



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

Relatório de Estágio

**O AMBIENTE TERAPÊUTICO SEGUNDO A
MILIEU THERAPY:
UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA**

Liliana Frazão Vasconcelos

**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**O AMBIENTE TERAPÊUTICO SEGUNDO A
MILIEU THERAPY:
UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA**

Liliana Frazão Vasconcelos

Orientadora: Professora Patrícia Carla da Silva Pereira

**Lisboa
2022**

AGRADECIMENTOS

Àqueles que mostraram o que significa estar acompanhado num percurso de desenvolvimento pessoal e profissional:

A professora Patrícia Pereira, uma referência pessoal na Saúde Mental e Psiquiátrica pela sua visão do Cuidar em Enfermagem, cuja motivação permitiu a concretização deste trabalho;

Aos meus orientadores clínicos, enfermeiro Ângelo e enfermeiro Abílio, que proporcionaram situações de aprendizagem e estiveram sempre disponíveis para refletir comigo;

Aos meus colegas de turma por tudo o que me ensinaram. Em especial, à Carmem, ao Pedro e à Raquel pelos bons momentos que partilhámos;

Aos colegas do meu serviço pelo apoio incondicional durante estes anos de especialidade;

Aos meus amigos, cujo o apoio e compreensão pelas minhas ausências ajudou a tornar este percurso mais leve. À Eva e à Joana pela partilha e pelas longas horas a “pensar enfermagem”. À Ana, Ana Rita, Cátia, Cláudia, Cristina, Daniela, Diana, Fábio, Filipa, Inês, Mafalda, Raquel e Sara que nunca me deixaram desistir;

À minha família, o meu porto de abrigo, que sempre acreditou em mim.

A todos vós, Muito Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS

APA – American Psychological Association

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HD – Hospital de Dia

OE – Ordem dos Enfermeiros

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RESUMO

Este documento descreve o percurso formativo para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de mestre no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Tem como objetivos apresentar o percurso e atividades desenvolvidas nos contextos de estágio, refletir sobre aprendizagens e competências desenvolvidas, e identificar intervenções do enfermeiro especialista promotoras do ambiente terapêutico, segundo o modelo *Milieu Therapy*. Esta área temática constituiu o foco deste trabalho e pretendeu-se dar resposta à questão: “Quais as intervenções do enfermeiro especialista de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na promoção do ambiente terapêutico, segundo o modelo *Milieu Therapy*?”. De acordo com este modelo, o ambiente terapêutico caracteriza-se por ser estruturado, dinâmico e flexível, cuja finalidade se centra em promover o desenvolvimento do potencial do cliente, assegurando a satisfação das necessidades de segurança, estrutura, suporte e autogestão do mesmo.

Recorreu-se à metodologia de projeto através de pesquisa bibliográfica, elaboração de uma revisão integrativa da literatura, construção de um documento de apoio à prática e realização de dois estágios (Hospital de Dia – Unidade de Adolescentes e Serviço de Internamento de Psiquiatria de Doentes em Fase Aguda) tendo por base uma prática reflexiva. O referencial teórico de Enfermagem mobilizado foi o de Hildegard Peplau.

A intervenção do enfermeiro especialista no ambiente terapêutico deve ter em consideração a estruturação nas vertentes do ambiente físico, relacional e de trabalho em equipa; o autoconhecimento; e a supervisão clínica. O ambiente terapêutico influencia positivamente a relação terapêutica e fomenta o potencial de desenvolvimento do cliente, tendo em conta as necessidades individuais e as de grupo.

Palavras-Chave: Ambiente terapêutico. *Milieu therapy*. Saúde mental. Enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

This paper describes the training process for competency development of students in a master's degree in nursing program with a specialisation in mental health and psychiatric nursing. The objectives are to present the experiences and activities completed in the internship, reflect on the learning and skills developed, and identify the interventions of the nurse specialist that promote the therapeutic environment, according to the milieu therapy model. These areas were the focus of this study and were intended to answer the following question: "What are the interventions of the mental health and psychiatric nurse specialist in promoting the therapeutic environment, according to the Milieu Therapy model?". According to this model, the therapeutic environment is characterised as structured, dynamic and flexible, and has the purpose to encourage the development of the patient's potential and ensure their safety, structure, support, and self-management needs.

The project methodology included a bibliographic search, development of an integrative literature review, construction of a document to support the practice and implementation of two internships (Day Hospital - Adolescent Unit and Inpatient Psychiatric Service for Acute Patients) based on a reflective practice. Hildegard Peplau's theoretical framework of nursing was used.

The intervention of the specialist nurse in the therapeutic environment should include the structure of the physical, relational, and teamwork environment; self-knowledge; and clinical supervision. The therapeutic environment positively influences the therapeutic relationship and fosters the patient's development potential, considering the individual and group needs.

Keywords: Therapeutic milieu; Milieu therapy; Mental health; Psychiatric nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
1.1. Ambiente Terapêutico.....	11
1.2. Contributos da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau.....	16
1.3. Relação Terapêutica.....	19
CAPÍTULO II: PERCURSO DE APRENDIZAGEM NOS CONTEXTOS.....	21
2.1. Contexto Comunitário – Hospital de Dia – Unidade de Adolescentes.....	21
2.2. Contexto de Internamento – Serviço de Psiquiatria de Doentes em Fase Aguda.....	36
CAPÍTULO III: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DO AMBIENTE TERAPÊUTICO SEGUNDO A MILIEU THERAPY.....	49
CAPÍTULO IV: AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Caracterização do Local de Estágio do Contexto Comunitário	
APÊNDICE II – Grelha de observação das intervenções de enfermagem promotoras do ambiente terapêutico	
APÊNDICE III – Caracterização do Local de Estágio do Contexto de Internamento	
APÊNDICE IV – Plano de Cuidados	
APÊNDICE V – Plano de Sessão Individual I	
APÊNDICE VI – Plano de Sessão Individual II	
APÊNDICE VII – Plano da Sessão de Grupo	

INTRODUÇÃO

O presente documento foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

Pretende-se com este trabalho descrever o percurso formativo realizado nos contextos de estágio, analisar e refletir sobre o projeto de estágio e as atividades implementadas, com o intuito de evidenciar o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em ESMP articulando-se, também, as competências de Mestre em Enfermagem.

Tendo em conta a experiência profissional até à data ser fora do âmbito da área da saúde mental e psiquiátrica, tornou-se relevante para a definição da área temática do relatório a realização de dois períodos de observação, nos locais onde viriam a decorrer os estágios, um em contexto de internamento hospitalar de psiquiatria, num serviço de psiquiatria de agudos, e outro em contexto comunitário, Hospital de Dia (HD) – Unidade de Adolescentes. As duas experiências de observação decorreram durante um período atípico e excecional do mundo, e dos cuidados de saúde em particular, devido à pandemia de COVID-19. Verificou-se que os serviços necessitaram de se reorganizar para dar resposta a normas institucionais de melhores práticas, face ao conhecimento disponível no momento, nomeadamente, restrição de visitas e número limite de pessoas que podia conviver no mesmo espaço físico. Estas medidas implicaram, por exemplo, a suspensão temporária de programas de intervenção psicoterapêutica em ambos os contextos, assim como o recurso a plataformas informáticas para manter o acompanhamento de determinada população. Através da prática reflexiva¹ constatou-se que os aspetos identificados se enquadram na temática do ambiente terapêutico em Enfermagem, que adquire outra especificidade quando enquadrado na saúde mental e psiquiátrica.

O ambiente terapêutico refere-se a um ambiente dinâmico e flexível, em que a sua manipulação tem o propósito de favorecer mudanças efetivas de comportamento, melhorar a saúde psicológica e o funcionamento da pessoa (Taylor, 1992; Townsend, 2011). Entende-se que a responsabilidade pela criação e manutenção do ambiente terapêutico pode ser atribuída ao enfermeiro, pela especificidade do cuidado de enfermagem e pela particularidade de ser o profissional da equipa multidisciplinar

¹ Entende-se por prática reflexiva, aquela em que se problematizam as situações da prática com o intuito de fomentar um desenvolvimento contínuo a nível profissional, cognitivo e emocional (Todd & Freshwater, 1999).

cujos cuidados decorrem, normalmente, por um maior período de tempo (Kyes & Hofling, 1985; Taylor, 1992). A terapia que envolve o ambiente designa-se *milieu therapy* (Towsend, 2011), em que se consideram as necessidades individuais da pessoa e a gestão do ambiente de forma a tornar todos os seus elementos terapêuticos. Artigos científicos recentes (Banks & Pribe, 2020; Miller, 2020; Quidle-Rodriguez & Tantillo, 2020) destacam a relevância do ambiente terapêutico na promoção da saúde mental no período atípico do atual contexto de pandemia.

Articulando o conhecimento científico com as experiências vividas nos dois períodos de estágio de observação, considerou-se a abordagem da temática do ambiente terapêutico, segundo a *milieu therapy*, como um contributo importante para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, o percurso formativo da prática de cuidados norteou-se pela questão de partida “Quais as intervenções do enfermeiro especialista de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na promoção do ambiente terapêutico, tendo por base o modelo *Milieu Therapy*?”

Os objetivos definidos para este documento são:

- Apresentar o percurso formativo e as atividades desenvolvidas nos respetivos contextos;
- Refletir sobre as aprendizagens e as competências desenvolvidas;
- Identificar as intervenções do enfermeiro especialista em ESMP promotoras do ambiente terapêutico, segundo o modelo *Milieu Therapy*.

Neste trabalho foi utilizada a metodologia de projeto, com recurso a várias estratégias, onde se incluem a consulta bibliográfica em livros e em bases de dados científicas, a reflexão com orientadores, a partilha de conhecimento e a realização de uma revisão integrativa da literatura.

O presente relatório encontra-se organizado nos seguintes capítulos:

- Introdução, onde é contextualizada a pertinência da temática;
- Enquadramento Teórico, que aborda e aprofunda o conceito de ambiente terapêutico segundo o modelo *Milieu Therapy*, o conceito de relação terapêutica, e a teoria de enfermagem das relações interpessoais de Hildegard E. Peplau, que sustentou a prática de cuidados;
- Execução das tarefas previstas, explicitando-se as atividades desenvolvidas em cada local de estágio;
- Intervenção especializada de Enfermagem no âmbito do ambiente terapêutico segundo o modelo *Milieu Therapy*, sendo identificadas as intervenções específicas do enfermeiro especialista em ESMP;

- Avaliação, referente à análise do percurso, identificando-se os pontos fortes, fracos e as competências desenvolvidas;
- Conclusão e Perspetivas Futuras, com base na reflexão sobre o contributo do percurso formativo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

A redação deste documento baseia-se nas normas da *American Psychological Association* (APA) adotadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Ambiente Terapêutico

Em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o ambiente constitui-se como fator de influência noutras modalidades de tratamento, na medida em que pode potenciar ou inibir os seus efeitos terapêuticos (Taylor, 1992). Neste contexto, a terapia do ambiente terapêutico, *milieu therapy*, tem como objetivo “manipular o ambiente de modo a que todos os aspetos da experiência hospitalar do cliente sejam considerados terapêuticos (...); espera-se que o cliente aprenda *coping* adaptativo, interação e capacidades de relacionamentos que podem ser generalizadas a outros aspetos da sua vida” (Towsend, 2011, p. 201).

A *milieu therapy* foi desenvolvida com maior expressividade entre os anos 60 e o início dos anos 80, através de programas de terapia de reabilitação social, em que o cliente e o enfermeiro tinham um papel ativo. Era assegurada a autonomia do cliente e os cuidados de enfermagem centravam-se nas relações interpessoais estabelecidas entre o enfermeiro e o cliente (Towsend, 2011). Porém, verificou-se que o conceito de *milieu therapy* foi sendo modificado ao longo do tempo, em consonância com as mudanças na perspetiva de cuidar em saúde mental. No que diz respeito à duração do tempo de internamento, é dada preferência a internamentos breves e no que concerne à finalidade do internamento, o foco passa a ser a gestão do risco clínico e a psicofarmacologia (Mahoney, Palyo, Napier & Giardono, 2009; Towsend, 2011; Banks & Pribe, 2020).

Devido a estas mudanças, Mahoney et al. (2009) propõem que o ambiente terapêutico só é possível através de uma abordagem centrada no cliente e na relação terapêutica. O termo ambiente terapêutico engloba as vertentes do ambiente físico, relacional e de trabalho em equipa.

Segundo Green (2018) o ambiente só é terapêutico, de acordo com a *milieu therapy*, se for estruturado e definido com propósito e intencionalidade, permitindo orientar os componentes dos cuidados de saúde nas vertentes social, psicológica, espiritual, física e comportamental como um todo. É exemplificado que este modelo, quando aplicado no internamento hospitalar de psiquiatria, permite usar o ambiente como intervenção para incentivar o cliente a manter a orientação quanto à pessoa, espaço, tempo e situação, ao mesmo tempo que desenvolve uma rotina estruturada. É referido que intervir no ambiente passa por dar igual atenção às suas características

físicas e metafísicas e é destacada a influência da equipa multidisciplinar no ambiente terapêutico, descrevendo que a especificidade do enfermeiro engloba, primordialmente, o estabelecimento da relação terapêutica com o cliente.

Para Banks e Pribe (2020), o modelo que envolve o ambiente terapêutico deve ser entendido pela premissa de que o meio contribui para o cuidado e recuperação da pessoa com doença mental, conferindo uma preponderância semelhante aos aspetos do ambiente físico e às relações estabelecidas entre a equipa multidisciplinar e a pessoa. Em contexto de internamento hospitalar de psiquiatria, a atenção ao ambiente terapêutico permite diminuir incidentes violentos, ferimentos autoinfligidos ou infligidos a outros ou o recurso a práticas restritivas, tais como, a contenção mecânica ou o isolamento.

Bhat, Rentala, Nanjgowda e Chellappan (2019) afirmam que o enfermeiro é responsável por um ambiente terapêutico seguro, que promova o *recovery*². Consideram que as intervenções do ambiente terapêutico são seguras e de baixo custo, dando como exemplos a identificação de limites que podem pôr em causa a segurança da pessoa, o incentivo à expressão de sentimentos e emoções, e ainda, a promoção de um ambiente saudável entre os elementos da equipa.

De forma a uniformizar o entendimento do que caracteriza um ambiente como sendo terapêutico, Gunderson (1978) identificou cinco condições, tendo por base a hierarquia das necessidades de Maslow (Mahoney et al., 2009; Green, 2018; Banks & Pribe, 2020; Grech, Scerri, Vincenti, Sammut, Galea, Bitar & Sant, 2020). Entre as cinco condições que o ambiente terapêutico deve proporcionar, encontram-se a condição de estrutura e de contenção, ao permitirem satisfazer as necessidades fisiológicas e de segurança da pessoa. A fim de promover o desenvolvimento das necessidades de amor/relacionamento e estima, o ambiente terapêutico deve proporcionar as condições de apoio/suporte, através do desenvolvimento de relações terapêuticas; validação, em que a pessoa, pela relação terapêutica, consegue desenvolver a sua individualidade e autoestima; e envolvimento, que preconiza a interação com o ambiente social (Gunderson, 1978; Mahoney et al., 2009; Green, 2018).

Taylor (1992) descreve as características que o ambiente terapêutico deve ter para que a pessoa consiga aumentar a sua autoestima, melhorar a forma como se

² Entende-se que *recovery* não é sinónimo de cura, podendo ser descrito como uma postura/atitude perante os desafios do dia-a-dia. Longe de ser uma abordagem linear perfeita, é uma viagem sinuosa, com momentos de rápidos progressos e recaídas desmotivantes (Deegan, 1996).

relaciona com os outros e proporcionar que “trabalhe e viva de forma mais atuante na comunidade” (p. 90). As características que enunciou prendem-se, maioritariamente, com a estrutura física do ambiente e o seu clima socio-emocional, sendo descritas de seguida:

as necessidades físicas do paciente são satisfeitas; o cliente é respeitado como um indivíduo que possui direitos, necessidades e opiniões, sendo encorajado a expressá-los; a autoridade para tomar decisões está claramente definida e é distribuída apropriadamente entre os pacientes e a equipa; o cliente é protegido de causar ferimentos a si mesmo e aos outros, (...) apenas sofrendo aquelas restrições necessárias (...); o paciente recebe crescentes oportunidades para a liberdade de escolha, de acordo com a sua capacidade para tomar decisões; toda a equipa, (...) particularmente a equipa de enfermagem, permanece constante (...); o ambiente oferece espaço para testes que possam estabelecer novos padrões de comportamento; é dada ênfase a interação social entre os clientes e a equipa (...); a programação é estruturada, mas flexível (Taylor, 1992, p. 91).

É destacada a importância que o enfermeiro deve atribuir à avaliação holística e abrangente da forma como a pessoa age, devendo esta ser realizada de uma forma contínua, visto que permite, por exemplo, identificar quando é que a pessoa desenvolve novos padrões de comportamento. Pretende-se que as intervenções sejam centradas nas necessidades específicas da pessoa “em vez de lidar com os clientes como membros de uma multidão” (Taylor, 1992, p. 93). É descrito que o ambiente terapêutico deve ter atividades estruturadas para que a pessoa saiba o que esperar, ao mesmo tempo que é suficientemente flexível, caso sejam necessárias adaptações pela ocorrência de acontecimentos inesperados.

No estudo de Thibeaul, Trudeau, d'Entremont e Brown (2010) é demonstrado que, na perspetiva da pessoa internada, a relação interpessoal estabelecida com o enfermeiro é o aspeto do ambiente terapêutico mais valorizado. Por sua vez, Grech et al. (2020) realizaram um estudo qualitativo em que analisaram a perceção das pessoas internadas sobre o ambiente terapêutico, num período compreendido entre 2007 e 2015, tendo agrupado os resultados obtidos em quatro categorias: a interação com os outros na comunidade terapêutica, que permite o desenvolvimento da autonomia; a relação com os profissionais, em que destacam o estabelecimento de relações de confiança; o ambiente físico da unidade, em que os participantes do estudo valorizam a existência de um espaço exterior; e a existência de programas terapêuticos estruturados. Em ambos os estudos é reforçada a importância da intervenção de enfermagem na criação e manutenção de um ambiente terapêutico.

