



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**As Intervenções Do Enfermeiro Especialista De
Enfermagem Em Saúde Mental e Psiquiátrica
Para Promover Uma Comunicação
Terapêutica**

Elza Fátima Coelho Lopes Santos Alpalhão

Orientação: Professor Doutor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiátrica*:

Relatório de Estágio

Setúbal, maio de 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

P POLITÉCNICO
DE PORTALEGRE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**As Intervenções Do Enfermeiro Especialista De
Enfermagem Em Saúde Mental e Psiquiátrica
Para Promover Uma Comunicação
Terapêutica**

Elza Fátima Coelho Lopes Santos Alpalhão

Orientação: Professor Doutor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 15 maio 2023

**As Intervenções Do Enfermeiro Especialista De Enfermagem Em Saúde Mental e Psiquiátrica
Para Promover Uma Comunicação Terapêutica**

Elza Fátima Coelho Lopes Santos Alpalhão

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Arguente: Professora Doutora Maria Fátima Marques

Orientador: Professor Doutor Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos

06/07/2023

“Há três métodos para ganhar sabedoria: primeiro, por reflexão, que é o mais nobre; segundo, por imitação, que é o mais fácil; e terceiro, por experiência, que é o mais amargo.”

Confúcio

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Doutor Lino Ramos pela viagem percorrida num caminho amparado pela lealdade, empenho e sentido prático com que sempre me orientou que em tanto e por toda a paciência ajudou a diminuir os meus maiores períodos de ansiedade. Pela motivação proporcionada em toda a sua orientação. Mas sobretudo pela sua amizade.

Aos meus queridos pais que me deram muito daquilo que hoje sou, pelo seu amor incondicional e incentivo., sempre importantes na minha vida.

Aos meus queridos e doces filhos Carolina e João que são o melhor de mim e que muito me motivaram e ajudaram durante toda esta viagem.

Ao António pela paciência e compreensão, pela força, amizade e carinho

A minha filha adotiva, Catarina Rebelo, ao que de melhor se cruzou nesta caminhada e com todo o seu apoio incondicional, pelos seus ensinamentos, pela sua motivação e determinação.

Aos meus colegas pela sua compreensão, apoio e que me aturaram nesta caminhada e acreditaram em mim.

Agradecer acima de tudo, a pessoa com doença mental, pois merecem todo o apreço e afeição, e ainda às suas famílias que enquanto cuidadores informais realizam um trabalho de uma importância inigualável. A todos os meus sinceros agradecimentos. e um grande Bem-Haja.

RESUMO

Na esfera de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, os pilares da sua intervenção integram a promoção da saúde mental, a prevenção da doença e a reabilitação e inserção psicossocial. Ancorado na relação terapêutica, promove a sua prática com o desígnio de potenciar a satisfação das necessidades da pessoa, diminuindo os processos incapacitantes de maior morbidade.

Recorremos à metodologia de projeto, planeámos e executámos um programa terapêutico com vista a entender o fenómeno “Porta Giratória”, cuja principal intencionalidade seria compreender quais os fatores que estão subjacentes a este problema e, conseqüentemente, diminuir os reinternamentos. A construção do jogo *Mind Game*, incide na promoção da qualidade dos cuidados, aumentar os conhecimentos sobre os sinais e sintomas e capacitar a pessoa para a gestão adequada do regime terapêutico.

A atitude reflexiva, esteve subjacente à tomada de decisão, promotora do desenvolvimento e da aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, e de Mestre.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental; Adesão Terapêutica, Entrevista Motivacional; Comunicação Terapêutica.

ABSTRACT

In the scope of intervention of the Nurse Specialists in Mental Health and Psychiatric Nursing, the pillars of their intervention integrate the promotion of mental health disease, prevention and psychosocial rehabilitation. Anchored in the therapeutic relationship, they promote in practice with the purpose of empowering the satisfaction of the person's needs, reducing the incapacitating processes of greater morbidity.

Using the project methodology, we planned and executed a therapeutic program that aimed understanding the "revolving door" phenomenon, which the main purpose was to understand the factors underlying this problem and consequently reduce readmissions. The construction of the "Mind Game" focuses on promoting the quality of care, increasing the knowledge regarding signs and symptoms and empowering the person to properly manage the therapeutic regime.

The reflective attitude underlies the decision-making process, which promotes the development and acquisition of common competencies of the Specialist Nurse, specific competencies of Specialist Nurse in Mental and Psychiatric, and of the Master.

Keywords: Psychiatric Nursing; Mental Health; Treatment Adherence and Compliance; Motivational Interviewing; therapeutic communication.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ADR	Aconselhamento e Deteção e Referenciação
APA	American Psychological Association
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.
COVID-19	Doença do Coronavírus 2019
CT	Comunicação Terapêutica
EESMP	Especialista de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica
EEESMP	Enfremeiro Especialista de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica
EM	Entrevista Motivacional
ESS/IPP	Escola Superior de Saúde/ Instituto Politécnico de Portalegre
ET	Equipa de Tratamento
OE	Ordem do Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
RA	Relação de Ajuda
RAP	Relação de Ajuda Profissional
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RT	Relação Terapêutica
SWOT	Strenghts, Weaknesses, Opportunities & Threats
TOR	Terapia de Orientação para a Realidade
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

LISTA DE ABREVIATURAS

et al	et al – (et alli): significa "e outros"
p.	p. – página
nº	número

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:Análise SWOT do Problema de Investigação.	68
Figura 2: Resultado avaliação da opinião da equipa enfermagem em relação ao jogo.....	73
Figura 3:Material para Trabalhar -Elaborado por Elza Santos – TOR	126
Figura 4:Material para Trabalhar -Elaborado por Elza Santos – TOR.....	127
Figura 5: Primeiros esboços do desenho- Elaborado por João Alpalhão.	135
Figura 6:Tabuleiro de Jogo Mind Game – Elaborado por João Alpalhão.	136
Figura 7: Cartas do Tabuleiro de Jogo Mind Game – Elaborado por João Alpalhão.....	137
Figura 8: Jogo Mind Game – Elaborado por João Alpalhão.....	138
Figura 9: Jogo Mind Game – Elaborado por João Alpalhão.....	139
Figura 10: Cartões do Jogo Mind Game em que aborda a temática sobre o Conhecimento Sobre a sua Doença.	140
Figura 11: Desenho do cartão onde se elabora a pergunta do Jogo Mind Game em que aborda a temática sobre o Conhecimento Sobre a sua Doença.	141
Figura 12: Cartões do Jogo Mind Game em que aborda a temática sobre Conhecimento sobre a Medicação e a Importância da Adesão a Terapêutica.	144
Figura 13: Desenho do cartão onde se elabora a pergunta do Jogo Mind Game em que aborda a temática sobre o Conhecimento sobre a Medicação e a Importância da Adesão a Terapêutica.	144
Figura 14: Cartões do Jogo Mind Game em que aborda a temática sobre Promoção da Saúde Mental.	147
Figura 15: Desenho do cartão onde se elabora a pergunta do Jogo Mind Game em que aborda a temática sobre Promoção da Saúde Mental.	147
Figura 16: Regras do Jogo Mind Game.....	149

ÍNDICE DE FONTES

Fonte: 1 : https://www.psicologajessica.com/post/t%C3%A9cnica-de-relaxamento-muscular-progressivo-jacobson	130
Fonte: 2: https://pt.sainte-anastasiae.org/articles/meditacin-y-relajacin/mtodo-jacobson-de-relajacin-progresiva.html	131

ÍNDICE DAS GRÁFICOS

Gráfico 1:Número de pessoas internadas e reinternadas no triénio 2020-2022.	64
---	----

ÍNDICE DAS QUADROS

Quadro 1:Plano de Atividade TOR.	55
Quadro 2:Plano de Sessão de Terapia de Reminiscência.....	57
Quadro 3:Plano da sessão de exercício físico.....	58

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	18
1.1. Saúde e Doença Mental	18
1.2. Comunicação Terapêutica.....	21
1.3. Entrevista Motivacional	25
1.4. Relação de Ajuda em Enfermagem	29
1.5. Fenómeno da “Porta -Giratória “	36
1.6. Modelo Das Relações Interpessoais De Hildegard Peplau.....	37
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	41
2.1. Contexto Comunitário	42
2.2. Contexto Hospitalar num Internamento de Agudos	48
2.2.1. Terapia Orientada para a Realidade	53
2.2.2. Terapia pela Reminiscência	55
2.2.3. Estimulação Física	57
2.2.4. Relaxamento Muscular Progressivo.....	59
3. PERCURSO METODOLÓGICO	61
3.1. Identificação do projeto.....	61

3.2.	Diagnóstico de situação	62
3.3.	Definição dos Objetivos	66
3.4.	Planeamento	69
3.5.	Execução	71
3.6.	Avaliação	72
4.	Reflexão sobre as competências.....	75
4.1.	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	77
4.2.	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	89
4.3	Competências de Mestre em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	105
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
	APÊNDICES.....	124
	Apêndice 1: Material para Realizar a Atividade TOR	125
	Apêndice 2: Relaxamento Progressivo de Jacobson	128
	Apêndice 3: Jogo <i>Mind Game</i>	134
	Apêndice 4: Plano Formação para Apresentação do Projeto a Equipa.....	153

INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende ser uma ferramenta de comunicação, habilitado para descrever as intervenções desenvolvidas ao longo do estágio I e do estágio final e que motivam a aquisição das competências. Assim, entendemos explicar as intervenções desenvolvidas no percurso da prática académica, bem como a sua fundamentação teórica e a sua intenção.

A elaboração do presente relatório tem a intencionalidade de alcançar o grau de Mestre em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), sequente do conhecimento académico frequentado no Mestrado de Enfermagem em Associação entre a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Este relatório, enquadra-se na Unidade Curricular-Relatório, que decorreu no segundo ano do mestrado. O mestrado em associação, teve o seu percurso dividido ao longo de três semestres, conforme se pode comprovar no plano de estudos publicado em diário da república 2ª série, nº195 de 10 de outubro de 2019. Através deste, preconiza-se a implementação dos diversos construtos e conhecimentos adquiridos ao longo das unidades curriculares lecionadas no mestrado, bem como a aquisição das competências comuns para o enfermeiro especialista, descritas no Regulamento nº 140/2019 da ordem dos enfermeiros, bem como as específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), publicadas no Regulamento nº. 515/2018, de 7 de agosto, Regulamento das Competências Específicas do EEESMP. (Ordem Enfermeiros[OE], 2018a). Além disso, este processo engloba ainda a aquisição de competências de grau de mestre conforme publicação em Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República nº157/2018, série 1 de 16 de agosto de 2018, com as alterações nº115 de 2013 de 7 de agosto de 2013.

O estágio I e o estágio final, foram desenvolvidos em dois contextos distintos. O estágio I, decorreu em contexto comunitário, numa unidade de tratamento na região de Lisboa, no período entre 16 de maio e 24 de junho de 2022. O estágio final, decorreu em contexto de internamento, numa unidade de internamento de agudos, num hospital na área de Lisboa, de 19 de setembro de 2022 e final previsto para 27 de janeiro de 2023.

O tema abordado “As Intervenções Do Enfermeiro Especialista De Enfermagem Em Saúde Mental e Psiquiátrica Para Promover Uma Comunicação Terapêutica”. O interesse por este tema, é impulsionado por ser uma área que nos é muito querida e de grande interesse e cada vez mais importante na nossa sociedade e principalmente na área da saúde mental com particular importância para a prática de EESMP.

A Direção Geral de Saúde (2017), na sua Norma nº 001/2017, compromete-se que a “comunicação eficaz na saúde requer conhecimento, competência e empatia.” Compete ao profissional de saúde, utilizar uma comunicação clara e perceptível por todos e que deve ser usada no momento certo. Apesar de todos utilizarmos a comunicação diariamente na prestação de cuidados de saúde, é exigido “competências que devem ser apreendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos e comuns aos profissionais de saúde.” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017, p. 5).

A comunicação conquista o papel principal na relação entre o enfermeiro e a pessoa, família, grupo ou comunidade, centro do cuidado e da atenção, “na medida em que a comunicação é o contexto no qual se desenvolve a relação e é, ou pode ser, uma ação terapêutica *per se* ou complementar a ação terapêutica de outra intervenção.” Por ser a comunicação que permite o desenvolvimento da relação, “esta pode criar um contexto favorável ou desfavorável, daí a sua importância.” (Sequeira & Sampaio, 2020 , p. 73).

O mesmo autor, refere que através da comunicação, que tomamos consciência sobre o estado de saúde, e ajuizamos a tomada de decisão possibilitando uma “gestão adequada de um determinado regime terapêutico, muitas vezes complexo.” (Sequeira & Sampaio, 2020 , p. 73).

Pelo que explanamos, a preferência dos contextos teve como propósito uma prática de cuidados especializados em saúde mental, com a intencionalidade de adquirir competências comunicacionais nos diferentes contextos. E também, que os contextos estivessem vinculados pelos direitos humanos, promotora da saúde mental e o bem-estar para todos, para prevenir problemas de saúde mental e da recuperação da pessoa com patologia mental, promovendo a redução da morbilidade, mortalidade e incapacidade. (World Health Organization[WHO], 2021).

A comunicação clínica, remete-nos para a comunicação que os profissionais usam para avaliarem uma situação, realizarem uma intervenção, justificarem os cuidados prestados, planearem os cuidados subsequentes e partilharem as vivências clínicas com os diferentes elementos da equipa de saúde. (Sequeira & Sampaio, 2020). A comunicação clínica, permite-nos a aplicação de estratégias de

comunicação, que nos ajudem a avaliar as necessidades da pessoa e nos conduzam para uma estratégia de intervenção que resolva ou minimize o seu problema. (Sequeira & Sampaio, 2020 ; Sequeira, A Comunicação Clínica e Relação de Ajuda, 2016).

No estágio final, em contexto de internamento de agudos, enfrentámos uma realidade que preocupa a equipa de Enfermagem, já descrita pela literatura como fenómeno da “Porta Giratória”. Um grande número de pessoas com patologia mental, são readmitidas pouco tempo depois de terem tido alta clínica. Que fatores poderão estar associados a este fenómeno? De que forma poderemos ajudar as pessoas, de forma a minimizar este problema? Da análise reflexiva sobre esta problema, abraçámos este projeto, crentes de ser um desafio na área da comunicação e do EEESMP.

Considerando. este enquadramento, a metodologia do projeto terapêutico foi desenvolvida em quatro etapas: o diagnóstico da situação, o planeamento, a execução e a avaliação.

Importar salientar, que ao longo deste relatório, usaremos o conceito de pessoa por ser uma orientação da Ordem dos Enfermeiros (OE), e por nos parecer, que este conceito aborda a pessoa na sua globalidade, independentemente dos autores referenciados, utilizarem outro conceito de cliente, utente ou individuo.

A partir do que foi mencionado, este trabalho tem como finalidade apresentar o presente relatório para prova pública como elemento de avaliação da Unidade Curricular projeto.

Como objetivos específicos delineamos:

- ✓ Caracterizar os contextos inerente à prática de cuidados em ambulatório e internamento de agudos;
- ✓ Fundamentar teoricamente os princípios alicerçados de forma a promover uma comunicação terapêutica;
- ✓ Apresentar as atividades desenvolvidas em contexto de estágios analisando o percurso na unidade de internamentos e em contexto comunitário;
- ✓ Descrever de forma reflexiva o processo para obtenção e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, das competências EEESMP e das competências de Mestre.

A estrutura do relatório encontra-se organizado em quatro capítulos. O relatório erguer-se com a presente introdução, seguida do primeiro capítulo que reflete o enquadramento concetual e dá suporte a todo o planeamento do percurso académico. Este, é constituído pelo conceito de saúde e doença mental, pelos princípios da Relação de Ajuda (RA) de Rogers como pressupostos para a Relação de Ajuda Profissional (RAP) e intervenção terapêutica de Phaneuf e dos pressupostos humanista de Chalifour, perspetivando um processo para a tomada de consciência de Si que conduzem a uma Comunicação Terapêutica (CTJ) e pelo conceito do fenómeno da “porta giratória” que dão suporte ao projeto desenvolvido. Considerámos, igualmente, como referência para a prática da Enfermagem a inclusão da ótica de Hildegard Peplau para a conceção de uma relação interpessoal e fundamental para o EEESMP.

No segundo capítulo caracteriza-se os contextos de cuidados onde o projeto se desenvolve, seguindo-se da contextualização da problemática aí existente, demonstrando a pertinência do projeto terapêutico e das intervenções desenvolvidas em cada contexto.

No terceiro capítulo é desenvolvido todo o processo da metodologia de projeto, na qual realizámos primariamente uma avaliação diagnóstica da situação, seguida do planeamento e execução das intervenções, estabelecendo por último a avaliação.

No quarto capítulo, é efetuada uma análise-reflexiva de todas as aprendizagens entrosadas no processo de obtenção e desenvolvimentos das competências, comuns do enfermeiro especialista, e as específicas do EEESMP e as de Mestre.

Terminamos o relatório com as considerações finais, seguidas das referências bibliográficas e apêndices, cuja sequência de apresentação respeita a ordem com que são referidos ao longo do trabalho.

O presente trabalho, segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português, com exceção das citações diretas que seguem a redação original dos seus autores. Orientado pelo Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos de 2018 da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre ESS/IPP. A norma de referência que segue é a American Psychological Association (APA) 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo iremos abordar o conceito de saúde e doença mental, RA em Enfermagem, CT, Entrevista Motivacional (EM) e o fenómeno da “porta giratória”.

Abordaremos também a teoria de Enfermagem que se enquadra na temática abordada neste relatório nomeadamente a teoria de Hildegard Peplau.

1.1. Saúde e Doença Mental

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “(...) estado completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (Organização Mundial da Saúde[OMS], 1978).

Peplau define saúde como, uma palavra como símbolo que implica movimento da personalidade para a frente e outros processos humanos em curso, no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária (Peplau H. E., 1992).

Nos últimos anos, os problemas relacionados com a saúde mental têm vindo a preocupar as entidades governamentais, tornando-se atualmente como uma das prioridades políticas e ações de saúde em todo o mundo. Esta preocupação é justificada pelos números globais de incidência e prevalência das perturbações mentais e perturbações correlacionadas com o uso de substâncias psicoativas. Salientando a pandemia da Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19), como um determinante que desencadeou uma crise global para a saúde mental, sustentando tensões de curto e longo prazo e afetando a saúde mental de milhões de pessoas, de forma assustadora (WHO, 2022).

A perturbação mental pode surgir em qualquer fase da vida de uma pessoa. É um fenómeno

multicausal, multissetorial, multifatorial e universal, que lesa populações de múltiplos países, sociedades, independentemente da idade, sexo, etnia, posição social, que emergem da saúde pública “(onde inclui a COVID-19), emergências humanitárias (incluindo conflitos e deslocamentos forçados) e a crise climática.” (world health organization [WHO],2022, p. 10).

A OMS na sua conferência de Genebra (2022), alerta e dá ênfase, à necessidade urgente de se alterar a saúde mental para todos, ao divulgar a maior revisão mundial, sobre a saúde mental. O trabalho minucioso dá visibilidade de um plano para os governantes, os académicos, os profissionais de saúde, sociedade civil entre outros que tenham a ambição de dar o seu contributo e apoiar o mundo na transformação da saúde mental. (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS] & World Health Organization -America [WHO], 2022).

Na referida reunião, foi apresentado um relatório, onde a OMS revela dados de uma investigação que incluem vários países, no qual faz menção às condições de saúde mental e que são altamente prevalentes. Cerca de uma em cada oito pessoas no mundo, vive com uma perturbação mental. A prevalência de diferentes perturbações mentais varia com o sexo e em todos os países, as lacunas na cobertura do serviço são agravadas pela variabilidade na qualidade do atendimento. bem como o acesso aos serviços de saúde mental (WHO, 2022).

Importa salientar que o relatório supracitado, acautela para os elevados custos na sociedade que a doença mental impõe e menciona o suicídio como uma causa importante. Revelando-se como uma das principais causas de morte entre os jovens as perdas de atividade e outros custos indiretos para a sociedade muitas vezes superam em muito os custos dos cuidados de saúde. Economicamente a esquizofrenia é a perturbação mental, com mais elevados custos por pessoa. No entanto, as perturbações depressivas e de ansiedade são muito menos dispendiosos por pessoa, mas são mais prevalentes e, portanto, contribuem significativamente para os custos nacionais gerais (WHO, 2022).

