora acabou sempre por frisar: “isto é aquilo que eu penso, aquilo em que eu acredito, não me levem a mal” (sic), como forma de tentar pertencer ao grupo/ser aceite pelos outros.

Durante a atividade, surgiram outras dificuldades no grupo como a dificuldade de concentração, lentificação do pensamento e sonolência. Assim, como estratégia compensadora destas dificuldades, percebi que, escrever cada emoção no quadro branco ajudou na organização do pensamento de cada um dos elementos, e desta forma, todos foram capazes de, ao seu ritmo, acabar a tarefa dentro do tempo previsto. No final da atividade foi solicitada a avaliação de cada elemento. De um modo global, os participantes afirmaram: “gostei muito”, “foi importante”, “percebi que há mais pessoas que sentem o mesmo que eu”, “percebi que há mais pessoas que estão a passar pelo mesmo que eu” ou “você conseguiu puxar para a conversa todas as pessoas do grupo, mesmo aquelas que têm mais dificuldade e que ficam mais caladas” (sic). As expressões verbais coincidiram com as suas expressões e comunicação não verbal de alegria e sentimento de pertença ao grupo.

#### Atividade 2- Como é que eu sou quando me sinto bem

Com a atividade n.º2, pretendeu-se que a PEDM fosse capaz de melhorar o autoconhecimento acerca das suas emoções através de: identificar características emocionais individuais; identificar as situações em que se sentem bem; identificar sinais de alerta para uma crise; identificar estratégias ou comportamentos protetores e promotoras de bem-estar.

Todos os elementos do grupo foram convidados a participar, embora uma das senhoras do grupo inicial tenha recusado por ser domingo. Assim, do grupo de quatro apenas participaram três pessoas (duas mulheres e um homem). Por considerar benéfica a participação de outras pessoas, que na primeira sessão não tinham condições para estar em grupo, foram convidados outros dois homens. Todo o grupo sentou-se nas cadeiras em redor da mesa a debater os temas propostos e planeados, de acordo com o guião da intervenção que se apresenta em **APÊNDICE 4**.

Esta intervenção, com um cariz mais psicoeducativo, mas também psicoterapêutico, promovia a conversa entre os diversos elementos do grupo, partilhando situações pessoais, como é o caso dos sentimentos, mas também estratégias de automonitorização das emoções e a partilha de comportamentos promotores do bem-estar psicológico em cada pessoa. Neste sentido, era necessário que cada pessoa fosse capaz de refletir sobre si mesmo e partilhar com os outros aquilo que pensa ou sente sobre determinado aspeto da sua vida pessoal e da sua vivência enquanto PEDM.

Durante toda a atividade, o empenho global do grupo permitiu que todos pudessem partilhar um pouco da sua história e experiência de vida enquanto PEDM.

Verifiquei que neste dia a participação dos elementos do grupo foi mais fácil, e que todos aderiram com facilidade às regras. Ainda assim, para Andreia, o desrespeito dos outros pelas regras foi algo que a deixou bastante irritada e por vezes utilizou a ironia como defesa. Nesta situação, voltei a utilizar a estratégia do último dia: sentei-me ao lado de Andreia e, sempre que verificava que estava mais irritada, tocava-lhe no braço, conseguindo assim controlar a impulsividade, quer na participação, quer na rápida chamada de atenção ao outro que desrespeitou a regra.

O tema do estigma, foi abordado pelos utentes de forma espontânea, o seu sentido crítico face à população e à inexistência de um discurso aberto para toda a população a alertar para a possibilidade do adoecer mental, foi algo que todos, consideraram importante modificar na sociedade ao longo dos tempos. O uso de drogas recreativas, abordado por um dos elementos como o seu fator desencadeante para o adoecer mental, serviu como ponte para debater o papel parental que cada um dos que tem (ou pretende ter) filhos deve ter na prevenção deste tipo de comportamentos.

Estes momentos de partilha de experiências, permitiram a cada uma das PEDM obter esclarecimento sobre aspetos relativos ao seu problema de saúde mental. Estes esclarecimentos, foram feitos tanto por mim enquanto enfermeira, como por outras pessoas dentro do grupo, o que permitiu a cada uma das pessoas perceber que existe uma explicação para situações que lhe podiam parecer inexplicáveis. Além disso, a identificação com outro que tem problemas/dificuldades semelhantes, foi um momento relevante para a Soraia e a Andreia, que nunca tinham participado em atividades de grupo.

No final, foi entregue a cada pessoa o guião da atividade, e cada um foi convidado a preencher com informações relativas a si mesmo. Verifiquei que, nos casos em que as PEDM aceitaram escrever, conseguiram refletir sobre situações pessoais e revelar aspetos que verbalmente e em grupo não revelaram. Estes aspetos revelados por escrito, estavam relacionados sobretudo com: sinais de alarme, situações que potenciam o aparecimento de uma crise, a necessidade de se conhecer melhor como comportamento que pode ajudá-las a manter-se sem recaídas, eventos de vida que levam ao adoecer mental.

A avaliação de cada pessoa face à forma como sentiu a sua participação nesta atividade, foi unanimemente positiva, sendo verbalizado por alguns utentes que: “foi bom”, “foi útil”, “gostei muito”, “adorei...gosto muito destas atividades”, “gostava de ter a capacidade de argumentação da Soraia, foi muito bom”.

Pessoalmente, esta foi a atividade em que no final, me senti mais cansada. Durante a atividade foi importante ter prestado atenção ao que estava a ser debatido entre os participantes, mas também à forma como cada um dos elementos participava, já que através da linguagem não verbal, consegui perceber que nem todos os temas interessavam de igual forma às pessoas. Por outro lado, uma questão mal colocada poderia ter colocado em risco a relação terapêutica previamente estabelecida com um dos senhores. Ainda assim, apercebi-me dessa possibilidade, reformulei a questão, o que permitiu que o senhor percebesse a intenção e estabelecesse o diálogo entre os vários elementos do grupo.

A gestão das emoções da PEDM nem sempre foi fácil. Ainda assim, a avaliação a cada momento da comunicação não verbal dos elementos, bem como a presença do co-terapeuta (orientadora de estágio), tornou-se facilitador para conseguir concluir a atividade, dentro do tempo planeado, com sucesso e torná-la significativa para os participantes. A gestão da participação das pessoas com facilidade em falar, constituiu um desafio. A utilização de uma comunicação assertiva, permitiu-me gerir a sua impulsividade, ou o discurso tangencial de alguns dos participantes, centrando-os naquilo que era o objetivo da atividade e naquilo que lhes era mais pessoal, tentando que cada um abandonasse as generalizações do “nós”. Por outro lado, a recusa de André em falar, foi aceite por todos os elementos do grupo. O respeito pela sua vontade, foi unânime. O cumprimento da regra de que cada pessoa só revela e participa se e o que quiser, foi bem integrado pelos diferentes elementos do grupo e aceite por todos.

### Atividade 3- Emoções positivas: como promovê-las?

Nesta terceira intervenção, pretendia-se que o grupo fosse capaz de debater sobre o sentimento felicidade/bem-estar, através de: identificar em si o que o faz sentir feliz/bem-estar; ouvir o outro sobre o que o faz sentir-se feliz/bem-estar; identificar individualmente estratégias para o bem-estar; partilhar estratégias em grupo para o bem-estar individual.

Assim, recorri à biblioterapia, com a leitura para todo o grupo do texto: “Onde está a felicidade?” (consultar **APÊNDICE 5**, Magalhães, 2010). Conforme o planeamento da intervenção (ver **APÊNDICE 5**). Depois da leitura foram direcionadas questões para o grupo, para que os participantes resumissem o tema abordado no texto, promovendo a reflexão sobre estratégias de desenvolvimento de emoções positivas, que contribuem para a felicidade e o bem-estar individual. De seguida, recorrendo à sugestão de Andreia, foi elaborado um cartaz em conjunto por todos os elementos, sendo desenhado ao centro da cartolina um coração, e o restante espaço da mesma, preenchido por cada uma das pessoas, traduzindo aquilo que para eles significa a felicidade. Para a elaboração desta cartolina, foram disponibilizadas tintas de água, pincéis e pastel de óleo, ficando a escolha dos materiais ao critério de cada participante.

Nesta atividade estiveram presentes três dos elementos do grupo inicial, as senhoras. Quanto ao elemento masculino, optou por não participar, em virtude da sua timidez e pela evidência dos sintomas negativos exacerbados. À semelhança do dia anterior, foi convidado um outro homem que neste dia apresentava estabilidade suficiente para participar na atividade de grupo.

Durante a leitura, todos os elementos estiveram muito atentos e em silêncio. No final da leitura, Soraia tomou a iniciativa de resumir o texto todo, o tema abordado, passando logo para a sua opinião pessoal, segundo a qual, a felicidade pode ser construída por qualquer pessoa, basta estar atento ao quotidiano e saber apreciar positivamente aquilo que acontece na vida.

Para Andreia, a interpretação do texto foi diferente, muito particular e individual, sem relação com a história lida. Esta senhora projetou através da interpretação do texto, a sua definição de felicidade. Segundo Andreia, a personagem do texto estava infeliz por estar sozinho, e por isso precisava de procurar uma companheira. Apesar de solteira, esta senhora pretende constituir família e considera que a medicação a

impedirá de o fazer, sendo este um dos motivos da sua dificuldade na adesão à terapêutica.

Durante a elaboração do cartaz, todas as senhoras escolheram pincéis e tintas. Verifiquei que Soraia teve dificuldade em manter-se apenas no seu espaço, desenhou em cima dos desenhos das outras pessoas, escreveu, marcou com a sua mão, escolheu cores que se destacaram em relação aos trabalhos dos outros. A sua intrusão (tal como ela mesma se descreveu no dia anterior) foi bem notória nesta atividade.

Para Andreia, a sugestão da realização do cartaz, embora adaptado, foi bem aceite, pelo que decidiu imprimir as mãos no centro do coração a vermelho e branco. No fim deste trabalho, reparou então no global da obra elaborada e decidiu preencher os espaços em redor do coração. Começou por colocar uma estrela em cima do desenho realizado por outro utente, para de seguida desenhar em redor de todo o coração, elementos que considera importantes, independentemente da opinião dos outros. Não tão intrusiva quanto Soraia, conseguiu modificar todo o trabalho realizado em conjunto e preencher os espaços que tinham ficado em branco na cartolina.

Elsa, participou na atividade depois de perceber que seria abordado um tema do seu agrado. Durante toda a atividade, apresentou um fâcies alegre e expressivo, participou de forma adequada, respeitando a opinião dos outros e conseguiu perceber que quando falava da sua crença religiosa, alguns dos outros elementos apresentavam um fâcies de desconforto e repulsa, pelo que, acrescentava: “pelo menos é naquilo que eu acredito” (sic). Ainda assim, conseguiu fazer-se ouvir dentro do grupo e treinou a assertividade, o que lhe permitiu expressar os seus pensamentos e sentimentos de forma adequada e respeitosa para com os outros. Além disso, conseguiu elogiar genuinamente as outras pessoas e os trabalhos que foram produzidos. Esta senhora contactou aqui pela primeira vez com materiais e técnicas de pintura, o que constituiu um desafio a si mesma.

Quanto ao senhor que foi convidado a participar nesta atividade de grupo pela primeira vez (Filipe), ao contrário de todos os outros, optou por utilizar pastéis de óleo, em vez de tintas de água e pincéis. Para este senhor, não vale a pena procurar a felicidade, esta simplesmente acontece. Além disso, quando se abordou o consumo de substâncias psicoativas como estratégia de fuga aos problemas ou forma de encontrar a felicidade, verifico que a sua linguagem corporal se modificou.

O senhor Filipe rodou-se de costas para o grupo, voltado para a porta da sala, fechou o semblante, cruzou os braços e olhou para a porta (para este senhor, os consumos que tem não são um problema). Ainda assim, permaneceu na sala e ouviu a opinião dos outros que é resumida por Andreia: “não há necessidade...isso depois só vai fazer ainda pior... tomar más decisões” (sic).