A comunidade terapêutica é um exemplo em que o próprio ambiente é utilizado como intervenção terapêutica. Define-se por ser uma unidade especializada de tratamento residencial de longa duração, em regime de internamento, que procura auxiliar na reorganização do mundo interno e a perspetivar o futuro do cliente, através de apoio psicoterapêutico e socioterapêutico, privilegiando-se a dinâmica comunitária (Instituto da Droga e Toxicodependência, 2011). Assim, o objetivo da intervenção passa por proporcionar um clima favorável para que a pessoa se consciencialize sobre os seus sentimentos, impulsos, comportamentos e pensamentos, aumente a sua autoestima, avalie de uma forma realista os aspetos do seu comportamento e tente novas habilidades interpessoais num ambiente seguro (Taylor, 1992). Townsend (2011) acrescenta que é necessário ter presente que cada interação se constitui como uma oportunidade de intervenção terapêutica, e que a inclusão da família/pessoas significativas deve ser considerada.

Quanto à intervenção de enfermagem com recurso à *milieu therapy*, Benfer e Schroder (1985) destacam que o enfermeiro deve observar atentamente o comportamento e a interação da pessoa com os outros, dado que lhe permitirá ter uma compreensão psicodinâmica da mesma. Na *milieu therapy*, o ambiente proporciona situações de aprendizagem, que podem permitir o acesso a novas formas de relação. A criação e manutenção do ambiente terapêutico é um processo que se desenvolve pela interação entre a equipa e o cliente, influenciado pelas atitudes e expectativas de ambos. Neste sentido, é descrito que o ambiente só é terapêutico se for flexível e considerar as necessidades individuais de cada cliente. Estas são avaliadas de acordo com a capacidade do cliente em deter responsabilidade sobre a sua vida e o que é terapêutico para si. De acordo com Benfer e Schroder (1985), um ambiente terapêutico deve proporcionar atividades que: promovam a satisfação das necessidades fisiológicas do cliente, tais como assistir nos cuidados de higiene ou promover o sono; estimulem o sentido de organização para ajudar o cliente a compreender os seus limites, por exemplo rotinas no contexto de internamento hospitalar; despertem o desenvolvimento de competências interpessoais e de resolução de problemas; desenvolvam uma vida produtiva, dentro das suas capacidades e potencial.

O enfermeiro pode mobilizar a *milieu therapy* tanto no contexto de ambulatório como de internamento, uma vez que em ambos é utilizado o processo de enfermagem, cujas várias etapas permitem a gestão contínua do ambiente terapêutico (Townsend, 2011; Green, 2018; Grech et al., 2020). Taylor (1992) defende que o enfermeiro deve

adotar uma liderança ativa na criação do ambiente terapêutico, priorizando as suas atividades de modo a que esta tenha primazia. Desta forma, a segurança dos clientes é salvaguardada dado que o enfermeiro pode estar mais atento às alterações de comportamento e humor, intervindo no momento adequado. A liderança também se reflete no trabalho da equipa multidisciplinar e no “clima terapêutico da unidade” (Taylor, 1992, p. 98). A importância da liderança do enfermeiro nos grupos terapêuticos é evidenciada quando o profissional de saúde promove o ambiente terapêutico através da sua capacidade de entender o comportamento do grupo e o dirigir. O ambiente assegura as necessidades individuais, sem descurar as necessidades do grupo. Cabe ao enfermeiro impor limites quando se verificam comportamentos desajustados no ambiente terapêutico. Para esse feito, explicita quais os comportamentos não adequados e as consequências se os limites não forem cumpridos (Towsend, 2011).

O atual contexto pandémico decorrente da COVID-19 obrigou ao planeamento e reorganização dos cuidados de saúde a nível nacional, nomeadamente adaptação de prioridades, triagem, organização e distribuição de clientes e serviços. Miller (2020) defende que, apesar da pandemia, o ambiente terapêutico continua a ser importante na promoção da saúde mental. Quidle-Rodriguez e Tantillo (2020) investigaram a tradução do impacto das medidas decretadas na saúde mental e verificaram a exacerbação de sintomatologia previamente controlada, como consequência do distanciamento social imposto. A forma como se perspetiva o ambiente terapêutico num serviço de internamento de psiquiatria pode comprometer as medidas de prevenção da infeção, na medida em que esta população é incentivada a participar em grupos terapêuticos e a socializar. É igualmente salientada a necessidade de reajustar e readaptar a inclusão da família, uma vez que o seu acesso aos serviços foi restrito/condicionado como medida de prevenção e controlo de infeção. (Quidle-Rodriguez & Tantillo, 2020). Esta importância é sustentada por Kyes e Hofling (1985), Towsend (2011) e Bhat et al. (2019), ao afirmarem que a família/pessoas significativas são um elemento que deve ser considerado no ambiente terapêutico.

Face ao descrito, a relação interpessoal enfermeiro-cliente ganha destaque no ambiente terapêutico, pelo que se tornou necessário mobilizar uma teoria de enfermagem na qual esta relação se sustenta. Deste modo, justifica-se a teoria das Relações Interpessoais desenvolvida no capítulo seguinte.

1.2. Contributos da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau

A Teoria das Relações Interpessoais é uma teoria de médio alcance, centrada na relação estabelecida entre o enfermeiro e o cliente (Tomey & Alligood, 2004). Entende-se por teoria de médio alcance como sendo aquela que é mais direcionada para a prática de enfermagem, com um nível de abstração intermédio, ou seja, que propõe efeitos menos abstratos do que as grandes teorias, mas não se detém em ser demasiado operacional e específica (Tomey & Alligood, 2004; Pinheiro, Araújo, Rolim, Oliveira & Alencar, 2019).

Na sua teoria, Peplau define a enfermagem psicodinâmica e as fases estruturais da relação enfermeiro-cliente, que se designam por fase de orientação, identificação, exploração e resolução (Peplau, 1990; Tomey & Alligood, 2004). Estas fases, podem sobrepor-se durante o tempo da relação, interrelacionar-se e variar em termos de duração (Peplau, 1990; Tomey & Alligood, 2004).

Na fase de orientação, o enfermeiro ajuda o cliente a reconhecer e identificar o seu problema, a definir a sua necessidade de ajuda, ao mesmo tempo que ambos se consciencializam do papel que cada um ocupa no processo. A identificação é a fase em que o cliente identifica e começa a responder aos que podem oferecer-lhe a ajuda que necessita, através de uma das seguintes formas: com o enfermeiro, através da participação ou relações interdependentes; na base do isolamento e independência do enfermeiro; na base da dependência ou impotência do enfermeiro (Peplau, 1990; Tomey & Alligood, 2004; Townsend, 2011). Na fase de exploração, o cliente explora o que lhe é oferecido através da relação de forma a alterar a sua situação inicial, o que implica que seja um participante ativo no processo (Peplau, 1990; Tomey & Alligood, 2004; Townsend, 2011); o enfermeiro encoraja o cliente a reconhecer e explorar pensamentos, emoções e comportamentos, num ambiente emocional terapêutico (Peplau, 1990; George, 2000). A fase de resolução pressupõe que o cliente se liberte da identificação com as pessoas que o ajudaram para assumir a sua independência, uma vez que as necessidades iniciais foram colmatadas pela relação e pelo esforço conjunto entre o enfermeiro e o cliente (Peplau, 1990; Tomey & Alligood, 2004; Townsend, 2011). Em todas as fases do processo interpessoal, Peplau (1990) destaca que, tanto o enfermeiro como o cliente, têm a oportunidade de aprender e crescer juntos como resultado da interação, assumindo-se que cada encontro terapêutico irá potenciar o autoconhecimento (George, 2000; Nyström, 2007; Pinheiro et al., 2019).

Para a enfermagem psicodinâmica é necessário que o enfermeiro entenda o seu próprio comportamento “para ajudar os outros a identificar dificuldades sentidas, e a aplicar os princípios das relações humanas aos problemas que possam surgir em todos os níveis de experiência” (Towsend, 2011, p. 44). Neste sentido, o autoconhecimento do enfermeiro é importante, visto que o uso que faz de si mesmo tem influência direta na relação interpessoal (George, 2000). A primeira competência do enfermeiro especialista em ESMP reflete esta concepção, ao determinar que o empenho do enfermeiro no processo de autoconhecimento tem relevância no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Peplau (1990) descreve seis papéis do enfermeiro que podem surgir nas fases descritas, e que correspondem a valores e comportamentos específicos (Towsend, 2011). O papel de estranho decorre numa fase em que o enfermeiro e o cliente são estranhos um para o outro, pelo que o enfermeiro procura conhecer o cliente. O papel de pessoa de recurso pressupõe que o enfermeiro forneça informação específica que ajude o cliente, podendo a ajuda centrar-se em respostas factuais claras ou atingir o nível de aconselhamento. O papel de professor implica que o enfermeiro identifique o que o cliente sabe para fornecer informação que possa ajudar na situação. No papel de líder, o enfermeiro ajuda o cliente através da cooperação e participação ativa a alcançar os objetivos definidos. Quanto ao papel de substituto, este acontece quando “as formas de estar e os comportamentos da enfermeira criam modelações de sentimento no doente que reativam os sentimentos gerados numa relação anterior” (Tomey & Alligood, 2004, p. 427). Neste caso, o enfermeiro irá ajudar o cliente a reconhecer as semelhanças e as diferenças entre o enfermeiro e a pessoa recordada. O papel de conselheiro está dependente da forma como o enfermeiro responde ao pedido do cliente, por exemplo, como o ouve quando este revê sentimentos associados a dificuldades pelas quais está a passar. Neste papel, o enfermeiro mobiliza técnicas interpessoais para ajudar o cliente a integrar a experiência.

Tendo em conta o conhecimento desenvolvido no capítulo anterior sobre o ambiente terapêutico, considera-se que mobilizar esta teoria para este relatório constitui um importante contributo, visto que uma das características inerentes ao ambiente terapêutico é o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente; uma relação com intencionalidade e propósito, o que implica autoconhecimento, sendo este um dos pressupostos desta teoria.

Na teoria de Peplau (1990) foram descritos os conceitos do metaparadigma de Enfermagem, onde se inclui o ambiente; a autora define pessoa como um organismo

que vive num equilíbrio instável; define saúde como uma palavra símbolo, que está implicada no desenvolvimento da personalidade e de outros processos humanos, tendo em conta necessidades fisiológicas e interpessoais (Tomey & Alligood, 2004; Pinheiro et al., 2019); o ambiente não é definido explicitamente por Peplau. Entende-se que o ambiente influencia o desenvolvimento da pessoa, devendo o enfermeiro ter em atenção “a moral, os costumes e crenças (...) adquiridos” (Tomey & Alligood, 2004, p. 429). Este conceito demonstra que a interação da pessoa com o que a rodeia é significativo para o seu desenvolvimento (George, 2000). Por fim, a enfermagem é descrita como uma arte terapêutica, um processo interpessoal e significativo porque envolve a interação entre o enfermeiro e o cliente com um fim comum (George, 2000).

Os pressupostos da teoria de Peplau conferem sustentação aos objetivos pretendidos para este relatório, no que se refere à promoção do ambiente terapêutico através da *milieu therapy*. O ambiente para ser terapêutico, tem de perceber o cliente como um todo, com participação ativa no processo interpessoal com vista a incorporar novos conhecimentos e integrar mudanças efetivas. O enfermeiro, com base nesta perspetiva, procura conhecer as singularidades do cliente e identificar influências exteriores de forma a desenvolver uma relação terapêutica e, conseqüentemente criar um ambiente terapêutico numa visão psicodinâmica. À semelhança do que foi anteriormente referido, o autoconhecimento do enfermeiro é necessário e essencial para que possa fazer uso de si próprio na relação.

Deste modo, torna-se pertinente desenvolver o significado de relação terapêutica para este relatório.

1.3. Relação Terapêutica

Neste capítulo desenvolve-se a fundamentação teórica da relação terapêutica no contexto da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, entendendo-se como uma intervenção específica, uma vez que a natureza das necessidades do cliente é, sobretudo, relacional (Chalifour, 2008; Pereira, 2015).

A relação terapêutica é uma relação interpessoal que se desenvolve por etapas, num período de tempo limitado, com o intuito de ir ao encontro do objetivo que beneficia o cliente (Chalifour, 2008).

Uma das particularidades da relação terapêutica é o próprio enfermeiro, que para além de todos os seus conhecimentos teóricos, faz uso de si como instrumento terapêutico (Chalifour, 2008; Pereira & Botelho, 2014). Na relação terapêutica, o enfermeiro mobiliza diferentes domínios de si, que em termos teóricos podem ser distinguidos e definidos para uma melhor compreensão, mas que na prática interrelacionam-se e são indissociáveis. Neste sentido, um dos domínios mobilizados pelo enfermeiro é o técnico, que diz respeito à perícia e ao conhecimento prévio, bem como à experiência prática que decorre de um processo reflexivo (Pereira & Botelho, 2014; Pereira, 2015). O outro domínio mobilizado pelo enfermeiro é de ordem pessoal, as suas características pessoais estão inscritas na relação interpessoal, uma vez que se envolve na relação com tudo aquilo que é, enquanto pessoa, sendo fundamental que o enfermeiro promova o autoconhecimento e desenvolva qualidades pessoais que facilitem e beneficiem a relação com o cliente (Pereira & Botelho, 2014; Pereira, 2015).

Os domínios do enfermeiro, técnico e pessoal, são destacados por Chalifour (2008) como premissas que favorecem a relação, afirmando que “é na expressão consciente das suas qualidades pessoais e profissionais que se situa a base de todas as suas intervenções. Em diversas situações de ajuda serão as suas qualidades humanas que se constituirão como os principais utensílios” (Chalifour, 2008, p. 9).

Na revisão sistemática da literatura realizada por Pereira e Botelho (2014), com o intuito de identificar as qualidades pessoais que promovem a relação terapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, surgiram como resultados “o altruísmo, a compaixão/solidariedade, a gentileza e simpatia, a autenticidade, o interesse genuíno, a compreensão e a disponibilidade” (p. 72).

Chalifour (2009) refere que as qualidades pessoais do enfermeiro são importantes para desenvolver uma presença e escuta de qualidade na relação terapêutica com o cliente, sugerindo também, que o enfermeiro tem de estar atento

não só à comunicação verbal, mas também à comunicação não verbal porque permite identificar no cliente comportamentos e gestos contraditórios, assim como a percepção que tem de si e dos outros. Deste modo, entende-se que o enfermeiro, na relação terapêutica, tem de prestar “atenção simultaneamente ao que o cliente diz, ao modo como o diz, ao que se passa entre eles e ao que se passa em si-mesmo” (p. 25).

A atenção do enfermeiro deve, também, centrar-se nos fenómenos de transferência e contratransferência na relação. Sequeira (2016) descreve que a transferência ocorre quando o cliente associa sentimentos e atitudes do enfermeiro a pessoas que têm um papel significativo na sua vida, traduzindo-se numa resposta inconsciente, como por exemplo, uma reação hostil para com o enfermeiro. A contratransferência pode definir-se como um impasse terapêutico que tem origem no enfermeiro como resposta a uma resistência do cliente (Sequeira, 2016). Ambos os fenómenos podem ter efeitos negativos na relação terapêutica se forem ignorados pelo enfermeiro, pelo que o mesmo deve mobilizar recursos internos e externos para diminuir o seu impacto (Sequeira, 2016).

Outro aspeto importante da relação terapêutica é a existência de limites terapêuticos, que têm como intuito proteger o cliente e o enfermeiro, assim como manter a relação funcional. A manutenção destes limites visa a segurança do cliente e a proteção do enfermeiro de situações de *burnout*, preservando a estabilidade pessoal (Pereira & Botelho, 2014).

CAPÍTULO II: PERCURSO DE APRENDIZAGEM NOS CONTEXTOS

Tendo por base uma metodologia de projeto, o percurso formativo realizado desenvolveu-se em dois contextos de estágio ao longo de dezoito semanas. Durante este período foram mobilizadas diversas estratégias para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista de ESMP, nomeadamente: a pesquisa bibliográfica³, a realização de uma revisão integrativa da literatura sobre o tema, a construção de um documento de apoio à prática, o recurso a uma prática reflexiva partilhada com os orientadores, a prestação de cuidados de enfermagem, e a reflexão escrita segundo o ciclo reflexivo de Gibbs⁴.

O objetivo geral que orientou este percurso foi:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista na promoção do ambiente terapêutico, de acordo com o modelo *Milieu Therapy*.

Este capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos, de acordo com os contextos de estágio, uma vez que esta opção permite explorar de forma detalhada os objetivos específicos e as atividades realizadas em cada local. A análise crítica destes aspetos encontra-se sustentada em evidência científica e alicerçada na teoria das Relações Interpessoais de Peplau.

2.1. Contexto Comunitário - Hospital de Dia (HD) – Unidade de Adolescentes

O percurso para o desenvolvimento de competências iniciou-se no contexto comunitário, em HD – Unidade de Adolescentes, de um hospital da área de Lisboa. Esta primeira etapa teve a duração de nove semanas, de 23 de novembro de 2020 a 5 de fevereiro de 2021. A caracterização deste local de estágio encontra-se no Apêndice I deste relatório.

Como objetivos específicos deste local de estágio definiram-se:

³ Realizaram-se pesquisas bibliográficas nas bases de dados eletrónicas *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), no *Google Scholar*, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e nos recursos bibliográficos da ESEL.

⁴ O ciclo de *Gibbs* é um instrumento que orienta, através de seis etapas, a operacionalização do exercício reflexivo. As etapas são: descrição, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planear a ação (Jasper, 2003).

- Identificar as intervenções de enfermagem que promovem um ambiente terapêutico;
- Colaborar nas intervenções de enfermagem com base no modelo *Milieu Therapy*;
- Desenvolver autoconhecimento, a nível pessoal e profissional tendo por base as experiências vividas no ensino clínico.

De seguida, abordam-se as atividades desenvolvidas em cada objetivo específico.

No que respeita ao primeiro objetivo específico, definiram-se como atividades a realização de uma revisão integrativa da literatura (RIL) sobre a temática, a elaboração de uma grelha de observação, e a observação da interação entre o enfermeiro e o cliente.