Releva ainda, que existem múltiplos fatores que impedem a pessoa de procurar ajuda para o seu problema de saúde mental, associado a esta situação incluem-se a baixa qualidade dos serviços, a literacia em saúde mental, o estigma e a discriminação, bem como os elevados custos que a doença mental suscita na sociedade. Embora a maioria das pessoas seja notavelmente resiliente, as pessoas mais expostas a circunstâncias desfavoráveis correm maior risco de sofrer de problemas de saúde mental (WHO, 2022).

A pandemia da COVID-19, veio despoletar e desencadear consequências calamitosas nas nossas vidas. Por se estar doente com a próprio vírus, por situações relacionados com o emprego ou por alterações bloqueantes, que são, ou foram impeditivas, de estar fisicamente com os nossos familiares ou amigos. Acrescidos a estes sentimentos, carece o medo e a ansiedade sobre o futuro e como tudo terminará. Espelhados neste sentimento, não será difícil de imaginar o impacto do COVID-19 na saúde mental das pessoas. Um estudo de meta análise, evidenciou que durante a pandemia a prevalência global de depressão foi de 28%, ansiedade de 26,9%, 50% para o sofrimento psicológico e 27,6% para problemas relativamente ao sono (Nochaiwong et al., 2021; Pinho et al., 2021a; WHO, 2022).

A atual pandemia, do COVID-19, veio alterar o paradigma da comunicação entre as pessoas infetadas e suas famílias, e particularmente a pessoa idosa ou a pessoa adulta em contexto de internamento hospitalar. As comunicações têm uma função relevante de nortear a dualidade da relação entre informação dada e como ela influencia a sociedade, positivamente ou não, (Pinho et al., 2021b).

Das leituras efetuadas sobre os diferentes estudos, salienta-se um realizado por investigadores portugueses, onde abordam as estratégias, que os enfermeiros utilizaram para minimizar a ansiedade, o stresse e a depressão durante a pandemia. Os investigadores concluíram que a pandemia poderá incluir-se nos determinantes que afetam a saúde mental da população portuguesa em particular e no mundo em geral (Pinho et al., 2021a; Pinho et al., 2021b).

A confrontação entre os problemas reais e os problemas pessoais é indeclinável e faz parte da vida humana. Incitado por estímulos internos ou externos ao indivíduo, sendo avaliado pelo mesmo, de acordo com os recursos que disponibiliza para manter o seu bem-estar. Face aos problemas de saúde mental que as pessoas sofrem, devido ao uso de substâncias e por não terem qualquer forma de atendimento de saúde mental de qualidade e acessível, a OMS, em 2019, promoveu a “Iniciativa Especial da OMS para a Saúde Mental 2019-2023: Cobertura Universal de Saúde para a Saúde Mental” (WHO,2019).

A OMS, (2001) alude que não é possível diligenciar uma definição deste conceito pois a mesma é afetada por diversos fatores culturais, visões subjetivas e teorias por vezes adversárias entre si, que inviabilizam uma uniformização conceptual. Todavia, a OMS aclara que a saúde mental é um elemento integral e essencial da saúde. Sendo que a “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2001, p. 30).

O Conselho Nacional de Saúde (2022), no seu relatório sinaliza o “medo, luto, isolamento, perda de rendimentos,” podem ter estimulado o despoletar de situações novas de “problemas de saúde mental ou piorado os pré-existentes”, desencadeados pela vulnerabilidade que a pessoa está exposta face a doença causada pelo COVID-19, pode ser a causa de aumento do “risco de morbilidade psicológica e neurológica (Conselho Nacional Saúde [CNS], 2022, p. 57).

Segundo a OMS, a promoção da saúde mental, continua a ser uma das prioridades nas estratégias e planos de ação de saúde mental no mundo. À sua semelhança, em Portugal, as perturbações mentais evidenciam-se como uma das prioridades, uma vez que, são um dos principais motivos de incapacidade para atividade produtiva.

A saúde mental da pessoa, é o pilar fundamental da saúde em geral e advém de uma sucessão de fatores interligados entre si, como os fatores predisponentes (particularmente as experiências na infância e fatores hereditários), fatores precipitantes (como acontecimentos relevantes na vida da pessoa, por exemplo, perda de familiares próximos, situações de desemprego, carência económica, etc.), (Moeti, 2021) e fatores que dizem respeito ao contexto social e às experiências pessoais.

1.2. Comunicação Terapêutica

A baixa literacia em saúde das pessoas, remete para as dificuldades que estas manifestam em compreender o seu estado de saúde, bem como os múltiplos aspetos relacionados com planos de tratamento e mudanças necessárias, determinando barreiras à comunicação, podendo estas estarem relacionadas com a uma literacia insuficiente.

A WHO (2016), define Literacia em Saúde como o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde, no sentido de “(...) usarem a informação de forma que promovam e mantenham boa saúde.”

Collière, refere que o cuidar, é um ato presente na “origem de todas as culturas”, (Collière, 2003, p. 58). Cuidar envolve famílias, pessoas, comunidades e grupos ao longo do seu ciclo vital, o que significa que se interaja e se comunique entre os demais. Entendemos deste modo, que a comunicação é o pilar de toda a relação humana, e o cuidar a essência do enfermeiro, justificando que este utilize a

comunicação como ferramenta de ajuda na relação com o outro, (Chalifour, 2009; Sequeira, 2016; Phaneuf, 2005).

A comunicação, segundo Phaneuf, (2005), é a ferramenta terapêutica fundamental que o enfermeiro detém, com o objetivo de interagir com a pessoa de forma a entender a sua personalidade, o seu contexto de vida promovendo assim uma relação de confiança. A comunicação adquire um papel decisivo na relação com o outro, sendo este o veículo essencial, utilizado pelo enfermeiro como instrumento terapêutico, (Sequeira & Sampaio, 2020).

O mesmo autor, salienta que a CT, envolve o uso do conhecimento sobre a comunicação, a construção de relacionamentos de confiança eficazes e interações comunicativas conscientes, com as pessoas para ajudá-las a enfrentar os seus problemas, (Sequeira & Sampaio, 2020).

Num processo de doença mental, a enfermeira detém a responsabilidade de cuidar e paralelamente potenciar e nortear as relações com a pessoa que cuida, bem como na sua família, (Phaneuf, 2005). A imprevisibilidade da evolução do processo de doença, acrescido ao ambiente tecnológico desconhecido, a comunicação torna-se o veículo fulcral desta relação.

A CT, historicamente, tem o seu vínculo em Florence Nightingale, esta reforça a importância de criar uma relação de confiança com os doentes. Ela, afirmava que a cura terapêutica adveio da assistência assídua das enfermeiras junto da pessoa doente. Desde então, são múltiplas as associações de profissionais de Enfermagem que realçaram a comunicação terapêutica como uma ferramenta vital da Enfermagem.

A CT, é um modelo de comunicação profissional, que intrusa o conhecimento sobre a comunicação, criando uma ligação “efetiva, de confiança”, bem como um processo de interação comunicativa intencional com a pessoa, com o propósito de ajudá-la “a enfrentar os seus problemas” (Sequeira, 2016, p. 97). Considerado um método de comunicação pelo qual o profissional dá resposta as inquietações implícitas ou explícitas da pessoa.

Recentemente, Sharma & Gupta (2022), descrevem que a CT é o pilar estrutural da comunicação entre médicos, enfermeiros e saúde mental. Confirmam que a CT, é um processo através do qual, o profissional dá resposta as necessidades subentendidas e entendidas da pessoa. Inclui a identificação de diagnósticos com precisão, reconhecer as emoções da pessoa e assegurar a terapêutica, tomar decisões planeadas e acordadas com a escolha da pessoa, reconhecer a percepção e apreensão da pessoa relativamente ao seu diagnóstico e as opções de tratamento.

Face ao anteriormente exposto, a humanização dos cuidados centrada na pessoa, carece de competências comunicacionais eficazes de forma a criar uma relação de confiança, (Chalifour, 2009). Motivo pelo qual, a Relação Terapêutica (RT) que se estabelece pela comunicação é um desafio para o enfermeiro face a situação de grande complexidade do seu processo de doença que apresenta ao momento, (Sequeira, 2016).

A mestria de competências comunicacionais, sejam elas verbais ou não verbais, sustentam a perícia do enfermeiro para chegar á pessoa cuidada, nos diferentes contextos de cuidados, especificamente no cuidar da pessoa com doença mental (Araújo et al., 2021).

O Institute for Healthcare Communication (2011) , refere que das enumeras pesquisas realizadas, evidenciam, que independentemente da experiência profissional que um membro da equipa de saúde possa ter, se não for capaz de estabelecer uma boa comunicação com a pessoa, não irá ser capaz de o ajudar. Referem também, que os estudos mostram que a capacidade da equipa de explicar, ouvir e ter empatia pode resultar profundamente nos resultados biológicos e funcionais da saúde, bem como na satisfação da pessoa e na experiência clínica.

Considerando o que foi mencionado, e de acordo com Sequeira (2016) a RT é “um processo de interação”entre o profissional e a pessoa, combinando um conjunto de carteristicas -confiança, empatia, respeito aceitação, etc, que foram desenvolvidas com o proposito de construiir uma RT (Sequeira, 2016, p. 97).

Clhalifour(2008), Sequeira (2016),Riley (2004) e Sequeira & Sampaio(2020), acautelam que para se estabelecer uma comunicação terapêutica, o enfermeiro deve considerar os seguintes assuntos: **Determinar a sua intenção** as suas expetativas, reconhecer os seus pensamentos e emoções; ter em atenção a forma como se apresenta (sendo decisivo para o êxito da comunicação);**Criar um ambiente acolhedor**, Apresentar-se, comunicar com a pessoa pelo seu nome e olhá-lo nos olhos enquanto comunica; **Concentrar-se na pessoa** , escutá-lo e transmitir a sua compreensão; **Evitar interrupção** mostra-se disponível ,dar atenção a pessoa,demonstrar abertura para a colocação de perguntas, aguardar pela mensagem verbal e não verbal da pessoa, para que perceba e identifique os sentimentos da mesma; **descodificar a mesnagem da pessoa**, dar realce ao assunto dominante da comunicação; **Transmitir uma resposta empática**, que reflita verbalmente os seus sentimentos, a sua expressão não-verbal seja congruente com a s suas intenções; **Verificar se a resposta empática** foi eficiente, pedir *imput* à pessoa de forma a entender se ela se sentiu compreendida.

Além de que, os diversos estudos, demonstram os benefícios de uma comunicação competente entre a equipa de saúde e a pessoa, que tem preponderância na qualidade e na eficácia do tratamento da pessoa, na alteração ou perturbação mental, têm ganhos em saúde quando cuidados por EEESMP (...) “diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam”, de acordo com o Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro (OE, 2018a, p. 21427).

O mesmo regulamento, atesta que o enfermeiro EESMP, colabora na melhoria dos problemas de saúde, pessoa e família, face a questões relacionadas com o autocuidado, adesão à terapêutica, entre outras. Assume um papel educativo e terapêutico, mobilizando um conjunto de conhecimentos humanos, científicos e técnicos, sendo capaz de desenvolver aptidões psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, criando uma ligação baseada na confiança com a pessoa com doença mental.

Fomenta o *insight* sobre o seu problema de saúde e promove o encontro de soluções para os seus problemas. Sequeira & Sampaio (2020), aprofundam mais, e acrescentam que esta formação permite ao enfermeiro compreender que a “alteração e perturbação mental da pessoa e do seu meio, bem como as implicações no seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos seus fatores contextuais” (Sequeira & Sampaio, 2020, p. 303).

A psicoeducação é uma ferramenta elementar que o EEESMP possui, para promover e capacitar a pessoa com doença mental grave, bem como a sua família /cuidador informal, beneficiando assim, a compreensão do problema de saúde bem como “uma participação ativa no tratamento,” promovendo novas capacidades “para lidar com a doença e com os problemas do quotidiano que esta provoca” (OE, 2021, p. 37). Tendo em consideração tudo o que já foi referido, o ato de comunicar em saúde mental é tido como a aptidão para compreender, perceber e interpretar a pessoa com doença mental, assim como, compreender o seu meio envolvente e promover a sua integração no mesmo de forma consciente.

Entende-se assim, que o EEESMP, são os interlocutores privilegiados na psicoeducação, facultando o entendimento da pessoa ou dos familiares as suas especificidades/ orientações relativas à sua saúde, e deste modo para a promoção da literacia em saúde e da população em geral, e da pessoa em particular.

A melhoria da comunicação com a pessoa contribuirá para uma melhor adesão aos cuidados/tratamentos de saúde, conseguindo-se assim as alterações comportamentais desejadas. As

intervenções psicoeducativas com recurso a mediadores de expressão, têm-se revelado uma ferramenta muito útil para desviar comportamentos relacionados com o uso de substâncias aditivas, apoiando o seu contributo para o processo de sensibilização e motivação de uma pessoa para a mudança.

1.3. Entrevista Motivacional

A EM surge nos anos 80 com William Miller, decorrente da sua experiência no tratamento de pessoas com perturbação uso de álcool. Presentemente, é enunciada como sendo um estilo de aconselhamento colaborativo, centrada na pessoa, que se caracteriza por uma comunicação construtiva, relativamente à mudança de comportamento, num processo de escuta ativa e empatia , aplicados pelo aconselhador, no sentido de compreender a perspetiva da pessoa e reduzir a resistência ,vinculados na colaboração e respeito, utilizando técnicas e estratégias para entender a perspetivava e os objetivos da pessoa, no que diz respeito ao seu problema, e desta forma estimular a mudança de comportamentos (Miller & Rollnick, 2016).

Semanticamente, motivação é ato ou efeito de motivar, de despertar o interesse por algo. Elogiar tem a intencionalidade de motivar para melhorar. A motivação é um conjunto de razões pelas quais a pessoa age de certa forma, é um processo que resulta numa ação consciente para atingir os seus objetivos (Porto Editora , 2023).

Do ponto de vista da Enfermagem, a motivação deve ser considerada como uma intervenção de Enfermagem. Ou seja, cabe ao enfermeiro, entender que a mudança só acontece se a pessoa estiver consciente, motivada, com energia e ânimo. Perante a vulnerabilidade da pessoa, o enfermeiro tem a função de ajudar a pessoa, a consciencializar-se, no sentido de a capacitar para a tomada de decisão, independente do contexto em que ocorre a ação (Phaneuf, 2005; OE, 2015b).

A motivação é um conceito que tem vindo a ganhar o seu espaço na área da saúde, com particular relevância na área de estudo da pessoa com comportamentos aditos. Esta importância, está subjacente a uma série de comportamentos, particularmente a comportamentos associados à perturbação do uso do álcool e ao consumo de drogas, á ideia de mudança está associada a motivação. Perante esta condição de motivação, na prática clínica, entende-se, que se a pessoa está motivada para a mudança, então o enfermeiro terá a sua função de ajuda. A motivação, enquanto razão ou desejo de ação,

promove orientação ao comportamento em função do objetivo desejado, tem um propósito, ou seja, é a chave para a mudança (Miller & Rollnick, 2016; Sequeira, 2016; Sequeira & Sampaio, 2020).

Sequeira, (2016) confere que o conceito motivação, é compreendido como uma vontade em iniciar uma determinada modificação comportamental ou em mantê-la (mudança), permitindo a mudança de um comportamento habitual e que lhe é prejudicial, “por um comportamento salutogénico, ou simplesmente eliminando o comportamento prejudicial (Sequeira, 2016, p. 251)”.

Neste processo motivacional, Sequeira (2016) dá ênfase a dois detalhes que o enfermeiro deve avaliar, sendo um deles, a importância que a pessoa atribui á sua necessidade de alterar o seu comportamento – “convicção”; e um outro aspeto, a que o autor atribui à percepção que a pessoa mostra em relação à sua capacidade para mudar, “a confiança” (Sequeira, 2016, p. 252).

Sequeira & Sampaio (2020), refere que a motivação é multidimensional (fatores internos e externos), deve ser entendida de forma positiva, constitui a chave para a mudança, ocorre num processo dinâmico e fluente ao longo deste processo, e pode ser influenciada por diversas variáveis nas quais se inclui o enfermeiro (Sequeira, 2016; Sequeira & Sampaio, 2020).

A EM “é um estilo de conversa colaborativa para fortalecer a própria motivação da pessoa e o seu compromisso para mudar” (Miller & Rollnick, 2016, p. 28). Esta tem como finalidade, ajudar a pessoa a consciencializar-se e a agir, relativamente aos seus problemas atuais ou potenciais. Desta forma, a EM, é uma forma de estimular as motivações e os recursos da pessoa, no sentido da mudança (Miller & Rollnick, 2016).

A motivação aborda dois elementos importantes, a Ambivalência (Miller & Rollnick, 2016) considerada a essência do problema, em que os autores designam como um conceito em que a pessoa simultaneamente quer e não quer alguma coisa, ou quer as duas coisas incompatíveis. e o Modelo Transteórico de prontidão para a mudança, baseado no Modelo de Estádios para a mudança (Prochaska & DiClemente, 1982), tem como foco, o conceito de motivação como um estado de prontidão ou vontade de mudar, no qual a pessoa passa por diferentes fases para a mudança de comportamentos, como estádios motivacionais, (ou comportamento que se determina mudar), pelos quais a pessoa passa, desde a ausência de consciência para o problema, até á mudança efetiva.

A compreensão de que a motivação é modificável, determina que o enfermeiro utilize diferentes recursos que favoreçam a mudança. E naturalmente, este se envolva numa relação de ajuda, no sentido

de se estabelecer uma RT que promova a mudança (Miller & Rollnick, 2016; Sequeira, 2016; Sequeira & Sampaio, 2020 ; Phaneuf, 2005).

Como foi abordado no capítulo da RA, a RAP é inspirada na visão existencial-humanista Rogeriana, realçando a importância da EM. Esta é uma ferramenta clínica, que se orienta em cinco princípios fundamentais, (Miller & Rollnick, 2016; Sequeira, 2016; Sequeira & Sampaio, 2020), no sentido de nortear o comportamento do enfermeiro, salientando a **empatia** e o **respeito**, competências fundamentais no desenvolvimento da RA (Phaneuf, 2005). Pressupõe a existência de uma aceitação empática e a escuta reflexiva, sendo fundamental que esteja presente em todo o processo da EM.

Criar discrepância é um recurso que compreende em criar e ampliar, na mente da pessoa, uma discrepância entre o seu atual comportamento e o objetivo a atingir. Esta deve ser conseguida á custa da consciencialização dos custos/consequências do seu atual comportamento.

Evitar argumentação/discussão lidar, O enfermeiro deve estar consciente, de que não deve argumentar com a pessoa que tem um problema e que tem necessidade de mudar devendo evitar resistência.

Lidar com as resistências, refere-se ao acompanhamento da pessoa na sua ambivalência, evitar a argumentação, mudar o foco. Reconhecer que a pessoa é a fonte primária das soluções e das respostas.

Fomentar a autoeficácia é o elemento-chave na motivação para a mudança. Uma estratégia para promover a autoeficácia, cruza por procurar episódios de vida da pessoa, nos quais tenha sido bem-sucedida num processo de mudança.

O Modelo Transteórico ou de prontidão para a mudança, é alicerçado no modelo de Estágios de mudança desenvolvido por Prochaska & DiClemente (1982). Segundo esta perspectiva, a compreensão da motivação é vista como um estado de prontidão ou vontade de mudar. Na qualidade de processo de mudança em espiral, compreende recuos e avanços nos estádios, e cujo tempo de permanência difere de estágio para estágio, de pessoa para pessoa, em função de inúmeros fatores internos e externos. Deste modo, é frequente a pessoa percorrer por diversas vezes, os vários estádios, antes de alcançar uma mudança segura.

Os estádios motivacionais de Prochaska & DiClemente (1982) representam as fases de mudança de comportamento incluem: a **(1) 'Pré- contemplação'**, estágio em que pessoa ainda não está consciencializada do comportamento nocivo que deve considerar mudar, nem da sua gravidade. Neste estágio, a pessoa não se encontra predisposta à mudança. A passagem para o estágio seguinte, (fase de Contemplação) ocorre quando a pessoa vive uma experiência emocional traumática (morte, doença, acidentes, entre outros), ou a aplicação de técnicas de comunicação que incitem uma abertura a nível emocional, e que seja causadora de ambivalência. É importante, nesta fase, sensibilizar e informar a pessoa sobre o seu problema.