Quanto ao meu desempenho enquanto líder/terapeuta/enfermeira do grupo, considero que consegui promover um clima de comunicação em rede completa, uma vez que geri a participação de todos os intervenientes. Mais do que intervir e restringir a atividade da Soraia, optei por observar e verificar se algum dos outros elementos se demonstrava desconfortável, ou se alguém se opunha a este comportamento da senhora, o que não se verificou. A perceção que uma pessoa intrusiva teve dificuldade em respeitar o espaço do outro, foi importante para o meu desempenho enquanto terapeuta.

Cada elemento do grupo assumiu o seu espaço no cartaz de grupo e foi interessante perceber quais os materiais escolhidos e por quem. Neste sentido, a técnica serve apenas para orientar a intervenção do terapeuta e deve ser adaptada à individualidade de cada pessoa ou de cada interação do grupo. Pelo que as diferentes escolhas de materiais pelos participantes, e as alterações elaboradas por estes ao projeto inicial, enriqueceram o trabalho e permitiram que cada um, de forma particular, evidenciasse as suas emoções, sobretudo pela narrativa que construíram sobre o seu trabalho. Em resumo, os participantes acabaram por concordar que não é necessário procurar a felicidade fazendo grandes viagens ou incursões pelo mundo à procura de bens materiais. No entanto, cada pessoa deve perceber que na sua vida há momentos de felicidade, que esta reside em cada um e na sua capacidade de perspetivar os acontecimentos de vida como uma possibilidade positiva de crescimento/desenvolvimento.

#### Atividade 4: Se eu fosse um sentimento, eu seria a/o....

A quarta atividade, foi a última a ser desenvolvida neste conjunto de intervenções psicoterapêuticas. Nesta intervenção pretendia-se que a PEDM fosse capaz de tomar consciência sobre qual a emoção/sentimento que se encontra mais vezes presente em si, através da pintura. Para tal, foi proposto ao grupo que, individualmente desenhasse/pintasse a emoção/sentimento que estava a sentir naquele momento (consultar **APÊNDICE 6** para ver o seu planeamento).

Além dos participantes habituais do grupo, juntaram-se mais três pessoas que considerei que poderiam beneficiar com esta intervenção. Assim, aceitaram participar no grupo a Sr.<sup>a</sup> Carolina (cujos *hobbies* eram pintar e desenhar), a Sr.<sup>a</sup> Mónica (no primeiro internamento) e o Sr. Filipe (que já esteve presente no terceiro dia). A participação destas pessoas foi relevante para o grupo, já que trouxeram para o debate emoções como a tristeza, o medo, o vazio até então menos faladas. Por outro lado, debateram-se algumas estratégias de lidar com estas emoções, diferentes para o grupo, como é o caso do humor.

Na preparação do *setting*, foi utilizada música, a tocar no *spotify*<sup>®</sup> móvel. A escolha da música teve em conta a heterogeneidade das idades, escolhendo-se uma música calma e agradável, criando um ambiente propício à criação e à introspeção. Cada um dos participantes, a seu tempo, acabou por aceitar o desafio de desenhar/pintar aquilo que estava a sentir, e assim, no final um por um, descreveu a narrativa da sua criação.

Durante a descrição da narrativa de Andreia, esta apresentou um discurso tangencial. Durante o seu discurso, percebi que estava angustiada, o que a mesma acabou por concordar e, ao fazê-lo, chorou. O seu discurso, inicialmente incisivo e demonstrativo de irritabilidade, quando confrontada com a angústia, passou rapidamente para a labilidade. O humor mantinha-se misto, com momentos de irritabilidade e grandiosidade, alternando com momentos de labilidade emocional e tristeza.

Quando se falou em angústia, André (o homem do grupo inicial) chorou sem conseguir controlar-se. Parei a atividade, questionei-o se queria sair, ou se preferia partilhar com os outros o que se estava a passar. André preferiu partilhar dizendo que tem a ver com o desenho e com o que a Andreia tinha sentido. Durante toda a intervenção, a linguagem não verbal de André foi de pouco empenho na atividade, sentado com os ombros para a frente, observador, com o fâcies triste. Pareceu-me que não queria partilhar aquilo que sentia, mas ainda assim, sentiu a obrigação de participar e de não ser o único que não cumpriu a tarefa de pintar.

Elsa, internada havia dois meses, estava triste nos últimos dias. O convite para mais uma atividade deixou-a alegre e com vontade de participar. A pintura, que na semana anterior constituiu um entrave e a deixou inicialmente desconfortável, após a experimentação e ter verificado que é capaz de produzir obras bonitas, tornou-se um incentivo para participar na atividade deste dia. A sua participação nesta

atividade foi adequada e a narrativa sobre o seu desenho incidiu na felicidade. Considerou que é uma pessoa feliz, e que a proximidade da alta, apesar de a deixar feliz, deixa-a também apreensiva e com medo de voltar a não ser capaz de cumprir o seu plano terapêutico.

Quanto à Soraia, realizou o trabalho proposto com grande empenho, mas apesar de ter sido pedido que se fizesse silêncio, não conseguiu cumprir esta regra. Da narrativa do seu trabalho ressaltam o estar preso no internamento, o percurso de vida que nem sempre foi feliz, mas onde apesar de tudo conseguiu perspetivar algo de positivo.

Durante toda a atividade, o grupo esteve sempre muito empenhado e aceitou o desafio de pintar individualmente como se sente. Apesar de, no decorrer desta atividade algumas pessoas terem chorado, foi particularmente importante para mim, enquanto EESMP, treinar o ouvir e acolher a pessoa no seu sofrimento em situações de grupo. Talvez esta tenha sido a sessão mais intensa e de carácter psicoterapêutico mais marcado, pois permitiu a livre expressão individual das emoções de cada pessoa, ouvir e identificarem-se com o outro, desenvolver capacidades de empatia e entreajuda entre os diferentes elementos do grupo. De todas as intervenções de grupo realizadas, foi também o maior desafio que abracei com particular entusiasmo e vontade de aprender a acolher o outro no seu sofrimento.

A continuidade do trabalho em grupo, permitiu-me também perceber que por exemplo Andreia, apesar de manter o humor misto, conseguiu ao longo das intervenções melhorar a sua interação com os outros elementos do grupo, controlar melhor a impulsividade inicial de querer sempre falar, esperando pela sua vez, ouvir o outro e, quando considerava adequado, partilha a sua opinião.

A participação de elementos novos nesta atividade foi importante pois permitiu o debate de algumas emoções que até aqui ainda não tinha havido a possibilidade de debater. Carolina, trouxe para o grupo a necessidade de pedir ajuda e a partilha do sentimento de vazio, além de ter explicado aos outros que utiliza o humor como estratégia para lidar com o seu sofrimento, o que foi algo que alguns dos participantes tiveram dificuldade em perceber, e por vezes até de aceitar.

Por outro lado, Filipe apesar de parecer distanciado de todos, lembrou ao André que não é obrigado a falar nem a expor-se, com uma atitude de proteção do outro, e talvez, protegendo-se a si mesmo de se identificar com aquela

pessoa/situação. O seu desenho “é um pirata...mas não está nada de jeito... é para deitar ao lixo...” (sic), no canto de uma folha A3, não mais do que 8cm de comprimento, com traços esbatidos a pastel de óleo. A sua autoestima diminuída e a falta de confiança em si mesmo, foi notória neste seu trabalho.

Quanto a Mónica, partilha que em casa tinha medos (delírios persecutórios e de autorrelação que a levaram ao isolamento social e insónia total durante uma semana). Que pretendia voltar para casa mas precisava de percorrer um caminho de onde acreditava que fosse sair vencedora. A sua perspetiva positiva da vida, o sorriso nos lábios e o discurso afável, caloroso e simpático, em nada coincidiam com os seus sintomas e angústia que verbalizou em privado, ou com o choro enquanto falava do seu desenho. Mais uma vez a linguagem não verbal revelou aquilo que a razão a impediu de revelar, tornando-se assim na linguagem mais autêntica.

#### Avaliação global das intervenções psicoterapêuticas: nas palavras dos participantes

No final do conjunto de intervenções psicoterapêuticas, foi entregue um questionário anónimo (ver **APÊNDICE 7**) aos quatro participantes do grupo inicial. Todos os elementos partilharam a sua opinião sobre o grupo, as atividades desenvolvidas e como se sentiram enquanto participaram nestas atividades.

Estas pessoas conseguiram identificar algumas das emoções que sentiram sobretudo enquanto estavam a participar nas intervenções, sendo de assinalar a experiência enquanto grupo, a partilha e o sentimento de pertença de alguns elementos com o grupo, tal como se pode ver pelas expressões transcritas abaixo: “entreadajuda, partilha, sensação de pertença ao grupo; importância de aceitar a diferença, e que isso não sirva para nos sentirmos mais ou menos, apenas diferentes” (sic), etc.

Quando questionados se sentiram alguma diferença no seu corpo enquanto participavam nas atividades, todos os participantes preencheram este item. Um referiu que se sentiu “relaxada”, outra “felicidade em participar” e outro “senti-me bem”. O último participante fez uma avaliação mais pormenorizada que se transcreve: “às vezes senti revolta, amor, tranquilidade, entender o eu, sentir os meus sinais de alerta (revoltada ou euforia já não estou bem)”.

Relativamente ao item sobre a linguagem corporal durante as sessões, verificou-se que todos os participantes tiveram dificuldade em responder. Durante o

conjunto de intervenções não foram abordados nem trabalhados os aspetos da linguagem corporal, pelo que talvez justifique a dificuldade em compreender/responder a esta questão. Assim, dois dos participantes não responderam, e os outros dois referiram: “tensa, porque as energias à volta não eram boas”(sic) e o outro “muito relaxada, boa onda”(sic).

Quanto ao item “como foi trabalhar com técnicas expressivas onde tinha de escrever, ler, pintar, desenhar?”, todos responderam. As respostas escritas, pouca surpresa trouxeram para além das observações realizadas ao longo das intervenções, ou das avaliações finais em cada dia. Assim, verificou-se que de uma forma global todos gostaram de participar neste conjunto de intervenções, que a utilização de mediadores expressivos permitiu a expressão das emoções e potenciou o autoconhecimento. A avaliação dos próprios: “foi positivo aprendemos imenso as nossas capacidades e entender o nosso eu” (sic); “experiência muito boa, muito bem aplicada e sobretudo muito intrusiva” (sic); “gostei” (sic); “conheci coisas sobre mim que não sabia que era capaz de fazer” (sic).

Relativamente ao item “gostou de participar neste grupo”, três dos participantes revelam que gostaram de participar nas atividades de grupo, enquanto um revelou que: “com alguns sim! Com outros não! Tinha muitas energias más!” (sic). Esta observação do participante fez-me refletir sobre as características pessoais que possam ter influenciado a sua vivência em grupo, bem como as características dos grupos de pequena duração de âmbito hospitalar. Nestes grupos, o contacto permanente entre os diferentes elementos, acaba por trazer para o grupo vivências que nem sempre são positivas, já que não ocorre o devido distanciamento entre os diferentes elementos.

No que respeita aos aspetos que consideram ter melhorado, todos os participantes referem que tiveram melhorias ao participarem no grupo como é o caso de: “melhorar a não ligar a provocações e não mostrar o *smile* a quem não devo” (sic); “melhorei bastante do meu estado de humor, tranquilidade” (sic); “conheci-me melhor” (sic); “fiquei feliz” (sic). Quanto a sugestões, apenas um participante revelou o interesse em que este tipo de trabalho fosse alargado a todas as pessoas internadas, deveria ter maior duração, com mais atividades: “aumentar o número de sessões”(sic).



### **3. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA DE EESMP**

De acordo com o regulamento n.º 515/2018, o EESMP “foca -se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427).

Para tal, o EESMP tem de desenvolver quatro competências específicas que lhe permitem deter um cuidar avançado em enfermagem, particular e diferenciado, visando a compreensão e a intervenção ao longo do ciclo vital da pessoa ou família na prevenção, na promoção, no tratamento ou na reabilitação psicossocial do indivíduo.