Quanto à **realização de uma RIL**⁵, optou-se por esta metodologia de investigação para sintetizar o conhecimento existente sobre as intervenções de enfermagem à pessoa no contexto de saúde mental e psiquiátrica, promotoras do ambiente terapêutico. Pretendeu-se com esta atividade sustentar o percurso de estágio numa prática baseada na evidência, promovendo-se cuidados de enfermagem de qualidade e uma tomada de decisão refletida e fundamentada. A questão de investigação que orientou a RIL foi “Quais são as intervenções de enfermagem promotoras do ambiente terapêutico em saúde mental e psiquiatria?”. Entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021, consultaram-se as bases de dados eletrónicas da plataforma EBSCOhost *Integrated*⁶ e *Scielo – Scientific Electronic Library Online*, tendo-se obtido três artigos para análise integral. A sua análise permitiu sintetizar intervenções de enfermagem promotoras do ambiente terapêutico em saúde mental e psiquiátrica centradas no ambiente físico e organizacional das unidades, assim como, intervenções que emergem na relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa.

Neste sentido, com base nos dados obtidos na RIL, elaborou-se uma **grelha de observação** das intervenções de enfermagem promotoras do ambiente terapêutico (Apêndice II). O seu intuito prendeu-se com a necessidade de ter um instrumento que orientasse a observação nos campos de estágio para permitir a

⁵ **Unidade de Competência D2.2** “Suporta a prática clínica em evidência científica.” (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2019).

⁶ *Academic Search Complete; CINAHL Complete; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects; MedicLatina; MEDLINE Complete.*

identificação das intervenções de enfermagem no âmbito da *milieu therapy*, ao mesmo tempo que auxiliou na construção de um pensamento de enfermagem mais estruturado. Considerou-se também, que permitia fomentar uma prática refletida e o treino de competências em diversos momentos de aprendizagem.

Relativamente à construção da ferramenta de observação, partiu-se da atualização proposta por Delaney (2017) dos pressupostos definidos por Gunderson (1978) como essenciais para um ambiente terapêutico. A autora justifica a sua proposta após vários anos de reflexão sobre a prática, em que adaptou os pressupostos à forma como evoluíram os cuidados prestados no âmbito da saúde mental e psiquiátrica. Assim, organizaram-se as intervenções de enfermagem que emergiram da RIL nas categorias do ambiente terapêutico: segurança, estrutura, suporte e autogestão. Incluiu-se uma coluna para assinalar que intervenções foram observadas na interação e uma coluna de comentários para acrescentar alguma particularidade à observação. Para cada categoria foi disponibilizado um espaço para notas de campo, de forma a integrar o que estava a ser observado e tivesse relevância para o presente documento.

Importa referir que durante as observações/interações a grelha serviu apenas de orientação, face à possibilidade do seu preenchimento em concomitância com as sessões puder ser um fator inibidor/condicionador da relação terapêutica. Por este motivo, o seu preenchimento foi realizado após as observações/interações ou no final dos turnos, conforme a pertinência, o que permitiu refletir sobre os momentos de aprendizagem e perceber os seus contributos para o processo formativo. O instrumento de observação foi mobilizado em ambos os estágios, não tendo existido necessidade de proceder à sua atualização face à mudança de contexto.

Tanto a RIL, como a grelha de observação, foram fundamentais para a elaboração da introdução e do enquadramento teórico deste relatório, bem como, para promover o debate e a reflexão sobre a temática nos contextos de estágio com os orientadores clínicos e as equipas multidisciplinares.

No que respeita à atividade de **observação da interação entre o enfermeiro e o cliente**, existiu preocupação em estar presente em todas as situações que oferecessem oportunidades de aprendizagem. Nesse sentido, adequou-se o horário ao cronograma das atividades no local de estágio, estando estas adaptadas à situação pandémica vivida no momento. Apesar do hospital estipular um número limite de pessoas por espaço físico, a equipa multidisciplinar organizou-se para que pudesse

estar presente na maioria das atividades, pelo que se considera que o processo formativo não foi comprometido.

Numa fase inicial do estágio esta atividade foi prevalente, uma vez que se estava a apreender a dinâmica de funcionamento e organização do HD, o que possibilitou perceber e identificar algumas intervenções de enfermagem, segundo a *milieu therapy*, centradas em aspetos físicos e organizacionais.

Na categoria de Segurança verificou-se que todos os adolescentes tinham conhecimento das regras da unidade, nomeadamente no que concerne à proibição de objetos perigosos e cortantes para si ou para terceiros, sendo informados aquando da admissão na unidade e, pontualmente, quando conversados assuntos que pudessem fazer emergir esta regra. Também existia uma avaliação do risco de suicídio na admissão à unidade, e sempre que existissem critérios que o justificassem. É de realçar que muitos dos adolescentes acompanhados por esta unidade já tinham tido internamentos prévios por tentativa de suicídio.

Quanto à supervisão da unidade, a equipa multidisciplinar organizava-se para que estivesse pelo menos um elemento sempre presente. Contudo, notou-se que esta supervisão não se prendia apenas com a presença física, dado que todas as interações com os adolescentes/pais se constituíam como uma oportunidade de intervenção terapêutica. A consciencialização desta particularidade do ambiente terapêutico permitiu integrar a importância da disponibilidade para a relação, bem como, do investimento essencial no autoconhecimento. Durante o período de estágio, não se observou necessidade de recorrer à utilização de medidas de restrição física e mecânica.

No entanto, verificou-se que existia uma monitorização do comportamento do adolescente no contexto, em que se avaliava a sua postura, discurso e atividade motora. Estes aspetos constituem, segundo Valentim, Laranjeiro e Querido (2020), pontos fulcrais na avaliação de fatores de risco e sinais de alarme de comportamentos auto e hetero-agressivos devendo-se, também, incluir a história prévia de agressão na avaliação. A monitorização e avaliação do adolescente no contexto foi posteriormente analisada com o orientador clínico, de forma a desenvolver competências⁷ na avaliação do cliente, na identificação de diagnósticos de

⁷ **Critério de Avaliação F3.1.8.** “Avalia o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio, e outros comportamentos autodestrutivos, de forma a ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros.” (OE, 2018).

enfermagem e na gestão de comportamentos. Esta gestão remete para a importância que Townsend (2011) atribuiu à intervenção de enfermagem relacionada com “impor limites ao comportamento não aceitável no meio terapêutico (...) estes limites devem ser estabelecidos, escritos e levados a cabo pela equipa” (p. 206). A intervenção de enfermagem observada foi ao encontro do que a autora descreve, nomeadamente, a adequação da linguagem na explicação dos comportamentos não aceitáveis e as consequências caso os limites fossem ultrapassados.

Quanto à categoria de Estrutura, as atividades da unidade estão definidas num cronograma, do qual os adolescentes e pais tomam conhecimento no momento da admissão. Durante o período de estágio foi necessário adapta-lo consoante as necessidades individuais ou do grupo identificadas, bem como devido à situação pandémica, constatando-se a capacidade de adaptação e flexibilidade da equipa multidisciplinar, características essenciais para o ambiente terapêutico. Outro aspeto importante nesta categoria prende-se com as reuniões semanais da equipa multidisciplinar. Foi possível participar em nove reuniões, sendo que numa fase inicial se procurou apreender o funcionamento da equipa e a forma como definiam o plano de intervenção, com especial enfoque no papel do orientador clínico enquanto enfermeiro especialista em ESMP. Numa fase posterior foi adotada uma postura participativa, em que o contributo se centrava na apreciação e nas intervenções de enfermagem realizadas⁸. Atendendo a que a experiência profissional como enfermeira decorre num domínio que não o específico da saúde mental e psiquiátrica, a participação nestas reuniões foi fulcral para a compreensão da forma como se estrutura a abordagem terapêutica na unidade. Num primeiro momento, é realizada uma avaliação inicial do cliente por cada elemento da equipa multidisciplinar, o que proporciona avaliações específicas consoante a área profissional. Segue-se uma primeira reunião, que consiste na apreciação das várias avaliações, possibilitando definir um plano de intervenção em conjunto, com objetivos específicos e individualizados, monitorizados e/ou atualizados nos encontros de equipa seguintes.

Durante o estágio ocorreu a participação em dois momentos de avaliação inicial, em que uma das intervenções de enfermagem realizadas foi a entrevista de

⁸ **Critério de Avaliação F3.3.1.** “Compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal.” (OE, 2018).

colheita de dados⁹ que permitiu colher informações concretas e amplas com vista à elaboração de diagnósticos de enfermagem (Sequeira, 2016). Através destas entrevistas foi possível constatar aspetos descritos na literatura relativamente a esta intervenção. Primeiramente, a disponibilidade de ambas as partes (entrevistador e entrevistado) para a entrevista, em que é dado a conhecer o seu objetivo, o que vai ao encontro do descrito por Sequeira (2016) de que uma entrevista é um encontro previsto e planificado, uma interação de caráter profissional com o objetivo de desenvolver colaboração terapêutica. Com o orientador clínico percebeu-se como proceder na preparação da entrevista, nomeadamente, as questões iniciais a colocar relacionadas com o contexto, natureza e objetivos da entrevista, a identificação dos meios disponíveis para a sua realização, e a preparação do espaço físico. Sequeira (2016) descreve a importância da preparação do local da entrevista, devendo ser calmo, acolhedor e ao mesmo tempo salvaguardar a privacidade, de modo a que o entrevistado se possa sentir o mais confortável possível. Remetendo para a teoria de enfermagem que orienta este relatório, compreende-se que a intervenção de enfermagem - execução de entrevista de colheita de dados - se enquadra na fase de orientação da relação. O motivo do descrito, prende-se com o facto do intuito terapêutico se centrar, não só na identificação do pedido de ajuda do cliente e a sua compreensão, bem como, proporcionar a consciencialização do papel do enfermeiro e do cliente no processo terapêutico (Peplau, 1990).

Por este motivo, ao longo de todo o estágio, existiu a preocupação em centrar o foco do processo de enfermagem no que o cliente identifica como o pedido de ajuda.

Quanto ao segundo objetivo específico, colaborar nas intervenções de enfermagem com base no modelo *Milieu Therapy*, definiram-se como atividades: participar na intervenção junto do grupo terapêutico; participar na intervenção junto do grupo de pais na plataforma *Zoom*; e realizar a apresentação do projeto de estágio à equipa de enfermagem.

A **participação na intervenção junto do grupo terapêutico**, com especial atenção ao ambiente, decorreu com o acompanhamento do orientador clínico em dois grupos diferentes. Quando se iniciou o período de estágio, a intervenção da equipa multidisciplinar estava centrada num grupo de quatro adolescentes que tinha iniciado

⁹ **Critérios de Avaliação F3.1.1.** "Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental." (OE, 2018).

o seu projeto terapêutico em outubro. Este grupo tinha retomado a atividade presencial no HD há uma semana, uma vez que, até essa altura, as sessões estavam a decorrer em formato online, devido à pandemia. Apesar do receio de integrar um grupo já estabelecido, verificou-se que o acolhimento foi fácil e que não existiu prejuízo para o mesmo. Assim, na primeira sessão com o grupo foi solicitado o consentimento informado para o integrar, com a realização de uma apresentação, mencionando o motivo da realização do estágio e da pertinência de participar e integrar o grupo. A aceitação foi unânime e sem resistência, provavelmente decorrente da capacidade de adaptação adquirida após exposição anterior a situações de mudança ou de carácter imprevisível no HD.

Inicialmente, por ser uma experiência nova, a intervenção no grupo terapêutico centrou-se na observação participante, com a tentativa de compreender a dinâmica do grupo e o papel do enfermeiro especialista em ESMP. Foi realizado um jornal de aprendizagem, assente no ciclo de Gibbs, em que se refletiu e sistematizou o conhecimento sobre o grupo terapêutico, a forma como foi vivenciado o silêncio no grupo, a técnica de *feedback* e a liderança no grupo. De seguida, apresentam-se alguns excertos deste jornal de forma a exemplificar o que foi refletido e aprendido.

“O **grupo terapêutico** tem diversas funções e parte da premissa de que, como as interações pessoais são importantes para o desenvolvimento psicológico, o instrumento terapêutico é o *setting* de grupo (Vinogradov & Yalom, 1992). Este *setting* permite que os elementos do grupo tomem consciência de que não estão sozinhos no que estão a vivenciar, o que lhes pode ajudar a ter esperança de que os seus problemas podem ser resolvidos (Vinogradov & Yalom, 1992; Towsend, 2011). Além disso, o *setting* de grupo proporciona a partilha de conhecimentos formais ou opiniões e sugestões entre os seus elementos, o desenvolvimento de capacidades sociais e a aprendizagem interpessoal (Vinogradov & Yalom, 1992; Towsend, 2011). (...)”

Considero que a gestão do grupo terapêutico permitiu encorajar a partilha de sentimentos, o que segundo Amaral (2020), é uma das funções de um grupo.

Este autor refere que essa partilha entre os membros do grupo, onde se podem também incluir experiências, ideias e opiniões, permite promover a autoestima, a aprendizagem pela interação social e o “estabelecimento de relações de suporte” (Amaral, 2020, p. 225). (...)”

No que respeita à **intervenção do enfermeiro especialista em ESMP em contexto de grupo**, este trabalho contribuiu para a consciencialização da importância dos seguintes aspetos: a definição do propósito do grupo; o meio físico onde é realizado o grupo porque tem de promover conforto e segurança; e o tipo de liderança e gestão que é adotado pelo enfermeiro.”

Excerto do Jornal de Aprendizagem I

“A **gestão do silêncio** na relação com o outro, ou num grupo terapêutico, emergiu como um dos temas deste jornal de aprendizagem com o intuito de promover o autoconhecimento e a dimensão do sentir, que está implícita na relação terapêutica.

Apesar de ter experiências profissionais prévias na mobilização do silêncio como forma de comunicação com o outro, esta situação proporcionou-me a reflexão sobre como o sinto num grupo terapêutico. Percebi que, independentemente do contexto, se o silêncio for utilizado com intencionalidade na relação e se o ambiente transmitir segurança, eu sinto-me confortável com a utilização deste recurso comunicacional. (...)

Na situação descrita, destaco o **feedback** dado pelo enfermeiro orientador a I. porque assegurou que o ambiente do grupo era seguro e que estava disponível para ela.

Towsend (2011) descreve que o *feedback* é uma técnica de comunicação útil quando utilizada com objetividade, focada no comportamento que o cliente tem capacidade de alterar. Por este motivo, o *feedback* deve ser objetivo e específico, transmitindo-se informações em vez de conselhos, o que permite evitar juízos sobre o cliente (Towsend, 2011). (...)

Neste sentido, é importante que o enfermeiro assuma a **liderança** de acordo com a fase de desenvolvimento em que o grupo se encontra que, no caso específico da situação descrita, considero enquadrar-se, de acordo com a classificação proposta por Towsend (2011), na fase média ou de trabalho, que se caracteriza pela existência de coesão entre os elementos do grupo, que cooperam entre si com vista à “resolução de problemas e a tomada de decisões” (Towsend, 2011, p. 171).

É igualmente importante que o enfermeiro selecione o estilo de liderança mais adequado ao grupo, identifique os papéis desempenhados pelos seus elementos nas situações de grupo, assim como, a motivação subjacente aos comportamentos (Towsend, 2011).

Estes aspetos permitem, na minha opinião, que o enfermeiro desempenhe uma liderança emocionalmente inteligente. Goleman (2012) descreve a inteligência emocional como a capacidade de reconhecer em si e no outro competências emocionais e sociais (...) Na gestão da situação descrita considero que estiveram presentes as características subjacentes ao conceito de inteligência emocional.”

Excerto do Jornal de Aprendizagem I

Ao longo do estágio existiu a possibilidade de estar presente em várias intervenções de grupo, bem como, dinamizar duas delas tendo em conta o projeto que estava a ser desenvolvido na unidade com o grupo¹⁰. Neste sentido, sentiu-se a necessidade de ir refletindo sobre todos estes momentos com o orientador clínico de

¹⁰ **Critério de Avaliação F3.3.1.** “Compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal.” (OE, 2018).

forma a criar uma compreensão do processo de grupo. Adicionalmente, tendo em conta que se tratava de um grupo de adolescentes, foi necessário pesquisar e estudar as particularidades desta fase de desenvolvimento, com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre o seu comportamento. Percebeu-se que o grupo desta unidade se enquadra numa fase da adolescência que reflete características como a “falta de esperança, (...) incapacidade de lidar com as emoções, (...) dificuldade em conseguir um sentido para o futuro, (...) dificuldade na resolução de problemas quotidianos, (...) mal-estar significativo, (...) desinteresse por causas sociais e o isolamento” (Sampaio, 2014, p. 48). Sequeira (2016) apresenta um conjunto de estratégias de comunicação com adolescentes, mas salvaguarda que o enfermeiro deve avaliar a sua adequação ao estado de desenvolvimento dos mesmos. Dentro das estratégias que enumera, destacam-se o estabelecimento de limites e a clarificação de papéis na relação, o respeito pelo espaço pessoal do adolescente, a demonstração de disponibilidade para escutar sem julgar, a necessidade de flexibilidade na relação, o evitar de apresentar soluções, e o incentivo à participação do adolescente na relação e no envolvimento nas tomadas de decisão. O autor refere que na comunicação com adolescentes é importante privilegiar a escuta, evitar sobrecarga de questões e valorizar o conhecimento e opiniões dos mesmos para, desta forma, incentivar a partilha sobre determinado problema ou assunto (Sequeira, 2016). Estas estratégias foram mobilizadas e praticadas ao longo do estágio, verificando-se que facilitavam o desenvolvimento da relação terapêutica.