Quando alguma consciência sobre o problema surge, a pessoa passa para o estágio seguinte de **(2) 'Contemplação'**, no entanto ainda não se sente preparada para o alterar ou não tem a certeza de querer mudar, ou seja, não está envolvida no processo de mudança. É nesta fase, que a ambivalência se encontra no seu auge, e que deve ser trabalhada no sentido de motivar a pessoa, para prosseguir o processo de decisão de mudar.

Conseguido o "know-how" de compreender e resolver a ambivalência consciencializada do problema, dá-se a mudança para a fase de **(3) "preparação"**, nesta fase, a pessoa encontra-se preparada, pronto e envolvido para mudar o comportamento, assumindo um compromisso. Isto é, tem um esquema mental acerca de como irá iniciar o processo de mudança. Nesta fase, é crucial clarificar as estratégias optar para a mudança, as vantagens e desvantagens de cada uma e sugerir estratégias adicionais.

Na próxima fase, a fase de **(4) ação**, que a pessoa vai implementar o processo de mudança e altera o seu comportamento nocivo. Nesta fase, é fundamental que o plano de ação seja revisto, analisar o potencial de eficácia e resolver os problemas associados à sua implementação.

O novo comportamento adotado pela pessoa é mantido, ou a abstenção do comportamento anterior é designada a fase de **(5) manutenção**, conseguida através de um conjunto de estratégias adotadas com objetivo de evitar a recaída. Nesta fase, é importante o dar apoio e reforçar o plano de ação, e mantendo a orientação de forma positiva para a utilização de recursos, evitando as recaídas.

A **(6) recaída**, é considerada a fase em que a pessoa abandona o comportamento benéfico para a saúde, resgatando o seu comportamento prejudicial. Ainda que possa ter atingido alguma mudança, a pessoa pode regressar a um estágio de pré-contemplação, contemplação ou preparação, podendo ter de iniciar o processo de mudança. Com a recaída, deverá reforçar-se a aprendizagem e salientar-se a necessidade de mudança.

Miller & Rollnick (2016), referem que a EM consiste, fundamentalmente em evocar à pessoa a razão e os motivos pelos quais, deve dar início ao processo de mudança. A função do enfermeiro é conduzi-lo a encontrar respostas benéficas para que ocorra a mudança através de estratégias.

A EM exprime um “estilo de aconselhamento” centrada na pessoa, com a finalidade de “abordar o problema comum da ambivalência sobre a mudança” (Miller & Rollnick, 2016, p. 41). Os mesmos autores, enfocam quatro tópicos fundamentais do espírito subjacente a EM: parceria, aceitação, compaixão e evocação.

A EM, centra-se em duas fases; a primeira salienta a motivação para a realização da mudança, sendo que a segunda, especifica a consolidação do compromisso de mudança. Importa referir, que de acordo com a fase de mudança que a pessoa se encontra, a enfermeira dispõe de diferentes técnicas e ferramentas, que mobiliza de acordo com o objetivo. Na primeira fase, o objetivo passa por utilizar técnicas e ferramentas que vão ajudar a pessoa a falar sobre o problema, a percorrer a ambivalência e entender as necessidades de mudança. Salientam-se quatro técnicas, descritas como: perguntas abertas, afirmação (reforço positivo) escuta reflexiva, resumo e proporcionar informação desde que a pessoa a solicite. As declarações auto-motivacionais, é uma técnica muito utilizada na EM com o intuito de estimular expressões verbais de mudança (Miller & Rollnick, 2016; Sequeira, 2016; Sequeira & Sampaio, 2020).

1.4. Relação de Ajuda em Enfermagem

A relação em prol da ajuda à pessoa, assume o seu destaque e a sua importância desde Florence Nightingale bem como as diferentes estratégias utilizadas para alcançar o seu propósito. Este conceito transcende no tempo e estimulam o presente.

A RA ganha a sua evidência e relevância pelo psicólogo americano de Carl Roger (1902-1987). A sua orientação profissional baseia-se na relação humanista, a qual ancora a conceito de autonomia. Defende a empatia, a congruência e o positivismo, como condições básicas para a relação

psicoterapêutica. Na Enfermagem, o conceito de RA, quando transportado para a realidade do cuidar, o mesmo foi “beber “algumas das suas hipóteses na teoria das relações de Peplau (1952).

Lopes (2006) refere que a função relacional do enfermeiro teve o seu primeiro impacto na Enfermagem psiquiátrica, com Peplau. Na sua obra, “The interpersonal relations in nursing” a autora evidencia a função relacional do enfermeiro em psiquiatria.

A RA, compreende a interação (processo) entre duas pessoas, enfermeiro e a pessoa, em que cada um dos intervenientes dá o seu contributo, no sentido da procura de uma resposta que seja mais adequada relativamente a um problema, por parte da pessoa, – Terapia da Capacitação. Entenda-se que capacitar “(...) é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação. (...) Exercer a capacitação é assim um processo que envolve domínios cognitivo, físico e mental” (Reis & Bule, 2017, p. 57) .

Pressupõe que o enfermeiro tenha elevado conhecimento e consciência de si-mesmo; conhecimentos sobre o problema em análise e sobre a pessoa - foco de intervenção, para se poder constituir como elemento de ajuda, ou seja, um mobilizador dos recursos adaptativos, e/ou um dinamizador das condições necessárias à implementação de determinada estratégia adaptativa e/ou capacitar para adequar as estratégias de *coping* mais eficazes (Sequeira, 2016).

Importa referir e salientar o nome de três autores, que evidenciaram nos seus estudos, a RA na área da Enfermagem, sendo eles Héléne Lazure (1994), Margot Phaneuf (2005) e Jacques Chalifour (2008,2009). Na relação enfermeiro -doente como intervenção terapêutica Manuel Lopes (2006). Na RA em Enfermagem Carlos Sequeira (2006) e Elsa Almeida (2012), entre outros.

Lazure (1994), realça a pessoa como foco central do cuidado respeitando-a, dá espaço para a pessoa se expressar e sem julgar o outro. Esta capacidade de não julgar o outro inclui a ausência de juízos de valor, de avaliações, de críticas, conduzindo a pessoa a autorreflexão e a consciencializar-se de si (Phaneuf, 2005).

Phaneuf (2005) refere que a RA legitima a operacionalização da comunicação verbal e não verbal com o objetivo de promover “clima de compreensão”, com o propósito de apoiar a pessoa de acordo com a sua necessidade durante a intervenção. Capacitando-a para lidar com os seus problemas de forma eficaz, potenciar a “mudança” e simultaneamente o crescimento pessoal, promovendo-o para a autonomia.

A mesma autora, relewa a RA, como sendo uma intervenção especificamente poderosa dado que a pessoa que ajuda (enfermeiro) está completamente disponível para o outro (pessoa) e para a sua situação de sofrimento.

Chalifour, na sua visão humanista define RA, como uma interação individual entre duas pessoas, o interveniente e a pessoa, “cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal, o interveniente adota um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objetivos” a atingir. Os objetivos estão relacionados ao pedido da pessoa e a perceção que o profissional tem dessa dificuldade (Chalifour, 2008, p. 33).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental sustenta os seus princípios “na evidência científica e apoia-se nas teorias de Enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas,” asseverando os “mais elevados padrões de qualidade no cuidar.” A RA é ancorada pela “abordagem holística,” tendo em consideração “as necessidades e as capacidades “da pessoa, “famílias e comunidades” (OE, 2015b, p. 17034).

A RA é a princípio base da Enfermagem, apresentando-se como o pilar do cuidado, reconhecendo a sua utilidade como instrumento terapêutico. Neste sentido, o enfermeiro deve estar habilitado de competências específicas no âmbito relacional, garantindo a sua mobilização eficaz, de forma a promover a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

A compreensão da relação, pode ser interpretada de várias perspetivas, de acordo com o contexto em que se insere. Considera-se relação, (1) se esta ocorrer da Interação entre duas ou mais pessoas ; (2) invoca-se de RT, quando esta assenta numa relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, baseada na confiança e respeito mútuo, com o objetivo da satisfação das necessidades da pessoa, (Pullen & Mathias, 2010), chamamos de RA (3) quando esta acontece entre duas pessoas , o enfermeiro que ajuda e a pessoa que procura ajuda (Phaneuf, 2005).

Por outro lado, Reynolds e Scott (1999) defendem que a RA pode incluir ações de aconselhamento, no construto de relações terapêuticas e de processos de cuidar, entre outras ações que visam a utilização da comunicação com a finalidade de a pessoa compreender quais as suas necessidades, capacitando-o para enfrentar os seus problemas eficazmente, proporcionando a sua restrição ou resolução.

Phaneuf (2005), especifica que RA formal, prevê um plano de entrevista estruturada; de acordo com calendarização e horário pré-estabelecidos, mediante objetivos, que sejam orientadores no

processo cuidado da pessoa ajudada. Ou seja, um plano com objetivos delineados que permita a pessoa expressar as suas emoções, minimizar a ansiedade/ou anuir um diagnóstico. A mesma autora, caracteriza a RA informal, quando esta acontece naturalmente, sem planeamento prévio, mas que vai ao encontro da necessidade da pessoa. O enfermeiro mobiliza as suas competências de escuta, respeito, de aceitação e de empatia para ajudar a pessoa.

Segundo Rogers (1985), para se estabelecer uma RA, o profissional deve ter em atenção algumas características que asseveram a sua maturidade, especificamente: autenticidade, ter consciência de Si, ter uma atitude positiva, confiança interior com a finalidade de potenciar ao outro a sua independência, aceitar o outro tal como ele é, não construir julgamentos, compreensão empática, aceitar o desenvolvimento do outro, ser independente do outro e demonstrar segurança na relação.

Na praxis da EESMP, a RA é crucial no processo do cuidar, ostentando-se como seu propósito, de forma legítima e compreensível, na medida em que o restabelecimento do equilíbrio da pessoa em sofrimento mental, assenta essencialmente, em relações interpessoais significativas no vincular da RA (Chalifour, 2008), enquanto instrumento de RT, no sentido de observar as atitudes, a expressão de sentimentos, emoções e receios da pessoa, com vista a estabelecer estratégias que permitam uma reflexão e resolução conjunta dos problemas identificados.

O enfermeiro, distinguido pelo forte humanismo, regido pela ética e deontologia da profissão e aliado ao conhecimento científico inerente a esta, desenvolve competências que lhe permitem olhar para a pessoa e família numa vertente holística, tendo como escopo da sua prática na dimensão única de cada pessoa, assumindo o dever de respeitar as suas capacidades, valores e direitos. Por sua vez, a intervenção da enfermeira na praxis da profissão, foca-se no construto de uma RT com a pessoa e a sua família, demonstrado nos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializado Em Enfermagem De Saúde Mental E Psiquiátrica (OE, 2017a).

A RT é fundamental no domínio da atuação autónoma do enfermeiro”, tendo vindo a tornar-se num meio poderoso de intervenção e num elemento decisivo e inquestionável no cuidar em Enfermagem” (OE, 2012, p. 28).

Uma RT, enfermeiro-pessoa é definida como uma RA baseada na confiança e respeito mútuos. O objetivo desta relação, procura a satisfação das necessidades humanas, a adaptação aos diversos fatores, através da máxima independência da pessoa, com recurso à promoção e adaptação do mesmo (OE, 2017a).

Sequeira & Sampaio (2020) evocam que inversamente ao que se acontece na RT, a RA pode assumir-se, como uma intervenção independente, enquanto a RT, assume-se como, a relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, subjacente a qualquer intervenção, ao longo do processo de ajuda. Especificam que a RA como intervenção autónoma, pode advir em dois momentos distintos: de modo informal e imprevista expondo-se á imprevisibilidade do contexto do cuidar, ou de forma estruturada, com agendamento prévio, sendo assim considerada uma RAP.

O significado fundamental da RA è:

“estar-com “implica a presença (de estar -por si), a reciprocidade (enquanto troca ou estar- para -o- outro), o cuidado (aconselhando o outro)e, ainda , o laço emocional entre um EU e um TU que criam um NÓS, numa reciprocidade activa para que o Outro se venha a iluminar e a descobrir” (Simões et al., 2006, p. 53).

A RAP é um meio poderoso de intervenção de Enfermagem Trata-se de uma intervenção particularmente significativa dado que a pessoa que ajuda (enfermeiro) está completamente disponível para o outro (doente) e para a sua situação de sofrimento (Phaneuf, 2005). A RAP, ancora-se “(...) em regras de três processos: a relação em si mesma, a entrevista e, quando necessário, a intervenção psicoterapêutica” (Sequeira & Sampaio, 2020 , p. 318).

O modelo RAP, busca a sua inspiração na corrente de pensamento humanista, “numa abordagem centrada na pessoa” de Rogers (1968), entre outros, pela Gestalt terapia de Bouchard (1990) entre outros e realça as diferenças e as conexões existentes entre a “comunicação corrente”, a RAP, “a entrevista e a intervenção psicoterapêutica.”, pela corrente internacionalista em Enfermagem. de Hildegard Peplau (1952), entre outros. Baseadas nestas orientações, os participantes devem selecionar várias estratégias, que sejam consideradas fundamentais e eficazes face a necessidade da pessoa, “o contexto da intervenção profissional e os objetivos” escolhidos (Chalifour, 2008, p. 8). O autor sistematiza que RAP assenta em três premissas. Que iremos passar a esmiuçá-las.

A primeira premissa refere-se “ao cliente”. Este possui, numa grande maioria das vezes, os recursos para evoluir e ultrapassar a dificuldade temporária, para a qual realizou o pedido de ajuda. Esta, assume que a pessoa possui recursos latentes que são facilitadores de o orientarem para a realidade. A intervenção, compreende ajudar e acolher a pessoa, no sentido de esta desembaraçar-se de certos obstáculos que são impeditivos de se reconhecer e desenvolver de acordo com a sua natureza (Chalifour, 2008).

A segunda premissa assenta no “ser humano enquanto ser de relação “, deve ser entendido com um todo. A carência da ajuda provém da sua dificuldade em construir relações harmoniosas dentro de si mesmo e “consequentemente com o seu ambiente” (Chalifour, 2008).

A terceira premissa diz respeito ao “profissional de ajuda”. Deve ter consciência das suas qualidades pessoais e profissionais e elevado conhecimento de si mesmo, na qualidade de estrutura da sua intervenção terapêutica, permitindo a pessoa aceder aos seus processos internos e a desenvolver uma maior consciência de si, e consequentemente capacitá-lo para a gestão das dificuldades que vive (Chalifour, 2008).

O modelo de RAP, compreende quatro componentes: a pessoa, é o motivo desta relação, ou seja, expõe a “necessidade de ajuda mais ou menos definida”.; O interveniente, é o facilitador “que ajuda a pessoa a reconhecer as suas necessidades e os seus recursos. Perito que ajuda a pessoa a mobilizar certos processos de natureza psicoterapêutica.”; os processos “representam diferentes modos de estar em relação” servindo de estímulo nesse processo de RA; o ambiente físico e social, e o contexto, da relação influenciando-a relativamente à “forma, estrutura e o tipo de serviço oferecido” (Chalifour, 2008, p. 11).

Os componentes deste sistema são de igual modo importantes, ou melhor não pode haver uma RA de qualidade sem a pessoa, com necessidade de ajuda e sem o interveniente com os conhecimentos profissionais. Os encontros, “são influenciados pelo lugar, momento, a duração e outras condições psicossociais em que se desenvolvem” (Chalifour, 2008, p. 12).

A RA tem a génese a partir do momento em que duas pessoas estabelecem contacto, e uma delas de modo explícito ou não, faz um pedido de ajuda, na sua vertente de cuidados holísticos e adequados as necessidades da pessoa que pede ajuda. Os objetivos estão interligados ao pedido de ajuda da pessoa e á compreensão que o interveniente (profissional) tem dessa necessidade. Chalifour (2008, p. 34) ,sistemizada do seguinte modo:

- Beneficiar a presença de um contacto físico, pelos sentidos e de um contacto afetivo;
- Garantir que a pessoa se sente compreendida e entendida;
- Garantir um serviço personalizado, que responde às expectativas da pessoa;
- Estabelecer um clima de confiança e respeito;
- Favorecer a participação otimizada da pessoa;

- Construir um momento de aprendizagem e desenvolvimento desta experiência relacional para a pessoa;
- Utilizar a experiência relacional por forma que esta contribua para os efeitos terapêuticos pretendidos;
- Servir de meio psicoterapêutico privilegiado, para melhor compreender relações traumáticas passadas ou mesmo, para as “reparar”.

RAP, impõe que a pessoa seja compreendida pelo profissional e pressupõe três fases, “**A fase da orientação da relação**” - referindo-se ao início da relação; ou seja o momento em que se faz o colhimento favorecendo um ambiente autêntico e favorável à relação. Dá-se início a relação construindo um momento privilegiado, onde se começam a estabelecer-se vínculos de confiança entre as duas partes. Identifica-se o motivo da procura dos cuidados e estrutura-se um diagnóstico e um plano de intervenção. “**A fase de trabalho ou de emergência das identidades**” - Esta fase, concerne a evolução da RT e a cimentação da mesma, num construto de confiança entre a pessoa e o profissional de Enfermagem. Resumindo, esta é uma fase em que o enfermeiro, dá a conhecer os recursos que pode oferecer a pessoa e os recursos individuais que a própria pessoa tem. Esta etapa serve também para consolidar e experimentar as aprendizagens da relação. e “**a fase de conclusão**”, referindo-se ao fim da relação. Nesta fase o enfermeiro e a pessoa entendem que a relação deve terminar. É nesta etapa que se faz a transferência das aprendizagens do individuo para a sua vida diária (Chalifour, 2008, p. 34;35).

Assim, sobre a RA e em termos conclusivos, salienta-se o interveniente na sua autenticidade, empatia, respeitador, permitindo que a pessoa o veja dessa forma, caminhando no sentido de um sistema dinâmico, transformador através das qualidades da pessoa, no sentido do seu envolvimento na exploração de si e na busca de soluções. Deste sistema dinâmico, resulta uma evolução da personalidade e do comportamento, de modo que se torne mais habilitado na gestão da sua saúde, que seja capaz de refletir de se relacionar consigo e com os outros. Esta intervenção deve entender regras que sustentam três processos; a relação em si próprio, a entrevista e a intervenção psicoterapêutica quando necessária (Chalifour, 2008).

Entenda-se o fim da RA, quando a pessoa atingiu os objetivos, ou seja, quando o enfermeiro consegue incorporar os seus saberes, saber-fazer e saber-estar com os dele, "numa relação de aceitação, compreensão, acolhimento e esperança" (Chalifour, 2008, p. 42).

1.5. Fenómeno da “Porta -Giratória “

O fenómeno *Revolving Door* designado pela literatura como fenómeno da “Porta Giratória”, refere-se ao processo cujos sucessivos internamentos, são considerados como a única forma de abordagem a pessoa com sofrimento mental (Gusmão et al., 2017), porém, a nível nacional, a evidência que existe é escassa.

Na literatura os estudos encontrados, enunciam que a pessoa com patologia mental, são readmitidos pouco tempo após terem tido alta hospitalar (Botha et al., 2010; Zanardo et al., 2018).

A reestruturação da saúde mental em Portugal, assume um novo paradigma de cuidar da pessoa com patologia mental grave. Cuidar fora das paredes de uma instituição, assume a expressividade de liberdade, dissimulando o sofrimento mental. Ou seja, o sofrimento da doença mental não se restringe apenas as paredes de uma instituição. A esfera do sofrimento é muito mais complexa do que se possa imaginar. A desinstitucionalização, oferece um tratamento em que a vida da pessoa, a sociabilidade a interação com o ambiente não tem interrupções. Crê-se que este fenómeno, pode ser uma consequência da desinstitucionalização e das políticas comunitárias adjacentes implementadas em diversos países, consideradas pouco eficientes (Botha et al., 2010).

American Psychological Association, no seu dicionário de Psicologia, define o fenómeno como: “a readmissão repetida de pacientes em hospitais ou outras instituições, muitas vezes porque eles receberam alta antes de terem se recuperado adequadamente” (American Psychological Association[APA], 2023).

A mesma associação, aborda a dimensão da alta como um fator que contribui para este fenómeno, ou seja, muitas das altas hospitalares, acontecem de forma precoce. Zanardo et al (2018) acentuam que este fenómeno está associado a problemas relacionados com a adesão á terapêutica, entre outros fatores.

A “porta giratória” é o melhor indicador da qualidade dos recursos na comunidade porque, apesar dos internamentos hospitalares, indiretamente dizem muito sobre o funcionamento do apoio na comunitários (Santos, 2007).