Ao longo do estágio, a multiplicidade de vivências permitiram-me desenvolver as quatro competências. Seguidamente descreve-se esta aprendizagem, através de um processo reflexivo sobre o percurso realizado.

#### **3.1. 1ª Competência e 2ª competência: autoconhecimento, a mudança no meu cuidar e a promoção da saúde mental**

Ao longo das semanas, paulatinamente, fui reconstruindo uma visão centrada na pessoa. Esta visão das potencialidades da PEDM, diferente e integradora da pessoa enquanto ser autónomo e capaz de decidir por si mesmo, foi essencial para perceber que, me encontrava influenciada pelo paternalismo no meu cuidar e que a mudança do meu comportamento enquanto enfermeira era necessária. Este paternalismo, encontrava-se sobretudo em situações onde dei por mim a não prestar atenção àquilo que a pessoa pretendia fazer/ser, ou em aspetos do modelo biomédico, de tal forma usual na prática clínica, que até ao momento considerava aceitáveis/usuais/normais (como por exemplo, o estabelecimento de um regime terapêutico/medicamentoso onde a pessoa tem um papel passivo na escolha).

A reflexão sobre as práticas ao longo do percurso atrás relatado, permitiram-me desenvolver e questionar, mais do que encontrar certezas acerca da minha prestação de cuidados, almejando um dia chegar ao grau de perito. Quando me deparei com dificuldades e problemas ao longo deste percurso, estes trouxeram-me um novo olhar sob a perspetiva da PEDM, adquirindo também um olhar diferente sobre o meu autoconhecimento.

Enquanto enfermeira, as minhas emoções e sentimentos face ao sofrimento do outro foram-se moldando e passaram a ser consciente e frequentemente utilizadas em situações de cuidados. O dar-me conta das minhas próprias emoções, quando estas ocorreram, foi importante para acolher o outro no seu sofrimento, mas também como fonte de conhecimento, experiência pessoal e profissional, norteadora do meu agir. A capacidade de lidar com estas emoções, permitiu-me melhorar a minha atitude de ajuda e assim criei novas experiências integradoras. Percebi e senti que é impossível dissociar a pessoa, da enfermeira que presta cuidados, e que por vezes os fenómenos de contra-transferência ocorreram.

Este dar-me conta (consciencialização) enquanto em relação com o outro, passou a fazer parte da minha rotina, nos diferentes contextos de estágio, mas também no meu local de trabalho. Por vezes as pessoas em sofrimento (físico e/ou mental) fazem o seu pedido de ajuda através da projeção no outro, chamando a atenção com comportamentos desadequados ou por vezes normalizando o seu comportamento. No fundo, o seu pedido de ajuda acontece da forma como aprenderam a lidar com as suas emoções ao longo da vida.

Para alcançar a compreensão destes fenómenos, foi imprescindível a utilização de técnicas de comunicação verbal, mas sobretudo a interpretação da linguagem não-verbal. Durante o estágio, houve várias situações onde a linguagem não-verbal se tornou significativa e me permitiu perceber as emoções da PEDM, já que a comunicação não-verbal permite a demonstração, sem filtros, dos sentimentos/emoções de cada pessoa, revelando aquilo que o outro efetivamente sente.

Ao longo do meu processo de aprendizagem, as incongruências verbal/não verbal estiveram presentes. Deparei-me por vezes com o tomar consciência das minhas emoções, quando por vezes eram os utentes ou os orientadores de estágio que me chamavam a atenção para a minha mímica facial (perplexidade, estupefação, surpresa, irritabilidade). Esta multiplicidade de emoções, levaram-me a dar significados às minhas experiências e assim integrá-las no conjunto de novas aprendizagens sobre o meu autoconhecimento.

Verifiquei também que, enquanto cuidava da PEDM, quando me sentia menos segura, e simultaneamente, com a necessidade de querer recolher dados ou de “forçar a relação” na prestação de cuidados, que isso influenciava negativamente o estabelecimento da relação terapêutica. Pelo contrário, quando me focava em

perceber o que eu sentia, e devolver ao outro aquilo que estava a transmitir-me, a relação fluía com mais facilidade e traduzia-se em cuidados de enfermagem centrados na pessoa.

À medida que o estágio ia decorrendo, a minha visão sobre as potencialidades de cada PEDM foi sendo enriquecida e traduziu-se na vontade cada vez maior de realizar intervenções que promovessem a saúde mental, as capacidades de cada pessoa e a gestão das emoções centrada nos processos de *recovery* de cada uma.

Ao longo do estágio nos dois contextos, verifiquei que a gestão das emoções da pessoa, encontrava-se frequentemente alterada, sendo imprescindível a intervenção do EESMP enquanto veículo facilitador dos processos individuais para a gestão das emoções.

No sentido de me tornar um veículo facilitador destes processos de gestão das emoções, treinei a comunicação assertiva, a gestão de conflitos, técnicas de *décalage* em situações de conflito/agressividade eminente, estabelecimento de limites na relação terapêutica com vista à manutenção da intencionalidade terapêutica. Através deste treino, estabeleci relações terapêuticas com as PEDM de quem cuidei.

Na relação dual, a devolução da informação, na exata medida em que a pessoa conseguia compreender, com autenticidade, capacidade para acolher as suas dificuldades, permitiu-me ajudar a PEDM a tornar conscientes as suas emoções e assim, a gerir as suas emoções e a encontrar estratégias que permitiram promover a saúde mental ao longo do curso da sua doença.

Num grupo onde alguns elementos pretendem sempre falar e outros nunca querem falar, percebi que até eu tenho dificuldade em aceitar os tempos de cada pessoa, sobretudo daquelas que falam menos e que são mais recatadas, tendo caído por vezes no erro de sugerir algo para a construção do seu discurso. Ter-me dado conta no momento desta minha dificuldade, permitiu-me também perceber que nestas situações me sinto ansiosa e como tal, recorri a este tomar de consciência como estratégia para, em situações posteriores, gerir a minha ansiedade

Por outro lado, enquanto EESMP, considero importante a promoção da saúde mental não só da pessoa mas também da comunidade. Assim, tendo em conta que a vivência de emoções negativas, ou de emoções que se manifestam durante muito tempo, ou que interferem com a funcionalidade da pessoa, pode ser indutora de sofrimento e de conflitos e/ou comportamentos agressivos, optei por utilizar uma

estratégia abrangente de divulgação de informação dirigida à população que recorre às instalações da EC-A, seja ou não uma PEDM.

Devido à localização da EC-A, e tendo em conta que, a doença mental tem uma incidência média em ¼ da população (OMS, 2017), bem como o disposto na segunda competência específica, considerei importante durante este estágio, elaborar um folheto (entregue durante a consulta de enfermagem) e um poster (afixado na parede da sala de espera) sobre a gestão das emoções (consultar **APÊNDICE 8**). A metodologia utilizada nos documentos produzidos foi a do semáforo da gestão das emoções (WHO, 2017). Nesta metodologia pretende-se que a pessoa tenha a capacidade de monitorizar as suas emoções. Assim, identificando situações potencialmente produtoras de stress e sofrimento psicológico, a pessoa consegue aperceber-se das ameaças ao seu bem-estar. Ou seja, a tomada de consciência sobre aquilo que sente, e a forma como as emoções interferem com a sua funcionalidade, permitem a adoção de uma estratégia promotora da saúde mental .

Ainda que estes documentos tenham apenas sido utilizados após o fim do meu estágio, considero que foi benéfico quer para os profissionais da EC-A, como também para os utentes desta equipa e as restantes pessoas que partilha com eles a sala de espera (familiares, amigos, vizinhos, ou utentes da UCSP).

### **3.2. 3ª Competência e 4ª Competência: a individualidade do plano terapêutico de cada PEDM integrada na comunidade**

A doença mental grave é produtora de sofrimento mental e incapacidade. Para a estabilidade da pessoa, a integração na comunidade, a manutenção da medicação, das rotinas, os afetos e o cuidar em proximidade, aceitando que a pessoa é o principal conhecedor da sua doença/dificuldade/problema, mas sobretudo que é uma pessoa com capacidades e vontade únicas, são imprescindíveis para a manutenção de um projeto de vida que lhe permita ter uma vida que a realize. Ou seja, a relação terapêutica é sem dúvida a base de trabalho do EESMP, que tem de ser aprimorada ao longo do tempo e com a experiência.

A relação terapêutica estabelecida entre a PEDM e os elementos da EC-A, de forma continuada com uma equipa multidisciplinar estável (EC-A), foi importante

para compreender as diferentes perspetivas de cuidar e perceber como posso ensaiar a alocação dos recursos da comunidade necessários a cada pessoa.

Contactar diariamente com inúmeras PEDM, com competências, experiências e objetivos de vida diferentes, foi um constante desafio à minha capacidade de avaliação, planeamento e adequação de um plano de cuidados, onde cada pessoa deve ser o centro dos cuidados. Durante o estágio constatei que, para intervir com a PEDM e conseguir estabelecer uma relação terapêutica, foi imprescindível conhecer a pessoa, o seu contexto familiar, de trabalho e social. A mobilização dos recursos da equipa e da comunidade, foi um trabalho que considerei muito pertinente e importante enquanto EESMP, sobretudo na EC-A, já que me favorece a integração das minhas novas competências enquanto especialista no meu local de trabalho.

Quanto à avaliação peculiar e minuciosa do estado mental da PEDM, foi uma competência que desenvolvi ao longo de todo o estágio. As pequenas peculiaridades de cada pessoa, permitiram-me compreender que, consoante a pessoa, a sua vivência e as suas capacidades, assim a intervenção teria de ser pensada. Apesar de em certas situações o sintoma ser o mesmo, a estratégia encontrada foi diferente, já que cada um é um ser único e irrepetível. Com esta aprendizagem em mente, fui desenvolvendo os planos de cuidados individualizados.

Durante o internamento, tive oportunidade de prestar cuidados a algumas pessoas que conhecia previamente da comunidade, o que na maioria dos casos foi facilitador para o estabelecimento da relação de ajuda, já que a confiança já era adquirida. Num dos casos, tal não se verificou.

Uma das senhoras a quem prestei cuidados (Noémia), com sintomatologia alucinatória e delirante persecutória/paranóide exuberante, recusou estabelecer comigo uma relação terapêutica eficaz. Percebi à data da alta que, esta recusa se prendeu com o facto de eu ter passado a fazer parte do seu delírio. Ou seja, apenas nessa altura compreendi que, também este era um sinal ainda da agudização da sua doença, traduzida por esta senhora na recusa em falar comigo, em duvidar de mim, da terapêutica que lhe administrava. Perante a recusa, optei por me afastar e deixar que outros colegas interviessem. Esta minha avaliação e decisão, apesar de “apenas” estar consubstanciada no respeito pela decisão da senhora, foi importante para que se conseguisse estabelecer o objetivo terapêutico. Este afastar-me, fez-me aprender que a relação terapêutica tem os seus limites, e que estes tanto são traçados pelo profissional, como pelo doente. E que por vezes, apesar da minha

intervenção se encontrar limitada, não significa que outro colega se deva restringir, punir o doente, ou reduzir a sua intervenção com a pessoa.

Noutras situações, o sintoma de descompensação não constituía um verdadeiro problema para a PEDM, como é o caso do défice de autocuidado. A negociação de um contrato de saúde, tendo em vista a estabilidade psicocomportamental, integrar a pessoa no seu plano de cuidados, respeitar aquilo que no momento consegue realizar, permitiu-me adquirir competências no estabelecimento da parceria e da negociação de cuidados. Na maioria destas situações, o plano de cuidados, pretendia treinar a autonomia, ensaiar alguns procedimentos que o próprio deverá manter após a alta, treinar estratégias de automonitorização e reforçar a psicoeducação, face às potencialidades da pessoa tentando que esta regresse à comunidade.

A escolha da estratégia mais adequada para cada pessoa, passou também pela experimentação em contexto clínico. Em alguns casos, verifiquei que o sentido de humor foi uma estratégia importante para conseguir chegar ao outro e desenvolver intervenções psicoterapêuticas.