Relativamente à primeira sessão dinamizada com o grupo, o objetivo foi realizar um balanço sobre as aprendizagens/mudanças internas sentidas pelos adolescentes ao longo do período de tempo na unidade, identificar outras mudanças que pretendiam realizar e as estratégias para o fazer. No início da sessão foi explicado o objetivo da mesma e o que se pretendia desenvolver, tendo sido disponibilizado tempo para a realização da atividade planeada. Considerou-se que a fase de acolhimento permitiu o esclarecimento do objetivo da sessão e a forma como esta seria dinamizada, tendo-se notado receptividade e adesão do grupo para realizar a sessão. Quando se solicitou que falassem sobre o que tinham escrito, uma das adolescentes partilhou pela primeira vez com o grupo um conjunto de pensamentos que gerou o silêncio no seio do mesmo. Na tentativa de organizar mentalmente o que comunicar ao grupo, de modo a dar sentido e clarificar a partilha da adolescente, gerou-se um impasse na relação e foi necessária a intervenção do orientador clínico. Este encorajou a expressão de sentimentos e a tomada de consciência de si, o que permitiu a

identificação do pedido de ajuda. Na sua abordagem recorreu a técnicas de reflexo que têm como vantagens, segundo Chalifour (2008), permitir que o interveniente espelhe ao cliente “o mais fielmente possível a sua compreensão da mensagem comunicada, colocando-se para tal no ponto de vista do cliente” (p. 156). Deste modo, o cliente é convidado a prestar atenção ao que lhe foi devolvido e, conseqüentemente prestar atenção a si próprio, com o intuito de favorecer escolhas e a adoção de comportamentos que promovam a sua autorrealização e desenvolvimento (Chalifour, 2008). Esta sessão foi refletida no segundo jornal de aprendizagem apresentando-se, de seguida, dois excertos do mesmo.

“Relatei esta experiência porque ao me confrontar com um pedido para o qual senti não ter resposta causou-me, no primeiro impacto, insegurança e desconforto. Estes sentimentos surgiram por ter sido uma declaração inesperada, que me deixou perplexa, perdida e sem saber o que dizer. Naquele momento, despontou em mim taquicardia e questões como “E agora? O que é que vou dizer?”, ao mesmo tempo que refletia que não podia concentrar a minha intervenção em dar uma resposta a A.. Enquanto me centrava nos pensamentos percebi que deixei de me focar na cliente, o que transpareceu na condução da sessão. O silêncio que surgiu senti-o como incómodo e interroguei-me sobre a origem do meu desconforto. Contudo, necessitei desse momento como uma pausa para refletir e aperceber-me que ainda não tinha identificado o pedido de ajuda da cliente. Interroguei-me sobre:

- Qual seria o pedido de ajuda relacionado com o que foi verbalizado?
- O que é que eu sinto perante uma declaração desta natureza?
- O que é que a cliente deseja que eu compreenda com a sua declaração?
- Que emoções é que pode estar a viver?

A intervenção do enfermeiro orientador clínico surgiu enquanto me confrontava mentalmente com os aspetos que mencionei. Senti-a como a ajuda que necessitava para desbloquear o impasse criado. Por outro lado, surgiram-me dúvidas relativamente à minha abordagem perante uma situação semelhante, nomeadamente, as estratégias a mobilizar para identificar o pedido de ajuda do cliente.”

Excerto do Jornal de Aprendizagem II

“Para facilitar a gestão de impasses de contato na relação, tanto na comunicação verbal como na não verbal, Chalifour (2009) destaca a importância das qualidades pessoais do terapeuta, o laço afetivo desenvolvido com o cliente e, um ambiente físico e humano que transmita segurança ao cliente. Estes aspetos realçam, na minha perspetiva, a necessidade do enfermeiro desenvolver o autoconhecimento para não se limitar a ser apenas uma presença física a desempenhar um papel na relação com o cliente. Assim, será possível que o enfermeiro faça uso terapêutico de si o que, de acordo com Townsend (2011), envolve autoconhecimento e autoconsciência, nomeadamente, da influência que o seu sistema interno de valores, que combina intelecto e emoções, pode ter na relação. Para além destas características, Lazure (1994) refere que quando o enfermeiro está na relação com o cliente “necessita de ter profunda consciência do contacto com aquele que ela incentiva a prosseguir no crescimento pessoal e na busca de soluções, (...) respeitando permanentemente o carácter único da sua personalidade” (p. 14). Depreendo desta citação que é importante o enfermeiro ter interiorizado que na relação com o cliente este é detentor dos recursos para resolver as suas necessidades ou problemas. Por este motivo, considero que teria sido benéfico e orientador da minha intervenção ter tido presente estes aspetos na interação com a cliente.”

Excerto do Jornal de Aprendizagem II

A segunda sessão dinamizada com o grupo terapêutico teve como objetivo encorajar a expressão de sentimentos relacionados com a necessidade de regressar às sessões terapêuticas em formato online, devido ao agravamento da situação pandémica, e abordar comportamentos de risco de alguns elementos do grupo. Nesta sessão existiu uma maior consciencialização da comunicação não verbal, tendo-se procurado demonstrar uma presença disponível através da escuta, o que se traduziu numa sessão em que o objetivo proposto foi alcançado¹¹.

É de referir que o segundo grupo terapêutico foi constituído durante o período de estágio, o que facilitou a integração no mesmo. A vivência da fase inicial do grupo possibilitou identificar o papel do enfermeiro com o de estranho segundo o definido por Peplau (1990). Neste papel, o enfermeiro e o cliente estão a conhecer-se, a estabelecer confiança e a relação terapêutica.

Ocorreu também a participação em três sessões do grupo terapêutico em formato online, na plataforma *Zoom*, sendo esta experiência refletida juntamente com a atividade seguinte.

A participação na intervenção junto do grupo de pais, na plataforma *Zoom*, foi possível após obter o consentimento informado dos mesmos, sendo

¹¹ **Critério de Avaliação F4.1.8.** “Demonstra sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros.” (OE, 2018).

possível participar em quatro sessões. A necessidade deste grupo decorrer em formato online prendeu-se com as medidas definidas pelo hospital quanto ao número de pessoas no mesmo espaço, devido à pandemia.

A intervenção familiar realizada pela equipa tem um cariz psicoeducativo, envolvendo uma abordagem multifamiliar. De acordo com Pinho (2020), esta abordagem é realizada com várias famílias em grupos psicoterapêuticos, permitindo uma “catarse e a partilha de emoções e experiências entre os familiares” (p. 217). As sessões, com duração habitual entre os 60 a 90 minutos, são conduzidas por um terapeuta e um coterapeuta, sendo que nas sessões participadas estes papéis foram desempenhados pelo orientador clínico e pela psicóloga da unidade.

Relativamente às temáticas tratadas nas sessões, as duas primeiras focaram a gestão de tarefas em casa e a definição de limites. Na terceira sessão existiu uma alteração na constituição do grupo, visto que foram integrados os pais do segundo grupo terapêutico. Por este motivo, esta sessão centrou-se no acolhimento aos novos elementos e em perceber como estavam a vivenciar a integração dos filhos na unidade. Os pais que estavam há mais tempo no grupo partilharam as suas experiências, o que se constituiu como positivo para aliviar o estigma associado à doença mental e à participação neste tipo de grupos, bem como, para promover a sua coesão. Constatou-se que alguns pais tinham dificuldade em expressar o que pensavam ou sentiam, mas destacaram a sobrecarga associada às repercussões da doença dos filhos nas várias áreas das suas vidas. Por fim, a última sessão teve como tema a preocupação que sentiam em relação à transição da intervenção grupal dos filhos para o formato online e a incerteza de regressarem ao espaço físico da unidade.

Apesar da participação nos grupos de pais se ter centrado numa observação participante, a experiência vivenciada em cada um deles era discutida e refletida com o orientador clínico e partilhada, posteriormente, nas reuniões com a equipa multidisciplinar¹². Para o percurso formativo, foi essencial a presença nestas sessões para compreender as repercussões deste tipo de doença na dinâmica familiar, identificar as necessidades da família e os recursos que podem ser mobilizados. Percebeu-se, também, que a intervenção da equipa com o adolescente implica uma intervenção com a família, de forma a aumentar a sua efetividade.

¹² **Critérios de Avaliação F4.1.6.** “Presta apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias.” (OE, 2018).

Nos vários grupos de pais, a intervenção do enfermeiro especialista em ESMP permitiu mediar a interação entre os familiares, gerindo o que estava a acontecer no *setting* terapêutico, de forma a possibilitar a identificação de estratégias de *coping* ou de outros recursos, assim como a expressão de sentimentos. Existiram também situações em que foi necessário esclarecer dúvidas sobre a doença mental e sintomatologia associada.

Quanto ao formato online, a equipa considerou numa perspetiva global, que a adesão do grupo foi mantida, verificando-se o aumento do número de participantes por família, uma vez que existia uma maior acessibilidade e flexibilidade de horário devido ao teletrabalho. Contudo, percecionaram-se desvantagens como a dificuldade em analisar a linguagem não verbal e em controlar o *setting* terapêutico com a existência, por exemplo, de interrupções durante as sessões, o que pode ter condicionado a análise da dinâmica familiar.

Tanto no grupo de pais como no grupo terapêutico com os adolescentes em formato online, as principais dificuldades sentidas, na perspetiva pessoal, centraram-se nas limitações relacionadas com a comunicação não verbal. O planeamento das sessões decorreu tal como no formato presencial, com atenção à criação de um *setting* adequado. Ambos os grupos (adolescentes e pais) conseguiram gerir com facilidade o uso das tecnologias, embora se tivesse notado que os adolescentes estivessem mais familiarizados com as mesmas.

Estes aspetos vão ao encontro do que Smith, Ostinelli, Macdonald e Cipriani (2020) e Weinberg (2020) descrevem nos seus estudos sobre algumas das vantagens e desvantagens nas terapias de grupo online no contexto pandémico. Enumeram como vantagens a acessibilidade, a flexibilidade em termos de espaço e tempo, a melhor identificação das expressões faciais e a manutenção da aliança terapêutica, em que verificaram que é percebida pelo cliente como idêntica ao formato presencial. Como desvantagens identificaram a perda de contacto ocular, a existência de um maior número de elementos de distração, a limitação na regulação emocional, a impossibilidade de contenção física e as limitações na comunicação não verbal.

Remetendo para o tema deste relatório - o ambiente terapêutico - pode-se inferir que na categoria da Autogestão foi possível perceber a intervenção do enfermeiro especialista em ESMP de promover terapia de grupo, tendo sido mencionado acima a intencionalidade terapêutica da mesma. Na categoria de Suporte conseguiu-se também identificar todas as intervenções de enfermagem que foram incluídas na grelha de observação.

A última atividade definida para o segundo objetivo específico foi realizar a apresentação do projeto de estágio à equipa de enfermagem, tendo sido cumprida. Para além da equipa de enfermagem, o projeto foi apresentado a toda a equipa multidisciplinar, tendo-se criado momentos de troca de ideias relativamente ao mesmo. Percebeu-se que, apesar de todos conhecerem o conceito de ambiente terapêutico, sentiam dificuldade em nomear como se concretizava e estruturava no contexto prático, tendo-se contribuído para um maior esclarecimento da temática.¹³ Estes aspetos vão ao encontro do que se encontrou na literatura, nomeadamente, na existência de poucos estudos sobre intervenções específicas neste âmbito¹⁴.

No que respeita ao terceiro objetivo específico, as atividades definidas foram reunir quinzenalmente com o orientador do local de estágio e elaborar pelo menos uma reflexão segundo o ciclo de Gibbs.

Ao longo do estágio, tal como descrito anteriormente, existiu a necessidade de **reunir com o orientador do local de estágio** com uma frequência superior à que foi definida, visto que muitas das situações estavam a ser vivenciadas pela primeira vez. Estas reuniões traduziram-se em partilhas de emoções, dúvidas e ideias que estavam a ser pensadas/vivenciadas no momento, tendo recebido do orientador a sua partilha e *feedback*. Permitiram igualmente compreender fenómenos de transferência e contratransferência, a gestão da relação terapêutica e os seus limites¹⁵.

Os **jornais de aprendizagem**, por sua vez, permitiram refletir sobre a prática de uma forma mais estruturada, em que a mobilização de conhecimento teórico possibilitou planear situações futuras de uma forma mais sustentada. Realizaram-se dois jornais de aprendizagem, que procuraram dar resposta ao que foi pensado e sentido na situação.

¹³ **CrITÉRIOS de Avaliação D2.2.5** “Discute as implicações da investigação.” (OE, 2019).

¹⁴ **CrITÉRIOS de Avaliação D2.2.4** “Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.” (OE, 2019).

¹⁵ **CrITÉRIO de Avaliação F1.1.1.** “Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.” (OE, 2018).

CrITÉRIO de Avaliação F1.1.2. “Gere os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica.” (OE, 2018).

“Questionei-me sobre os seguintes aspetos:

- Que significado tem o silêncio para o grupo?
- O que é que o grupo comunica ao aderir ao silêncio?
- Quando e como é que o silêncio pode ser interrompido?

Neste sentido, notei que refletia sobre o modo como poderei realizar a gestão do silêncio na relação com o outro ou num grupo terapêutico.

Outro aspeto que teve impacto em mim foi a forma como o grupo reagiu à expressão da tristeza de I. porque lhe permitiram chorar, sem demonstrar desconforto ou apressar o momento. (...)

- Qual o impacto da expressão sentimentos para os elementos do grupo terapêutico?
- Qual o papel do enfermeiro especialista no grupo terapêutico?
- Se o grupo terapêutico pode ser um fator promotor de um ambiente terapêutico favorável?”

Excerto do Jornal de Aprendizagem I

A participação em sessões de terapia individual de cariz psicoterapêutico foi essencial para compreender a especificidade deste tipo de intervenção. As intervenções psicoterapêuticas realizadas pelo enfermeiro especialista em ESMP foram implementadas com base num diagnóstico de enfermagem, identificado em conjunto com o adolescente e inserido no seu plano terapêutico. Nas sessões assistidas, os focos de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®) foram: “baixo controlo de impulsos” e o “risco de comportamento autodestrutivo”. Neste sentido, foi possível observar a importância da relação terapêutica e do autoconhecimento, uma vez que o enfermeiro necessitou de fazer uso de si, enquanto recurso terapêutico, na interação com o cliente. Constatou-se igualmente a importância da comunicação terapêutica para guiar o cliente a tomar consciência de si e a reconhecer os seus recursos, bem como para encorajar o *insight*.

Estas especificidades vão ao encontro do que Sampaio, Peres, Ribeiro, Barreto, Teixeira e Fernandes (2017) descrevem sobre a intervenção psicoterapêutica na ótica da ESMP, que pressupõe o encontro entre o cliente que está em sofrimento/*distress* e o enfermeiro que, por intermédio da relação terapêutica que estabelece, tenta conduzir o outro à redução do seu sofrimento e *distress* pela mudança de atitudes, sentimentos ou comportamentos, com a particularidade destes encontros serem limitados no tempo.

O papel de conselheiro descrito por Peplau (1990) pode ser enquadrado nestas sessões de terapia individual, uma vez que é através do aconselhamento que o

enfermeiro ajuda o cliente a reconhecer, interiorizar, aceitar e procurar resolver os problemas.

A promoção de sessões de terapia individual é outra das intervenções que está contemplada na categoria de Autogestão do ambiente terapêutico, e que foi possível experienciar.

2.2. Contexto de Internamento - Serviço de Psiquiatria de Doentes em Fase Aguda

A etapa seguinte no percurso de desenvolvimento de competências decorreu em contexto hospitalar, no serviço de internamento de psiquiatria de agudos de um hospital da área de Lisboa. Esta segunda etapa teve a duração de nove semanas, de 8 de fevereiro de 2021 a 16 de abril de 2021. A caracterização deste local de estágio encontra-se no Apêndice III deste relatório.

Como objetivos específicos deste local de estágio definiram-se:

- Identificar as intervenções de enfermagem que promovem um ambiente terapêutico;
- Colaborar e desenvolver as intervenções de enfermagem com base no modelo *Milieu Therapy*;
- Desenvolver autoconhecimento a nível pessoal e profissional, tendo por base as experiências vividas no ensino clínico.

Durante a realização do estágio, associado à situação pandémica vivida no momento, a equipa de enfermagem do serviço organizou-se para realizar turnos no serviço de urgência psiquiátrica do centro hospitalar. Nesse sentido, e uma vez que foram atribuídos turnos ao orientador do local de estágio, considerou-se que acompanhá-lo traduziria uma experiência enriquecedora no âmbito do tema deste relatório, assim como no desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro ESMP. Os objetivos específicos descritos acima foram mobilizados para este local de estágio e a sua caracterização encontra-se no Apêndice III.

Tal como no capítulo anterior, segue-se a descrição das atividades desenvolvidas em cada objetivo específico.

Para o primeiro objetivo específico definiram-se como atividades: a atualização da grelha de observação e a identificação das intervenções de enfermagem que

promovem o ambiente terapêutico, pela observação da interação entre o enfermeiro e o cliente.

Na atividade **atualização da grelha de observação**, considerou-se que o instrumento construído e utilizado no contexto comunitário permitiu orientar as observações/interações realizadas, não sendo necessário proceder à alteração da mesma. O preenchimento da grelha de observação decorreu após a observação/interação ou no final do turno. A mobilização deste tipo de instrumento permitiu atribuir uma intencionalidade à observação realizada, uma vez que a especificidade do contexto difere daquele que reveste a prática profissional diária, prévia à referida experiência. Tendo por base o guião de observação, procurou-se no início do estágio conhecer as especificidades do serviço. No serviço de internamento consultou-se o Manual de Integração dos Enfermeiros no serviço e o documento que é entregue ao cliente aquando da admissão (onde se destaca que não é permitido terem consigo objetos cortantes, medicamentos, telemóvel, isqueiro ou tabaco, sendo que o seu acesso é feito sob supervisão e em determinados momentos ou condições específicas). Os documentos explicitados permitiram conhecer a rotina do serviço, nomeadamente o horário das refeições e o cronograma estabelecido para os grupos terapêuticos.