1.6. Modelo Das Relações Interpessoais De Hildegard Peplau

Teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau, enfatiza que o relacionamento enfermeiro doente é importante no processo saúde doença, pois esta interação, possibilita melhor receptividade por parte do doente, e com isso, as ações educativas em saúde são desempenhadas de forma satisfatória em que o foco, é a relação interpessoal com o enfermeiro e a pessoa.

A evolução do pensamento de Enfermagem posiciona-nos no Paradigma da Transformação e da abertura ao mundo. Em 1948 Hildegard Peplau, enuncia um novo paradigma de Enfermagem, onde defende que a essência da Enfermagem, deve ser centrada nas relações interpessoais que se desenvolvem entre a enfermeira e a pessoa.

A Teoria das Relações Interpessoais tem a sua aplicabilidade e em múltiplas áreas da prática de Enfermagem. No entanto, a sua maior expressividade, centra-se na prática da Enfermagem psiquiátrica, por ser uma área onde a pessoa com doença mental, se debate com problemas de comunicação e de relacionamento com o outro (Peplau H. E., 1992).

Esta teoria enfoca o potencial terapêutico do relacionamento interpessoal entre enfermeiro e a pessoa, que visam a um objetivo comum, de forma que permite um desenvolvimento gradual de ambos, e no qual o enfermeiro identifica as necessidades e ajuda a pessoa com ferramentas específicas a alcançar maior autonomia, com melhoria da saúde física e mental.

A estrutura conceptual da sua Teoria Relações Interpessoais, é suportada por várias fontes, salientando-se, Sigmund Freud e a sua Teoria Psicodinâmica; Harry Stack Sullivan e a sua Teoria Interpessoal; Abraham Maslow e a sua Teoria da Motivação Humana, Neal Elgar Miller e a sua Teoria da Personalidade (Peplau H. E., 1988).

Hildegard Peplau defende que para o sucesso do processo terapêutico é crucial que o enfermeiro tenha conhecimento de qual o seu papel e a sua função em toda a RT que estabelece com a pessoa. Esta teórica realça também que a relação humana entre um indivíduo doente e um profissional especializado e com capacidade de dar resposta às necessidades do outro está na base da Enfermagem. Incluir a

família e ter em conta a sociedade, a cultura e o ambiente em que o doente está inserido é também muito importante para a definição de objetivos e para a adequação do plano terapêutico.

Peplau identifica dois pressupostos explícitos na sua teoria que são: O comportamento do enfermeiro influencia a aprendizagem da pessoa e conseqüentemente determinante para o êxito do processo terapêutico. O ensino do Enfermeiro deve estimular o crescimento da pessoa através de estratégias que facilitem a resolução de problemas. Um outro pressuposto implícito, que está relacionado com a deontologia e ética inerente à Enfermagem (Peplau H. E., 1988).

Em 1948 Hildegard Peplau formula um novo paradigma de Enfermagem que defende que a essência da Enfermagem deve ser centrada nas relações interpessoais que se desenvolvem entre o profissional e o doente. Peplau considera que devemos olhar para a pessoa como um ser biopsicossocial, com vivências e histórias de vida próprias e inserido em ambientes com culturas e crenças muito específicas.

Peplau (1990), descreve neste relacionamento terapêutico quatro fases, que correspondem as fases do processo de Enfermagem: **a orientação** (Colheita de dados), A primeira fase reflete a procura de ajuda por parte da pessoa e a identificação do problema por parte da enfermeira. Esta, ajuda a pessoa a reconhecer e compreender o seu problema, e a designar a sua necessidade de ajuda; **a identificação** (Diagnóstico), A segunda fase da relação, a pessoa deverá identificar de forma seletiva os profissionais que lhe oferecem ajuda. Sente-se incluída na relação, o enfermeiro permite a exploração de sentimentos, de forma a ajudá-la a passar por este processo de doença, de forma a ajudar a pessoa, a poder sentir a experiência de doença, como fortalecimento dos seus sentimentos positivos, bem como a sua personalidade; **a exploração** (Intervenções), é a terceira fase deste processo, pretende-se que a RT seja analisada ao máximo de forma que sejam atingidos com sucesso os objetivos da mesma. A pessoa tenta tirar benefício de tudo o que a relação lhe fornece, com vista aos seus interesses e necessidades e a enfermeira planeia novos objetivos a atingir; **resolução** (Avaliação dos Resultados) é a última fase do processo, e constitui a resolução do problema inicial da relação terapêutica. A pessoa começa a libertar-se gradualmente da identificação da enfermeira que o ajudou e, ao mesmo tempo, a desenvolver e fortalecer a capacidade de atuar de forma autónoma e capacitado para tomar decisões.

A autora supracitada, mostrou na sua teoria, que em qualquer das fases anteriormente referidas, o enfermeiro pode adotar diversos e diferentes papéis, tendo em atenção as necessidades demonstradas pela pessoa durante a relação terapêutica. O enfermeiro deve ter um papel dinâmico, flexível e disponível para com a pessoa, porque a relação não deve ser fechada. Ou seja, a RT esta relacionada com disposição emocional, quer da pessoa, quer do enfermeiro, tem no momento do contacto terapêutico.

Hildegard Peplau advogou que que o enfermeiro pode protagonizar seis papéis diferentes : **(1) papel de estranha**, oferecer a pessoa a mesma aceitação e cortesia que a enfermeira responderia a qualquer outra pessoa estranha; **(2) papel de pessoa de recurso**, provendo respostas específicas principalmente sobre saúde e a perguntas dentro de um contexto mais amplo ; **(3) papel de professora**, resulta na combinação de todos os papéis e antecede sempre ao que a pessoa sabe e desenvolve o seu interesse em querer e da capacidade de usar a informação ajudando a pessoa a aprender formal ou informalmente. A enfermeira utiliza a sua sapiência pelas técnicas psicoterapêutica com objetivo de atingir os objetivos delineados; **(4) papel de líder**, a enfermeira ajuda a pessoa a cumprir as tarefas através de uma relação de colaboração e de participação ativa; **(5) papel de substituta**, promove experiências que levem à saúde da pessoa, como expressão de sentimentos. A função da enfermeira é de ajudar a pessoa a reconhecer as diferenças entre o papel da enfermeira e o da pessoa que o doente recorda.; e **(6) papel de conselheira**, o aconselhamento na relação enfermeiro-doente, resulta em função da resposta da enfermeira ao pedido de ajuda da pessoa. Peplau refere que o propósito das técnicas interpessoais, é ajudar a pessoa a recordar e compreender na totalidade, que o lhe está a acontecer no momento atual, reconhecer o seu problema de modo que a experiência, possa ser integrada, em vez de dissociada de outras experiências de vida (Peplau H. E., 1988).

Peplau , tem contribuído: (1) para a afirmação do papel da Enfermagem na área de saúde mental/psiquiatria, valoriza a relação humana entre enfermeiro e a pessoa, em que esta deve ser o principal foco da prática de Enfermagem; (2) Construção de competências específicas de Enfermagem de saúde mental (entrevista, comunicação), (3) Incentivou a prestação de cuidados, tendo por base a interação entre o enfermeiro e a pessoa, (4) Contribuiu para a Investigação e criação de ferramentas

operativas para o desenvolvimento da Saúde Mental (nomeadamente na área da ansiedade, conflito e esquizofrenia).

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

Ancorado a este processo de aprendizagem, a materialização do estágio I e do estágio final, constitui o caminho, no sentido do conhecimento e do saber, numa práxis baseada na evidência com o propósito de adquirir e desenvolver competências específicas do EEESMP, conforme o descrito no Regulamento nº. 515/2018, de 7 de agosto, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Enfermagem Saúde mental e Psiquiátrica (OE, 2018a).

A intencionalidade dos contextos escolhidos (ambulatório e internamento) para o campo de intervenção, contribuíram para o processo formativo, privilegiando as intervenções baseadas nas dimensões relacionais, principalmente, com recurso às técnicas de comunicação verbal e não-verbal, o que determinou o aprofundamento das competências associadas aos processos de autoconhecimento com o propósito de compreender a pessoa com experiência de doença mental e também para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEESMP. Importa referir que ao longo do relatório serão utilizados nomes fictícios, por forma a proteger a identidade da pessoa.

A aquisição de conhecimentos permite que a perícia se desenvolva na praxis, aperfeiçoando hipóteses, propostas e expetativas construídas. Por outro lado, as teorias orientam a prática, possibilitam colocar as perguntas certas, sendo que, as respostas a essas questões constroem uma teoria. (Benner, 2001).As Boas Práticas, advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, no sentido de “refletir o estado do conhecimento atual e ajudar também à compreensão de novas intervenções, pelo que é importante ser encarada como algo dinâmico” (OE, 2021; OE, 2012).

2.1. Contexto Comunitário

O estágio I, em contexto comunitário decorreu no período compreendido entre desaseis de maio e vinte e quatro de junho de dois mil e vinte e dois, na unidade de prevenção, tratamento e reabilitação à pessoa com patologia mental, na Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT). na Equipas de Tratamento (ET). Este departamento, disponibiliza tratamentos, ajuda psicológica e social junto da Pessoa com problemas de adição, (inclui pessoa individual, famílias e grupos que apresentem vulnerabilidades), na sua área de abrangência (concelho).

A preferência deste contexto, recai pela qualidade e diferenciação do trabalho desenvolvido em regime de ambulatório, à pessoa com comportamentos aditivos, centrado no modelo de Gestor de Caso, com recurso a técnica da EM, como sendo uma ferramenta essencial do enfermeiro EESMP na CT à pessoa com dependências.

A ET, tem como missão a promoção da redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção de comportamentos aditivos e a diminuição das dependências. No sentido de estabelecer hábitos de vida saudáveis, de acordo com um modelo de abordagem biopsicossocial, intervindo junto da comunidade, em articulação com outras instituições como a farmácias, Centros de Saúde, Centro de Emprego da região, entre outras. O principal objetivo desta equipa é a reintegração social da pessoa. Relativamente aos recursos humanos, deste departamento é composta por um médico psiquiatra (a tempo integral) e dois médicos a tempo parcial; cinco enfermeiros (dois enfermeiros EESMP); três técnicos psicossociais; três psicólogos clínicos; uma técnica administrativa; uma assistente operacional de apoio e vigilância; dois vigilantes (externo à instituição).

A ET dá suporte à pessoa com comportamentos aditivos e dependência e aos seus familiares em concordância com a indicação terapêutica e o pedido, com propósito de prestar cuidados de saúde mental à pessoa que procura para si, um projeto de recuperação em regime de ambulatório, com base nas intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar que presta cuidados globais a pessoas com comportamentos aditivos e às suas famílias, individualmente ou em grupo, adequando as modalidades terapêuticas mais apropriadas para cada situação.

As intervenções, fundamentam-se num trabalho de equipa multidisciplinar, privilegiam o tratamento e a reinserção da pessoa na comunidade e na família, e o combate ao estigma, exigindo desta forma, um processo terapêutico que poderá ser longo. Além do tratamento farmacológico, é evidenciado o tratamento não farmacológico. Este projeto terapêutico, tem como pilar, a utilização de técnicas de comunicação, com grande expressividade, a EM, assim como o processo de aconselhamento.

A metodologia de trabalho foca-se na continuidade de cuidados, baseada no modelo Gestor de Caso, cujo foco é a pessoa com comportamentos aditivos e dependências numa abordagem multidisciplinar, articulando a pessoa como centro do cuidado, envolvendo a sua família e o cuidador no processo do cuidar. “O método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente” (OE, 2021, p. 25) .

O enfermeiro como Gestor de Caso, ao longo do percurso do cuidado, é mediador nos diferentes assuntos da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas e da família, estabelecendo um plano de cuidados individualizado, juntamente com a pessoa e família. Este modelo demonstra uma maior adesão aos projetos de cuidados, e de usufruir de todo um conjunto de ganhos em saúde. Assim, o planeamento de cuidados e coordenação dos mesmos, deve. integrar os serviços necessários à pessoa, com o objetivo reduzir a probabilidade de deles experienciarem as lacunas no atendimento (Lopes J. M., 2012; World Health Organization[WHO], 2018; Cruchinho, 2021).

O enfermeiro Gestor de Caso, centra a sua atenção em compreender as experiências e respostas humanas, programa as intervenções de Enfermagem de acordo com a teoria de Enfermagem que lhe possibilita “alcançar resultados benéficos para essas experiências e respostas humanas” (Cruchinho, 2021, p. 95).

Na ET, o modelo assistencial, tem sido uma resposta eficaz, face as necessidades complexas de doença que a instituição abarca O Gestor de Caso, é atribuído de acordo com o comportamento aditivo ou dependência que a pessoa se encontra., poderá ser um Enfermeiro, psicólogo ou assistente social. Será este profissional, que fará a avaliação da pessoa, no sentido de entender quias são as suas perspetivas e em conjunto estabelecerem um projeto terapêutico. Ao longo de todo o processo de

cuidados é fundamental a articulação com todos os profissionais da ET, carecendo da colaboração e uma comunicação eficaz entre todos os elementos da equipa.

Os papéis de cada elemento da equipa, estão bem definidos, evitando a repetição de ações e tornando-se uma vantagem para todos os elementos da equipa e para a pessoa. Esta unidade, dispõe de consultas nas áreas, de psiquiatria, psicologia clínica, gastrenterologia / hepatologia, do foro social e de Enfermagem, promovendo a otimização de cuidados e o acompanhamento da pessoa e família, o mais completo possível, abrangendo todas as vertentes da problemática do comportamento aditivo.

A consulta de Enfermagem, insere-se numa intervenção autónoma, realizada pela enfermeira, dependendo exclusivamente da sua responsabilidade e disponibilidade e de acordo com as suas competências. A consulta de Enfermagem é um momento privilegiado desta unidade. Está subdividida em quatro áreas específicas:

Consulta de Enfermagem na esfera dos Programas Farmacológicos. O objetivo desta consulta, centra o seu foco, em programas de educação para a saúde. Ou seja, o ensino centra-se nos programas farmacológicos que decorrem nesta unidade. Os registos desta consulta, são realizados de acordo com as intervenções associadas ao próprio programa, e sempre que existam necessidade de levantar outras de intervenção de Enfermagem (levantamento de diagnóstico de Enfermagem, planeamento, intervenção e avaliação).

Consulta de Enfermagem na esfera da indução em Programas Farmacológicos. Um modelo de cuidados assistências. As consultas são efetuadas por todos os enfermeiros da ET (especialistas e generalista). Este momento, possibilita realizar um acolhimento aos programas farmacológicos, elucidar como funcionam, e fundamentalmente, permite levantar as necessidades iniciais inerente ao programa farmacológico, dando-se início ao processo de Enfermagem.

Consulta de Enfermagem na esfera da Gestão de Cuidados. O modelo da consulta está assente no modelo Gestor de Caso

Consulta de Enfermagem na esfera do Aconselhamento e Deteção e Referenciação (ADR) do Vírus da imunodeficiência Humana (VIH). A equipa de Enfermagem dá assistência ao nível do processo de aconselhamento, identificação de casos e referenciação do VIH, através do rastreio com recurso a testes rápidos. A realização desta intervenção acontece por um pedido da pessoa, por um

comportamento de risco existente ou por realização do rastreio anual de Meios complementares de diagnóstico terapêutico /ADR delineada no contexto dos programas farmacológicos.

Rogers (2000), refere que o aconselhamento (*counselling*) é um processo de ajudar a pessoa “a ajudar-se a si mesmo.” O aconselhador tem a responsabilidade de tornar possível, a pessoa a consciencializar-se de si próprio e dos seus problemas. O aconselhador deverá proporcionar um ambiente à pessoa, que seja promotor do seu *insight* e a aceitar-se a si próprio. Tendo em conta o *insight*, a pessoa estará capacitada (...) “de ir ao encontro seus problemas de vida de um modo mais adequado, mais independente e mais responsável do que antes” (Rogers, 2000, p. 9).

O autor referenciado, explica que *counselling* é uma experiência de crescimento, na qual o aconselhador, proporciona à pessoa a escolha de forma consciente e pondera os seus objetivos assim como as estratégias que o conduzam a sua satisfação.

A relação de aconselhamento é construída pela pessoa que pede ajuda e pela pessoa que se identifica como potencial de ajuda, ou seja, pelo aconselhador e pela pessoa. O aconselhador proporciona à pessoa num ambiente em que o crescimento da pessoa “possa ocorrer num ritmo mais rápido e com menos dor do que a vida no dia-a-dia” (Rogers, 2000, p. 21).

Escreve Scheeffler (1981), que a relação de *counselling* deve ser dinâmica e que continuamente seja adaptada as necessidades da pessoa (que sai do referencial do pedido de ajuda), e que evolua no sentido de mudança por si. Este processo de aconselhamento, deve ser mediado por ferramentas e técnicas relacionais e/ou expressivas, que sejam sensíveis á exteriorização de sentimentos, á promoção do *insight* e da autorresponsabilização, estimulando à aprendizagem de conhecimentos e competências e consequentemente à mudança dos padrões de relacionamento, e por isso, a relação *counselling*, deve ser *autoconsciente e original em cada novo encontro e para cada pessoa*.

O atendimento das consultas é dinâmico, com sustentabilidade das suas atividades em diferentes interesses: Perceção dos problemas ou possíveis problemas, bem como, a estrutura logística e a literacia em saúde da pessoa e família; priorizar as necessidades de acordo com os objetivos da pessoa; a elaboração de um plano de intervenções de Enfermagem de acordo com avaliação prévia e o levantamento dos diagnósticos de Enfermagem, devendo ser ajustado, sempre que necessário, de acordo com o projeto terapêutico acordado para a recuperação/ manutenção de saúde.

Os **Grupos de Suporte Terapêuticos na ET**, inserem-se numa perspetiva de intervenção à pessoa com Perturbação do Uso Álcool, numa abordagem centrada na pessoa, suportada em grupos terapêuticos, sem culpabilizar os comportamentos do consumo, ajudando-a ao conhecimento de si e das suas competências inculcando o seu sentido de responsabilidade. Os grupos terapêuticos dividem-se em três grupos: **Prevenção da Recaída; Manutenção da Abstinência e Familiares de Pessoas com Problemas Ligados ao Álcool**. As dinâmicas dos grupos funcionam em articulação com a psicóloga clínica e o EESMP.

O Grupo de Prevenção de Recaída – prevenir a recaída constitui um método proactivo onde se orientam estratégias no sentido preventivo. Tem como propósito, a adaptação dos processos de inserção familiar e social da pessoa/família, promovendo o autocontrolo da pessoa e fortificando comportamentos indutores de recaída. Durante este processo, é estimulado o autoconhecimento, deixado espaço e abertura, para que a pessoa se sinta confortável á exteriorização de sentimentos e de vivências, face, a fase da preservação da abstinência. trabalhando-se estratégias, que a consciencializem para a capacidade de identificar, lidar e antecipar situações que ponham em risco a recaída. Como tal, o recurso a EM com ligação ao Modelo de DiClemente e Prochaska – Modelo Transteórico da mudança, é uma estratégia de comunicação amplamente trabalhada pela ET.

A EM é uma estratégia que se encontra associada ao Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska & DiClemente, 1992), como já abordado em capítulo anterior, uma vez que adapta a forma de comunicação com a pessoa, face a sua fase de mudança, terminando com o paradigma de culpabilização associado aos consumos. A EM, é das intervenções mais frequentemente associada ao contexto da pessoa Perturbação do Uso Álcool, a par das intervenções e da prevenção da recaída.

O Grupo de Manutenção da Abstinência – Visa promover a literacia sobre a doença aditiva e progressiva e a livre exteriorização de sentimentos e de vivências. São abordadas as diferentes formas de tratamento existentes para a Perturbação do Uso Álcool. Motiva-se a pessoa para a mudança, estimulando o desenvolvimento de estratégias e competências com o propósito desta conviver com a sua doença.

O Grupo de Famílias com Problemas Ligados ao Álcool: intervenção grupal aos familiares de pessoas com Perturbação do Uso Álcool, onde se promove o autoconhecimento e a expressão de sentimentos e vivências.

No preâmbulo do estágio o período de integração permitiu observar as entrevistas e consultas realizadas pelo enfermeiro orientador, possibilitou analisar e assimilar a interação entre o enfermeiro e a pessoa, bem como, todo o processo de comunicação verbal e não verbal, postura, as técnicas de comunicação utilizadas e as intervenções psicoterapêuticas em cada entrevista. Este período, foi facilitador, de entender o impacto da comunicação e as intervenções do enfermeiro EESMP, bem como, observar na prática as competências do enfermeiro na EM, sustentadas numa visão de cuidados centrada na pessoa.