O desenvolvimento de intervenções de grupo, permitiu-me compreender algumas estratégias mais adequadas à gestão dos mesmos. Sem esta vivência da dinamização de grupos, este estágio teria sido menos desafiante e as aprendizagens menos enriquecedoras. A gestão das intervenções de cada pessoa, foi um dos aspetos que melhorei e compreendi que, mesmo estando em grupo, por vezes é preciso adaptar estratégias psicoterapêuticas individuais, de forma a conseguir alcançar o objetivo do grupo.

A necessidade de avaliação a cada momento da intervenção planeada e da estratégia usada para chegar às PEDM, foi uma variável que me exigiu esforço, mas que me permitiu perceber os benefícios que as intervenções podem ter junto destas. Verifiquei que, estar em grupo, foi benéfico para aquelas que nele participaram, nomeadamente no que diz respeito ao cumprimento das regras de participação no grupo. Por outro lado, este passou a ser um local onde todos puderam participar de igual forma e assim, criar laços entre si, identificarem sentimentos, situações ou histórias partilhadas por vários elementos, promovendo eles mesmos a aprendizagem entre-pares e revelando-se ao outro, o que nem sempre ocorre com tanta facilidade na relação dual com o técnico de saúde.

Durante a preparação da operacionalização das intervenções de grupo, senti por diversas vezes receio de não as conseguir integrar no quotidiano do IP. A realização deste tipo de intervenções da competência do EESMP, encontra-se fora das rotinas habituais da equipa de enfermagem do IP. Por outro lado, as admissões e altas constantes de doentes, revelaram um peso importante para a escolha das pessoas que participaram no grupo terapêutico.

Durante o estágio, mais do que desenvolver competências de identificação de sinais e sintomas, considero que apurei ainda mais alguns dos instrumentos básicos da enfermagem, como a escuta e a observação, numa tentativa de adquirir a capacidade de me pôr no lugar do outro e ser empática, ou como Deegan "*wisdom or the ability to see the form or essence of that which is*" (1996, p.91). Ouvir o outro, passou assim a ser o meu primeiro objetivo terapêutico para alcançar o outro. Ouvir o que tem a dizer, mas também o que o seu corpo manifesta através da linguagem não verbal (observação).

Ouvir mais e falar menos, foi algo que aprendi para poder prestar cuidados com vista ao processo de *recovery* de cada uma das pessoas de quem cuidei e cuido no meu quotidiano.

Acreditar que estas pessoas têm competências únicas que precisam de ser respeitadas e envolvidas nos seus cuidados, é um caminho para lhes devolver a esperança em si mesmo e melhorar a qualidade de vida. Enquanto EESMP, aprendi a ouvir o que o outro me diz, a forma como o faz, o que sente e juntamente com a PEDM, elaborar um plano de cuidados, que só a ela diz respeito, que só ela poderá implementar, sob a minha orientação e colaboração com os instrumentos psicoterapêuticos, psicossociais, sócio terapêuticos ou psicoeducativos à minha disponibilidade.



#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o percurso realizado em estágio, contactei com inúmeras pessoas, que contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto EESMP e sobretudo enquanto pessoa. A sua experiência e narrativas de vida, permitiram-me observá-las de uma forma mais aprofundada e cuidada, transmitindo-me assim uma visão abrangente e complexa da realidade de cada uma destas pessoas.

Este percurso, pautado pela partilha de experiências com pessoas, que são muito mais do que a sua doença, que detêm conhecimentos, competências, emoções e sentimentos singulares, foi uma viagem a um mundo novo e desconhecido que me permitiu abrir horizontes e assim modificar-me e crescer, enquanto pessoa e enfermeira.

A experiência que cada uma destas pessoas teve a amabilidade de partilhar comigo, fez-me compreender que os processos de *recovery* são passíveis de serem promovidos e aplicados em todos os contextos, a todas as pessoas, independentemente da idade, sexo ou condição de saúde.

Nos processos de *recovery*, a dimensão da gestão das emoções, imprescindível a qualquer pessoa, independentemente da idade ou sexo, tornou-se na linha orientadora para as minhas aprendizagens na implementação de um projeto transversal aos dois locais de estágio. Assim, a pesquisa sobre este tema, nomeadamente de estratégias para a gestão das emoções na PEDM, foi uma constante, de forma a conseguir colmatar as exigências que a prática baseada na evidência requerem, almejando a excelência no cuidar, o grau de mestre, EESMP, e simultaneamente intervir junto de uma população melhorando os seus determinantes de saúde.

Enquanto EESMP desenvolvi competências únicas no cuidar da PEDM, que me permitirão melhor cuidar da pessoa com vulnerabilidade acrescida no meu contexto de trabalho. O cuidar com emotividade através da dimensão da gestão das emoções, permitiu-me estabelecer uma relação terapêutica eficaz e de proximidade com a pessoa em sofrimento. A validação do seu sofrimento, o estar presente, o ouvir e observar, foram aspetos que aprimorei, nestes contextos de estágio, na relação singular que estabeleci com cada uma das pessoas de quem cuidei.

O desenvolvimento da capacidade de avaliação do estado mental da pessoa, permitiu-me compreender que por vezes, pequenas alterações da sua rotina, levam

ao descompensar da sua doença de base. As particularidades de cada pessoa, os seus gostos, aspirações, projetos, emoções e sentimentos, podem-se traduzir nas suas forças e assim, cada uma destas pessoas, tornou-se para mim importante por aquilo que é, por aquilo que quer ser e por aquilo que conquista dia após dia.

No acompanhamento de PEDM numa fase de estabilidade e cronicidade, o estar presente, ouvir, validar o sofrimento, a angústia e ajudar a projetar o seu futuro, demonstra quão significativo é o papel do EESMP no processo de *recovery* destas pessoas. Foi a relação terapêutica fundada numa comunicação assertiva, que me permitiu aperceber-me das singularidades de cada pessoa e de eventuais sinais de descompensação psicocomportamental. Por outro lado, foi também esta relação de proximidade, de confiança e terapêutica, fundada nos limites e nas rotinas de cada uma destas pessoas, que a torna um porto seguro onde dia após dia a pessoa regressa e sabe que pode recorrer quando a angústia aumenta. Recordo o senhor que me disse: “sinto um vazio, aqui no peito...acha mesmo que estou pior por ter parado a medicação?... é capaz... e agora o que faço?” (sic). A relação terapêutica como ferramenta imprescindível no cuidar do outro, a confiança e assertividade da comunicação estabelecida, permitiu a este senhor, recorrer a mim enquanto enfermeira de referência e, à sua maneira, pedir ajuda.

No internamento, onde as situações são mais complexas pela exacerbação dos sintomas, continuou a ser a relação terapêutica e o cuidar com recurso às emoções que me permitiram intervir junto da PEDM. A minha inexperiência de cuidar num internamento de psiquiatria, mas a perícia no cuidar na comunidade, transmitiram-me neste contexto um sentimento de uma realidade incompleta. Como vive, como é a sua família, a sua casa, a sua rua, os seus vizinhos e amigos, como são os recursos na comunidade onde habita? Foram algumas das questões que senti serem respondidas de forma incompleta e que me condicionaram o agir. Não ter a certeza da continuidade dos cuidados numa comunidade que desconheço, preocupou-me e fez-me sentir que algo mais pode e deve ser feito pelos enfermeiros enquanto agentes e elos de ligação à comunidade.

Ao invés, ver pessoas que previamente tinha cuidado na comunidade, serem internados por abandono da terapêutica e das rotinas, permitiu-me compreender as limitações da intervenção do enfermeiro, quando esta colide com as crenças, valores e por vezes disfunção familiar e falta de acompanhamento pelos parceiros da comunidade.

O recurso aos mediadores expressivos, como em outras ocasiões da minha vida, permitiu-me readquirir o controlo de um projeto de aprendizagem que parecia começar a tomar um rumo que não era do meu agrado, e assim, contribuiu para o meu desenvolvimento enquanto pessoa, e obviamente enquanto enfermeira.

A sua utilização, trouxe para as PEDM o sentimento de pertença a um grupo, de partilha de experiências, de ser capaz de fazer algo ou de se exprimir de uma forma inicialmente desconhecida para si. O sentimento de bem-estar, o estar ocupado, o pensar acerca de si mesmo, verbalizar o que sentia e perceber que mais pessoas estavam a passar pelo mesmo, foram também alguns dos benefícios que as intervenções de grupo trouxeram às PEDM, durante aquilo que as mesmas descreveram como “os dias longos no internamento...não há nada para se fazer” (sic).

Numa fase de agudização da sua doença mental, já com maior estabilidade, o acompanhamento da pessoa e o preenchimento dos seus dias com atividades psicoterapêuticas, diferentes da rotina deste internamento, permitiu-lhes retomar o controlo sobre si mesmos, aumentar o seu autoconhecimento, o conhecimento de estratégias de automonitorização das emoções, e contribuiu para o processo de *recovery* de cada uma delas.

No plano pessoal e do meu desenvolvimento enquanto EESMP, dar-me conta das minhas emoções a cada momento, enquanto cuido do outro, passou a fazer parte constante do meu estar enquanto enfermeira, permitiu-me aceder ao seu sofrimento e assim devolver-lhe em cuidados aquilo que sinto acerca do seu sofrimento, ou seja ser empática com o outro. Ainda assim, o treino traz a excelência e é este treino que pretendo continuar na minha carreira profissional, onde o sofrimento físico, mas sobretudo mental e emocional é uma constante.

O meu percurso enquanto EESMP começou nos dois semestres teóricos prévios que me proporcionaram aprendizagens de ferramentas imprescindíveis. Ferramentas quer instrumentais, como a pesquisa de conhecimentos que validem a prática, mas também aquilo que considero mais profundo e essencial que consiste na abertura ao outro, ao seu mundo, ao seu ser, sentir e estar, diferente de mim, por vezes a viver numa realidade impercetível aos meus olhos, mas percetível ao meu sentir. Estas novas competências aqui adquiridas, vão certamente desenvolver-se ao longo de toda a minha carreira profissional, através da experiência, e da excelência no cuidar, até me tornar uma perita nesta área.

Nesta altura em que termino este relatório, a humanidade vive tempos de emoções fortes. O medo, a angústia e a incerteza fazem parte do meu quotidiano, tal como de tantas outras pessoas. Ter feito este percurso de aprendizagem sobre o outro e sobre mim mesma permite-me hoje encontrar estratégias para lidar com estes tempos de incertezas e angústias, ajudando-me a cuidar do outro: colegas, doentes, amigos, familiares... todos eles pessoas, importantes por aquilo que são.