Relativamente ao serviço de urgência psiquiátrica, as regras encontravam-se afixadas à entrada do mesmo, sendo posteriormente reforçadas pela equipa de enfermagem. Embora não exista neste serviço uma rotina tão explícita como no internamento, percebeu-se a importância de manter a pessoa informada quanto ao plano estabelecido de forma a que esta se sentisse segura. Foram atentamente observados aspetos da estrutura e do ambiente físico do serviço, tendo sido possível verificar que, por exemplo, o simples facto do relógio da sala de espera se encontrar avariado tinha impacto negativo nos clientes. Este impacto traduzia-se na dificuldade de re-orientação para a realidade em clientes desorientados na admissão ao serviço e, segundo os próprios, contribuía também para sentimentos de insegurança. Este exemplo em particular, destaca a importância que deve ser dada ao ambiente físico no que se preconiza de ambiente terapêutico, para o qual o enfermeiro pode contribuir na sua gestão. Ao longo da experiência vivida, esta perspetiva foi mobilizada com o intuito de prevenir e antecipar riscos ambientais que pudessem comprometer a segurança do cliente, o que pode ser enquadrado nas categorias do ambiente terapêutico de Segurança e de Estrutura.

Num dos turnos realizados no serviço de internamento, uma cliente solicitou ajuda por ter tido um comportamento autolesivo, com recurso ao fixador metálico da máscara cirúrgica. Previamente a este acontecimento foi avaliado o diagnóstico de enfermagem referente ao risco de apresentar comportamento autolesivo, sendo na altura retirados vários objetos do seu ambiente por serem considerados potencialmente perigosos. O recurso a este material não foi antecipado como perigoso, uma vez que não existiam situações prévias que o condicionassem. Perante a situação vivida foram pessoalmente experienciados sentimentos de frustração e impotência¹⁶ por não ter sido possível prevenir a situação. Foi adotada uma postura de aprendizagem através da reflexão, e posteriormente partilhada com a equipa de enfermagem, de forma a planear ações futuras que contribuíssem para prevenir o risco associado ao recurso utilizado por esta cliente.

Quanto à atividade de **observação da interação entre o enfermeiro e o cliente** considerou-se que permitiu validar, através de situações da prática de cuidados, a influência que a relação terapêutica tem na promoção do ambiente terapêutico, segundo a *milieu therapy*, tal como no contexto anterior. Determinadas especificidades da relação e da forma como a mesma decorre, foram reconhecidas na observação participante. Esta atividade interrelacionou-se com o segundo objetivo específico definido para este estágio, pelo que reflete as aprendizagens em conjunto com as atividades estabelecidas para o mesmo: realização de entrevista ao cliente para identificação dos focos de enfermagem individualizados; participação na intervenção junto do grupo terapêutico, com especial atenção ao ambiente terapêutico; estabelecimento da relação terapêutica com o cliente com vista à promoção do ambiente terapêutico; e apresentação do projeto de estágio à equipa de enfermagem.

O serviço de internamento apresenta uma rotina estabelecida, pelo que foi essencial perceber que todos os momentos de interação (formais e informais) constituem importância para a construção de uma relação terapêutica, uma vez que esta se desenvolve a partir de uma abordagem aproximada ao contato social até um nível mais profundo, de forma a estabelecer a aliança terapêutica (Pereira, 2015). Foi possível compreender que a **relação terapêutica estabelecida com a cliente** do estudo de caso (a Sr.^a A) teve início num momento informal, através do diálogo sobre

¹⁶ **Critério de Avaliação F1.1.4.** “Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.” (OE, 2018).

um livro que a mesma tinha na mesa-de-cabeceira. Durante a interação foi tomada consciência da intencionalidade terapêutica, com vista a conhecer a cliente, o que implicou a mobilização de aspetos da comunicação verbal e não verbal, de modo a demonstrar disponibilidade e presença, assim como a atenção nas qualidades pessoais que influenciam a interação. De referir que a consciencialização das mesmas foi um processo que decorreu ao longo de todo o percurso formativo, sendo benéfica a componente teórico-prática do curso, a reflexão, a observação dos clientes em interação e o diálogo com os enfermeiros orientadores.¹⁷

Em alguns casos de internamento, nomeadamente nos internamentos compulsivos, não existe por parte do cliente o reconhecimento da necessidade de estar internado ou até da necessidade de tratamento. Também na maioria das situações presenciadas no serviço de urgência psiquiátrica, foi validado que os clientes foram trazidos contra a sua vontade, pelo que pode considerar-se que a fase inicial da relação terapêutica foi mais árdua, sendo desta forma privilegiada a atenção particular à mesma. A maior dificuldade sentida prendeu-se com a identificação do pedido de ajuda, sendo fundamental e inspiradora a abordagem de Chalifour (2008), ao descrever um possível modo de intervir com um cliente que apresenta um comportamento diferente devido a uma alteração do estado mental: “o objetivo do interveniente será ajudar a reconhecer o comportamento perturbado e os seus efeitos sobre os outros, a geri-lo e controlá-lo, de modo a diminuir os seus efeitos negativos” (p. 230). O descrito foi refletido num jornal de aprendizagem sobre a temática da contenção mecânica no contexto de uma emergência psiquiátrica, no serviço de urgência de psiquiatria. Apresentam-se de seguida, alguns excertos do jornal de aprendizagem que foca aspetos da comunicação verbal e não verbal mobilizados nessa situação, com vista ao estabelecimento de uma relação terapêutica.

Descrição – descreve o ambiente e o que acontece

“De forma a garantir a proteção de V. e dos demais, o enfermeiro orientador clínico esclareceu-o sobre a necessidade de contenção (...) Estes esclarecimentos foram dados com um tom de voz baixo e neutro e, observei que V. se manteve atento e não interrompeu o discurso. (...) A administração da terapêutica intramuscular foi realizada por mim, tendo-lhe explicado o que iria fazer de forma objetiva e com uma postura calma.

Excerto do Jornal de Aprendizagem III

¹⁷ **Critério de Avaliação: F1.1.1.** “Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.” (OE, 2018).

(continuação)

Notei que V. estava atento ao que era dito e pedi-lhe colaboração para se lateralizar na maca (...) a que este acedeu. (...) Ao longo do turno, V. foi solicitando a nossa presença, tendo percebido que estávamos disponíveis para o que precisava. Notou-se que ficou menos tenso e agitado, tendo acabado por descansar alguns períodos.”

Pensamentos e Sentimentos – o que estou a pensar e a sentir

“Quando nos aproximámos de V. pensei que teria de estar atenta à sua comunicação verbal e não verbal para conseguir antecipar alguma situação que o pudesse colocar em risco ou à equipa. Contudo, questioneei-me sobre se a atenção aos aspetos da comunicação seria suficiente para avaliar o potencial de agressividade de V. Refleti, também, sobre a minha postura na interação com V. e o seu impacto no estabelecimento da relação terapêutica, estando atenta aos meus gestos, à voz, ao olhar, à distância e ao toque. Procurei, através destes aspetos da comunicação, estabelecer uma relação com V., interrogando-me sobre as suas reações para conseguir perceber a qualidade do meu contacto e o seu interesse. Porém, durante toda a situação, o sentimento geral foi de calma porque estava a trabalhar em equipa, em que senti que todos os elementos tinham o mesmo intuito terapêutico para o cliente. (...) Quando abordei V. para a administração da terapêutica intramuscular senti que reagiu à minha presença e abordagem sem hostilidade. Como notei que estava atento ao que fazia e dizia, preocupei-me em explicar todos procedimentos para que se sentisse respeitado e em segurança.”

Avaliação – o que foi bom e menos bom nesta experiência

“Cury et al. (2020) descrevem que, num contexto de emergência psiquiátrica, é fundamental a avaliação da situação do cliente antes de intervir com o intuito de promover a segurança do mesmo e evitar comportamentos agressivos, o que aconteceu na situação descrita. A consideração dada aos aspetos da comunicação verbal e não verbal contribuiu para uma abordagem segura ao cliente, tendo-se conseguido diminuir a agressividade e irritabilidade manifestada pelo mesmo. A atenção dada à comunicação do cliente permitiu realizar uma apreciação de enfermagem para identificar fatores de risco e sinais de alerta para o comportamento agressivo, desenvolver intervenções de enfermagem para diminuir o risco de agressão e violência, assim como, desenvolver uma relação terapêutica com o cliente. A apreciação do ambiente também se constituiu como um elemento positivo desta experiência. Foi tido em conta o espaço físico onde estava a decorrer a situação com a intenção de se diminuir os estímulos ambientais e avaliar a existência de objetos que pudessem ser utilizados como arma. Avaliou-se igualmente quem estava presente no ambiente e, por esse motivo, considerou-se importante mobilizar para outro espaço um cliente que estava numa maca. Cury et al. (2020) descrevem que o cuidado que é tido em conta na avaliação do ambiente pode fomentar a sensação de segurança no cliente. Acrescentam que é facilitador para a abordagem ao cliente que este não esteja no mesmo espaço com outros clientes, uma vez que, a ansiedade que podem manifestar pode dificultar a gestão da situação (Cury et al., 2020).

Quanto ao menos bom nesta situação, considero que se prendeu com a identificação do pedido de ajuda de V.. Compreendo que, ao se observar que o comportamento apresentado pelo cliente não é o seu habitual, teria sido importante ajudá-lo a exprimir o motivo do seu desconforto.

Excerto do Jornal de Aprendizagem III

No decurso da relação terapêutica importa também o estabelecimento dos limites terapêuticos. Na relação vivida com a Sr.^a A validou-se disponibilidade por parte da enfermeira e da cliente para o desenvolvimento da relação, o que contribuiu para que fossem partilhados aspetos significativos da sua história, assim como sentimentos e emoções, revelando sentir-se compreendida e não julgada. Considera-se que um dos aspetos que contribuiu para a definição deste tipo de limites na relação terapêutica foi a limitação no tempo. Esta particularidade vai ao encontro da fase de resolução descrita por Peplau (1990), em que se pressupõe que o cliente assuma a sua independência, visto que as suas necessidades foram colmatadas pela relação e pelo esforço conjunto entre si e o enfermeiro. O outro aspeto que se percebeu como importante para os limites terapêuticos foi o autoconhecimento, em que, através da reflexão sobre os momentos formais e informais com a cliente, se conseguiu identificar limites pessoais de cariz emocional ou físico¹⁸.

A atividade de **realizar entrevista ao cliente para identificar os focos de enfermagem individualizados** constituiu importância para a elaboração do estudo de caso centrado na Sr.^a A, internada no serviço com o diagnóstico médico de perturbação do comportamento alimentar. Esta atividade não ficou limitada a um tipo de entrevista, uma vez que se teve presente o descrito por Phaneuf (2005) e Chalifour (2009), ou seja, que existem vários tipos de entrevista com finalidades diferentes, mas com momentos transversais a todas que foram alvo de atenção particular ao longo do estágio.

O primeiro momento, antes da entrevista, pressupõe a ausência do cliente de forma a promover no enfermeiro a disponibilidade para o encontro e a consciência de si (Chalifour, 2009). A sua importância foi sentida numa entrevista com um cliente em que foi descurado este momento, por gestão de tempo. Uma vez que não se recapitulou o trabalho desenvolvido com o cliente num momento prévio, foi gerado desconforto e sentida dificuldade em centrar no encontro. A partir desse momento e pelo motivo descrito, de forma a vivenciar a mesma, esta etapa foi sempre tida em consideração, recorrendo a estratégias de organização do trabalho.

O segundo momento da entrevista, que diz respeito ao início da mesma, prevê que sejam clarificados os objetivos do encontro, assegurando que o cliente os entende e valoriza; definidas as modalidades da entrevista; informado sobre o tempo disponível; clarificados o papel do enfermeiro e o do cliente; e assegurada a

¹⁸ **Critério de Avaliação F1.1.3.** “Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico.” (OE, 2018).

confidencialidade da informação comunicada (Chalifour, 2009). No início da segunda entrevista com a Sr.^a A não foi abordado o limite temporal por esquecimento, tendo-se validado que este aspeto teve impacto na continuação da entrevista quando foi tomada consciência do tempo passado, sobretudo pela cliente, uma vez que transmitiu sentir-se inquieta por pensar que tinha causado incómodo. Embora tenha existido uma tentativa de gerir a circunstância, não foi possível retomar a entrevista, sendo pessoalmente sentida frustração pelo lapso de não ter sido dada a informação. A aprendizagem que brotou da situação prende-se com o impacto que pode ter no outro não informar ou não clarificar determinados aspetos, tendo sido uma opção nas entrevistas seguintes a revisão prévia da informação a ser dada ao cliente.

Quanto ao terceiro momento, que corresponde ao corpo da entrevista, o enfermeiro conduz a entrevista de acordo com objetivos anteriormente definidos, tendo subjacente um caráter dinâmico (Chalifour, 2009). Nesta etapa da entrevista verificou-se a necessidade de estar centrado na interação com o cliente, percebendo a sua atenção à entrevista. Notou-se que na primeira entrevista com o intuito de colheita de dados à Sr.^a A. existiu a necessidade de centrar algumas vezes no objetivo da mesma, o que conduziu ao questionamento sobre a capacidade/habilidade para conduzir uma entrevista. Chalifour (2009) afirma que a necessidade de voltar a centrar o cliente nos objetivos da entrevista nesta fase pode acontecer com vista a captar a atenção, concentração e motivação do cliente. Deste modo, constatou-se que, no exemplo apresentado, a atenção dada à cliente e ao momento presente permitiu detetar a necessidade de orientar novamente a entrevista para os seus objetivos. Considera-se também, que foi positivo questionar sobre habilidades técnicas específicas, uma vez que despertou para a pesquisa de fundamentação teórica e reflexão pessoal.

O fim da entrevista corresponde ao quarto momento, em que são lembrados os objetivos e avaliados os resultados conforme o tipo de entrevista (Chalifour, 2009). Verificou-se que este momento foi sempre realizado, sendo sentida dificuldade na expressão verbal utilizada quando a entrevista se enquadrava numa sequência de entrevistas, uma vez que o intuito seria transmitir apenas um sentido de conclusão para a interação, permitindo a abertura para outras entrevistas. Notou-se que à medida que foram realizadas algumas entrevistas, este momento tornou-se mais fluído, sendo detetadas estratégias para transmitir a informação com clareza.

O último momento é descrito como após a entrevista, em que só está presente o interveniente refletindo sobre o que sentiu e percebeu dos momentos-chave do

encontro, sendo também realizado o registo escrito no processo (Chalifour, 2009). Este momento decorreu habitualmente com o orientador clínico, sendo identificadas emoções e fenómenos de transferência e contratransferência que pudessem ter ocorrido à medida que foi relatada a entrevista. Quanto ao registo da entrevista, este foi realizado no processo clínico informático, notando-se numa fase inicial dificuldade na linguagem para descrever, nomeadamente no recurso a terminologia específica da área de saúde mental e psiquiátrica.

Tal como mencionado acima, através do recurso a entrevistas para colheita de dados, elaborou-se um estudo de caso que permitiu adquirir uma visão multidimensional da cliente¹⁹. Este estudo possibilitou a aquisição de conhecimentos sobre o processo de avaliação do estado mental da cliente, através da entrevista, observação e utilização de instrumentos de avaliação. Estas aprendizagens foram mobilizadas nos turnos realizados no serviço de urgência psiquiátrica²⁰, sendo sentida a necessidade de ser célere na avaliação do estado mental do cliente de forma a otimizar a intervenção de enfermagem. Outro aspeto a realçar da realização do estudo de caso, foi permitir a identificação dos diagnósticos de enfermagem prioritários para a intervenção do enfermeiro especialista em ESMP, com recurso à linguagem da CIPE® para a apresentação dos mesmos²¹. De referir que os diagnósticos de enfermagem foram negociados com a cliente, tomando em consideração a importância de ser envolvida ativamente no processo, pelo qual a cliente demonstrou motivação. No estudo de caso elaborou-se um plano de cuidados individualizado, que evidenciasse os resultados a atingir e as respetivas intervenções de enfermagem a desenvolver com a cliente (Apêndice IV). Constatou-se que a implementação do plano de cuidados proporcionou à Sr.^a A. o desenvolvimento do autoconhecimento, através

¹⁹ **Unidade de Competência F2.2.** “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” (OE, 2018).

²⁰ **Critério de Avaliação F3.1.3.** “Identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados.” (OE, 2018). **Critério de Avaliação F3.1.7.** “Avalia e deteta situações de emergência psiquiátrica, e o seu nível de risco com vista à intervenção de emergência.” (OE, 2018). **Critério de Avaliação F3.1.8.** “Avalia o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio, e outros comportamentos autodestrutivos, de forma a ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros.” (OE, 2018).

²¹ **Critério de Avaliação F3.1.1.** “Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental.” (OE, 2018). **Critério de Avaliação F3.1.9.** “Aplica sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.” (OE, 2018).

da reflexão e do treino de competências sociais²². No referido plano foram programadas sessões individuais (Apêndice V e Apêndice VI), e uma sessão de grupo (Apêndice VII) e os resultados dessas sessões foram trabalhados em momentos informais, em turnos posteriores. A Sr.^a A. mostrou-se recetiva e participativa nas sessões individuais, demonstrando inicialmente uma postura mais observadora e tensa na sessão de grupo. Nesta sessão em particular necessitou de ser incentivada a participar, notando-se que no decorrer da mesma apresentou uma postura mais descontraída e calma.

De referir que durante o internamento a Sr.^a A. foi acompanhada pela equipa multidisciplinar, pelo que as informações das intervenções de enfermagem foram partilhadas nas reuniões semanais da equipa, assim como na passagem de turno de enfermagem. Assim, considera-se que foi assegurada a continuidade de cuidados a esta cliente.

Ao longo da relação terapêutica com a Sr.^a A. foram identificadas intervenções de enfermagem específicas do ambiente terapêutico da categoria de Suporte, nomeadamente dar *feedback*, encorajar a expressão de sentimentos e a identificação de estratégias de *coping* e outros recursos.

A atividade de **participação na intervenção junto do grupo terapêutico** não foi possível realizar durante o período de estágio, uma vez que esse grupo estava suspenso provisoriamente devido às restrições pandémicas. Num primeiro impacto sentiu-se medo que a não realização desta atividade pudesse interferir no projeto de estágio. Posteriormente, ao refletir com o orientador clínico foi possível sentir maior tranquilidade e confiança ao constatar que a capacidade de adaptação faz parte de desenvolvimento pessoal, sendo também uma característica essencial ao ambiente terapêutico.