O AUDIT Alcohol Use Disorders Identification Test é um instrumento de avaliação desenvolvido pela OMS , validado para português em 2002 e a sua aplicação tem sido decisiva para determinar o diagnóstico de problemas ligados ao consumo de álcool, motivo pelo qual, a sua aplicabilidade durante o estágio I, foi um instrumento fundamental para entender a problemática da pessoa com perturbação do uso de álcool assim como adequarmos estratégias de intervenção (Serviço Intervenção Comportamentos Aditivos[SICAD], 2002).A salientar que a pessoa com consumos de risco baixo, nocivo ou dependente, beneficiam das intervenções ao nível dos cuidados de saúde primários.

A consulta do processo clínico, a permuta de informação com equipa multidisciplinar e principalmente com o enfermeiro orientador, foram essenciais para a elaboração do estudo de caso. Este, foi crucial para aumentar os conhecimentos relativamente as alterações comportamentais e emocionais decorrentes da pessoa com patologia mental, a relação familiar e a relação socio laboral da pessoa. A realização do estudo de caso, oferece a oportunidade de desenvolvimento de competências interpessoais, sistémicas e principalmente porque permitiram desenvolver a técnica de EM e estabelecer uma relação terapêutica. e proporcionar subsídios para o estágio final.

A execução do Estudo de Caso constitui uma ferramenta de reflexão e de análise, mobilizando os instrumentos específicos da Enfermagem de saúde mental e psiquiatria, acerca do processo de Enfermagem à pessoa com patologia mental. Deste modo, o estudo de caso, desenvolvido no estágio I, remete-nos à pessoa com comportamentos aditivos.

O estudo de caso é uma metodologia que nos permitiu aprofundar e explorar de forma minuciosa a problemática do uso de álcool, da pessoa, em contexto comunitário e contribuir para aumentar o conhecimento da pessoa e família (Fortin, 1999).

Ao longo deste estágio, os momentos de aprendizagem e reflexivos partilhados com o enfermeiro orientador, foram recorrentes permitindo clarificar, partilhar as emoções e sentimentos “no aqui e agora”, que por alguma razão pudessem interferir na RT com a pessoa.

2.2 Contexto Hospitalar num Internamento de Agudos

O estágio final, em contexto internamento, decorreu no período compreendido entre dezanove de setembro de dois mil e vinte e dois a vinte e sete de janeiro de dois mil e vinte e três, numa unidade de internamento de agudos à pessoa com patologia mental, num hospital na área metropolitana de Lisboa. Esta unidade, visa prestar cuidados de saúde especializados à pessoa com patologia mental, em fase aguda da sua doença, com idade superior a dezoito anos. Tem como objetivos, promover o tratamento com o propósito de estabilizar o seu equilíbrio psíquico, promover a articulação e comunicação com outras unidades funcionais do departamento, promover a prevenção terciária orientada à reabilitação, inserção social, cujo foco é minimizar as consequências da patologia e promover a investigação e formação de profissionais.

A unidade de internamento é constituída por uma equipa de enfermeiros, psiquiatras, uma terapeuta ocupacional e assistentes sociais, que se articulam entre o internamento e as equipas comunitárias. A pessoa com patologia mental, pode ser internada nesta unidade pela consulta externa, serviço de urgência ou transferência de outro hospital. Durante o internamento, a pessoa e família/cuidador de referência, são acompanhados por uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogos, assistente social e assistentes operacionais.

A equipa de profissionais desta unidade, baseia o seu trabalho centrado na pessoa com patologia mental, regidos pelo princípio do respeito pela confidencialidade e dignidade de cada pessoa, na essência do acolhimento, no rigor da qualidade dos cuidados de saúde prestados, centrado no respeito e garantir a sua segurança, tendo em atenção os princípios éticos e profissionais, apoiar a qualificação e atuação dos profissionais; intervindo contra o estigma da doença mental e promovendo a autonomia.

A preferência deste contexto estágio espelhou as minhas preferências e objetivos pessoais e profissionais, sendo uma visão importante na área da comunicação com o a pessoa com patologia mental e família em fase aguda, prevenção da crise, no construto da relação terapêutica/ relação de ajuda.

Peplau (1992), especifica que o enfermeiro, pode se relacionar com a pessoa como um todo, apenas na medida que é competente de entender todo a sua personalidade focada no seu problema. Assim, o autoconhecimento é imperativo, havendo necessidade de passar pelas situações a que foi exposto na infância e nas quais permitiram ou não se descobrir a si mesmo. Uma referência de importância vital, no construto das relações interpessoais genuínas, pois a flexibilidade do enfermeiro na relação com a pessoa, depende do quanto profundo, é a sua autoconsciência, o que permite aceitar os outros tal como eles são.

Por outro lado, a escolha desta unidade é um local privilegiado para o desenvolvimento de competências de Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na crise de adultos. A OE, recomenda que as intervenções do enfermeiro especialista no tratamento da pessoa com doença mental, possam contribuir para uma resposta mais adequada à pessoa e “(...) família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.)” que visam, impedir (...) “o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família” (OE, 2018a, p. 21427).

As aprendizagens ao longo deste estágio, constituem uma dimensão estruturada da formação de adultos e da socialização. A conexão destes momentos de aprendizagem, são o cenário para início do desenvolvimento da investigação, (Pereira H. , 1994). Neste sentido, a integração na dinâmica do serviço e na equipa multidisciplinar, constitui o primeiro grande momento deste estágio, em que se salienta a inclusão, na e da equipa e o desenvolvimento pessoal progressivo. Neste percurso clínico, foi crucial o conhecimento da gestão do espaço físico, dos protocolos de Enfermagem e dos equipamentos, para a promoção da autonomia e o processo reflexivo nos cuidados à pessoa com patologia mental. Os momentos formativos (Reuniões Enfermagem e sessões clínicas), as relações interpessoais e terapêuticas, a prestação de cuidados de Enfermagem gerais e o processo de Enfermagem, foram enriquecedoras para adquirir conhecimento acerca da pessoa internada e da equipa.

Ao longo do estágio final, desenvolveram-se várias atividades no âmbito dos cuidados à pessoa, tendo em vista a promoção da relação, como forma de intervenção terapêutica do EEESMP em proveito da ajuda ao outro. Na perspetiva de ajuda e por forma a fazer emergir o seu património emocional, surge a entrevista como ferramenta fundamental do EEESMP. Assim, e do ponto de vista relacional, despontaram momentos únicos na relação com a pessoa, permitindo desenvolver competências comunicacionais, conduzidas pela entrevista, no construto de uma relação terapêutica. Peplau enfatiza, o processo de comunicação e as relações interpessoais, sendo este aplicado pelo enfermeiro na relação com a pessoa, em que o enfermeiro pode adotar vários papéis para ajudar a pessoa na satisfação das suas necessidades, contribuindo, deste modo, para o seu crescimento e desenvolvimento.

A entrevista em cuidados de Enfermagem é uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para a qual elabora objetivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de sugestões e ao suporte psicológico face a resolução determinados problemas. A entrevista permite estruturar um plano cuidados, elaborando os registos de Enfermagem baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) de desenvolver relações interpessoais e desenvolver técnica entrevistas à pessoa com patologia mental.

Em psiquiatria, a entrevista de Enfermagem deve ir muito mais longe do que a simples permuta. Ela serve para avaliar a pessoa e propor-lhe meios suscetíveis de o ajudar a melhorar a sua condição. Poderá assim, por exemplo, ser completada por uma sessão de relaxamento, por um exercício ou um jogo de papéis, visando ajudar a pessoa a reencontrar a confiança, a fazer certas diligências ou a tomar decisões difíceis.

O Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (OE, 2021), assegura que a entrevista é a ferramenta fundamental para a praxis do enfermeiro EESMP, uma vez que é, “através dela que se consegue a excelência relacional, estando presente em todos os momentos de contacto onde o enfermeiro se mobiliza enquanto instrumento terapêutico” (OE, 2021, p. 31).

Chalifour (2009), admite que do ponto de vista “(...) humanista, sabemos que num contexto relacional, a ajuda se inicia desde que o cliente e terapeuta estão em presença um do outro. Isso ainda ganha mais sentido numa experiência de crise em que a pessoa se sente desprotegida e onde relacionar-se com um interveniente acolhedor e que procura ajudar pode originar um sentimento de esperança, quebrar a solidão e libertar tensões e ansiedade”(Chalifour, 2009, p. 206).

Sequeira, (2020) reitera que a entrevista clínica é a relação comunicacional entre a enfermeira a pessoa, grupo ou família e para a qual elabora um plano de cuidados, sustentados pela observação e pela colheita de informação, através de perguntas que objetivam a compreensão sobre o estado de saúde da pessoa e retratar o ambiente no qual a pessoa e a doença se incluem.

No sentido de desenvolver competência de EEESMP, sentimos necessidade de realizar pesquisas sobre a entrevista clínica em saúde mental. Neste sentido, efetuamos uma revisão da bibliografia existente e desenvolvemos um trabalho acadêmico, sobre a entrevista de RA no processo relacional, tendo por base o referencial teórico de Phaneuf (2005).

As estratégias realizadas ao longo do estágio final, tinham como objetivo empoderar as pessoas, ajudando-as a identificar os seus recursos positivos, para promover o seu processo de recuperação. Em quase todas as intervenções de ajuda, esteve subjacente a não adesão a terapêutica assim como a problemática ligada aos seus reinternamentos.

No estágio final, foi realizado um estudo de caso clínico centrado na pessoa com depressão major e na sua família, com a finalidade de promover a sua reabilitação psicossocial, respeitando o seu contexto comunitário e tendo igualmente como foco o processo de cuidados. Como tal, o estudo de caso, permitiu-nos investigar, aprofundar e compreender a complexidade na dimensão da pessoa com depressão major, com recurso à entrevista, como ferramenta fundamental do EEESMP.

A execução do Estudo de Caso constitui uma ferramenta de reflexão e de análise, mobilizando os instrumentos específicos do EEESMP, particularmente a entrevista, acerca do processo de Enfermagem à pessoa com patologia mental. Assim, o estudo de caso, desenvolvido no estágio final, remete-nos à pessoa com agudização da sua patologia mental.

Durante o estágio, os momentos de aprendizagem e reflexão foram compartilhados com a enfermeira orientadora, num processo dinâmico que permitiram clarificar, partilhar as emoções e sentimentos presente no momento, que por alguma razão pudessem interferir na RT com a pessoa.

O contexto, proporcionou desenvolver atividades de intervenção terapêutica com recurso a entrevista e a utilização de mediadores expressivos que permitiram o desenvolvimento das competências específicas do EEESMP. As atividades realizadas, possibilitaram a partilha e a expressão de sentimentos e emoções as quais foram uma mais-valia para as pessoas que cuidamos. Salienta-se, que o contexto permitiu o desenvolvimento de um projeto terapêutico, que surgiu de uma necessidade

sentida pela equipa de Enfermagem em compreender quais os motivos que estão subjacentes aos reinternamentos.

Apraz dizer que a ferramenta lúdica desenvolvida na metodologia de projeto, foi deixada no contexto, como um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados da pessoa com patologia mental com o objetivo de compreender os fatores que motivaram os reinternamentos.

O jogo, como técnica de intervenção, proporciona um nível de estimulação capaz de impulsionar recursos que podem ser utilizados para “ampliar a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais de funcionamento humano, e facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros” (Manes, 2018, p. 6). Esta técnica, poderá constituir uma mais-valia no sentido de ajudar o enfermeiro EESMP a compreender quais os motivos que constituem o fenómeno do reinternamento. Este, conceito é conhecido na literatura, como o fenómeno da “porta giratória” (Santos R. , 2007).

Os mediadores expressivos, têm o propósito de facilitar a pessoa de se expressar livremente, quer por uma atividade, instrumento ou por uma proposta, promovendo a comunicação e a reorganização dos conteúdos internos da pessoa, bem como a sua expressão emocional, aumentando o aprofundamento do seu conhecimento interno, aliviando simultaneamente, a capacidade de pensar e a sua criatividade (Ferraz, 2009) (Carvalho et al., 2019).

Ferraz (2009), agrupa os mediadores de expressão em: lúdicos, ritualísticos, artístico e sensorial. A expressão dramática, a expressão plástica, a expressão corporal, a expressão vocal, a expressão dramática, a música, a escrita, a utilização de técnicas projetivas como por exemplo: imagens, fotografias, slides, são alguns exemplos de mediadores expressivos, que podem ser usados na terapia cognitiva-comportamental.

Vários mediadores artísticos como pintura, modelagem, recorte e colagem foram usados em diferentes intervenções psicoterapêuticas, no sentido de estimular a pessoa, de forma lúdica e inocente, apelando às suas memórias autobiográficas, as suas emoções, sentimentos e comportamentos, impulsionando a orientação para a realidade, o *insight*, o desenvolvimento da interação social, a expressividade do sofrimento mental, contribuíram para estimular a autonomia e a independência e potenciarem a sua reabilitação psicoemocional e social.

Na praxis, cada instrumento técnico, é sustentado por diferentes suportes teóricos e por isso inúmeras possibilidades de intervir, o que permite a compreensão e o desenvolvimento emocional, a

fragmentação de barreiras e o reconhecimento de habilidades, o que se traduz em sentimentos de maior autoestima e bem-estar.

O facto de ser um serviço de internamento da pessoa em fase aguda, nem sempre permitiu que os intervenientes fossem os mesmos nas sessões, o que pode ter sido menos salutar para o grupo. Contudo, alguns dos intervenientes que participaram, apresentaram a capacidade de compreenderem conscientemente e emocionalmente a doença mental, o isolamento social e a perda intrínseca, traduzindo-se em interações sociais mais congruentes de acordo com o objetivo pretendido. Entende-se que por meio das intervenções baseadas em atividades lúdicas e criativas, os mediadores expressivos, a expressão, a interação social, a comunicação, a estimulação sensorial e o alívio emocional foram possíveis num ambiente terapêutico, protegido e seguro.

As atividades planeadas em grupo e conduzida pelo EEESMP, emergiram das necessidades de cada pessoa nomeadamente as psicoeducativas individual sobre temáticas relacionadas com as perturbações neurocognitivas Terapia de Orientação para a Realidade (TOR), terapia da reminiscência e terapias de validação.

2.2.1. Terapia Orientada para a Realidade

Com o declínio cognitivo, a orientação pode ficar afetada, por ser um dos domínios cognitivos do nosso cérebro. Assim, a orientação relaciona-se quer com alguns aspetos bibliográficos pessoais, quer com os contextos espaciais e temporais onde estamos inseridos. Diferentes estudos, evidenciam que no início de um, síndrome demencial, a pessoa começa a mostrar uma desorientação temporal. Com a progressão da doença, a pessoa vai ficando mais confusa em relação ao seu contexto espacial. (Justo-Henriques et al., 2019).

Justo-Henriques et al,(2019) diz que a TOR é uma técnica terapêutica com o propósito de ajudar a pessoa idosa que apresenta declínio cognitivo, a resgatar contato com o meio envolvente. Esta intervenção compreende um conjunto de práticas simples, que orientam a pessoa para a realidade, fornecendo informação básica à pessoa, pelo que não deve ser aplicada de forma muito exigente, mas sim aplicada de forma ténue. A informação ajuda a pessoa a situar-se de forma natural o tempo, o

espaço, o dia, o mês, etc. o objetivo desta terapia é manter a pessoa orientada e evitar a perda de capacidade perceptiva (Breuil et al., 1994).

Nas sessões terapêuticas, a temática abordada, foi baseada no painel TOR, construído pela formanda, face a necessidade sentida perante a pessoa com alteração cognitiva temporal (Apêndice 1). A TOR, tem a sua aplicabilidade de forma individual e em grupo sob orientação de sessões de intervenção não farmacológicas, de modo a orientar a pessoa para aquilo que será realizado (Justo-Henriques et al., 2019).

Foram abordados temas como a data, o espaço, o clima, a estação do ano, o nome dos participantes e informações pessoais. Os participantes foram estimulados a responder espontaneamente e só posteriormente lhes foi concedida auxílio (Baines et al., 1987).

Atividade			
"Calendário"			
Data	Local	Participantes	Duração
A partir da segunda quinzena de outubro/ às quartas-feiras horas	Sala de Refeições	No máximo de 12 participantes	1 Hora
Discrição: O Calendário elaborado com materiais que os participantes possam alterar e manusear de acordo com o tempo, mês, dia, clima e estação do ano. Objetivos: Promover a orientação tempo-espacial Promover a autoestima Área de Estimulação:			

Atenção e Concentração
Memória de curto prazo
Capacidade de associação

Quadro 1: Plano de Atividade TOR.

Com a TOR procuramos estimular a comunicação verbal, a frequência dos contactos sociais, promover a autonomia, a marcha e a mobilidade, a participação em atividades de grupo, a limitação de comportamentos perigosos, inapropriados e ineficazes, a orientação espaço temporal. As intervenções foram ocasionais, embora mais trabalhadas com a pessoa que estávamos a realizar o estudo de caso. Efetuaram-se sessões semanais, os resultados revelaram melhorias na orientação da pessoa ao longo do tempo. As sessões foram estruturadas de acordo com plano, previamente delineado. (Quadro 1). Constatou-se que a pessoa apresentou algumas diferenças comportamentais. Foi também aplicada em grupo, funciona como uma ferramenta que pode promover o *insight* para a automatização e mudanças de comportamento. Sentimentos como a aceitação, identificação e satisfação, são encorajados permitindo que sentimentos de isolamento se vão diminuindo.

2.2.2. Terapia pela Reminiscência

A terapia pela reminiscência é um tipo de estimulação cognitiva, em que o princípio é a recuperação da memória que a pessoa tem do seu passado, sendo exemplo as memórias autobiográficas. É uma terapia muito utilizada nas demências (Lopes et al., 2016). Estes autores realizaram estudos onde concluíram que esta terapia promove efeitos positivos nos idosos que têm comprometimento da memória.

Nestas sessões foi aplicada a terapia da reminiscência individualmente e em grupo, nas quais, tanto a estrutura como as funcionalidades implícitas à reminiscência são legitimadas e ajustadas em função das expectativas e limites sociais, bem como a situação histórica, sendo este, um processo individual, de significado social e de partilha cultural. Foram realizados exercícios de evocação de memórias do passado pessoal, implementadas desde a infância, através de fotografias de figuras políticas ou figuras públicas das diferentes épocas, individual ou em grupo. Assim elaboramos um plano da atividade que se encontra representado no quadro abaixo, (Quadro 2).

A terapia da reminiscência, constitui-se numa medida não farmacológica capazes de atrasar a progressão degenerativa da demência. Esta terapia, possui um potencial que promove a capacitação da pessoa mais com declínio cognitivo.

A terapia de reminiscência pode constituir uma atividade agradável e estimulante, contribuindo para diminuição do isolamento social, constituindo-se como uma estratégia promotora da relação terapêutica.

Atividade			
"Identificar quem são as Figuras Publicas ou Político"			
Data	Local	Participantes	Duração
	Sala de Refeições	No máximo de 12 participantes	1 Hora
Discrição: Cartões magnéticos com diferentes imagens Um quadro magnético Esta atividade é feita em grupo. O participante identifica a figura e vai dando pistas ao grupo, para que este consiga identificar quem é a personagem que se encontra na foto.			
Objetivos: Desenvolver a Cognição			
Área de Estimulação: Estimulação visual Memória de curto prazo Capacidade de associação			

Quadro 2: Plano de Sessão de Terapia de Reminiscência.

Com esta intervenção pretende-se promover a interação social entre os vários elementos do grupo e estimular a memória a curto prazo e a de longo prazo e estimular o *insight* da pessoa com doença mental grave, relativamente a importância do tratamento, à sua patologia, bem como, reforçar ou realizar ensinamentos teóricos e práticos, fomentando a sua compreensão sobre a sua doença com a intencionalidade da pessoa lidar melhor com o seu processo de doença, ou seja, desenvolver uma estratégia de *coping* adaptada à sua situação de doença.

2.2.3. Estimulação Física

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos e que resultam de um gasto de energia (Castells-Sánchez et al., 2019).

O mesmo autor, faz referências aos estudos de Barha et al. (2017) e Cabral et al. (2019 no seu artigo, onde salienta “que a atividade física promove a melhoria da saúde e traz benefícios cognitivos e psicológicos para os indivíduos” (Castells-Sánchez et al., 2019, p. 2). Neste sentido, os exercícios físicos, devem ser delineados e organizados de forma sequencial e repetitiva, com o intento de restabelecer o desempenho físico da pessoa. Existem vários exercícios que potenciam efeitos diferentes para cada pessoa, e consequentemente potenciar efeitos benéficos para a sua saúde (Castells-Sánchez et al., 2019).