O percurso relatado termina aqui, não com a finitude de um ser, mas como a porta aberta para um novo mundo de descobertas e de interações, onde a enfermagem avançada é um fio condutor e a esperança no outro, nos seus conhecimentos, valores, sentimentos, emoções, competências e vontades, possam ser uma realidade na comunidade onde vivo e trabalho.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J.M.C., Xavier, M. (Coord.) (2018) *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Acedido a 21/07/2019. Disponível em: [http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria\\_imagens/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2.pdf](http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf)
- Alves, A.; Rodrigues, N. (2010) *Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 28 (2). 127-131.
- Anthony, W. A. (1993) Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23
- Araújo, P., Martins, E., Fernandes, R., Mendes, F., & Magalhães, C. (2016). O método das histórias de vida na investigação qualitativa na psicologia. *5ª conferência Ibero-Americana em Investigação Qualitativa*, (pp. 588-595).
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. New York: Brunner- Routelage Taylor and Francis Group.
- Barros, M.; Ferreira, L. (2016). A Arte como estratégia de intervenção psicoterapêutica. *Psicologia e Saúde em Debate – Suplemento – I Simpósio Científico de Práticas em Psicologia*. 2. p. 1-4
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bento, A. (2019). Conferência: Saúde Mental... exclusão social... estigma, proferida no âmbito do 9º Encontro da UCC Seixal em 17 de Outubro de 2019.
- Blomdahl, C.; Gunnarsson, A.; Guregård, S.; Björklund, A. (2013). A realist review of art therapy for clients with depression. *The Arts in Psychotherapy*. 40. p. 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.
- Blomqvist, M., Sandgren, A., Carlsson, I.-M., Jormfeldt, & Henrika. (2018). Enabling healthy living: Experiences of people with severe mental illness in psychiatric outpatient services. *International Journal of Mental Health Nursing* , 27, pp. 236–246.
- Bone, T. (2018). Art and Mental Health Recovery: Evaluating the Impact of a CommunityBased Participatory Arts Program Through Artist Voices. *Community Mental Health Journal* (54). 1180-1188
- Capelas, M. L., Coelho, S. P., da Silva, S. C., & Ferreira, C. M. (2017). *Cuidar a pessoa que sofre: uma teoria de cuidados paliativos* (1ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Capelas, M. L., Coelho, S. P., da Silva, S. C., & Ferreira, C. M. (2017). *Cuidar a pessoa que sofre: uma teoria de cuidados paliativos* (1ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (1ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica- estratégias de intervenção* (1ª ed., Vol. 2). Loures: Lusodidacta.
- Damásio, A. (2001). *O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência* (13ª ed.). Mem-Martins: Publicações Europa América.
- Damásio, A. (2009). *Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência do sentimento*. São Paulo. Companhia das letras.
- Damásio, A. (2019). *A estranha ordem das coisas: a vida os sentimentos e as culturas humanas*. Lisboa. Temas e Debates - Círculo de Leitores.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 91-97. Acedido a 23-06-2020. Disponível em: <https://toronto.cmha.ca/wp-content/uploads/2016/07/Deegan1996-Recovery-Journey-of-the-Heart1.pdf>
- Deegan, P. (s.d). Recovery: the lived experience of rehabilitation. National Alliance on mental illness: education training and peer support. Acedido a 23-06-2020. Disponível em: <https://www.nami.org/getattachment/Extranet/Education,->

Training-and-Outreach-Programs/Signature-Classes/NAMI-Homefront/HF-Additional-Resources/HF15AR6LivedExpRehab.pdf

- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Farkas, M. (2007). *The vision of recovery today: what it is and what it means for services*. *World Psychiatry* 6(2). 68-79. Acedido a 30-03-2019. Disponível em: HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219905/" <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219905/>
- Gale, J., Marshall-Lucettes. (2012) Community mental health nurses' perspectives of recovery-oriented practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19, 348–353
- Goleman, D. (1997). *Inteligência emocional*. Lisboa. Temas e Debates.
- Gottlieb, L. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças - saúde e cura para a pessoa e família* (1ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Guerra, M. P., Lima, L., Torres, S. (2014) *Intervir em grupos na saúde: 2ª edição revista e aumentada*. (2ª Ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Hayen, S. (2018). *Art Therapy and Emotion Regulation Problems: Theory and Workbook*. Palgrave Macmillan. Amesterdão.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa, Lisboa: Lusodidacta.
- Leal, I. (2016). *Iniciação às psicoterapias* (3ª Ed.) Lisboa: Fim de Século
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias* (1ª Ed.). Lisboa: PACTOR - Edições de Ciências Sociais.
- Macedo, E., Duarte, A., Candeias, A., Gomes, F., Pires, B., Azevedo, C., et al. (2019). *Guião de intervenção na promoção do recovery para a pessoa com doença mental modelo InterComuniCaRe*. Braga: Escola Superior de Enfermagem do Minho
- MacCormack, B., & MacCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. Oxford UK: Wiley- Blackwell.
- Magalhães, A. (2010) *O senhor do seu nariz e outras histórias*. Alfragide. Edições Asa
- Manes, S. (2018) 83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupo: Um Manual para psicólogos, professores, animadores socio-culturais. Lisboa: PAULUS

- 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>" <http://hdl.handle.net/10451/10008>
- 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/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)" [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
- Moller, M.D., McLoughlin, K.A. (2013) Integrating Recovery Practices Into Psychiatric Nursing: Where Are We in 2013? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. DOI: 10.1177/1078390313490955
- Monteiro, F., & Matias, J. (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica* , XXV, 111-125.
- Neale, M. S., & Rosenheck, R. A. (2000). Therapeutical limit setting in an assertive community treatment program. *PSYCHIATRIC SERVICES* , 499-505
- OECD/EU. (2018). Health at a Glance: Europe 2018 State of health in the EU cycle. *OECD Publishing*. Paris. DOI: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)
- OPSS. (2019). *Saúde um direito humanos: relatório de primavera 2019*. Lisboa: OPSS.
- 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
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Rebelo, M. F., Gonçalves, M. J., & Bolina, F. (2014). *A 3ª face da Lua: Saúde Mental em Cuidados de Saúde Primários*. Loures: Lusodidata.
- Roe, D., Swarbrick M. (2007) A recovery oriented approach topsychiatric medication: guidelines for nurses recovery. *Journal of Psychosocial Nursing*. (45, 2). 35-40
- Shera, W., Ramon, S. (2013) Challenges in the Implementation of Recovery-Oriented Mental Health Policies and Services: Analysis of Developments in

England and Canada. *International Journal of Mental Health*. DOI: 10.2753/IMH0020-7411420202

Silva, L; Brasil, V; Guimarães, H; Savonitti, B; Silva, M. (2000) *Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal*. Revista latino-americana Enfermagem. Ribeirão Preto - v. 8 - n. 4 - p. 52-58.

SPPSM (s.d.). Acedido a 16/07/2019. Disponível em: <http://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/termos-em-saudeperturbacao-mental/>

WHO. (2017). *Promoting recovery in mental health and related services: WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health*. WHO.

WHO (1978) Declaração de Alma Ata: Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> Acedido a 20/10/2019

WHO (2018). *Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/07/AA40-PR-Draft-Declaracion-Astana-.pdf> Acedido a: 20/10/2019

WHO (2018). Declaration of Astana: Global Conference on primary health care. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> Acedido em 20/10/2019.

## **APÊNDICES**




## **APÊNDICE 1: Cronograma de Estágio**

**Cronograma de atividades a desenvolver durante o estágio no âmbito do 10º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

| Data,<br>semana de estágio           | setembro |            | outubro |         |         | novembro |         |         |         | dezembro |         |         |           | janeiro |         |         |            | fevereiro |         |
|--------------------------------------|----------|------------|---------|---------|---------|----------|---------|---------|---------|----------|---------|---------|-----------|---------|---------|---------|------------|-----------|---------|
|                                      | 22 a 28  | 29 a 5 out | 06 a 12 | 13 a 19 | 20 a 26 | 27 a 2   | 03 a 09 | 10 a 16 | 17 a 23 | 24 a 30  | 01 a 07 | 08 a 15 | 16 a 3/01 | 04 a 11 | 12 a 18 | 19 a 25 | 26 a 1 fev | 02 a 08   | 09 a 15 |
|                                      | 1ªS      | 2ªS        | 3ªS     | 4ªS     | 5ªS     | 6ªS      | 7ªS     | 8ªS     | 9ªS     | 10ªS     | 11ªS    | 12ªS    |           | 13ªS    | 14ªS    | 15ªS    | 16ªS       | 17ªS      | 18ªS    |
| Prestação de cuidados                | X        | X          | X       | X       | X       | X        | X       | X       |         | X        | X       | X       |           | X       | X       | X       | X          | X         |         |
| Reflexões Críticas                   |          | X          |         | X       |         | X        |         | X       |         |          | X       |         |           | X       |         | X       |            | X         |         |
| Reuniões com docente orientador      | X        |            |         |         | X       |          |         |         | X       | X        |         |         |           | X       |         |         |            |           | X       |
| Relatório final                      |          |            |         |         | X       |          |         |         | X       |          | X       |         |           |         |         |         |            |           | X       |
| Estudo de Caso: Colheita de dados    |          |            | X       |         |         |          |         |         |         |          |         |         |           |         |         |         |            |           |         |
| Plano de cuidados/implementação      |          |            | E       |         | X       |          |         |         |         |          |         |         |           |         |         |         |            |           |         |
| Avaliação/Conclusões                 |          |            |         |         |         |          |         |         | X       |          |         |         |           |         |         |         |            |           |         |
| Participar nas reuniões comunitárias |          |            |         |         |         |          |         |         |         |          | X       | X       |           | X       | X       | X       | X          | X         |         |
| Programa de psicoeducação:           |          |            |         |         |         |          |         |         |         | P        | P       | P       |           |         |         |         |            |           |         |
| Eu as emoções e o regime terapêutico |          |            |         |         |         |          |         |         |         |          |         |         |           | I       | I       | I       | I          | I         |         |
|                                      |          |            |         |         |         |          |         |         |         |          |         |         |           |         |         |         |            |           | A       |

**Tabela 1: Cronograma de atividades a desenvolver durante o estágio**

**Legenda:**

|   |                             |   |                                      |   |   |   |             |   |            |
|---|-----------------------------|---|--------------------------------------|---|---|---|-------------|---|------------|
|  | Interrupção letiva do Natal |  | Estágio na Equipa Comunitária (EC-A) |  | Estágio no Internamento de Psiquiatria (IP) | P | Planeamento | E | Entrevista |
|   |                             |   |                                      |   |   | I | Intervenção |   |            |
|   |                             |   |                                      |   |   | A | Avaliação   |   |            |



## Cronograma de atividades desenvolvidas no estágio entre 23 de setembro a 07 de fevereiro de 2020

| Data,<br>semana de estágio  | setembro   |                  | outubro    |               |               | novembro  |               |               |               | dezembro   |            |            |               | janeiro    |            |            |               | fevereiro  |            |
|---|------------|------------------|------------|---------------|---------------|-----------|---------------|---------------|---------------|------------|------------|------------|---------------|------------|------------|------------|---------------|------------|------------|
|   | 23 a<br>28 | 29<br>a 5<br>out | 06 a<br>12 | 13<br>a<br>19 | 20<br>a<br>26 | 27<br>a 2 | 03<br>a<br>09 | 10<br>a<br>16 | 17<br>a<br>23 | 24 a<br>30 | 01 a<br>07 | 08 a<br>15 | 16 a<br>03/01 | 04 a<br>11 | 12 a<br>18 | 19 a<br>25 | 26 a<br>1 fev | 02 a<br>08 | 09 a<br>15 |
|   | 1ªS        | 2ªS              | 3ªS        | 4ªS           | 5ªS           | 6ªS       | 7ªS           | 8ªS           | 9ªS           | 10ªS       | 11ªS       | 12ªS       |               | 13ªS       | 14ªS       | 15ªS       | 16ªS          | 17ªS       | 18ªS       |
| Prestação de cuidados   | X          | X                | X          | X             | X             | X         | X             | X             |               | X          | X          | X          |               | X          | X          | X          | X             | X          |            |
| Reflexões Críticas/jornal de Aprendizagem   | X          | X                | X          | X             | X             | X         | X             | X             |               | X          |            |            |               | X          |            | X          |               | X          |            |
| Reuniões com docente orientador   | X          |                  |            |               | X             |           |               | X             |               | X          |            |            |               | X          |            |            |               |            | X          |
| Relatório final   |            |                  |            |               | X             |           |               | X             |               |            |            | X          |               |            |            |            |               |            | X          |
| Estudo de Caso: Colheita de dados/prestação de cuidados   | X          | X                | X          | X             | X             | X         | X             | X             |               |            |            | X          |               | X          | X          | X          | X             |            |            |
| Plano de cuidados/implementação   |            | X                | X          | X             | X             | X         | X             | X             |               |            |            | X          |               | X          | X          | X          | X             |            |            |
| Avaliação/Conclusões  |            |                  |            |               |               |           |               | X             |               |            |            |            |               |            |            |            | X             | X          |            |
| Formação  | a)         |                  |            |               |               |           |               |               |               | b)         |            |            |               |            |            |            |               |            |            |
| Intervenções psicoterapêuticas de grupo:  |            |                  |            |               |               |           |               |               |               | P          | P          | P          |               |            |            |            |               |            |            |
| Conjunto de intervenções psicoterapêuticas de grupo a gestão das emoções da PEDM: promover o processo de recovery |            |                  |            |               |               |           |               |               |               |            |            |            |               | I          | I          | I          |               |            |            |
|   |            |                  |            |               |               |           |               |               |               |            |            |            |               | A A        |            |            |               |            |            |