Contudo, realizou-se uma sessão de grupo cuja pertinência surgiu de um diagnóstico de enfermagem reconhecido no processo de enfermagem da Sr.^a A. O diagnóstico de enfermagem de interação social diminuída foi estabelecido a partir de uma necessidade/problema que a cliente sentia como real, “sempre me senti uma pessoa solitária (...) com poucas relações próximas (...), gostava de aproveitar o tempo do internamento para aprender a relacionar-me com os outros” (sic), e dos critérios descritos por Amaral (2010). No que respeita a estes critérios, que foram observados

²² **Critério de Avaliação F3.2.2.** “Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental.” (OE, 2018).

pela equipa de enfermagem e validados pela cliente, esta apresenta poucas pessoas significativas na sua vida e evita participar em atividades sociais. Nos resultados esperados para este diagnóstico, pretendia-se promover capacidades para a cliente interagir com as outras pessoas (Amaral, 2010), pelo que uma das intervenções de enfermagem proposta consistiu na realização dos períodos de repouso obrigatório, após as refeições, na sala comum do serviço. Antes desta proposta, a cliente passava esses momentos de repouso²³ isolada na sua unidade.

O tema da sessão de grupo foi escolhido tendo em conta o projeto do EC, pretendendo-se conhecer a vivência das clientes no ambiente do internamento hospitalar, identificando fatores facilitadores e obstáculos ao ambiente terapêutico. A sessão visou igualmente fomentar a interação social entre as clientes, bem como, entre as mesmas e a equipa de enfermagem. O plano da sessão de grupo encontra-se no Apêndice VIII.

A sessão decorreu na sala comum do serviço durante o período de repouso obrigatório após o almoço, sendo salvaguardada a segurança ambiental das mesmas e da equipa, nomeadamente através do cumprimento de medidas de distanciamento social e através da utilização de máscara cirúrgica. Considerou-se importante a preparação do *setting terapêutico* antes da sessão, com o intuito de reunir condições de acolhimento, minimizando as possíveis perturbações que pudessem ocorrer durante a mesma. A sessão iniciou-se com a fase de acolhimento, com a apresentação dos objetivos, tema, duração e regras da sessão, sendo observado que as clientes demonstravam recetividade, curiosidade e interesse. Na fase de desenvolvimento da sessão foi entregue uma frase a cada cliente, sendo pedido para completar a mesma (o internamento faz-me sentir...; o que é menos positivo para mim no internamento é...; desejo que no internamento consiga...; sinto-me bem no internamento quando...; as dificuldades que sinto no internamento são...). De seguida foi promovido um momento de partilha em grupo sobre o que cada uma escreveu, sendo fomentada a reflexão. Considerou-se que existiu adesão ao desafio, embora numa fase inicial tenham verbalizado receio de serem julgadas pelo que pensavam acerca do internamento. Deste modo, foi clarificado o objetivo da sessão e assegurado que isso não iria acontecer. Verificou-se a importância de manter conscientes os elementos da comunicação não verbal, procurando manter uma postura calma, disponível e atenta ao grupo, bem como deter atenção particular à comunicação

²³ **Critério de Avaliação F4.1.9.** “Analisa o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planeia abordagens de acordo com a situação.” (OE, 2018).

verbal, através de linguagem verbal clara e detentora de intencionalidade. Este momento foi refletido enquanto experiência de aprendizagem, sendo reconhecida a atenção perante a expressão de sentimentos do grupo e a mobilização de estratégias de comunicação verbal e não verbal com um propósito terapêutico. As clientes avaliaram qualitativamente a sessão como importante e estimulante, tendo reconhecido a importância da interação social no internamento e na história de vida²⁴. Após a sessão, em conjunto com o orientador clínico, foram refletidas as emoções experienciadas, bem como os aspetos positivos e a melhorar. Revelou-se de extrema importância a mobilização de aprendizagens do contexto anterior, nomeadamente no que respeita a dinâmicas grupais. Pelo facto de se conhecer o grupo previamente, considerou-se que foi uma experiência positiva, em que se vivenciou uma atitude de confiança, calma e tranquilidade, considerando-se que a mesma permitiu facilitar o encontro com o grupo.

Remetendo para o objetivo da sessão, assente na identificação de fatores facilitadores e obstáculos ao ambiente terapêutico no serviço, constatou-se primeiramente que as clientes reconheciam o período de internamento como necessário no seu processo terapêutico, tendo como expectativa a compreensão do problema relacionado com a saúde mental e a possibilidade de gestão do mesmo. A pouca frequência de saída ao exterior foi o fator maioritariamente identificado como menos positivo, embora reconhecessem que tinham sido informadas deste aspeto quando foram dadas a conhecer as regras do serviço (previamente ao internamento). Outro fator referido como menos positivo foi a escassez de recursos materiais para ocupação do tempo. Os fatores facilitadores enumerados remetem para elementos da relação terapêutica, nomeadamente a disponibilidade dos profissionais para estar presentes e para escutar.

De seguida, apresentam-se alguns apontamentos do proferido pelas clientes na sessão.

O internamento faz-me sentir... “que posso melhorar”, “que se preocupam comigo”, “maioritariamente bem, mas às vezes é difícil quando pensamos em alguns assuntos”, “que é preciso uma mudança porque não posso continuar assim”.

Excerto das Notas de Campo

²⁴ **Critério de Avaliação F4.2.3.** “Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental.” (OE, 2018).

(continuação)

O que é menos positivo para mim no internamento é... “ter poucas coisas para me distrair”, “não sairmos muito à rua”, “não ter o telemóvel e só termos uma televisão”, “quando algumas pessoas têm alta e nós continuamos aqui”.

Desejo que no internamento consiga... “sentir-me melhor”, “conhecer-me para tentar não voltar a esta situação”, “atingir o peso para ter alta”, “mudar”, “entender os meus pensamentos”.

Sinto-me bem no internamento quando... “quando tenho o telemóvel”, “vamos à rua”, “dizem que estou a evoluir bem”, “me ouvem”, “conversam comigo”, “quando estamos juntas aqui depois de comermos”.

As dificuldades que sinto no internamento são... “o tempo demorar a passar”, “ter de falar sobre mim nas reuniões com muitas pessoas”, “estar muito tempo fechada no mesmo sítio”, “os dias parecerem iguais”.

Excerto das Notas de Campo

A atividade de **apresentar o projeto de estágio à equipa de enfermagem** foi realizada numa apresentação informal com cada elemento da equipa, para ser possível manter as limitações relacionadas com o distanciamento social e a restrição do número de pessoas no mesmo espaço. De uma forma geral, a equipa revelou interesse pelo tema, uma vez que estava familiarizada com o mesmo, mas tal como no contexto anterior, manifestou dificuldade em operacionalizar o conceito na prática de cuidados. Nesse sentido, foram esclarecidas dúvidas²⁵ e disponibilizado o projeto de estágio, assim como artigos científicos relevantes para consulta²⁶.

O terceiro objetivo específico contemplou como atividades: a vivência de momentos de partilha com o orientador do local de estágio, com vista ao acompanhamento do progresso, à partilha de emoções, à identificação de fenómenos de transferência e contratransferência, assim como outros fatores que pudessem interferir na relação terapêutica; e refletir sobre as aprendizagens de forma sistematizada.

A atividade de **reunir com o orientador do local de estágio** foi realizada frequentemente, uma vez que permitiu desenvolver uma compreensão mais aprofundada das situações e reconhecer fenómenos de contratransferência,

²⁵ **Critérios de Avaliação D2.2.5** “Discute as implicações da investigação.” (OE, 2019).

²⁶ **Critérios de Avaliação D2.2.4** “Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.” (OE, 2019).

transferência, entre outros. Deste modo, fomentou-se uma maior compreensão do significado de estar em relação com o outro.

Quanto às atividades de **promover uma atitude de atenção para com as emoções e refletir, de forma sistematizada, sobre as aprendizagens**, estas foram abordadas ao longo deste capítulo na apresentação de exemplos concretos, assim como de excertos do jornal de aprendizagem realizado.

CAPÍTULO III: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DO AMBIENTE TERAPÊUTICO, SEGUNDO O MODELO MILIEU THERAPY

O percurso formativo realizado pretendeu, entre outros aspetos, dar resposta à questão de partida “Quais as intervenções do enfermeiro especialista de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na promoção do ambiente terapêutico, tendo por base o modelo *Milieu Therapy*?”.

Neste sentido, um dos recursos utilizados neste caminho foi a RIL, de onde emergiu que as intervenções de enfermagem neste âmbito específico, têm de assentar numa intencionalidade terapêutica estruturada para dar resposta a necessidades de segurança, apoio/suporte, validação e envolvimento. Estas necessidades vão ao encontro dos pressupostos do ambiente terapêutico definidos por Gunderson (1978), especificados no enquadramento teórico deste trabalho. O recurso a uma grelha de observação, elaborada a partir da RIL, permitiu orientar a observação e a reflexão sobre as intervenções do ambiente terapêutico nos diferentes contextos. Foi igualmente importante a partilha e o envolvimento da equipa multidisciplinar para dar resposta à questão, pela diversidade de experiências transmitidas, que possibilitaram o enriquecimento da temática abordada. Foram também considerados os contributos dados pelos clientes ao longo dos estágios.

Deste modo, a intervenção especializada de enfermagem na promoção do ambiente terapêutico, tendo por base o modelo *Milieu Therapy*, deve assentar nas seguintes premissas:

- A forma como se estrutura o ambiente terapêutico nos contextos tem impacto no cliente, no enfermeiro, na equipa, no grupo e na relação terapêutica;
- O ambiente terapêutico engloba várias vertentes, nomeadamente o ambiente físico, relacional e de trabalho em equipa, com vista a dar resposta a necessidades de segurança, apoio/suporte, validação e envolvimento;
- O autoconhecimento é um elemento indispensável para o estabelecimento e manutenção de uma relação terapêutica, assim como, para o desenvolvimento pessoal do enfermeiro;
- A supervisão clínica é fundamental para proporcionar o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, essencialmente por intermédio da reflexão das experiências da prática profissional.

Face ao anterior, as intervenções específicas passam por:

- Promover a segurança:
 - Assegurar instalações físicas adequadas;
 - Assegurar o cumprimento das regras da unidade;
 - Avaliar o risco de suicídio e de propensão para comportamentos agressivos;
 - Garantir supervisão permanente da unidade;
 - Utilizar técnicas de controlo da escalada de agressividade para evitar medidas de restrição física e mecânica.
- Assistir na estruturação do ambiente:
 - Assegurar a implementação de um cronograma/programa que organize o dia na unidade;
 - Informar e validar que o cliente conhece a rotina e as regras da unidade;
 - Promover reuniões/encontros regulares entre a equipa multidisciplinar;
 - Documentar o plano de intervenção de enfermagem no processo eletrónico.
- Assegurar suporte:
 - Demonstrar disponibilidade e presença;
 - Encorajar a expressão de sentimentos;
 - Ajudar a reconhecer sentimentos;
 - Executar escuta ativa;
 - Dar *feedback*;
 - Encorajar a identificação de estratégias de *coping* e outros recursos;
 - Promover a liderança de enfermagem.
- Promover a autogestão:
 - Executar terapia individual;
 - Executar terapia de grupo;
 - Educar para a saúde.

CAPÍTULO IV: AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO

Neste capítulo apresenta-se a avaliação do percurso formativo através da análise dos seus pontos fortes e fracos, interrelacionando com as competências de enfermeiro especialista em ESMP e as competências de Mestre.

O primeiro aspeto a salientar prende-se com o reencontro que existiu com o ambiente de prestação de cuidados em saúde mental e psiquiátrica, o que não acontecia desde os ensinamentos clínicos da Licenciatura em Enfermagem. Inicialmente, existiu um sentimento de insegurança e medo por voltar ao papel de aluna, sendo enfermeira a exercer funções há alguns anos e fora deste contexto. Contudo, apesar de sentir que este facto poderia condicionar a aprendizagem, encarou-se o desafio com uma postura de curiosidade e atenção permanente ao que se observava e vivia no dia a dia, em particular às emoções e sentimentos que emergiam. Percebeu-se que, ao manter uma atitude reflexiva perante as situações, seria possível identificar as emoções e gerir os sentimentos, o que permitiria adotar uma postura mais flexível e dinâmica na prestação de cuidados, adquirindo capacidade de adaptação.

A proposta de estudar a intervenção especializada de enfermagem no ambiente terapêutico constituiu o fio condutor da aprendizagem para a aquisição de competências. A RIL foi uma das ferramentas utilizadas no início deste percurso, cujos resultados obtidos permitiram sustentar a abordagem aos contextos da prática, com base em evidência científica atualizada e construir um instrumento de colheita de dados. Esta revisão será proposta para publicação em revista científica de forma a contribuir para uma prática baseada na evidência, pretendendo-se uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e ganhos em saúde, o que vai ao encontro das competências de Mestre em Enfermagem (Decreto de Lei nº 74/2006).

O contexto comunitário foi aquele em que os pressupostos do ambiente terapêutico foram mais facilmente identificados, o que pode explicar-se pelas suas particularidades, nomeadamente tratar-se de um espaço físico acolhedor e contentor; os elementos da equipa multidisciplinar trabalharem juntos há vários anos refletindo uma boa relação entre os mesmos; e o facto da abordagem ser centrada numa perspetiva sistémica e nos pressupostos da relação terapêutica. Embora não tenha sido programado, considera-se como benéfica para a aprendizagem, a primeira experiência de estágio ter sido realizada num serviço considerado exemplar do que se preconiza de ambiente terapêutico. Outro fator que contribuiu para tranquilizar os sentimentos de insegurança e medo inicialmente identificados foi a boa relação entre

a equipa multidisciplinar, que permitiu experienciar acolhimento e integração, no seio da mesma, durante o estágio.

A população alvo do referido serviço – adolescentes – por não ser a população com a qual habitualmente se contacta no âmbito da prática de cuidados diários, requereu a realização de pesquisa bibliográfica acerca das especificidades desta etapa de vida, com o objetivo de adequar os cuidados de enfermagem. Foi enriquecedor para o percurso formativo vivenciar os desafios da adolescência em contexto de saúde mental e psiquiátrica, tanto em sessões individuais como nos grupos terapêuticos. Esta experiência despertou para o autoconhecimento, na medida em que assomaram acontecimentos pessoais, decorridos nesta etapa de vida, que precisaram de ser trabalhados internamente através da reflexão e da atribuição de significados ao que se estava a sentir, numa atitude de perdão e aceitação. Percebeu-se que este trabalho interno de autoconhecimento teve impacto na relação com os adolescentes ao permitir uma maior proximidade e autenticidade com eles, uma vez que a atitude reflexiva que lhes era solicitada também tinha sido realizada pelo próprio profissional. Por exemplo, num dos jornais de aprendizagem foi abordado o fenómeno de contratransferência ocorrido durante uma sessão de grupo orientada, em que a tomada de consciência da situação vivida possibilitou refletir sobre características pessoais e ideias pré-concebidas. De acrescentar que o fenómeno ter sido analisado e refletido com o orientador clínico, possibilitou a consciencialização acerca da importância de partilhar as experiências para as entender segundo outras perspetivas. A apropriação destes significados remete para a primeira competência do enfermeiro ESMP - “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento nº 515/2018, p. 21428). Ao longo do presente relatório foram descritas várias situações que exemplificam a tomada de consciência do eu na relação com o outro e que vão ao encontro do desenvolvimento desta competência, que constitui um dos pontos fortes deste percurso. A realização de jornais de aprendizagem conferiu, igualmente, a possibilidade de desenvolver esta competência através de uma reflexão estruturada segundo o modelo do Ciclo Reflexivo de Gibbs.

Ainda no contexto comunitário foi possível perceber o impacto da experiência da doença mental na família, assim como os recursos que mobiliza, uma vez que a intervenção decorreu junto do grupo de pais pela plataforma *Zoom*. Contudo, como nos outros locais de estágio existiram restrições de visitas devido à pandemia de

COVID-19, este foi o único contexto em que foram experienciadas situações de aprendizagem com envolvimento da família, o que pode considerar-se como um ponto forte neste percurso. Deste modo, privilegiou-se o empenho e o foco para aproveitar todas as oportunidades de refletir este domínio, minimizando-se o impacto das condicionantes externas aos serviços. Apesar do pouco tempo de contacto com o grupo de pais, este foi suficiente para perceber as necessidades da família e a intervenção especializada. Deste modo, constatou-se que através da entrega ao outro é possível transformar tempo limitado em tempo de qualidade para a relação. Porém, a avaliação da influência da família no ambiente terapêutico poderia beneficiar de análise mais aprofundada neste percurso, visto que a percepção e identificação das intervenções especializadas de enfermagem neste âmbito foram condicionadas.

A utilização do formato *online* durante o estágio, nomeadamente no contexto comunitário, permitiu constatar que é possível criar e manter um ambiente terapêutico mesmo numa plataforma digital, uma vez que o mesmo está para além da existência de um espaço físico. Nestas sessões emergiu uma sensação de desamparo pelo acesso condicionado ao não verbal do outro, sendo esse sentir resultante da inexperiência, surgindo como necessidade a reflexão e a partilha com o orientador clínico, de modo a atribuir significados à vivência. O enfermeiro, ao centrar-se no autoconhecimento, no trabalho em equipa multidisciplinar e nos princípios subjacentes à relação terapêutica descritos por Peplau (1990), consegue promover as características de segurança, suporte, estrutura e autogestão implícitas no ambiente terapêutico, constituindo-se esta aprendizagem um ponto forte do percurso formativo.

A transição para o contexto de estágio em internamento hospitalar, em que foi possível experienciar dois ambientes distintos: o internamento de doentes em fase aguda, onde se incluem adolescentes/adultas com perturbações do comportamento alimentar, e o serviço de urgência psiquiátrica; beneficiaram das aprendizagens provenientes do estágio anterior. Porém, devido às limitações existentes no serviço de internamento pela pandemia de COVID-19 mencionadas anteriormente, verificou-se uma maior dificuldade em identificar as características de suporte e autogestão do ambiente terapêutico. A percepção de que o desenvolvimento de competências, neste contexto, pudesse não ser possível ao nível da intervenção no grupo terapêutico despoletou sentimentos de insegurança e preocupação, que foram superados com o foco no “aqui e agora”, no contato diário com os clientes e na vivência da relação terapêutica, com especial enfoque nas mudanças ocorridas internamente.