Foram planeadas e executadas sessões quinzenais, foram escolhidos exercícios de baixo impacto, não oferecendo risco de lesões. O quadro seguinte apresenta o plano que foi estruturado para a atividade, (Quadro 3).

Atividade
"Aeróbica"

Data	Local	Participantes	Duração
A partir da segunda quinzena de outubro/ Quinzenalmente/quintas-feiras	Sala de Refeições	No máximo de 8 participantes	30 minutos
Discrição: São necessárias cadeiras e aparelho de som <u>Aquecimento:</u> Em primeiro lugar executar marcha com 10 passos; seguidamente executar 10 elevações com o membro superior direito, depois 10 elevações com o membro superior. Repetir a sequência de exercícios 3 vezes. <u>Parte Principal:</u> Os exercícios serão executados, ao som das músicas que os intervenientes conheçam. Deverão realizar exercícios com os membros superiores e com os membros inferiores ao ritmo da música. (permitindo que os participantes elevem os membros superiores façam elevação com os joelhos, rodem os membros superiores de um lado para o outro, promovendo a extensão). <u>Terminar:</u> Colocar música de relaxamento e promover a respiração profunda, solicitando que executem elevação dos membros superiores; e que alonguem os membros superiores e inferiores. Objetivos: Desenvolver a coordenação motora Desenvolver a Cognição Desenvolver a resistência aeróbia Área de Estimulação: Atenção e Concentração Capacidade de associação			

Quadro 3: Plano da sessão de exercício físico.

A sessão de relaxamento decorreu no âmbito do internamento. O propósito terapêutico desta atividade está relacionado com o desenvolvimento do autoconhecimento e relaxamento. Espera-se que a pessoa internada se dotasse de uma estratégia que possibilitasse gerir a ansiedade. Participaram quase todos as pessoas internadas serviço. Solicitou-se que a cada um dos participantes pudesse escolher uma música que apreciasse e com a qual experienciasse a sensação de descontração.

2.2.4. Relaxamento Muscular Progressivo

Edmund Jacobson, em 1938, desenvolveu a técnica de relaxamento progressivo, fundamentada em duas características dos comportamentos tônicos: hipertensão neuromuscular. (estado caracterizado por hiperexcitação e hiperirritação) e hipotensão neuromuscular (estado caracterizado por calma e relaxamento) Este tipo de relaxamento tanto pode ser aplicado localmente, em um determinado grupo muscular, ou ao corpo inteiro. Esta técnica, possibilita a pessoa atingir um estado de relaxamento de todo o corpo com o propósito de alcançar um estado de relaxamento da mente, por meio de contrair e relaxar grupos de músculos específicos, de acordo com uma sequência, permitindo que a pessoa, aprenda a reconhecer a tensão muscular. Desta forma, a pessoa vai-se consciencializando do seu corpo e das sensações físicas, enquanto relaxa o cérebro.

Jacobson, refere que os resultados da aplicabilidade da técnica, surgem de forma progressivo, sendo por isso considerada, uma das melhores terapias para diminuir ou mesmo parar os problemas de ansiedade, desencadeados por situações ou problemas, que suscitem crises de stress e em diferentes situações, e patologias relacionadas com a ansiedade, que possam comprometer o bem-estar da pessoa. É uma técnica que pode ter a sua aplicabilidade em qualquer lugar (Jacobson, 1976).

Aos participantes que se disponibilizaram a participar, foi-lhes oferecido um espaço confortável que lhes permitissem descontraí, ao som de música suave de fundo mantendo uma voz tranquila e sem variação na intensidade. Iniciamos com a apresentação do enfermeiro EESMP, com o propósito de estabelecer uma relação terapêutica. Estabelecido o ambiente adequado, realizou-se o aquecimento, procedemos ao início da sessão através de um guião orientador, promovendo o ambiente calmo, permitindo-nos a observação dos participantes, (Apêndice 2). Aos mesmos, no final da sessão, foi dado espaço para que cada um pudesse exprimir, as sensações que sentiu. No decorrer da sessão foi fundamental a observação da expressão corporal de cada um dos participantes.

Apenas uma sessão foi realizada com a duração de 60 minutos A sessão de relaxamento foi realizada numa sala tranquila em que a intensidade da luz e do ruído foram reduzidos para que durante esse período de tempo, as pessoas se encontrassem livres de interrupções e distrações. Foi aconselhado o uso de um pijama, em substituição da camisa por ser confortável e permitiam a descontraí, a retirarem os óculos ou lentes de contacto. Esta sessão foi orientada pela enfermeira EESMP que foi dando instruções.

Com esta intervenção terapêutica a pessoa atinge um estado de relaxamento que lhes permitiu desligar dos seus problemas pessoais, promovendo o fortalecimento mental e a tomada de consciência de si mesmas, referindo sentir alívio sintomático. Na avaliação efetuada após a sessão de relaxamento foi possível verificar que as pessoas adquiriram um melhor conhecimento da imagem pessoal e autoconsciencialização de si mesmas, estimulação da autoconfiança e autocontrole obtendo assim um bem-estar psicológico, conseguindo uma melhor gestão do stress e da ansiedade sentidas inicialmente.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia de projeto, tem o propósito relatar a realidade sobre qual se pretende recair e alterar, sendo o diagnóstico de situação a sua primeira etapa. Deve ser um processo dinâmico, passando por uma pesquisa das necessidades da população, deverá ser sistémico interpretativo e prospetivo, (Ruivo et al., 2010). As mesmas autoras, descrevem que o principal objetivo desta metodologia, deve focar-se em dar resposta aos problemas e por meio dele, alcançam-se aptidões e competências de carater pessoal através da elaboração e implementação de projetos perante uma situação real. A metodologia forma assim uma ponte entre a teoria e a prática, “uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicada na prática” (Ruivo et al., 2010, p. 3).

Utilizamos esta metodologia no estágio final por nos parecer, a mais adequada à situação e ao problema identificado. Em seguida iremos descrever o percurso realizado na utilização desta metodologia.

3.1. Identificação do projeto

O construto deste projeto é focado nas “Intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica para Promover uma Comunicação Terapêutica”.

Na especificidade de um trabalho académico, compreende a caracterização de uma necessidade real, reconhecida na prática profissional em contexto de internamento, podendo-se converter na exequibilidade do desenvolvimento de um projeto, traduzindo-se na melhoria de qualidade de vida da pessoa com patologia mental. Este projeto visa entender o motivo pelo qual a pessoa é internada, adequando as intervenções do EEESMP, que pretendem responder a esta real necessidade da equipa de Enfermagem.

Iremos apresentar aquilo que nos parece mais adequado à problemática que identificamos no contexto do estágio final. A finalidade deste projeto é a construção de um jogo de tabuleiro, bem como as intervenções junto da pessoa adulta com patologia mental, com a intencionalidade de compreendermos os motivos que envolvem os reinternamentos através desta atividade lúdica. Esta

atividade insere-se no âmbito das intervenções psicoterapêuticas, utilizando atividade lúdica como mediador expressivo.

A população alvo para este projeto terapêutico são pessoas com patologia mental maiores de dezoito anos, que tenham sido internadas por um período superior a três dias e que tenham sido internadas pelo menos duas vezes nos últimos doze meses, numa unidade de internamento de agudos, num hospital na área de Lisboa. Teremos em consideração todas as pessoas que á época da realização do estágio final, se encontrem internadas no serviço e que seja o seu segundo internamento. No que diz respeito à população, não serão tidos em conta quaisquer diagnósticos e patologias prévias.

3.2. Diagnóstico de situação

Ruivo et al., (2010) refere que a intencionalidade do diagnóstico de situação, é elaborar "(...) um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada (...)", ou seja devemos fazer uma pesquisa incorporando as carências da população, com o objetivo de "(...)desenvolver estratégias e acções, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e equipa multidisciplinar e promover a capacidade, motivação e autonomia da população" (Ruivo et al., 2010, p. 10).

No âmbito do Estágio Final, tendo em conta o resultado obtido da entrevista não estruturada com a enfermeira orientadora e a enfermeira chefe, foram identificadas dúvidas em entender os motivos que estão relacionados com os reinternamentos, ou seja, quais os fatores que contribuem para o fenómeno "Porta Giratória" ou o chamado *Revolving Door*. Apoiada pela entrevista, identificamos a necessidade de atuar na melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem especializados a pessoa internada numa unidade de agudos.

Durante a entrevista, foram refletidas várias hipóteses que pudessem estar associadas aos motivos que estão na origem dos internamentos. Destacando-se dois fatores que podem estar relacionados com este fenómeno, sendo eles, o incumprimento da terapêutica e o déficite de conhecimentos sobre os sinais e sintomas relativos da sua doença, como sendo um fator transversal a quase todos os reinternamentos.

Face a problemática, e após a reflexão com a enfermeira orientada, foi sugerido a elaboração de um jogo, que se constitui uma técnica de intervenção estimulativa do ponto de vista cognitivo e comportamental. Com o uso de técnicas específicas, a terapia comportamental mostra-se mais eficiente atendendo a pessoa e situações mais desafiadoras, que são analisadas e encaminhadas para um desenvolvimento adequado (Conceição & Bueno, 2020). Os mesmos autores, referem que “a terapia cognitiva não visa estimular a autodefesa ou o pensamento positivo, mas sim, o pensamento realista” (Conceição & Bueno, 2020, p. 11).

No confronto da prática e a realidade já descrita anteriormente, o fenómeno da “porta giratória”, torna-se assim, primordial analisar reflexivamente quais os motivos que conduzem aos reinternamentos, pouco tempo após a pessoa internada ter tido alta clínica. Será que está a falhar alguma coisa no sistema, para que este fenómeno ocorra? Será que os apoios serão a suficiente face as necessidades individuais de cada pessoa? Será que a pessoa tem conhecimentos suficientes sobre o seu estado de saúde?

A recolha de dados, sobre o fenómeno da “Porta Giratória” do contexto, foi realizada através do programa de gestão de altas, mediante a consulta no aplicativo informático intra-hospitalar. Os dados recolhidos, referem-se a lista de pessoas internadas nos últimos três anos, desde 01-01-2020 a 31-12-2022, inclusive.

Pareceu-nos interessante abordar este assunto, uma vez que o mesmo, se enforma na temática do presente relatório, e concomitantemente, tentámos dar um contributo ao serviço e em particular a equipa de Enfermagem. Torna-se por isso pertinente entender, quais os motivos que estão associados aos reinternamentos, assim como compreender quais os fatores que possam contribuir para minimizar este fenómeno.

Da análise da parametrização da listagem das pessoas internadas, ou seja, a totalidade de pessoas internadas onde se incluem os reinternamentos, no triénio em estudo, os dados demostram-se que estiveram internadas oitocentas e setenta e cinco pessoas independentemente do género, conforme podemos verificar pelo gráfico.

Exclui-se a pessoa internada com número de dias de internamento inferior a três dias. Estes internamentos estão relacionados com a técnica de eletroconvulsioterapia, cuja médias de dias de internamento corresponde a 24 horas, habitualmente, salvaguardando complicações que lhes possam estar associadas.

Sendo que no ano de 2020, foram reinternadas vinte e oito pessoas do número total de pessoas internadas.

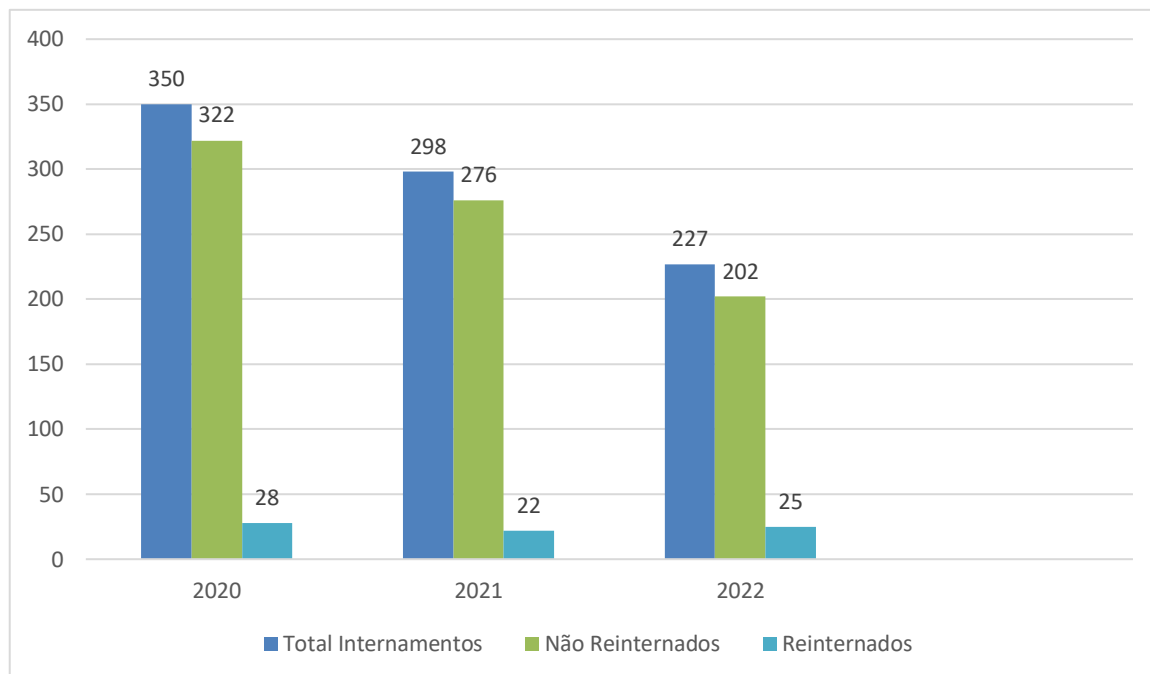


Gráfico 1: Número de pessoas internadas e reinternadas no triênio 2020-2022.

A revisão bibliográfica baseada na evidência, constitui uma mais-valia na estruturação dos conteúdos para o estudo da temática. Foi claro, que intervir na comunicação é fundamental para alcançar a melhoria continua no que respeita á prestação de cuidados especializados.

Da literatura consultada, alguns autores têm dedicado as suas investigações sobre os fatores que contribuem para o fenómeno *Revolving Door*, conhecido como fenómeno da “Porta Giratória”, e as complicações que acarreta para a pessoa com patologia mental. Os estudos dão-nos conta, que a fraca adesão a terapêutica, e continuidade do tratamento na comunidade, o sofrimento da pessoa com patologia mental e a alta precoce, podem estar associados ao fenómeno da “Porta Giratória”.

Em termos de adesão ao tratamento, as pessoas incluídas no fenómeno da “Porta Giratória”, mostram que são pessoas com níveis muito baixos de adesão ao tratamento antes da alta ou pessoas que interromperam a medicação antes do internamento (Botha et al., 2010).

Bäumli et al. (2006) referem que a psicoeducação é uma intervenção educativa psicoterapêutica organizada, com o propósito de transmitir à pessoa e aos seus familiares conhecimentos sobre a doença, o seu tratamento e quais as estratégias de *coping*, em associação com o tratamento farmacológico que estimulam a orientação da pessoa com doença mental grave. Os mesmos autores referem que esta abordagem terapêutica tem a capacidade de estabilizar humor e orientá-las nesse sentido, reduzindo assim os internamentos hospitalares e capacitando a pessoa para a sua funcionalidade em diversas áreas.

Ekhtiari et al (2017) definem a psicoeducação como “uma intervenção com transferência de conhecimento sistemática, estruturada e didática sobre uma doença e seu tratamento, integrando aspetos emocionais e motivacionais para capacitar a pessoa a enfrentar a doença e assim melhorar a adesão à terapêutica e consequentemente a eficácia ao tratamento.

A utilização de algumas atividades lúdicas, podem ajudar a pessoa a tomar consciência, dos seus comportamentos. Pretende-se que o jogo seja um meio através de uma vertente lúdica e interativa, que promova o bem-estar, a saúde social, a interação social e as relações sociais, promovendo a RT através de intervenções psicoeducativas (Manes, 2018).

Os conteúdos abordados no jogo, possibilitam a consolidação e a aquisição de saberes acerca da própria doença, da importância da adesão ao regime terapêutico. Entendemos que a psicoeducação em saúde, não tem como objetivo tratar, mas sim fazer parte integrante do “regime terapêutico, alterar os significados dos factos sobre perturbações mentais e capacitar as pessoas para a compreensão dos diagnósticos de Enfermagem no âmbito do “Conhecimento”,” estimulando a sua aprendizagem acerca de estratégias para lidar com a doença e seus efeitos (Sequeira & Sampaio, 2020 , p. 174).

O EEESMP através de atividade lúdica promove a interação entre a pessoa e o enfermeiro, sendo esta, uma ferramenta útil na psicoeducação e concomitantemente utilizada para minimizar o desconforto do internamento. O jogo é uma intervenção, que ajuda a reduzir as tensões e as inquietações vivenciadas em contexto de internamento (Santos et al., 2017). Estas podem ser manifestadas pela expressão subjetiva do cuidado de Enfermagem, pelo carinho, pelo sorriso, pelo toque terapêutico, pelo diálogo atencioso ou pelo olhar empático, ou seja, o enfermeiro mobilizando-se no cuidado como ferramenta terapêutica durante esse processo (OE, 2018a).

A concretização desta atividade, permite desenvolver programas de educação e ajuda à pessoa, família e pessoas significativas na adesão ao regime terapêutico, na avaliação do uso de alternativas

terapêuticas complementares adequadas, assim como, informação acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e/ou não farmacológicas).

O tema da adesão ao regime terapêutico após alta, associada a atividades psicoeducativas como o jogo, favorecem o desenvolvimento da relação entre as pessoas com doença mental grave e com os pares, promovendo sentimentos positivos e prazerosos e contribuir para o aumento do vocabulário (emocional e concetual) acerca do conceito da doença.

A atividade lúdica integrada no regime terapêutico, permite à pessoa momentos de intrusão com as suas emoções, bem como a interação com os outros, favorecendo o desenvolvimento de capacidades emocionais, sociais e cognitivas, com a finalidade de ajudar a pessoa a enfrentar melhor os fatores *stressores* do dia a dia.

Como é referido por Manes (2018), os jogos potenciam a estimulação ao nível mais basilar, capazes de estimular processos que possibilitam a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais do comportamento humano, e propiciam a obtenção de novas condutas de raciocinar, sentir e relacionar-se com os pares. O jogo possibilita que se treinem as capacidades cognitivas, (a capacidade de concentração, a percepção e a memória) fundamentais para a concretização desta atividade.

A autora citada, explana que em “(...) grupo é possível trabalhar simultaneamente e de forma única e estimular três dimensões do funcionamento psicológico humano: a dimensão emocional-afetiva, a dimensão cognitiva e a dimensão experiencial” (Manes, 2018, p. 6). Em dinâmica de grupo, por forma a estimular as emoções, pode recorrer-se, como por exemplo, à dramatização e ao movimento, técnicas que promovam e potenciem um ambiente afetivo-emocional.

3.3. Definição dos Objetivos

No processo de definição dos objetivos, é necessário que os problemas identificados sejam brevemente descritos de forma a definir o problema que o projeto pretende resolver, de forma que a formulação dos objetivos seja clara. Os objetivos, dão-nos indicação, acerca do resultado que se pretende para dar resposta ao problema em questão (Ruivo et al., 2010; Nogueira, 2005).

Sendo, esta problemática de muito difícil avaliação, e não havendo um programa psicoeducativo específico para a compreensão da mesma, tendo em conta as competências que se previam adquirir, foi proposta a elaboração de um jogo, que fosse promotor e que permitisse compreender quais os motivos, que estão subjacentes aos reinternamentos. Esta atividade, insere-se no âmbito das intervenções psicoterapêuticas, utilizando a atividade lúdica como mediador expressivo. Para a persecução deste objetivo elaboramos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Compreender os fatores que motivam os reinternamentos

Objetivos Específicos: •

- Promover a qualidade dos cuidados à pessoa com patologia mental;
- Aumentar os conhecimentos sobre sinais e sintomas da sua patologia;
- Capacitar a pessoa para uma gestão adequada do regime terapêutico.