**Tabela 2:** Cronograma de atividades desenvolvidas durante o estágio

### Legenda:

|  |   |
|--|---|
|  | Interrupção letiva do Natal                         |
|  | Estágio na Equipa Comunitária de Psiquiatria (EC-A) |
|  | Estágio no Internamento de Psiquiatria (IP)         |

|   |             |    |                        |
|---|-------------|----|------------------------|
| P | Planeamento | a) | 9º Encontro UCC Seixal |
| I | Intervenção | b) | +Contigo               |
| A | Avaliação   |    |                        |



**APÊNDICE 2: Conjunto de intervenções  
psicoterapêuticas de grupo a gestão das emoções da PEDM:  
promover o processo de recovery**

**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**  
**10º Curso de Mestrado na Área de Especialidade em Enfermagem**  
**de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Conjunto de intervenções psicoterapêuticas de grupo a gestão das  
emoções da PEDM: promover o processo de recovery

**Unidade Curricular Estágio com relatório**

**Discente:** Inês Maria Vieira Monteiro Ferreira Baptista n.º 8822

**Regente:** Professora Doutora Francisca Manso

**Docente:** Professora Doutora Luisa Maria Correia de Azevedo  
d'Espiney

**Orientador de Estágio:**

**Lisboa, dezembro de 2019**

## **Conjunto de intervenções psicoterapêuticas de grupo a gestão das emoções da PEDM: promover o processo de *recovery***

As intervenções psicoterapêuticas em enfermagem têm por finalidade um contacto continuado mas limitado com a pessoa (no máximo até 12 sessões), de forma progressiva, estruturada e informada da PEDM face à intencionalidade da intervenção sendo desenvolvidas por um enfermeiro EESMP. Tratam-se de intervenções que têm por base um ou mais diagnósticos de enfermagem, onde a pessoa tem consciência de si e, por conseguinte, um papel ativo. Assente na relação terapêutica e de parceria estabelecida entre a pessoa e o enfermeiro, pretende-se com estas intervenções a melhoria funcional e do bem-estar da pessoa, através do prévio estabelecimento de metas (Sampaio, Sequeira & Canut, 2018).

No que respeita ao *setting*, estas decorrerão na sala polivalente ou no refeitório do serviço de internamento de psiquiatria, acautelando-se para tal os recursos humanos e materiais necessários, bem como a privacidade e sigilo profissional (Sampaio, Sequeira & Canut, 2018).

Para a elaboração deste conjunto de intervenções psicoterapêuticas de grupo, foram planeadas cinco sessões, que decorrerão ao longo de cinco turnos da manhã, no internamento de psiquiatria de um hospital geral da área metropolitana de Lisboa.

Tanto Sampaio, Canut e Sequeira (2018) como Townsend (2011) defendem que, liderar grupos terapêuticos pertence ao domínio da prática de enfermagem em particular do enfermeiro EESMP. Para o fazer eficazmente, o enfermeiro necessita de desenvolver a capacidade de reconhecer os vários processos que ocorrem nos grupos, bem como a capacidade de adequar o estilo apropriado de liderança a cada um.

Sob uma perspetiva de *recovery*, considera-se que a PEDM é o principal ator no seu processo de reabilitação, perspetivando-se a sua integração na comunidade, realizando um projeto que lhe é significativo e que lhe permite atribuir um significado à sua vida. Por outro lado, a gestão das emoções, enquanto processo individual de autoconhecimento e crescimento pessoal, permite à PEDM uma melhor adaptação ao seu quotidiano, bem como transmitir-lhe esperança e readquirir o controlo sobre a vida (WHO, 2017).

Através das intervenções de grupo, espera-se que os participantes desenvolvam competências de socialização, que se podem traduzir através da aceitação das normas do grupo e consequentes sentimentos de pertença e de suporte desempenhado pelo mesmo (Leal, 2016). Também Townsend (2011), dá ênfase à importância do carácter terapêutico que é trabalhar em grupo.

Neste sentido, pretende-se com o desenvolvimento destas intervenções de grupo providenciar uma oportunidade de partilha de experiências bem como a aquisição e desenvolvimento de competências de partilha com os outros de uma forma adequada a cada pessoa e simultaneamente recompensadora [*“opportunity within which members may reclaim and develop further their ability to share with others, on a simple yet mutually rewarding basis”* (Barker & Buchanan-Barker, 2005, p. 142)].

Como finalidade, pretende-se capacitar as pessoas para a gestão das emoções, sentimentos, desenvolvendo estratégias de automonitorização, através da utilização de mediadores expressivos. Ao mesmo tempo, prevê-se a promoção do bem-estar da PEDM.

A utilização de técnicas expressivas, contribuir para a promoção do recovery da PEDM, uma vez que através da sua utilização, consegue-se capacitar para o autocontrolo, a autoconsciência, desenvolver estratégias de coping, levando a um maior bem-estar e consequente redução dos sintomas associados à doença mental permitindo também uma melhor integração na vida quotidiana da comunidade e ajudando a dar significados à vida destas pessoas (Bone, 2018; Blomdahl, et al, 2016).

Nestas sessões serão utilizadas diferentes estratégias de intervenção, dando-se particular atenção às técnicas expressivas como a biblioterapia, a pintura, desenho, colagens ou a escrita criativa como estratégias para que as PEDM internadas naquela instituição, consigam dar-se conta dos seus sentimentos/emoções, e ajudá-las a estabelecer estratégias de automonitorização.

Relativamente à biblioterapia, considera-se que esta técnica de intervenção psicoterapêutica consiste na utilização de materiais escritos (livros, poesia, prosa, notícias, livros científicos, escrita terapêutica, etc.) para permitir à pessoa vivenciar sentimentos, comportamentos e emoções que, não sendo seus, possibilitam a consciencialização de novos significados, comportamentos, recriando a perceção da realidade, ensaiando estratégias e competências cognitivas, comportamentais e relacionais (Yontz-Orlando, 2017; Andrade, 2018).

No que respeita ao desenho e pintura, estes mediadores expressivos contribuem para a expressão verbal e não verbal, estando em qualquer um dos casos assente na relação terapêutica estabelecida entre enfermeiro-PEDM-criação (Blomdahl, et al, 2016; Martins, 2012). Neste sentido, considera-se que o intuito terapêutico não se centra na performance artística da PEDM, mas sim no desenvolvimento da comunicação, acedendo a sentimentos/emoções, através do encontro consigo mesmo por meio da obra criada (pintura, colagem, etc), sob a supervisão do enfermeiro, dando-lhe um significado próprio. (Blomdahl et. al., 2018).V E no contexto de um grupo de pares com quem interage e desenvolve estratégias de comunicação e de gestão das emoções.

### **Delimitação da problemática: o recovery como estratégia de intervenção junto da PEDM na gestão das suas emoções**

Sob uma perspetiva de recovery, os profissionais de saúde devem estabelecer uma parceria colaborativa com a PEDM, sendo esta a principal responsável pela elaboração e implementação do seu plano terapêutico. A dimensão da gestão das emoções é assim um dos elementos que contribuem para o bem-estar da PEDM, necessitando de ser trabalhada pelo EESMP, enquanto parceiro na relação terapêutica estabelecida com a PEDM. De acordo com o Tidal Model, as intervenções de grupo têm vários benefícios para as PEDM, já que lhes permite perceberem que estando em contacto uns com os outros, podem para além de partilharem as suas dificuldades, partilhar estratégias para as superar.

Cada intervenção planeada, encontra-se pensada para, através de intervenções de grupo, alcançar um objetivo definido. Ainda assim, há que ter em consideração a individualidade de cada pessoa, pelo que cabe ao terapeuta, perceber se durante a intervenção surgem questões pessoais, que deverão ser posteriormente trabalhadas individualmente. Cada uma das partilhas que é feita pelos participantes, considera-se um momento de aprendizagem em grupo, e de domínio daquele grupo. Cada PEDM, de acordo com a sua história/narrativa, é considerado um elo imprescindível no grupo e nas relações que se estabelecem, bem como nas aprendizagens que se geram.

### **Caracterização das intervenções psicoterapêuticas de grupo.**

O presente conjunto de intervenções psicoterapêuticas destina-se a PEDM, independentemente do diagnóstico clínico, que cumpram os critérios de inclusão, e que se encontrem internadas no serviço de psiquiatria.

Como diagnóstico de enfermagem para o grupo considera-se: Potencial de Recuperação manifestado através do desenvolvimento de competências sociais e emocionais, através do desenvolvimento do programa psicoterapêutico com utilização de técnicas expressivas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

### **Objetivos Gerais e específicos**

Trata-se de um conjunto de intervenções delineadas para serem aplicadas em PEDM internadas no serviço de psiquiatria, pelo que o objetivo geral do mesmo será: promover o potencial de recuperação através do desenvolvimento de estratégias de automonitorização das emoções.

Neste sentido, delinearam-se como objetivos específicos: melhorar o conhecimento de estratégias de automonitorização das emoções dos participantes; desenvolver a capacidade de argumentação; promover a capacidade de ouvir o outro; promover a aceitação de opiniões diferentes; promover o juízo crítico; incentivar a expressão de sentimentos, emoções; incentivar a criatividade e a autonomia.

### **Caracterização do grupo**

Dadas as características do serviço de internamento, será constituído um grupo fechado, de pequenas dimensões.

O grupo será constituído entre 3 a 5 pessoas, sendo seleccionadas aquelas que, à data da realização das atividades, se encontrem com capacidades de estarem envolvidas em grupo para as mesmas.

Como critérios de exclusão consideram-se as pessoas que não saibam falar fluentemente, ler ou escrever português. Além disso, pessoas com agitação psicomotora, risco de hetero-agressividade, sonolentas ou com défice cognitivo serão excluídas da participação do mesmo.

## **Planificação da intervenção**

Foram planeadas 5 sessões, cada sessão com o objetivo de explorar os significados que a PEDM atribui às suas emoções, permitindo-lhes também debater entre si de forma a estabelecerem estratégias de gestão das emoções.

Seguidamente descrevem-se as sessões que foram programadas, bem como os recursos materiais necessários e forma de avaliação de cada uma das sessões.

Durante o decorrer das intervenções serão realizadas notas de campo como estratégia de avaliação das mesmas.

Cada sessão tem uma duração aproximada de 60 minutos, mais 15 minutos prévios de preparação para arrumação da sala e colocação das cadeiras na posição planeada, bem como convocar os utentes para a realização da atividade proposta.

Optou-se por um grupo de 3-5 pessoas, pelas características da sala (dimensão da sala vs dimensão do grupo), bem como pelo facto de eu não ter experiência em liderar grupos terapêuticos, considero que seria mais benéfico um grupo mais pequeno.

Foram escolhidas cinco sessões, para conseguir abordar as várias emoções primárias ao longo de cada sessão, bem como desenvolver estratégias de automonitorização. Por outro lado, é também este o número de turnos da manhã que é possível despender ao longo de todo o estágio, de forma a estar acompanhada por EESMP.

Antes de dar início ao conjunto de intervenções, cada pessoa será entrevistada individualmente, sendo-lhe explicado o que se pretende ao longo destas, as regras de participação em grupo bem como recolhido o seu consentimento informado verbal para a participação nas sessões. Além disso, estas entrevistas individuais servirão para aferir se as PEDM escolhidas cumprem critérios para participação no grupo psicoterapêutico proposto.

## **Avaliação final das intervenções em grupo psicoterapêutico**

Segundo a autora Suzanne Haeyen, 2018, uma das formas para avaliação do programa seria através da aplicação de um questionário, que abaixo se transcreve.