Neste contexto existiu novo contacto com população adolescente, dando oportunidade a mobilizar conhecimentos prévios e adotar uma postura participante mais confiante e segura, o que consequentemente favoreceu o desenvolvimento da relação terapêutica.

O estudo de caso realizado sobre a Sr.^a A. permitiu vivenciar as fases da relação terapêutica descritas por Peplau (1990). A fase da orientação, cujo objetivo se centra na identificação do pedido de ajuda da cliente, decorreu ao seu ritmo, respeitando-se a história de vida e os seus desejos e necessidades, identificando-se em conjunto os problemas que para si eram importantes trabalhar naquela altura. O início da relação com a cliente surgiu do diálogo sobre um livro, o que permitiu tomar consciência de que todos os momentos de interação interpessoal podem ser transformados em relação, se existir uma intencionalidade terapêutica. No descrito verificou-se vulnerabilidade mútua, situação sentida como de extrema sensibilidade, mas vivenciada com conforto, sendo para isso essencial a mobilização de conhecimentos teóricos e práticos, constituindo-se um dos momentos-chave do percurso formativo, conferindo um sentimento de satisfação e de “caminho na direção certa”.

As fases de identificação e exploração sustentaram-se no compromisso de ajuda com a cliente, baseado no plano de cuidados delineado e negociado com a mesma. No plano foram incluídas sessões individuais e sessões em grupo, que permitiram desenvolver a quarta competência de enfermeiro ESMP – “presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Regulamento nº 515/2018, p. 21430). Constituiu-se como pontos fortes no percurso formativo a possibilidade de planeamento e dinamização destas sessões, uma vez que possibilitaram experienciar a parceria na relação terapêutica; perceber a importância de ajudar o cliente, com a sua história de vida a identificar e a valorizar as suas forças e fraquezas como suporte no processo de *recovery*; e a valorização do tempo de relação, entre o enfermeiro e o cliente, como essencial para promover a mudança. Quanto à fase de resolução, em que existe uma separação gradual entre os elementos da relação porque as necessidades iniciais do cliente foram satisfeitas, verificou-se que com a Sr.^a A. esta fase foi adaptada ao tempo de estágio disponível e não às especificidades da relação. Esta condicionante externa à relação foi comunicada à cliente no período inicial da mesma, o que possibilitou minimizar o

impacto da separação para ambas numa fase em que ainda se procurava dar resposta ao seu pedido de ajuda. O encurtar da relação pelos motivos descritos gerou, numa perspetiva pessoal, sentimentos de tristeza e frustração que foram ultrapassados através da aceitação de que existem situações fora do controlo do enfermeiro. Este estudo de caso, a par com outras situações de aprendizagem descritas neste relatório, permitiu desenvolver em maior profundidade a segunda competência do enfermeiro especialista em ESMP - “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupo e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (Regulamento nº 515/2018, p.21428).

Durante o estágio no contexto de internamento foi possível perceber, como descrito no capítulo anterior, que uma das características do ambiente terapêutico que os clientes reconheceram como importante se centrava na relação interpessoal estabelecida com o enfermeiro/equipa multidisciplinar. Neste âmbito, os aspetos do serviço identificados como limitadores foram o pouco contacto proporcionado com o espaço exterior e a escassez de recursos materiais para ocupação do tempo. Envolver os clientes na identificação das características promotoras do ambiente terapêutico constituiu-se como uma mais-valia, uma vez que possibilitou conhecer as suas vivências na primeira pessoa. Neste sentido, existiu preocupação de conseguir concretizar o que foi verbalizado pelos clientes como importante, por exemplo, foi possível negociar com a equipa multidisciplinar passeios ao exterior com acompanhamento e supervisão de enfermagem, permitindo mudanças benéficas no comportamento dos clientes, nomeadamente uma atitude calma e descontraída que foi transferida para o serviço. Este impacto positivo no ambiente terapêutico do serviço foi vivido pessoalmente com satisfação e entusiasmo pelo envolvimento neste processo.

A experiência conferida pelos turnos realizados no serviço de urgência psiquiátrica, traduziu-se em aprendizagens importantes sobretudo no domínio das emergências psiquiátricas e situações de maior imprevisibilidade. Nos primeiros turnos neste serviço foi sentida insegurança e inquietação face a situações desconhecidas e inesperadas, contudo percebeu-se que os sentimentos referidos foram atenuados através da prática reflexiva, do trabalho em equipa na abordagem ao cliente, e de características pessoais e comunicacionais na relação defendidas por Cury et al. (2020). Destas últimas destacam-se presença calma e segura na aproximação ao cliente, atenção à postura corporal, nomeadamente o posicionamento das mãos para que não se sentisse ameaçado e recurso a técnicas de escuta ativa.

Assim, constatou-se que a intervenção do enfermeiro especialista de ESMP se deve centrar, maioritariamente, na apreciação do cliente e da situação de modo a antecipar o risco, intervindo precocemente. Percebeu-se, igualmente, a importância do “uso de si” enquanto instrumento terapêutico, de modo a permitir planejar intervenções de enfermagem promotoras da individualidade e segurança do cliente, respeitando os princípios ético-legais. Considera-se que neste contexto teria sido importante para a aprendizagem perceber, mediante a avaliação de riscos e benefícios, a gestão de uma situação crítica com o envolvimento da pessoa significativa para o cliente. As características do ambiente terapêutico também foram identificadas no serviço de urgência, permitindo constatar que esta realidade é transversal aos vários contextos de prestação de cuidados de enfermagem.

Analisando este percurso na perspetiva de Benner (2001), que aplicou o modelo de aquisição de competências de Dreyfus à Enfermagem, em que os diferentes níveis refletem a mudança que a pessoa passa aquando da aquisição de uma competência, foi possível identificar que este se enquadra num patamar de iniciada. Para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em ESMP foram essenciais os estágios realizados em diferentes contextos, a sua análise em termos de aspetos positivos e negativos para a aprendizagem, e uma atitude permanente de reflexão da prática e do eu.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS

Neste relatório pretendeu-se espelhar o percurso de aprendizagem de enfermeiro especialista em ESMP, tendo por base uma área temática que se verificou carecer de exploração no que concerne às especificidades da sua intervenção. Mergulhar no ambiente terapêutico, segundo a *milieu therapy*, revelou-se mais complexo do que inicialmente previsto, dada a atual conjuntura dos cuidados de saúde em plena pandemia, a diversidade de vivências individuais e familiares de cada um e a escassa evidência científica que lhe dê suporte.

De modo a dar resposta aos objetivos definidos e superar as dificuldades identificadas, mobilizaram-se recursos teóricos, onde se inclui a realização de uma RIL, e um quadro referencial de enfermagem, a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau. Aliado ao descrito, vivenciou-se uma jornada de autoconhecimento, essencial para a tomada de consciência do “eu” como pessoa singular e do “eu” como instrumento terapêutico. A junção dos aspetos referidos proporcionou a fundamentação, responsabilidade e intencionalidade necessários para garantir a prestação de cuidados de enfermagem especializados de excelência.

Realça-se que a intervenção do enfermeiro especialista no ambiente terapêutico, de acordo com a *milieu therapy*, assenta em premissas específicas, designadamente a estruturação do ambiente terapêutico nas suas várias vertentes, o autoconhecimento do enfermeiro e a supervisão clínica. Assim, ao sustentar-se nas mesmas, é possível transpor, estruturar e manter o ambiente terapêutico em todos os contextos de prestação de cuidados em enfermagem. A relevância desta constatação prende-se com a possibilidade de extrapolar este conhecimento para o serviço onde se exerce funções atualmente, de forma a atuar na equipa como um agente ativo na incorporação de novos conhecimentos, baseados em evidência científica recente. Perspetiva-se a realização de formação em serviço à equipa multidisciplinar, de forma a sensibilizá-la para esta temática, pretendendo-se promover a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

É de ressaltar que este trabalho permitiu descrever intervenções de enfermagem especializadas neste âmbito, que incluem: promover a segurança, assistir na estruturação do ambiente, assegurar suporte e promover a autogestão. Estas intervenções, ao se perspetivarem com uma intencionalidade terapêutica estruturada, influenciam favoravelmente a relação terapêutica enfermeiro-cliente, o

que potencia o desenvolvimento deste último, dando resposta às suas necessidades individuais, bem como, às de grupo.

Os estágios realizados em contextos distintos permitiram entender as potencialidades da mobilização dos pressupostos da *milieu therapy* no âmbito da saúde mental, e também desenvolver as competências de enfermeiro especialista em ESMP.

A limitação detetada na implementação do projeto de estágio prendeu-se com a situação de pandemia vivida, que condicionou a exploração do contributo do ambiente terapêutico na intervenção de enfermagem especializada à família. Porém, através das oportunidades que surgiram foi possível verificar que este tem um impacto positivo na relação que é estabelecida com a família, auxiliando-a na identificação das suas forças e recursos nas diferentes fases de adaptação.

A atitude de dedicação e perseverança ao longo dos dois últimos anos, permitiram elaborar o presente relatório, refletindo o atingir dos objetivos inicialmente propostos na sua plenitude.

Como recomendações futuras, propõe-se um maior investimento na demonstração objetiva das intervenções de enfermagem especializadas promotoras do ambiente terapêutico, bem como dos ganhos em saúde que advêm da implementação da *milieu therapy*. Deste modo, será possível sustentar o papel preponderante que o enfermeiro tem na criação e manutenção do ambiente terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*. Loures: Lusociência.
- Amaral, A. C. (2020). Um Modelo de Intervenção em Grupo. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental* (pp. 225 – 227). Lisboa: Lidel.
- Banks, C. & Priebe, S. (2020). Scales for assessing the therapeutic milieu in psychiatric inpatient settings: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 66, 44-50. Acedido a 29-10-2020. **Doi:** 10.1016/j.genhosppsy.2020.06.014.
- Bhat, S., Rentala, S., Nanjegowda & Chellappan, X. B. (2019). Effectiveness of Milieu Therapy in reducing conflicts and containment rates among schizophrenia patients. *Invest Educ Enferm*, 38 (1). Acedido a 30-10-2020. **Doi:** 10.17533/udea.iee.v38n1e06
- Bekhet, A. K & Zauszniewski, J. (2011). Creating a Therapeutic Milieu in Retirement Communities. *Issues in Mental Health Nursing*, 32 (5), 327-334. Acedido a 18-10-2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01612840.2010.541329>
- Benfer, B. & Schroder, P. (1985). Nursing in the Therapeutic Milieu. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 49 (5), 451-465.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Borge, L., Røssberg, J. I. & Sverdrup, S. (2013). Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *J Psychiatr Ment Health Nurs.*, 20(10),932-942. Acedido a 18-10-2020. **Doi:** 10.1111/jpm.12090.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica. Volume 1. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.

- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção, Volume 2*. Loures: Lusodidacta.
- Cury, S. et al. (2020). Assistência de enfermagem na emergência psiquiátrica: revisão da literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 32 (2), 164-168. Acedido 01-04-2021. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201004_093039.pdf
- Decreto de Lei nº 74/2006 (2006). Graus académicos e diplomas do ensino superior – grau de mestre. *Diário da República* nº 60/2006, Série I – A de 2006-03-24, 2242-2257. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/671387>
- Deegan, P. (1996). Recovery as a Journey of the Heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19 (3). Acedido a 20-04-2022. Disponível em: <https://toronto.cmha.ca/wp-content/uploads/2016/07/Deegan1996-Recovery-Journey-of-the-Heart1.pdf>
- Delaney, K.R. (2017). Nursing in child psychiatric milieus: What nurses do: An update. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.*, 30(4), 201-208. Acedido a 18-10-2020. **Doi:** 10.1111/jcap.12204.
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional* (4ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Goleman, D. (2012). *Inteligência emocional* (17ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Grech, P., Scerri, J., Vincenti, S. V., Sammut, A., Galea, M., Bitar, D. C. & Sant, S. D. (2020). Service Users' Perception of the Therapeutic Milieu in a Mental Health Rehabilitation Unit, *Issues in Mental Health Nursing*, 1-8. Acedido a 30-10-2020. **Doi:** 10.1080/01612840.2020.1757797.
- Green, T. D. (2018). Therapeutic Milieu: Utilizing the Environment to Promote Mental Wellness. In J.C. Santos & J. R. Cutcliffe (Edit.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century, A Person-Centred Evidence-Based Approach* (pp. 309-3018). Suíça: Springer Nature.

- Gunderson, J. G. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, 41 (4), 327-335. Acedido a 30-10-2020. **Doi:** 10.1080/00332747.1978.11023992.
- Instituto da Droga e Toxicodependência (2011). Linhas Orientadoras para o Tratamento e Reabilitação em Comunidades Terapêuticas (2011). Departamento de Tratamento e Reinserção. 1-47. Acedido em 12-04-2022. Disponível em:
<https://www.sicad.pt/BK/Intervencao/TratamentoMais/Documentos%20Partilhados/LinhasOrientadorasTratamentoReabilitacaoComunidadesTerapeuticas.pdf>
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice: Foundations in Nursing and Health Care*. Reino Unido: Nelson Thornes Ltd.
- Kyes, J. & Hofling, C. (1985). *Conceitos Básicos de Enfermagem Psiquiátrica*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Interamericana.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Mahoney, J.S., Palyo, N., Napier, G. & Giordano J. (2009). The therapeutic milieu reconceptualized for the 21st century. *Arch Psychiatr Nurs*, 23(6), 423-429. Acedido a 18-10-2020. **Doi:** 10.1016/j.apnu.2009.03.002.
- Miller, D. (2020). Coronavirus on the Inpatient Unit: A New Challenge for Psychiatry. *Medscape*. Acedido em 30-10-2020. Disponível em:
<https://www.medscape.com/viewarticle/926834>
- Myklebust, K.K. & Bjørkly, S. (2019). The quality and quantity of staff-patient interactions as recorded by staff. A registry study of nursing documentation in two inpatient mental health wards. *BMC Psychiatry*, 19, 251. Acedido a 18-10-2020. **Doi:** 10.1186/s12888-019-2236-y.

Nyström, M. (2007). A patient-oriented perspective in existential issues: a theoretical argument for applying Peplau's interpersonal relation model in healthcare science and practice. *Scand J Caring Sci*, 21(2), 282-288. Acedido a 30-10-2020. **Doi:** 10.1111/j.1471-6712.2007.00467.x.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados descritivos*. Acedido em 19-10-2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Acedido em 19-10-2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinâmica*. Barcelona: Salvat.

Pereira, P. (2015). O amor na relação terapêutica em enfermagem - Experiência vivida do enfermeiro de saúde mental (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20503/1/ulsd071581_td_Patricia_Pereira.pdf

Pereira, P. & Rebelo-Botelho, M. A. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 61-73. Acedido a 18-10-2020. <https://www.researchgate.net/publication/305502358>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pinheiro, C., Araújo, M., Rolim, K., Oliveira, C. & Alencar, A. (2019). Teoria das Relações Interpessoais: Reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro

em saúde mental. *Enfermagem em Foco*, 10 (3), 64-69. Acedido a 30-10-2020. **Doi:** 10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2291.

Pinho, L. G. (2020). Intervenção Familiar na Doença Mental Grave. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (pp. 216 – 219). Lisboa: Lidel.

Quidley-Rodriguez, N. & Tantillo, L. (2020). Preventing COVID-19 Infection in Mental Health Units: Recommendations for Best Practices, *Issues in Mental Health Nursing*, 1-7. Acedido a 30-10-2020. **Doi:** 10.1080/01612840.2020.1820646

Regulamento n.º 356/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º 122/2015, Série II de 2015-06-25, 17034 – 17041. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/67590900>

Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07, 21427 – 21430. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/115932570/details/maximized>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 – 4750. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/115932570/details/maximized>

Sampaio, D. (2014). Adolescência e Psiquiatria – Algumas reflexões. In. M.L. Figueira; D. Sampaio & P. Afonso (Coord.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 43 – 50). Lisboa: Lidel.

Sampaio, F., Peres, M., Ribeiro, G., Barreto, A., Teixeira, S. & Fernandes, M. (2017). Programas de intervenção psicoterapêutica grupal: implementação e avaliação num contexto da prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial 5, 87 - 92. Acedido em: 08-09-2021. **Doi:**10.19131/rpesm.0173.

- Sandhya, B., Rentala, S., Nanjegowda, R.B. & Chellappan, X.B. (2020). Effectiveness of Milieu Therapy in reducing conflicts and containment rates among schizophrenia patients. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 38 (1). Acedido a 18-10-2020. **Doi:** [10.17533/udea.iee.v38n1e06](https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n1e06)
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel.
- Smith, K., Ostinelli, E., Macdonald, O. & Cipriani, A. (2020). Covid-19 and Telepsychiatry: Development of Evidence-based Guidance for Clinicians. *JMIR mental health*, 7 (8), e21108. Acedido a 12-02-2022. **Doi:** [10.2196/21108](https://doi.org/10.2196/21108)
- Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness* (13ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Thibeault, C.A., Trudeaus, K., d'Entremont, M. & Brown, T. (2010). Understanding the Milieu Experiences of Patients on an Acute Inpatient Psychiatric Unit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24 (4), 216–226. Acedido a 30-10-2020. **Doi:** 10.1016/j.apnu.2009.07.002.
- Todd, G. & Freshwater, D. (1999). Reflective practice and guided discovery: clinical supervision. *British Journal of Nursing*, 8 (20), 1383-1389. Acedido em 30-10-2020. **Doi:** 10.12968/bjon.1999.8.20.1383
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Towsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*, (6ª ed.) Loures: Lusociência.
- Valentim, O., Laranjeira, C. & Querido, A. (Org.) (2020). *Evidências em Saúde Mental: Da concepção à ação - Atividade Psicomotora e Comportamento Auto e Heteroagressivo*. Leiria: Escola Superior de Saúde de Leiria.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. D. (1992). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Weinberg, H. (2020). Online group psychotherapy: Challenges and possibilities during COVID-19 - A practice review. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 24(3), 201–211. Acedido a 12-02-2022. **Doi:** [10.1037/gdn0000140](https://doi.org/10.1037/gdn0000140)

***APÊNDICE I – Caracterização do Local de Estágio do Contexto
Comunitário***

O estágio em contexto comunitário decorreu na “Unidade de Adolescência”, integrada no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de um hospital da área de Lisboa. Os seus objetivos centram-se na intervenção intensiva e integrada num meio terapêutico específico, a um grupo de adolescentes, entre os 15 e os 21 anos, mantendo-os inseridos na sua comunidade e família; na reorganização da comunicação familiar; na reintegração escolar e na articulação com as estruturas da comunidade.