No sentido de conferir sustentabilidade à justificação do problema identificado, optamos por se proceder a uma análise SWOT (Strengths, Weakness, Opportunities, Threats). De acordo com Hofrichter (2021), a análise SWOT, apresenta-se como uma ferramenta bastante útil para o desenvolvimento e compreensão de um planeamento ou projeto. O mesmo autor defende que a análise SWOT facilita a demarcação de uma estratégia ou orientação para o desenvolvimento de um determinado projeto, ou empresa, ou carreira. Esta é uma ferramenta de planeamento, que ajuda a entender quais os Pontos Fortes, Pontos Fracos, Oportunidades e Ameaças, envolvendo um projeto (Hofrichter, 2021). Desta forma, procedemos à análise SWOT do nosso problema.

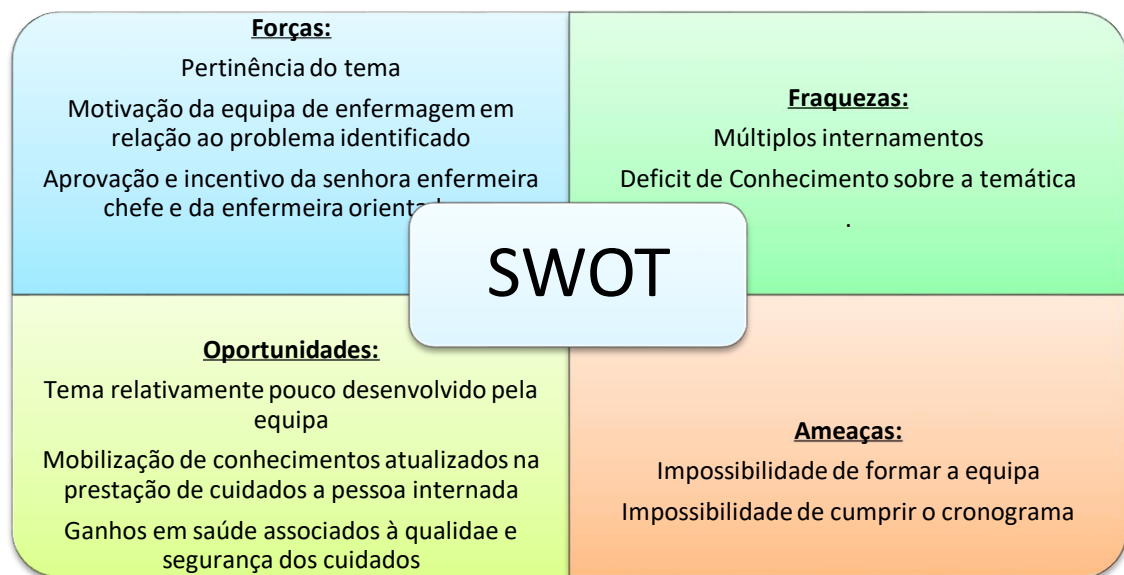


Figura 1: Análise SWOT do Problema de Investigação.

Com execução da análise SWOT, obtivemos informação pertinente para que a elaboração do diagnóstico de situação, fosse fundamental para a consciencialização por parte da equipa, das forças, das fraquezas, das oportunidades e das ameaças, à prestação de cuidados especializados á pessoa com patologia mental. Podemos verificar que as oportunidades encontradas, estavam diretamente relacionadas com os pontos fortes enumerados. Da observação e análise surgiu o seguinte problema: a inexistência de um programa de terapêutico de Enfermagem de saúde mental, para compreender os fatores que motivam os reinternamentos, numa unidade de internamento de agudos.

Salientamos a identificação de alguns problemas que se alinham na problemática identificada, como a inexistência de documentos orientadores sobre a temática proposta; Conhecimento diminuído dos enfermeiros da equipa na área da intervenção terapêutica de suporte, para a compreensão dos fatores que motivam os reinternamentos; Necessidade de formação dos enfermeiros da unidade de internamento na área da intervenção terapêutica de suporte e a compreensão dos fatores que motivam os reinternamentos.

Estabelecemos como intervenções prioritárias, realizar uma revisão bibliográfica centrada na evidencia publicada; delinear o programa de intervenção terapêutica como suporte para compreender quais os fatores que motivam os reinternamentos e realizar formação a equipa sobre a funcionalidade do projeto terapêutico.

3.4. Planeamento

Após a definição dos objetivos e de acordo com a metodologia de projeto, entramos na terceira fase designada por fase planeamento. Nesta fase, enquadra-se a planificação de todas as atividades que nos pretendemos devolver, elucidamos quais os recursos necessários, tendo em conta as condicionantes de todo o trabalho (Ruivo et al., 2010).

Todo planeamento deve centra-se nos objetivos definidos previamente, visando dar resposta, de forma a corresponder aos mesmos. Para dar persecução aos objetivos que traçamos, iremos realizar um jogo de tabuleiro, caracterizando as intervenções que se pretendem construir e implementar no âmbito do projeto e serão suportadas na melhor evidência de acordo com o que encontramos na bibliografia. Nesta pesquisa, pretendemos dar suporte científico no construto do jogo *Mind Game*, com a intencionalidade que este possa ser uma ferramenta para o contexto de internamento de psiquiatria, de forma a entender este fenómeno da “Porta- Giratória”, e que possam a partir deste, traçar caminhos que deem resposta a este problema, melhorando a qualidade dos cuidados de Enfermagem (Planeamento do tabuleiro do Jogo *Mind Game* (Apêndice 3).

O Jogo da Glória, é um jogo de tabuleiro tradicional que marcou a infância de vários portugueses, este jogo centrado na sorte/azar do jogador, através do lançamento dos dados, pode levar os jogadores a recuar ou progredir em direção à glória. As regras são simples.

Um pouco à semelhança do jogo da glória tradicional, pretende-se com o Jogo *Mind Game*, não de ganhar ou perder no sentido léxico das palavras, mas que o jogador chegue ao término do jogo (casa com o nº 90). Para que deste modo, o seu percurso possa ser interativo e promotor da compreensão da adesão ao regime terapêutico, bem como, os conhecimentos que a pessoa tem, sobre os sinais e sintomas relativamente a sua doença, entendendo-se deste modo a compreender o fenómeno da porta giratória.

Com a mais recente evidência, pretendemos clarificar que o jogo desenvolvido *Mind Game*, é um recurso eficaz na compreensão do fenómeno “Porta -Giratória” para que possa ser implementado em serviços de internamento e que demonstre benefícios para a saúde da pessoa internada. O perfil do *Mind Game* enquadra-se na psicoeducação, sendo esta uma intervenção não farmacológica, e que o

EEESMP dispõe como recurso muito importante na comunicação, para que se consigo estabelecer uma RT eficaz.

O jogo de tabuleiro *Mind Game* é composto por um percurso de noventa casas (Apêndice 3), com dois modelos de “casas” distintas. Designadas por casas não interativas e casas interativas. As casas interativas, dividem-se ainda, em dois grupos, casas com ações e casas *Quiz*. Nas casas de ações, o jogador tanto poderá avançar como recuar no tabuleiro. Nas casas *Quiz*, o jogador terá de responder a um conjunto de questões de acordo com a cor da casa. As casas estão ordenadas por três cores: cor verde, amarela e cor de laranja, e cada uma tem um conjunto de dez cartas com as respetivas cores. Cada cor representa um tema. Do jogo, fazem parte ainda, um dado de seis faces e seis pinos de cores diferentes.

As casas de ação, correspondem aos nº 52;61;70;79;88 e as casas *Quiz* correspondem as casas com desenhos e com as cores escritas anteriormente. Estas casas correspondem o nº 5; 9; 14; 18; 23; 27; 32; 36; 41; 45; 50; 54; 59; 63; 68; 72; 77; 81 e 86. As casas *Quiz*, permitem que a pessoa, possa expressar o seu entendimento relativamente a sua situação de doença, capacitá-la para o *insight* e deste modo a pessoa com doença mental, consiga entender os riscos da não adesão à terapêutica, sendo este um dos objetivos do jogo. A construção, das casas interativas consentem uma abordagem psicoeducativa, constituindo assim um conjunto de intervenções que permitem a CT e potencial terapêutico no processo de recuperação da pessoa (Sequeira, 2016, p. 6).

Cada grupo das cores corresponde um nº de dez cartas com diferentes conteúdos que visam atingir um propósito específico e um objetivo geral, já referidos anteriormente. A atividade lúdica além de promover a escuta ativa, a interação e participação social, a capacidade de memorização a cidadania, a autoanálise, o autoconceito, a criatividade, a identificação e a expressão de sentimentos, de emoções, da identificação de desejos, ideias e esperança, promovendo a tomada de decisão (Manes, 2018).

As casas de ação designadas com:

A Casa 52- O jogador que calhar nesta casa, deverá retroceder tantas casas quanto os números representados no dado;

A Casa 61- O jogador ao chegar a esta casa só pode continuar a jogar depois de todos os jogadores passarem por si;

A Casa 70- O jogador que chegar a esta casa perde o jogo;

A Casa 79 O jogador que calhar nesta casa, deverá retornar a casa nº 1;

A Casa 88- O jogador que calhar nesta casa, só poderá voltar a jogar quando outro jogador calhar nesta casa.

As casas *Quiz* que estão identificadas por imagens e cores, identificam três grandes temas: **Conhecimento sobre a sua doença** - cartões de cor verde (Apêndice 3), que correspondem as casas nº 14;.27; 41; 68 e 81 **Conhecimento sobre a medicação e a importância para a adesão a terapêutica** - cartões de cor laranja (Apêndice 3), que correspondem as casas nº 1;9; 23;36; 50; 63;77 e 90 **Promoção da saúde mental** -cartões amarelos (Apêndice 3), que correspondem as casas nº 5; 18; 32; 45; 59; 72 e 86.

3.5. Execução

A fase de execução, determinada pela concretização das atividades e estratégias planeadas, compreende-se numa “fase de importância para o investigador, na medida em que o incentiva a adquirir competências pela necessidade de recolher informações relativas ao objeto de estudo, contribuindo desse modo para o aumento do seu corpo de conhecimentos e aquisição de competências” (Ruivo et al., 2010, p. 23).

Regras do Jogo Mind Game

Número de jogadores serão mínimos de dois e um máximo de seis jogadores. Cada jogador lança uma vez o dado para saber quem joga primeiro, começando aquele a quem sair o número com maior pontuação e assim sucessivamente, por ordem decrescente. Pela ordem estabelecida, cada jogador, lança o dado alternadamente e vai prosseguindo no tabuleiro pela ordem do número de casa. O objetivo do jogo é chegar à casa número 90.

Como referido anteriormente, o jogo é constituído por 90 casas. Qualquer jogador que chegue a uma casa *Quiz*, verde, laranja ou amarela, será realizada uma intervenção (de acordo com a cor da casa)., ou seja, é feita uma pergunta aleatória de acordo com o cartão retirado pela pessoa que está a

jogar. Caso o jogador responda de forma crítica e honesta à pergunta, poderá continuar a jogar. Caso o enfermeiro perceba que a pessoa com doença mental grave, não tenha respondido honestamente, ficará uma vez sem jogar.

O jogo tabuleiro *Mind Game*, permite promover a comunicação e a RT entre a pessoa com doença mental grave e a enfermeira, estimulando a socialização entre os pares.

3.6. Avaliação

A avaliação do projeto envolve a verificação do cumprimento dos objetivos originalmente definidos e significa ter um método para verificar o seu cumprimento. Deste modo, é facilitador ter uma *chek-list* com os objetivos iniciais e validar se cada um foi alcançado. Em caso afirmativo, cabe questionar a adequação desse objetivo, ou seja, se alcançar o objetivo foi vantajoso para o processo, ou se o achamos irrelevante após o término do projeto, e quais os prováveis motivos (Ruivo et al., 2010).

Leite (1989) citado por Ruivo et al., (2010) avocam que avaliação pode expressar a sua validação de múltiplas formas, especialmente “a verbalização em grupo e/ou individualizada, anónima ou personalizada, espontânea ou segundo os modelos previamente elaborados” (Ruivo et al., 2010, p. 26).

De acordo com estes autores, a avaliação deve conter elementos essenciais para intervir como propósito de melhora coerência, a eficiência e a eficácia (Ruivo et al., 2010).

A OE, refere que a avaliação de resultados de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem “(...) deve-se verificar se os objetivos foram ou não atingidos, através da monitorização que foi feita pelos indicadores definidos”, (OE, 2013, p. 6).

A avaliação do projeto, adveio da participação e interação e ao feedback, da enfermeira orientadora, da enfermeira chefe e de toda a equipa de Enfermagem, uma vez que não dispusemos de disponibilidade cronológica, para a implementação da atividade lúdica com a pessoa. Neste sentido, após a apresentação do projeto à equipa de Enfermagem (Apêndice 4) e no final da apresentação do mesmo, foi pedido que cada elemento, escreve-se numa palavra de como caracterizaria este projeto, demonstrado pela figura 2.



Figura 2: Resultado avaliação da opinião da equipa enfermagem em relação ao jogo.

Tal como nos diz Sampaio, F., et al (2018), é essencialmente a capacidade de presta cuidar e de intervir de forma psicoterapêutica junto da pessoa, que nos distingue de um Enfermeiro de Cuidados Gerais.

A referir que todo o processo de execução do projeto foi avaliado, continuamente, pela enfermeira e docente orientador, expressando um feedback positivo no que respeita ao projeto desenvolvido, ao longo do estágio final.

Durante a fase de planeamento, indicámos como possíveis constrangimentos aquando da realização do projeto, que decorreu da incerteza, relativamente à metodologia no âmbito do planeamento e da sua operacionalização.

A ferramenta criada por nós, o jogo *Mind Game*, pretende ser parte integrante do regime terapêutico, no sentido de capacitar a pessoa para a compreensão dos “(...) diagnósticos de Enfermagem do âmbito, do “Conhecimento”,” estimulando a aprendizagem da pessoa, para lidar com a doença e os seus efeitos (Sequeira & Sampaio, 2020 , p. 175) . Assim, o jogo permite dar resposta a um dos diagnósticos de Enfermagem como “Conhecimento diminuído”. Pelo referido, pensamos que o contributo deixado é uma mais-valia, para este contexto, em termos da melhoria dos cuidados de Enfermagem á pessoa com patologia mental.

Salientamos o feedback bastante positivo, expressado pela equipa de Enfermagem aquando da apresentação do jogo *Mind Game*. Para completar melhor esta avaliação, teria sido benéfica a opinião da pessoa cuidada. No entanto, a avaliação não foi possível, porque não conseguimos aplicar esta ferramenta em tempo útil do estágio final. Por ter sido, um contributo deixado ao serviço, apraz-nos dizer, que equipa utilizou o jogo *Mind Game* e criticou que a sua aplicabilidade é de baixa dificuldade promovendo a sociabilidade entre os pares. No entanto ainda não foi possível avaliar o objetivo do projeto pelo curto intervalo de tempo.

A avaliação do projeto impõe a verificação permanente, se os objetivos que foram estabelecidos para o projeto, são na realidade funcionais, para o que nos propusemos estudar, ou se são vantajosos e enriquecedores para o que desejámos. Assim, da análise reflexiva sobre os objetivos a que nos propusemos, satisfaz dizermos, que conseguimos alcançar os objetivos traçados.

4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS

“Zixia perguntou a Confúcio: “Podemos perder o nosso rumo?”

O sábio respondeu:” podemos cometer alguns excessos de vez em quando. Mas é sempre bom parar, e refletir sobre o que fazemos na vida “

Confúcio

As Unidades Curriculares de Relação de Ajuda em Saúde Mental e a de Desenvolvimento Pessoal, doutrinadas no primeiro ano do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, tornam-se o pilar para o desenvolvimento da primeira competência alicerçados no processo reflexivo e sistemático da própria pessoa, das suas próprias interrogações sobre quem somos.

De acordo com Benner (2001), reconheceu cinco níveis de competência na praxis de Enfermagem, pela aplicação do modelo de aquisição de competências tendo por base o modelo de Dreyfus: **Iniciado; Iniciado Avançado; Competente; Proficiente e Perito**. A autora citada, expressa que “na aquisição e o no desenvolvimento de uma competência” a enfermeira passa “por cinco níveis consecutivos de proficiências que refletem a mudança em três pontos; o primeiro “é a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização”; o segundo refere-se “à modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação” e o terceiro ponto “é a passagem de observador desligado a executante envolvido.” (Benner, 2001, p. 39).

Considerando o que expõe Benner (2001), a aquisição de competências obedece a uma coerência organizada por estádios, assim:

Estádio 1: Iniciada; O enfermeiro não dispõe de experiência das situações que vai ser confrontado na sua prática diária, agindo de acordo com os seus conhecimentos académicos. Detém dificuldade em

se integrar, cumpre normas e foca-se nas regras, não sendo capaz de estabelecer prioridades. A aquisição de competências advém das áreas onde o enfermeiro não tem compressão da situação clínica.

Estádio 2: iniciado avançado; o enfermeiro “é classificado como aceitável”, por ter enfrentado na sua praxis diária, situações que as reconhece como fatores significativos pelo número de experiências vivenciadas, ainda que apresente dificuldades em dominar as situações no contexto dos cuidados numa perspetiva mais ampla necessitando de supervisão de um enfermeiro mais experiente.

Estádio 3: Competente; a enfermeira com alguma experiência profissional, estabelece conscientemente um plano, após análise abstrata e analítica perante uma situação real.

Estádio 4: Proficiente; o enfermeiro compreende as situações globalmente e não de forma seccionada, conduzindo à tomada de decisão, ainda que não seja de forma holística.

Estádio 5: Perito; o enfermeiro detém uma vasta experiência, permitindo entender intuitivamente cada situação sem necessidade de se apoiar nas regras, entendendo de forma clara o problema. Estes enfermeiros são identificados pelos pares ou pela pessoa cuidada como profissionais competentes para resolver situações de grande complexidade.

O percurso do enfermeiro, constrói-se ao longo da sua vida profissional com base no conhecimento técnico, a capacidade de tomar decisões, a forma eficaz de comunicar, a capacidade de ter iniciativa, de ser flexível e responsável, o espírito crítico, de forma proativa e de possuir conduta ética e deontológica (Benner, 2001).

Entende-se assim, que “(...) os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, atualmente revestem-se de uma importância extrema e de uma exigência técnica e científica” assumindo a diferenciação e a especialização uma real necessidade abrangendo “(...) a generalidade dos profissionais de saúde”, conforme o explanado no Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019, p. 4744). Neste sentido, “(...) o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem,” (OE, 2019, p. 4744).

De acordo com Canário, citado por Costa (1998) a formação é “(...)um processo impulsionador de competências, integrado no percurso individual e autogerido, segundo uma lógica de apropriação e

não acumulação de saberes” (Costa, 1998, p. 20). Entende-se a formação, por um processo de obtenção de conhecimentos e aptidões, trabalhadas interiormente, refletidas com base no objetivo de atribuir um significado tal que nos modifica, e nos confere como pessoas únicas.

Corroborando com esta definição, com Phaneuf (2005), refere que “competência é um conjunto integrado de habilidades cognitivas, de habilidades psicomotoras e de comportamento socioafetivos”, dotando o enfermeiro para o exercício da sua profissão (...).” (Phaneuf, 2005, p. 2) .

Desta forma, a prática ganha especial destaque como campo de análise. Igualmente Costa (1998), refere que “(...) reflectir sobre as experiências significa o reconhecimento de que o processo de aprendizagem se prolonga na, com e pela prática, tornando consciente algum saber tácito – criticando, examinando e melhorando”. (Costa, 1998, p. 271). Por conseguinte, justificamos conscientemente a importância do que vivemos, e como isso nos modificou. A pessoa enfermeiro/conhecimento, traduz conhecimento e domínio de diferentes técnicas e aptidões nas três dimensões da competência; as competências comportamentais e cognitivas; compreende o Saber Estar e a dimensão dos recursos compreende Saber Fazer, e a dimensão do distanciamento que engloba todo o processo reflexivo da ação compreende o Saber Ser (Le Boterf, 2005).

Segue-se a descrição e a análise reflexiva do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, seguidas das Competências Específicas do EEESMP, terminando com as de mestre em Enfermagem.

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o nº 3 do artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o “(...) Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Ordem Enfermeiros [OE], 2015a, p. 99).

O título de enfermeiro especialista é atribuído de acordo com o Regulamento nº140/2019, “(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem,” ao qual foi atribuído “(...) nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros,” harmonizado “(...) com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em Enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros”(OE, 2019, p. 4744).

O mesmo regulamento refere que as competências comuns são “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p. 4745).