*Evaluation Form for Emotion Regulation*

*Name:*

*What emotion did you experience the most strongly before, during and after working on your art work?(did it feel good, exciting, gripping or did you feel sad)*

*Did you notice any physical changes or observations? (what did you feel in your body, for example: a lump in your throat, tense shoulders, etc.)*

*What was your body language like? (what sort of feeling did you radiate, were you relaxed in your work, did you look irritated, etc.)*

*How did you interpret working expressively and the work you made? (describe the way you felt about it, your thoughts about it)*

*How do you feel in retrospect/what after-effect does it have for you? What did you say about it in our follow-up discussion, and are you satisfied with that?*

(Haeyen, 2018, p.212-213)

Uma vez que ao longo das intervenções psicoterapêuticas se vão fazendo avaliações parcelares tendo em conta a narrativa de cada PEDM, o que sente, como se sentiu com o trabalho produzido, baseadas na observação e notas de campo, realizou-se a tradução do questionário acima para avaliação global das intervenções psicoterapêuticas em grupo, que deverá ser aplicado no último dia, individualmente a cada participante.

## Referências Bibliográficas

- Andrade, P. (2018). Biblioterapia em contexto terapêutico de reabilitação psicológica e psicossocial em saúde mental. *Hospitalidade*, ano 82, pp. 19-31.
- Anthony, W. A. (1993) Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. New York: Brunner- Routelage Taylor and Francis Group.
- Barros, M.; Ferreira, L. (2016). A Arte como estratégia de intervenção psicoterapêutica. *Psicologia e Saúde em Debate – Suplemento – I Simpósio Científico de Práticas em Psicologia*. 2. p. 1-4
- Blomdahl, C.; Gunnarsson, A.; Guregård, S.; Björklund, A. (2013). A realist review of art therapy for clients with depression. *The Arts in Psychotherapy*. 40. p. 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.
- Bone, T. (2018). Art and Mental Health Recovery: Evaluating the Impact of a CommunityBased Participatory Arts Program Through Artist Voices. *Community Mental Health Journal* (54). 1180-1188
- Caddy, L.; Crawford, F.; Page, A.C. (2012). “Painting a path to wellness’: correlations between participating in a creative activity group and improved measured mental health outcome”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19. P.327-333
- Damásio, A. (2001). *O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência* (13ª ed.). Mem-Martins: Publicações Europa América.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.

- Hayen, S. (2018). *Art Therapy and Emotion Regulation Problems: Theory and Workbook*. Palgrave Macmillan. Amesterdão.
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Lisboa: PACTOR - Edições de Ciências Sociais.
- Macedo, E., Duarte, A., Candeias, A., Gomes, F., Pires, B., Azevedo, C., et al. (2019). *Guião de intervenção na promoção do recovery para a pessoa com doença mental modelo InterComuniCaRe*. Braga: Escola Superior de Enfermagem do Minho.
- Magalhães, A. (2010) *O senhor do seu nariz e outras histórias*. Alfragide. Edições Asa
- Manes, S. (2018) *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupo: Um Manual para psicólogos, professores, animadores socio-culturais*. Lisboa: PAULUS
- Martins, D. (2012). *Arte-Terapia e as Potencialidade Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos*. (Tese de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/10008>
- Ordem dos Enfermeiros (2018) *Padrão de Documentação Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Acedido a: 20-12-2018. Disponível em: HYPERLINK "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" [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](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. (2016) *CIPE® Versão 2015*.Lisboa: Autor.
- Saraiva C. & Cerejeira J. (Cord.) (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lousã: LIDEL
- Shella, T. (2018). *Art therapy improves mood, and reduces pain and anxiety when offered at bedside during acute hospital treatment. The Arts in Psychotherapy*. 57. p. 59-64
- Sequeira, C. A. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. porto: Quarteto Editoria.
- Towsend, M.C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica (6ª Edição)*. Lisboa: Lusociência
- Tukhareli, N. (2017). *Bibliotherapy-based wellness program for healthcare providers: using books and reading to create a healthy workplace*. Acedido a 27/05/2019. Disponível em: HYPERLINK

"[https://www.researchgate.net/publication/318870342\\_Bibliotherapy-based\\_Wellness\\_Program\\_for\\_Healthcare\\_Providers\\_Using\\_Books\\_and\\_Reading\\_to\\_Create\\_a\\_Healthy\\_Workplace](https://www.researchgate.net/publication/318870342_Bibliotherapy-based_Wellness_Program_for_Healthcare_Providers_Using_Books_and_Reading_to_Create_a_Healthy_Workplace)"

[https://www.researchgate.net/publication/318870342\\_Bibliotherapy-based\\_Wellness\\_Program\\_for\\_Healthcare\\_Providers\\_Using\\_Books\\_and\\_Reading\\_to\\_Create\\_a\\_Healthy\\_Workplace](https://www.researchgate.net/publication/318870342_Bibliotherapy-based_Wellness_Program_for_Healthcare_Providers_Using_Books_and_Reading_to_Create_a_Healthy_Workplace) DOI: 10.5596/c17-010 .

WHO. (2017). *Promoting recovery in mental health and related services: WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health*. WHO.

Yontz-Orlando, J. (DOI <https://doi.org/10.5430/irhe.v2n2p67> de 2017). Bibliotherapy for Mental Health. *International Research in Higher Education* , 2, pp. 67-73.

**APÊNDICE 3: Planejamento da Atividade 1-  
Reconhecer no outro as emoções/sentimentos**

## **Objetivo da atividade**

Com esta atividade, pretende-se que a PEDM seja capaz de reconhecer no outro a expressão das emoções e estabelecer o debate e o consenso entre o grupo, através de:

Identificar emoções expressas através de fotografias;

Identificar a emoção que sente através da imagem que visualizam;

Identificar a que grupo de emoções pertence cada uma das fotografias;

Ouvir a opinião do outro;

Aceitar a diferença;

Debater com o grupo e chegar a um consenso sobre qual a emoção identificada e o local onde colar a fotografia;

Realizar um cartaz, utilizando colagem e escrita criativa para resumir a atividade.

*“Making choices. Investigating emotions: exploring, recognising and acknowledging emotions. Recognising and naming what appeals to you, touches you”*

(Haeyen, 2018, p.209)

## **Descrição da atividade**

Antes de dar início a esta intervenção, será novamente explicado a todo o grupo o objetivo das intervenções de grupo, as regras de participação e novamente aferido o consentimento de todas as PEDM para a participação no mesmo. Nesta sessão, dá-se início à criação de um grupo, através da partilha de experiências que contribuam para o estabelecimento de laços entre as pessoas que facilitem a livre expressão de sentimentos.

Para tal, dar-se-á início com a apresentação de todos os participantes. Com as cadeiras colocadas em círculo, será utilizada uma bola que sendo enviada a cada participante, permitirá a cada pessoa, na sua vez, dizer uma característica sua, por exemplo:

Nome, idade, com quem vive, o que gosta de fazer como passatempo, profissão, entre outras, dando-se a oportunidade de cada participante acrescentar características que pretenda partilhar/conhecer do grupo.

Olhando para um conjunto de imagens/fotografias disponibilizadas em cima da mesa, solicitar aos utentes para identificarem emoções/sentimentos expressos em cada uma delas:

Cada elemento do grupo coloca as imagens em cima de cartolinas, consoante o grupo onde pensam que podem pertencer as imagens (consoante a emoção/sentimento expresso)

Raiva; Tristeza; Alegria; Nojo/repulsa; Medo

Todos os elementos do grupo olham para a escolha efetuada em conjunto e debatem se concordam ou não que cada imagem está no grupo certo.

No final procede-se à colagem de cada imagem e à legenda de cada grupo, de acordo com os participantes.

***Avaliação:***

Cada participante é convidado a verbalizar como se sentiu, o que correu bem, o que correu menos bem na atividade, o que gostou mais, o que gostou menos

Para a avaliação do programa são feitas notas de campo, quer daquilo que é verbalizado como também: participação, respeito pelas regras do grupo, iniciativa na atividade/motivação.

**APÊNDICE 4: Planeamento da Atividade 2-  
Como é que eu sou quando me sinto bem**

## Objetivo da atividade

Com esta atividade, pretende-se que a PEDM seja capaz de melhorar o autoconhecimento acerca das suas emoções através de:

Identificar características emocionais individuais;

Identificar as situações em que me sinto bem;

Identificar sinais de alerta para uma crise;

Identificar estratégias/comportamentos protectoras e promotoras de bem-estar.

## Descrição da atividade

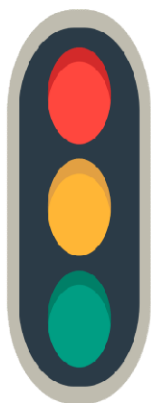
Escolha dentro das palavras abaixo, aquelas que o caracterizam melhor quando se sente bem consigo mesmo, quando se sente estável e que consegue controlar a sua doença.

|                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| Sociável;          | Um porto de abrigo     |
| Cauteloso;         | para os outros;        |
| Falador;           | Independente;          |
| Desportista;       | Dependente;            |
| Aventureiro;       | Confidente;            |
| Criativo;          | Confiante;             |
| Solitário;         | Opinador;              |
| Introvertido;      | Curioso;               |
| Extrovertido;      | Estudioso;             |
| Atencioso;         | Trabalhador;           |
| Empático;          | Amigo;                 |
| Respeitador;       | Respeitador;           |
| Responsável;       | Ultrapasso os limites; |
| Impulsivo;         |                        |
| Tranquilo;         |                        |
| Inquieto;          |                        |
| Aprendo depressa;  |                        |
| Demoro a aprender; |                        |
| Parado;            |                        |
| Energético;        |                        |

O que me faz sentir bem? Quem me faz sentir bem? Quando me sinto bem?

Que comportamentos me podem ajudar a manter sem recaídas/internamento:

Utilizando a analogia do semáforo:



| <b><i>Amarelo ou Vermelho</i></b>  | <b><i>Verde</i></b>   |
|--|---|
| <p>Sente-se diferente, algo não está bem , nota alterações no comportamento, nos pensamentos ,etc.</p> | <p>Sente-se bem, mantenha a monitorização dos seus sentimentos/emoções.</p> |
| <p><b><i>Procure ajuda de alguém próximo ou de um profissional de saúde.</i></b></p>                   |   |

Que situações podem potenciar o aparecimento de uma crise? (Pense nos eventos tipo gatilho que ao longo da vida tem experimentado e que lhe provocam desconforto - falecimento de um familiar/amigo, desemprego, doença súbita sua, etc.- e simultaneamente levam a recaídas/internamentos.)

Quais são os meus sinais de alerta para o aparecimento de uma crise?

***Avaliação:***

Cada participante é convidado a verbalizar como se sentiu, o que correu bem, o que correu menos bem na atividade, o que gostou mais, o que gostou menos

Para a avaliação do programa são feitas notas de campo, quer daquilo que é verbalizado como também: participação, respeito pelas regras do grupo, iniciativa na atividade/motivação

**APÊNDICE 5: Planejamento da Atividade 3-  
Emoções positivas: como promovê-las?**

## **Objetivo da atividade**

Com esta atividade, pretende-se que a PEDM seja capaz de debater em grupo sobre o sentimento felicidade/bem-estar, através de:

- Identificar em si o que o faz sentir feliz/bem-estar;
- Ouvir o outro sobre o que o faz sentir-se feliz/bem-estar;
- Identificar individualmente estratégias para o bem-estar de cada participante;
- Partilhar estratégias em grupo para o bem-estar individual;
- Ouvir a opinião do outro;
- Aceitar a diferença.

*“Taking a closer look at emotions by observing and learning to recognise, explore and acknowledge feelings and emotions” (Haeyen, 2018, p.179)*

## **Descrição da atividade**

Leitura do texto “Onde está a felicidade?” (Magalhães, 2010), cada utente individualmente;

Convidar os utentes a lerem o texto em voz alta ou em alternativa, o enfermeiro lê em voz alta;

De acordo com leitura, direccionar questões para o grupo

De que trata o texto?

O que fez o Sr. Pascoal para procurar a felicidade?

Onde encontrou afinal o Sr. Pascoal a felicidade?

Já alguém sentiu que precisava de encontrar a felicidade?

Será que é preciso fazer uma grande viagem para encontrar a felicidade?

Que estratégias podemos ter em nós para encontrar essa felicidade?

Será que a felicidade de uma pessoa é igual à felicidade de outra pessoa?