A referenciação dos adolescentes à unidade é habitualmente realizada através do preenchimento de um documento específico, seguindo-se uma fase de entrevistas diagnósticas para identificar os critérios de admissão na mesma. Para além do diagnóstico médico, para serem integrados na unidade é necessário a existência de um suporte familiar. Eram excluídos os adolescentes com diagnósticos de perturbações do comportamento alimentar e deficiência cognitiva média/grave.

O modelo de intervenção na unidade baseia-se na abordagem sistémica e psicodinâmica, e a equipa multidisciplinar composta por psiquiatra, pedopsiquiatra, duas psicólogas clínicas, enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, terapeuta ocupacional e assistente social. Antes da situação pandémica a equipa incluía um musicoterapeuta em regime voluntário.

O espaço físico da unidade é composto por três gabinetes, duas casas de banho e uma sala ampla, onde se realizavam as atividades. Esta sala está equipada com computadores, quadro para escrita, bancada de cozinha, armários, mesas, cadeiras, micro-ondas, frigorífico e vários materiais para realização de terapias expressivas.

Antes da pandemia, o horário de funcionamento da unidade era de segunda-feira a sexta-feira das 9h00 às 16h00. Durante a situação pandémica, o horário foi sofrendo alterações mas contemplava dias específicos para as diferentes atividades, nomeadamente os grupos terapêuticos, as sessões de psicoterapia individual, as sessões de terapia ocupacional, as sessões com a assistente social e as consultas médicas. As sessões com o grupo de pais decorriam quinzenalmente e tiveram de ser realizadas em formato online, pela restrição do número de elementos no mesmo espaço físico definido pelo hospital.

APÊNDICE II – Grelha de observação das intervenções de enfermagem promotoras do ambiente terapêutico

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DO AMBIENTE TERAPÊUTICO (AT)

CAMPO DE ESTÁGIO: _____

Categorias do AT	Intervenções de Enfermagem que emergiram da RIL	Observado (assinalar se sim)	Comentários
Segurança	Definir regras na unidade que proíbam objetos perigosos e cortantes		
	Definir um sistema de avaliação do risco de suicídio e de avaliação de comportamentos agressivos		
	Organizar a equipa para garantir uma supervisão permanente da unidade		
	Evitar medidas de restrição física e mecânica		
	<u>Notas de campo:</u>		

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DO AMBIENTE TERAPÊUTICO (AT)

CAMPO DE ESTÁGIO: _____

Categorias do AT	Intervenções de Enfermagem que emergiram da RIL	Observado (assinalar se sim)	Comentários
Suporte	Demonstrar disponibilidade e presença		
	Escutar o paciente		
	Dar <i>feedback</i>		
	Promover a liderança de enfermagem		
	Encorajar a expressão de sentimentos		
	Encorajar a identificação de estratégias de <i>coping</i> e outros recursos		
	<u>Notas de campo:</u>		

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DO AMBIENTE TERAPÊUTICO (AT)

CAMPO DE ESTÁGIO: _____

Categorias do AT	Intervenções de Enfermagem que emergiram da RIL	Observado (assinalar se sim)	Comentários
Autogestão	Promover terapia individual		
	Promover terapia de grupo		
	<u>Notas de campo:</u>		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bhat, S., Rentala, S., Nanjegowda & Chellappan, X. B. (2019). Effectiveness of Milieu Therapy in reducing conflicts and containment rates among schizophrenia patients. *Invest Educ Enferm*, 38 (1). Acedido a 30-12-2020. **Doi:** 10.17533/udea.iee.v38n1e06
- Delaney, K.R. (2017). Nursing in child psychiatric milieus: What nurses do: An update. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.*, 30(4), 201-208. Acedido a 30-12-2020. **Doi:** 10.1111/jcap.12204.
- Nåvik, M., Hauge, S. & Sagen, U. (2020). Milieu therapy for hospitalized patients with late-life anxiety and depression: a qualitative study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74 (7), 511-517. Acedido a 30-12-2020. **Doi:** 10.1080/08039488.2020.1751879.

***APÊNDICE III – Caracterização do Local de Estágio do Contexto de
Internamento***

O percurso formativo no contexto de internamento decorreu num serviço de internamento de psiquiatria e saúde mental, do departamento de Neurociências de um hospital da área de Lisboa, que se destina a todos os residentes na sua área de influência que necessitem de internamento psiquiátrico por doença mental agudizada, situações prolongadas e/ou problemas sociais.

A missão do serviço, que está descrita no Guia de Integração a novos elementos, destaca o seu papel na promoção do ambiente terapêutico; na intervenção em situações de crise ou descompensação psicológica/psiquiátrica através de terapias individuais e de grupo associadas a farmacologia; na garantia da continuidade de cuidados de saúde; na contribuição para a reabilitação psicossocial e, no desenvolvimento do ensino e da investigação no âmbito da psiquiatria e da saúde mental. São internados neste serviço clientes com patologias do foro psiquiátrico em situação de agudização de sintomas e/ou com problemas sociais, clientes com perturbações do comportamento alimentar e com o diagnóstico de primeiro surto psicótico, pretendendo-se em todas as situações internamentos de curta duração. Habitualmente, os clientes podem ser internados encaminhados pelo serviço de urgência geral do hospital, que funciona em regime permanente, de forma voluntária ou através do internamento compulsivo caso sejam reunidos os pressupostos da Lei de Saúde Mental nº 36/98 de 24 julho (1998). Outras vias para o internamento são a consulta externa de psiquiatria ou a transferência de outros hospitais pertencentes à área de abrangência.

A equipa multidisciplinar do serviço é constituída por 1 equipa de enfermeiros, que no total tem 20 elementos, 4 equipas médicas, 1 equipa de assistentes operacionais, 1 terapeuta ocupacional, 3 psicólogos, 2 assistentes sociais e 1 dietista.

O serviço tem uma lotação total de 28 camas, distribuídas pela ala I e ala II, em que a primeira tem a capacidade para 17 camas (internamento misto), e a segunda de 11 camas, destinando-se apenas a clientes do género feminino, onde se incluem adolescentes/adultas com perturbações do comportamento alimentar. Existe a possibilidade de receber um total de 5 clientes extranumerário, que têm de ficar internados em macas. A gestão da disposição dos clientes no serviço é realizada pela equipa de enfermagem.

Em termos físicos, o serviço tem uma disposição em L, em que a ala I é composta por 7 quartos e a ala II por 1 quarto, com a existência de instalações sanitárias em cada ala, que são comuns a todos os clientes da mesma. Também existe 1 quarto individual, situado na ala I, que é utilizado caso seja necessário adotar

medidas de contenção, assim como, em situações de instabilidade hemodinâmica, uma vez que, é o único que tem rampa de oxigênio. Na ala I situa-se a sala de refeições destinada a todos os clientes do serviço, e a sala para os fumadores. Nesta sala é permitida a permanência de 2 pessoas em simultâneo e funciona entre as 9h e as 22h, encontrando-se encerrada durante as refeições.

No serviço só se pode entrar com cartão de identificação, contando com a presença de segurança, diariamente, entre as 8h e as 0h. Devido à situação de pandemia não eram permitidas visitas no serviço.

O serviço de urgência de psiquiátrica está integrado no serviço de urgência geral do hospital, possuindo um espaço físico específico constituído por sala de espera, sala de observação com lotação para 6 macas, sala de enfermagem, dois gabinetes médicos e casa de banho. A equipa multidisciplinar presente nos turnos inclui 1 enfermeiro, 1 psiquiatra e 1 assistente operacional contando-se, também, com apoio permanente da equipa de segurança do hospital. A prestação de cuidados de enfermagem é assegurada, maioritariamente, por enfermeiros de cuidados de gerais em regime rotativo pelas várias valências do serviço de urgência geral, tendo-se verificado no período de estágio, a existência de apenas 1 enfermeiro especialista em ESMP no total de elementos da equipa. Relativamente à presença de acompanhante, verificou-se que devido à pandemia estava condicionada, apesar de cada situação ser avaliada em particular.

APÊNDICE IV – Plano de Cuidados

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenção de enfermagem	Avaliação
02/03/2021	Interação social diminuída	- Que a cliente identifique as razões para o isolamento social;	- Escutar ativamente.	07/03: Cliente participou na sessão individual (Apêndice I).
	Relacionada com - <i>Coping</i> ineficaz; - Autoestima diminuída.	- Que a cliente identifique e adote comportamentos promotores de <i>coping</i> eficaz relacionados com a interação social;	- Disponibilizar presença.	11/03: Cliente participou na sessão de grupo (Apêndice II). Refere não conseguir iniciar conversas com outras clientes.
	Manifestada por - Pouco interesse em participar em atividades de grupo; - Falta de espontaneidade em procurar a interação social; - Isolamento social.	- Que a cliente procure espontaneamente participar em atividades de grupo.	- Encorajar a cliente a identificar as razões para o seu isolamento social. - Incentivar a cliente a autoavaliar o seu comportamento e capacidades. - Incentivar a cliente a realizar alguns dos períodos de repouso obrigatórios após as refeições com as clientes com o mesmo diagnóstico, na sala comum do serviço.	24/03: Cliente inicia espontaneamente interação com as outras clientes e com a equipa de saúde. 27/03: Cliente iniciou espontaneamente atividades lúdicas com as outras clientes,

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenção de enfermagem	Avaliação
			- Promover sessão individual e sessão de grupo e incentivar a participação da cliente.	tais como jogo de cartas e jogo do <i>STOP</i> ; 01/04: Refere que ainda se sente pouco à vontade com pessoas que não conhece, contudo mais confiante na interação com as outras clientes e com a equipa de saúde. <i>Problema ainda não resolvido.</i>

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenção de enfermagem	Avaliação
02/03/2021	Autoestima diminuída em grau elevado	- Que a cliente seja capaz de verbalizar aspetos positivos sobre si própria.	- Escutar ativamente.	07/03: Cliente participou na sessão individual (Apêndice I).
	Relacionada com - Alteração da autoimagem; - Visão excessivamente rígida e negativa sobre si.	- Que a cliente seja capaz de expressar algum otimismo e esperança no futuro.	- Encorajar a cliente a expressar os seus sentimentos sobre a forma como pensa e se vê a si própria.	08/03: Cliente refere que refletiu sobre a sessão individual e que identifica o perfeccionismo como uma característica da personalidade que contribuiu para a autoestima baixa.
	Manifestada por - Sentimento de insucesso; - Postura negativista e dificuldade em se afirmar perante os outros; - Expressar incapacidade em ultrapassar dificuldades; - Isolamento social.		- Disponibilizar suporte emocional através da presença, do diálogo, de declarações de apoio e empatia. - Demonstrar à cliente uma atitude de aceitação de forma a reforçar sentimentos de valorização pessoal.	11/03: Manifestou verbalizações autocriticas em relação a si mesma após a sessão de grupo. 24/03: Cliente participa em sessão individual (Apêndice III). 27/03: Manifestou verbalizações menos críticas em relação a si,

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenção de enfermagem	Avaliação
				identificando como aspetos positivos ser organizada, sentir vontade de alterar aspetos do seu comportamento. Mais sociável com as outras clientes e com a equipa de saúde. 01/04: Cliente descreve que retomou a realização dos <i>hobbies</i> que gostava, nomeadamente a leitura (leu um livro desde a última avaliação) e as palavras cruzadas (completou um livro desde a última avaliação). Refere que partilhou com as outras clientes a sua opinião sobre o livro e que completou as palavras cruzadas junto das outras clientes. <i>Problema ainda não resolvido.</i>

APÊNDICE V – Plano de Sessão Individual I

Sessão Individual				
População: Cliente A. Data: 07/03/2021 Horário: 14:00 as 15:00 Duração: 60 minutos Número de participantes: 1 Recursos materiais: papel, canetas Recursos humanos: cliente, enfermeiro orientador do local de estágio (dinamizador da sessão) e aluna da especialidade de ESMP (dinamizadora da sessão)			Objetivos Gerais: - Promover a descoberta de si. Objetivos Específicos: - Identificar aspetos que aprecie sobre si; - Identificar aspetos que não aprecia sobre si e o que pode melhorar; - Prevenir o isolamento social.	
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Acolhimento	5'	- Apresentação dos objetivos, tema e duração da sessão.	Expositivo e Interativo	- Observação do interesse e receptividade da cliente.
Desenvolvimento	50'	- Entregar uma folha com as seguintes questões: - Quem sou eu? - O que é que gosto em mim? - O que é que não gosto em mim? - O que é que posso melhorar e como é que posso ser ajudada? - Partilha em grupo do que a cliente escreveu, fomentando a reflexão.	Interativo	- Observação do interesse, motivação e participação da cliente; - Observação do preenchimento da folha.
Término	5'	- Conclusão das principais ideias partilhadas; - Reforço positivo pela partilha; - Avaliação da sessão.	Interativo	- Avaliação da intervenção através do diálogo com a cliente.
Resultados esperados: Que a cliente seja capaz de: - Identificar aspetos sobre si mesma que valorize e aprecie; - Identifique aspetos sobre si mesma que não aprecia; - Identifique estratégias para melhorar aspetos que não gosta sobre si.		Indicadores do processo: - Expor a informação de forma clara; - Promover momentos de reflexão e de autoconhecimento.	Indicadores de resultado: A cliente conseguiu: - Identificar pelo menos um aspeto que aprecia e outro que não aprecia sobre si; - Identificar pelo menos uma estratégia para melhorar aspetos que não gosta em si.	

APÊNDICE VI – Plano de Sessão Individual II

Sessão Individual				
População: Cliente A. Data: 24/03/2021 Horário: 10:00 as 11:00 Duração: 60 minutos Número de participantes: 1 Recursos materiais: papel, canetas Recursos humanos: cliente, enfermeiro orientador do local de estágio (dinizador da sessão) e aluna da especialidade de ESMP (dinizadora da sessão)			Objetivos Gerais: - Promover a interação social; - Promover o envolvimento da cliente nas atividades de grupo; - Promover a autoestima. Objetivos Específicos: - Encorajar a cliente a desenvolver relações com os elementos do grupo; - Prevenir o isolamento social.	
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Acolhimento	5'	- Apresentação dos objetivos, tema e duração sessão.	Expositivo e Interativo	- Observação do interesse e recetividade da cliente.
Desenvolvimento	50'	- Entregar uma folha com as seguintes questões, pedindo-lhe para as completar: - Quando entro num grupo novo sinto-me ... - Quando um grupo começa eu... - Tenho vontade de me retirar quando... - Sinto-me mais solitária no grupo quando... - Sinto-me mais próxima dos outros quando... - Partilha do que a cliente escreveu, fomentando a reflexão.	Interativo	- Observação do interesse, motivação e participação da cliente; - Observação do preenchimento da folha.
Término	5'	- Conclusão das principais ideias partilhadas; - Reforço positivo pela partilha; - Avaliação da sessão.	Interativo	- Avaliação da intervenção através do diálogo com a cliente.
Resultados esperados: Que a cliente seja capaz de: Identificar a influência da autoestima na interação social.		Indicadores do processo: - Expor a informação de forma clara; - Promover momentos de reflexão.	Indicadores de resultado: A cliente conseguiu: - Identificar algumas emoções e sentimentos durante a interação social; - Reconhecer facilidades e dificuldades que tem na interação social.	

APÊNDICE VII – Plano da Sessão de Grupo

Sessão de Grupo				
População: Clientes internadas com o diagnóstico médico de perturbação do comportamento alimentar Local: Sala de convívio da ala 2 Data: /03/2021 Horário: 14:00 as 15:00 Duração: 60 minutos Número de participantes: 7 Recursos materiais: papel, canetas Recursos humanos: clientes, enfermeiro orientador do local de estágio (dinamizador da sessão) e aluna da especialidade de ESMP (dinamizadora da sessão) Crítérios de inclusão: Clientes internadas neste serviço com o diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar que têm de cumprir repouso após as refeições. Crítérios de exclusão: Clientes que não aceitam participar na intervenção.		Objetivos Gerais: - Promover a interação social; - Promover o envolvimento da cliente nas atividades de grupo; - Identificar fatores facilitadores e obstáculos ao ambiente terapêutico. Objetivos Específicos: - Potenciar as relações entre os elementos do grupo; - Encorajar a cliente a desenvolver relações com os elementos do grupo - Prevenir o isolamento social; - Conhecer a vivência dos clientes no ambiente do internamento hospitalar.		
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Acolhimento	5'	- Apresentação dos objetivos, tema, duração e regras da sessão.	Expositivo e Interativo	- Observação do interesse e recetividade das clientes.
Desenvolvimento	40'	- Entregar uma folha a cada elemento do grupo com uma das seguintes frases, pedindo-lhes para as completar: - o O internamento faz-me sentir... - o O que é menos positivo para mim no internamento é... - o Desejo que no internamento consiga... - o Sinto-me bem no internamento quando... - o As dificuldades que sinto no internamento são... - Partilha em grupo do que cada cliente escreveu, fomentando a reflexão.	Interativo	- Observação do interesse, motivação e participação das clientes; - Observação do preenchimento da folha.
Término	15'	- Conclusão das principais ideias partilhadas; - Reforço positivo pela partilha; - Avaliação da sessão.	Interativo	- Avaliação da intervenção através do diálogo com as clientes.

Resultados esperados:	Indicadores do processo:	Indicadores de resultado:
Que os elementos do grupo sejam capazes de: - Identificar a importância da interação social no internamento e na história de vida.	- Expor a informação de forma clara; - Relacionar a interação social e as atividades de grupo como aspetos do ambiente terapêutico; - Promover momentos de reflexão.	Os elementos do grupo foram capazes de: - Reconhecer a importância das atividades de grupo e interação social no internamento e na história de vida.