No final da atividade convidar os participantes a escreverem/desenharem um cartaz em grupo sobre felicidade.

Objetivo- respeitar as regras da sociedade, da participação em grupo;

Sintetizar os temas abordados através da utilização da escrita criativa;

Aumentar a percepção dos seus próprios sentimentos.

**Avaliação:**

Cada participante é convidado a verbalizar como se sentiu, o que correu bem, o que correu menos bem na atividade, o que gostou mais, o que gostou menos

Para a avaliação do programa são feitas notas de campo, quer daquilo que é verbalizado como também: participação, respeito pelas regras do grupo, iniciativa na atividade/motivação.

## **ANEXO 1**

### *Onde está a felicidade*

Onde está a felicidade? Ninguém sabe onde ela para ou onde se pode encontrar. Há quem diga que não está em nenhum lugar e que simplesmente acontece. E, no entanto, em algum sítio há-de estar. Não lhes parece?

Às vezes está tão perto, tão à vista, que nos passa despercebida e outras tão distante, tão escondida nesse tal lugar, que uma vida não chega para lá chegar.

Há os que pensam que só a encontramos se não a procurarmos. Nem pensarmos nisso. E os que estão convencidos de que é preciso procurá-la sem cessar. Por isso, ouçam agora a história do Sr. Pascoal, que vivia desde menino numa aldeia pequenina, à beira-mar. Era um belo sítio para se morar, já se vê, e ele sentia-se bem, mas faltava-lhe qualquer coisa, não sabia o quê. E essa qualquer coisa, achava ele, era a felicidade.

Fez então as malas e saiu de casa à procura dela. Foi de aldeia em aldeia, de vila em vila, de cidade em cidade, e encontrou tudo o que procurava, tudo menos a felicidade.

“Isto é bonito”, dizia ele para ninguém. “Mas ainda não é aqui que me sinto bem”.

Decidiu então partir para mais longe. E foi assim que deu várias voltas ao mundo e conheceu cada recanto de tudo o que existia, dos bosques da Noruega às montanhas do Japão. E viu coisas de pasmar, a felicidade é que não.

Mesmo assim, continuou a procurá-la, viajando sem parar, sim, porque em algum sítio ela havia de estar.

E estaria? Já vamos saber. O tempo, como sabem, passa a correr e, um dia, o Sr. Pascoal percebeu que estava a envelhecer. Tinha os cabelos brancos, as pernas fracas, os ossos doridos, a vista cansada. Andara muito nesse dia e parou em frente de uma velha casa abandonada.

Os vidros das janelas estavam partidos, a poeira invadia quartos e salas, o mato cobria o jardim.

Ele olhou aquilo e pensou assim:

“Nesta casa, desprezada e sem dono, vou construir a minha felicidade.”

E consertou o telhado, pôs vidros nas janelas, pintou as paredes, cuidou do jardim.

“Agora sim”, pensou ele por fim. “Aqui está um bom sítio para se morar”.

Sentou-se então no sofá da sala, em frente à lareira, a descansar.

“Que bem que eu me sinto”, disse para si.

E percebeu então que aquela estranha sensação de bem-estar era esse não sei quê que ele tanto procurara: a felicidade. Estava ali.

“Finalmente encontrei-a”, gritou o Sr. Pascoal, muito entusiasmado.

Estava tão contente que se pôs aos saltos e veio para a rua festejar, esquecido já da sua idade. Reparou então que estava na aldeia de onde partira há muitos anos e que aquela era a sua própria casa, a mesma que ele abandonara para procurar a felicidade.

Magalhães, A. (2010) *O senhor do seu nariz e outras histórias*. Alfragide. Edições Asa

**APÊNDICE 6: Planejamento da Atividade 4- Se  
eu fosse um sentimento, eu seria a/o....**

## **Objetivo da atividade**

Com esta atividade, pretende-se que a PEDM seja capaz de tomar consciência sobre qual a emoção/sentimento que se encontra mais vezes presente em si, através de:

- Disponibilizar os materiais aos utentes;
- Escolher os materiais para pintarem;
- Pintar de forma livre tendo apenas por tema com que emoção me identifico mais;
- Partilhar com o grupo como se sentiu durante a realização do trabalho;
- Partilhar com o grupo o que a emoção representa para si no seu quotidiano;
- Ouvir o outro;
- Aceitar a diferença.

*“Taking a closer look at emotions by observing and learning to recognise, explore and acknowledge feelings and emotions” (Haeyen, 2018, p.179)*

## **Descrição da atividade**

Convidar os utentes a participarem através da elaboração de um desenho sobre o sentimento que tem estado mais presente em si nos últimos dias.

Materiais:

- Papel
- Lápis de cor
- Pastel de óleo
- Tintas
- Pincéis

No final cada participante é convidado a assinar o seu trabalho, colocar a data e dar um título ao seu trabalho.

Em grupo sentados em cadeiras em círculo, convidar os participantes a partilharem os seus trabalhos, e as suas emoções.

Desconstruir com os utentes que cada um é único e que a emoção que é mais frequente, pode ser conhecida por si e por conseguinte não necessita de o dominar.

- *Which of these manners brings you in closer contact with the emotion?*
- *Is that pleasant or not so pleasant for you?*

- *How do you usually deal with emotions, and is this manner more suited to the first or the second manner of dealing with them?;*
- *What else would you like to do on the basis of this assignment?*

(Haeyen, 2018, p.191)

***Avaliação:***

Cada participante é convidado a verbalizar como se sentiu, o que correu bem, o que correu menos bem na atividade, o que gostou mais, o que gostou menos

Para a avaliação do programa são feitas notas de campo, quer daquilo que é verbalizado como também: participação, respeito pelas regras do grupo, iniciativa na atividade/motivação.

**APÊNDICE 7: Questionário de Satisfação  
sobre as intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas**

Qual a/as emoção/emoções que experienciou com maior intensidade antes, durante e depois de ter participado neste grupo psicoterapêutico?

Sentiu alguma diferença no seu corpo enquanto participava no programa psicoterapêutico?

Como sente que foi a sua linguagem corporal ao longo do programa (relaxado, tenso...)

Como foi trabalhar com técnicas expressivas onde tinha de escrever, ler, pintar, desenhar?

Gostou de participar neste grupo?

Se sim, em que aspetos considerou que melhorou?

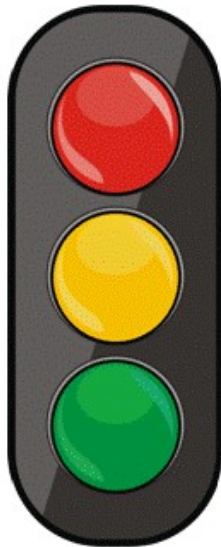
Se não o que considera que podia melhorar/modificar neste programa?

**Muito obrigada pela sua colaboração**

**APÊNDICE 8: Poster e folheto – gestão das  
emoções**

# Gerir emoções para viver melhor!

**É importante automonitorizar os seus sentimentos, aperceber-se o que sente e assim, gerir as emoções para superar os “altos e baixos” da vida.**



Tal como um semáforo ajuda a orientar o trânsito nas ruas, também pode ajudá-lo a perceber como está a sentir-se dia-a-dia.

**Verde:** Se está a sentir-se bem e consegue lidar com o stress do quotidiano

**Amarelo** ou **Vermelho:** Se começa a notar diferenças no comportamento, pensamentos ou sentimentos que lhe estão a dificultar o quotidiano

*Como me sinto?*

*Estou nervoso/a? Sinto-me irritado?*

*Estou agitado?*

*Ando a dormir o suficiente/ demasiado?*

*Desconfio de muitas pessoas à minha volta?*

*Tenho muitos conflitos?*

*Discuto com muitas pessoas?*

Se sente dificuldade em lidar com a situação, e começa a perceber que as emoções/sentimentos o impedem de viver o quotidiano <sup>2,3</sup>:

- *Pratique atividade física;*
- *Evite isolar-se;*
- *Desenvolva atividades que lhe dêem prazer;*
- *Durma um número de horas regular e suficiente para acordar com a sensação de ter descansado;*
- *Peça ajuda a um familiar ou amigo para conversar e ouvir outros pontos de vista;*
- *Consulte um profissional de saúde.*

Se sente dificuldade em lidar com a situação, ou não encontra solução e começa a sentir as emoções/sentimentos negativos a tomarem conta do seu quotidiano, peça ajuda <sup>2,3</sup>:

- *A um familiar ou amigo para conversar e ouvir outros pontos de vista;*
- *À equipa que o acompanha;*
- *Passar mais tempo ao ar livre;*
- *Evite isolar-se;*
- *Desenvolva atividades que lhe dêem prazer (ler, passear, andar a pé, cozinhar, ouvir música, etc);*
- *Adote estratégias que lhe permitam descansar um número de horas regular.*



**Tal como um semáforo ajuda a orientar o trânsito nas ruas, também pode ajudá-lo a perceber como está a sentir-se no dia-a-dia <sup>3</sup>**



| <i>Amarelo ou Vermelho</i>  | <i>Verde</i>  |
|---|---|
| <p>Sente-se diferente, algo não está bem, nota alterações no comportamento, nos pensamentos, etc.</p> <p><i>Procure ajuda de alguém próximo ou de um profissional de saúde.</i></p> | <p>Sente-se bem, mantenha a monitorização dos seus sentimentos/emoções.</p> |

#### **Bibliografia:**

1. Damásio, A. (2001). *O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência* (13ª ed.). Mem-Martins: Publicações Europa América.
2. Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
3. WHO. (2017). *Promoting recovery in mental health and related services: WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health*. WHO.



**Elaborado por: Inês Baptista (AE EESMP 10º Curso -ESEL n.º 8322) sob orientação de: e Professora Doutora Luísa D'Espiney**

## **AS EMOÇÕES E A SUA GESTÃO NO QUOTIDIANO**



**Novembro 2019**

## EMOÇÕES E SENTIMENTOS: O QUE SÃO E PARA QUE SERVEM

Emoções e sentimentos, são usados como sinónimos. No entanto, enquanto que as emoções são processos inatos presentes em todos os animais, os sentimentos dizem respeito à tomada de consciência sobre o impacto que as emoções têm nas relações com outras pessoas e no nosso quotidiano<sup>2</sup>.

Ao longo da vida, **todos aprendemos a gerir as nossas emoções**<sup>2</sup>.

Esta aprendizagem constitui um importante marco do desenvolvimento pessoal, pois permite **saber lidar com os sentimentos que surgem nos eventos adversos**, como é o caso da doença (nossa ou de pessoas próximas), desemprego, separações, conflitos familiares, dificuldades económicas, entre outros<sup>1,3</sup>.

Ainda assim, quando estes eventos de vida inesperados ocorrem, podem surgir **emoções ou sentimentos que se manifestam com grande intensidade e/ou durante demasiado tempo**<sup>2</sup>, o que vai prejudicar a estabilidade emocional, e consequentemente a vida social, laboral e familiar.

Existem emoções e **sentimentos positivos**, como a alegria, o amor, a felicidade o orgulho, entre outros que *proporcionam bem-estar*<sup>1,2</sup>.



Enquanto que as **emoções e sentimentos negativos são promotoras de mal-estar**.

Como por exemplo<sup>1,2</sup>:



## GERIR AS EMOÇÕES!

É importante encontrar a **estratégia de automonitorização**, de forma a aperceber-se o que sente e assim, gerir as emoções para superar os “altos e baixos” da vida<sup>3</sup>.

- *Como me sinto?*
- *Estou nervoso/a? Sinto-me irritado?*
- *Estou agitado?*
- *Ando a dormir o suficiente /demasiado?*
- *Desconfio de muitas pessoas à minha volta?*
- *Tenho muitos conflitos?*
- *Discuto com muitas pessoas?*

Mesmo quando se sente bem, pode por vezes ter algum stress ou ansiedade face a uma situação nova/inesperada. Nesta altura, é importante perceber<sup>3</sup>:

Tenho em mim a solução para o problema?  
Consigno sozinho encontrar a solução para este problema?

**Se a resposta for sim, então este foi um evento de vida bem sucedido!**