Segundo o código deontológico, inserido no estatuto da OE, publicado como anexo pela lei nº156/2015 de 16 de setembro no artigo 99º menciona como princípios gerais “(...) as intervenções da enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa de liberdade e dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” considerando os valores universais e princípios orientadores de toda a sua conduta na prática da profissional (Ordem Enfermeiros [OE], 2015a, p. 80).

As competências comuns, encorpam as competências partilhadas entre as diferentes especialidades de Enfermagem, que devem ser adquiridas por todos os enfermeiros especialistas. Incidem nos domínios explicados no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 140/2019, DR, 2.ª série, N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019 (OE, 2019, p. 4745), que são: **“A) Responsabilidade profissional, ética e legal; B) Melhoria contínua da qualidade; C) Gestão dos cuidados; D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”**

As regras e normas do bem agir são orientadas pela “Deontologia Profissional, pelos Guias Orientadores de Boas Práticas, pelas Normas de Orientação Clínica, pelas Guidelines” entre outras ferramentas e balizam a atuação do enfermeiro independentemente da sua área de atuação Este toma decisões, sustentadas em fundamentos, sejam eles, de índole clínica, científica, técnica, ética, deontológica, cultural, existencial, assumindo a sua resposta pelos “atos e pelas consequências”, (Nunes , 2016, p. 14).

A primeira competência **A) Responsabilidade profissional, ética e legal;**

A dimensão, **A1: “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”** (OE, 2019, p. 4745). O enfermeiro Especialista demonstra uma prática segura, profissional ético aplicando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência ancora-se no conhecimento do domínio ético e deontológico, em critérios de avaliação que se reportam para as melhores práticas respeitando as preferências da pessoa.

O enfermeiro diariamente, no seu contexto da prática, enfrenta situações que levantam uma serie de dúvidas e problemas. Esta competência, exige ao enfermeiro especialista uma abordagem reflexiva e perícia ética, quando demonstra preocupação, com o que se esta a passar com a pessoa e a família, além de garantir o respeito pelos direitos acautelados em legislação para o devido efeito, adequando comportamentos e criando condições assentes nas unidades de competência, tal como estão explicitadas no referido regulamento, garantindo um ambiente terapêutico seguro.

A enfermeira compromete-se cuidar sem qualquer discriminação, no sentido de assegurar as necessidades étnicas, culturais, espirituais e religiosas no decorrer dos procedimentos, promover a adesão as práticas e comportamentos saudáveis da pessoa e sistema familiar, enquadradas culturalmente e religiosamente e assegurar intervenções, tais como, a administração de terapêutica e promover na equipa a unicidade de cada sistema familiar.

A tomada de decisão em saúde, no domínio da esfera do cuidado, é da competência dos enfermeiros. Durante os estágios I e estágio final, os cuidados desenvolvem-se em equipa, numa relação dinâmica com a pessoa e o sistema familiar no processo de tomada de decisão. Salientando que durante o estágio I, com enfermeiro orientador e a restante equipa tivemos oportunidade de participar no processo de tomada de decisão e estabelecer o melhor plano terapêutico de acordo com a decisão da pessoa.

Ao longo dos estágios e principalmente do estágio final, foram experienciadas um conjunto de situações que determinaram estratégias de resolução de problemas e tomada de decisões com base no conhecimento e experiência adquiridos em procedimentos de aprendizagem vivenciados anteriormente.

Uma das situações que nos pareceu significativa e que mereceu a nossa reflexão, decorreu após a alta clínica da pessoa com patologia mental. A situação circunscreve um internamento prolongado, que

teve origem num episódio, que deliberou o internamento compulsivo da pessoa. A tomada de decisão clínica, permitiu a sua alta á luz da Lei de Saúde Mental nº36/98 da Assembleia da República, de 24 de julho, 1998, no seu artigo 3º na alínea b), refere que “A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social”. No entanto, e dado o descrito no nosso caso, a pessoa carece de reabilitação psicossocial, pelo que foi inserida numa comunidade adaptada ao seu grau de autonomia, conforme o previsto no artigo 3º da alínea d). À equipa médica, é solicitado um pedido de ajuda, por parte da família, informando que o seu familiar tinha fugido da comunidade e que o mesmo, se encontrava “barricado” no quarto, em casa do familiar que solicitou o pedido de ajuda por se sentir ameaçada, com medo e receio. O incidente terminou num reinternamento, que justificou a emissão de um mandato de condução urgente para avaliação psiquiátrica, de acordo com o que está previsto na legislação de Saúde Mental, no seu artigo 22º a pessoa com anomalia psíquica pode ser internada “(...) compulsivamente de urgência, nos termos dos artigos seguintes, sempre que, verificando-se os pressupostos do artigo 12.º, n.º 1, exista perigo iminente para os bens jurídicos aí referidos, nomeadamente por deterioração aguda do seu estado.” (Lei nº 36/98 Lei de Saúde Mental , 1998, p. 3547). Esta situação, determinou medidas ético legais, que se traduziu no seu internamento compulsivo. Este, acontece após se ter efetuado uma avaliação da situação clínica e se reconhece a necessidade de proteção do próprio ou de terceiros. Conforme estabelecido na mencionada Lei no seu artigo 5º alínea c) e no artigo nº8, do seu nº1e 2.

Acautelando esta situação, aqui exemplificada, as situações complexas exigem tomadas de decisão refletidas e alicerçadas às responsabilidades do ponto de vista ético e deontológico e particularizadas a cada situação e intervenção realizada. O planeamento das intervenções, são refletidos e conferenciados em equipa e em parceria com a pessoa e família, de forma a oferecer respostas adequadas mediante as opções existentes.

Os estágios são contextos que permitiram planear intervenções de forma refletida com a equipa e com os enfermeiros orientadores, dando a oportunidade de se estabelecer uma relação terapêutica, executar intervenções, avaliar, fazer e reformular procedimentos, planear novos projetos, participando desta forma nos processos de tomada de decisão ancorados nas normas legais do código deontológico do enfermeiro e com base no conhecimento e experiência dos elementos da equipa.

No estágio final, visam compreender quais as razões estão na origem dos reinternamentos, foram realizadas várias reuniões com a enfermeira orientadora, no sentido de se aferirem as linhas orientadoras do projeto. Estes momentos constituem etapas de grande aprendizagem garantido que todos os objetivos do projeto estavam abrangidos, tendo particular atenção a satisfação das necessidades, dentro da especificidade de cada pessoa, garantindo os cuidados com responsabilidade e respeito e com vista à excelência do cuidar.

A base legal e os princípios da deontologia profissional a que o processo de tomada de decisão está ancorado, torna-se facilitador para a tomada de decisão. Esta, é alicerçada ao processo reflexivo que se apoia em princípios e valores profissionais, conforme os descritos no regulamento das competências comuns. O desenvolvimento de todo o processo, tem a primeira opção a pessoa e só posteriormente é partilhado com a restante equipa conferindo o respeito dos direitos humanos, direito a escolha, conduzido pelo dever profissional, de acordo com o código deontológico que rege a profissão.

Face ao que foi descrito, podemos aferir que esta experiência se constituiu um momento distinto na aplicabilidade dos conhecimentos, princípios e valores obtidos no domínio da ética e deontologia, podendo-se dizer que as competências, na área da tomada de decisão ética foi desenvolvida.

Caminhando no sentido da unidade de competência A dimensão **A2 que está orientada para a garantia da prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.**

Segundo o código deontológico, compreendido no estatuto da OE, republicado como anexo pela lei nº156/2015 de 16 de setembro no artigo 99º, no nosso exercício profissão as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação de preservar a dignidade e liberdade da pessoa. Ou seja, é dever do enfermeiro cuidar, no sentido do compromisso deontológico, no dever de preservar os valores universais a defesa da liberdade e dignidade humana e o respeito pelos direitos humanos da pessoa enquanto alvo na esfera do cuidado e a responsabilidade perante a nossa função na sociedade enquanto profissionais.

Durante o estágio final e trazendo para análise o exemplo anteriormente citado, por ser de uma complexidade extrema, impondo enunciar o problema do estigma associado a doença mental. O impacto deste na pessoa, nas vertentes familiar e profissional económica e social, assim como o

sentimento de incompreensão, vergonha e abandono. Neste caso concreto, a mãe da pessoa internada, recusava tê-lo no domicílio independentemente da situação que motivou o internamento. Ou seja, duramente o internamento a pessoa, solicitava a visita da sua mãe, que por diversas vezes não atendia o telefone ou quando o fazia, justificava a sua indisponibilidade. Ao fim de vários apelos e depois de muito solicitação por parte da pessoa internada e por parte dos profissionais, a mãe cedeu aos pedidos, acabando por vir vestia-lo. No entanto a sua presença despoletou sentimentos de agressividade verbal e repulsa, legitimando a sua presença com uma conotação negativa, que traduziu na pessoa um desconforto e um sofrimento, repercutindo-se no agravamento do seu comportamento , ou seja , no seu isolamento e mutismo.

Sousa, (2017) no seu trabalho de investigação, sobre o estigma, salienta que este, reflete-se nefastamente na própria pessoa com patologia mental, detendo-a e impossibilitando-a de procurar cuidados de saúde, o tratamento e a sua recuperação. Relata que as investigações, mostram que os fatores que mais influenciam no combate ao estigma, são as pessoas que sofrem de patologia mental e o grau de literacia sobre esta problemática.

Podemos dizer que caminhamos numa linha ténue apoiada no grau de confiança e segurança que os elementos da equipa vão construindo no sentido da pessoa e família aceitaram a nossa presença e o nosso cuidado como profissionais no seu contexto e de anuírem a continuidade dos tratamentos. De acordo com a literatura existente, e salientando Phaneuf (2005), como elemento-chave na evidência da relação de ajuda, a autora destaca que “pela nossa expressão facial, pela postura, porte de cabeça e maneira de ser, a pessoa projeta uma imagem de si própria e do seu papel na sociedade. A postura corporal observada na pessoa internada é referida pela mesma autora, como comportamentos que “(...) testemunham a autoconfiança de um indivíduo com pouca estima que ele tem de si” (Phaneuf, 2005, p. 69). A interação enfermeiro-pessoa cuidada acontece maioritariamente num clima de tensão, medo e sofrimento e associado a este contexto, deparamo-nos com obstáculos que podem criar barreiras nesta interação, entre eles encontram-se as diferenças religiosas e culturais; os preconceitos e estereótipos e o nível de literacia dos interlocutores, (Phaneuf, 2005). A autora explana sobre a importância de colocar o outro à vontade, usando palavras e expressões da pessoa e certificar-se que esta nos compreende (Phaneuf, 2005).

Os estágios foram lugares privilegiados que permitiram desenvolver e assegurar um ambiente terapêutico e proporcionar o mesmo sentimento de segurança na pessoa durante as sessões em que partilhamos, caminhando no sentido de estabelecer a interação enfermeiro e pessoa cuidada. Foram

sempre garantidos espaços tranquilos e confortáveis para que a pessoa se sentisse á vontade e com liberdade de decisão.

Nas intervenções planeadas, foi tido em atenção a igualdade de acesso aos cuidados, no agir com verdade pelo respeito e justiça, promovendo a liberdade de escolha sem nos demitirmos do bem comum, satisfazendo as necessidades da pessoa que cuidámos com rigor e de forma adequada. O bem comum “é um conjunto de condições de vida de uma sociedade que favorecem o bem-estar e o progresso de todos os cidadãos” (Ferreira & Dias, 2005, p. 38). Neste sentido, um agir com competência exigiu que se recorresse aos recursos pessoais e aos recursos existentes, com o propósito específico de refletir no processo.

Ribeiro (2017), no seu trabalho de investigação, refere-se a autonomia como “(...) a capacidade de o enfermeiro cumprir as suas funções profissionais numa forma auto-determinada enquanto cumpre os aspetos legais, éticos e práticos da profissão” (Ribeiro, 2011, p. 29). Esta premissa, é um dos pilares do regulamento do exercício da profissão de Enfermagem, estando na base do estatuto e Código Deontológico do Enfermeiro, intrínseca aos valores simbólicos, outrora descritos por Florence Nighttingale.

Os estágios foram os contextos privilegiados, onde as competências desenvolvidas, materializam-se na promoção pelos direitos humanos relacionados com as questões éticas e deontológicas, dissecadas ao longo da unidade curricular de epistemologia, ética, e direito em Enfermagem, traduzidas ao nível das intervenções terapêuticas, nos diferentes contextos O processo reflexivo e as decisões tomadas, provém destas vivências, bem como a triagem das intervenções realizadas em cada situação, que se conjugam do desenvolvimento das competências em termos de avaliação diagnóstica. Os diagnósticos de Enfermagem e as intervenções planeadas no estágio final, são realizadas através da terminologia CIPE®, assim como registos relativos a terapêutica e administração e notas gerais.

Perante o que foi explanado, revela um caminho refletido, direcionado na promoção do agir em função da privacidade, segurança e dignidade da pessoa e família que cuidamos, como um distinto momento permitindo-nos afirmar que contribuímos positivamente para desenvolver esta competência.

B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A dimensão B1 descreve-nos “**um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.**” “O Enfermeiro Especialista

colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional” (OE, 2019, p. 4747).

A dimensão B2 promove o desenvolvimento de **“práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.”** “O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.” (OE, 2019, p. 4747).

A dimensão B3 – **“Garante um ambiente terapêutico e seguro”** “O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.” (OE, 2019, p. 4747).

No que concerne a este domínio, o planeamento, a execução e a avaliação do plano de cuidados foi realizada por nós, assim como as intervenções desenvolvidas com a pessoa internada (sessões de estimulação cognitiva e de relaxamento, entre outras) ou no contexto comunitário. As reuniões em equipa ou com o EEESMP, proporcionaram momentos reflexivos permitindo mobilizarmos conhecimentos e aptidões, vinculando a nossa práxis e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem EESMP de forma a prestarmos cuidados de saúde de excelência, visando a promoção da saúde da pessoa, família e comunidade, garantindo a sua qualidade e continuidade dos cuidados prestados. Esta conduta, foi norteadora de todo o nosso caminho profissional, com a intencionalidade de ir ao encontro dos projetos da equipa, serviço e instituição, empenhando-se em melhorar e desenvolver, sugerindo melhorias, dando contributos, assumindo uma função dinamizadora em projetos da unidade de internamento na área de melhoria da qualidade.

Os estágios foram contextos que nos ajudaram a consolidar a formação académica e onde podemos desenvolver intervenções terapêuticas com a pessoa. No estágio final salientam-se as atividades lúdicas, o passeio ao exterior, atividade de relaxamento em momentos de grande ansiedade, desenho e pintura, música e dança com a intencionalidade de promover um ambiente terapêutico e seguro em contexto do internamento agudos da pessoa com patologia mental.

O local do estágio final, tornou-se uma mais-valia, por permitir desenvolver a metodologia de projeto. Este fluiu, como um recurso estratégico da equipa, com o objetivo de compreender, os motivos pelos quais, a pessoa é reinternamentos. Pelas práticas desenvolvidas apraz dizer-nos que contribuimos de forma positiva no desenvolvimento desta competência no sentido de melhoria continua na qualidade de cuidados.

A elaboração deste relatório constitui-se também como desenvolvimento destas competências insere-se na promoção do conhecimento na área da melhoria da qualidade da prestação dos cuidados.

Relativamente à garantia de um ambiente terapêutico e seguro, foi nossa linha orientadora, a proteção do próprio profissional e da pessoa como foco do cuidado, família, comunidade bem como o respeito pela sua identidade, social, cultural, física e espiritual, como ser integral visando a satisfação das necessidades da pessoa, família, grupo e comunidade (OE, 2019).

Como tal, é fundamental clarificarmos o conceito de segurança, pelo que a direcção geral da saúde (2011) define como,

(...) “a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento” (Direcção Geral Saúde [DGS], 2011, p. 14).

Perante o exposto, foi nosso cuidado, garantir um ambiente seguro, para a pessoa, tendo como referência a deontologia profissional e adequado aos recursos materiais e humanos (ter a aptidão de estabelecer uma RT e fazer uma avaliação diagnóstica), à disposição, visando a prestação de cuidados em segurança. Ainda neste âmbito, referir a preocupação na gestão, administração e monitorização da terapêutica farmacológica a pessoa internada bem como em contexto comunitário que inclui a manutenção do cuidado seguro, prevenir recaídas e promover a saúde mental da pessoa.

Salientando a nossa participação na gestão de risco a nível institucional e na unidade de internamento, não podemos deixar de mencionar as diversas medidas de prevenção e controlo de infeção relativamente aos cuidados preventivos em contexto da pandemia da COVID-19, de acordo com as normas emanadas pela Direcção Geral da Saúde.

De acordo com DGS o risco é “A probabilidade de ocorrência de um incidente”; e entendendo-se por um incidente de segurança do doente como sendo, “(..) um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente” (Direcção Geral Saúde [DGS], 2011, p. 21).

A nossa experiência profissional foi ancorada na incorporação de conhecimento visando a melhoria da qualidade dos cuidados. A unidade curricular Formação e Supervisão em Enfermagem em

contexto de mestrado em Enfermagem, veio esmiuçar a importância da formação e tornar-se revelador do seu contributo para a formação em serviço. Esta é partilhada com a equipa e pela orientação e supervisão de alunos,

Ao longo da experiência profissional participamos em projetos institucionais na promoção de adoção de medidas na melhoria continua da qualidade, como por exemplo, elemento de ligação na Grupo de Coordenação Local-Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência Antimicrobiana (GCL-PPCIRA). Ainda na incorporação do conhecimento na sua participação em congressos, na elaboração de posters e comunicações orais, na elaboração de normas, entre outros.

Perante o que foi explanado, revela um caminho refletido, direcionado na promoção do agir em função da gestão do risco e segurança da pessoa e família que cuidamos, permitindo-nos afirmar que contribuímos positivamente para desenvolver esta competência.

No domínio C alicerçamos as competências no **“Domínio da gestão de cuidados”**,

A dimensão C1 — **“Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.”** “O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.” (OE, 2019, p. 4748).

A dimensão C2 — **“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.”** “O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019, p. 4748).

Alicerçamos uma gestão de cuidados conjunta, conscientes das decisões tomadas pela equipa multidisciplinar do internamento agudos, facilitados pela capacidade de comunicação com o propósito desenvolver a competência relativa ao domínio da gestão.

No estágio final a dinâmica diária de um internamento agudos, impõe momentos reflexivos e o planeamento das intervenções em equipa, de acordo com a sua situação de saúde impondo a modificação permanente do plano de cuidados. Neste sentido, colaborámos com a equipa, dando o nosso contributo quanto à avaliação diagnóstica. Muitos foram os momentos em que fomos confrontados com exacerbação dos níveis de ansiedade de algumas pessoas internadas, tendo sido prestado apoio emocional e remetida esta informação para o médico assistente, que após observação otimizou a terapêutica.

A importância do EEESMP na conduta da estabilização e recuperação precoce da pessoa com a sua doença mental descompensada, na otimização do bem-estar e na redução do impacto da sua doença, só pode ocorrer conscientemente e com qualidade no internamento de agudos. É neste contexto que se reúnem as condições necessárias para que se promovam a autodeterminação da pessoa e ajudá-la a reencontrar o seu caminho pessoal, restituindo a sua autonomia de forma a adquirir um maior controlo sobre as suas decisões que afetam a sua saúde, (OE, 2015b). Durante o internamento o estudo de caso desenvolvido permitiu elaborar um plano de cuidados e planejar estratégias para intervir com a pessoa a conduzi-la a reencontrar o seu caminho e restituir a sua autonomia. Podemos dizer que estabelecemos uma RA e uma RT através do planeamento de entrevistas estruturadas, criando empatia e confiança na pessoa.

Face ao explanado, declaramos a nossa capacidade de referenciação da pessoa, quando a situação assim o exige, para outros profissionais de saúde, incluído num processo de tomada de decisão responsável, aprimorando o trabalho em equipa, recorrendo aos recursos necessários, sejam eles de cariz material ou humano, no sentido da satisfação da pessoa cuidada conforme o enunciado no Regulamento n.º 140/2019, referente ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. A nossa capacidade de nos adaptarmos á “(...) liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”. é um processo resultante da aquisição e do desenvolvimento da competência. (OE, 2019, p. 4748).

A capacidade de referenciação, está estritamente relacionada com a nossa competência de liderança, acrescida a esta capacidade, funde-se todo o conhecimento compilado no longo percurso profissional de prestação de cuidados a pessoa perturbação do uso de álcool.

A este respeito, Nunes (2010) na sua análise à teoria de Benner, refere que os peritos no domínio clínico são capazes, segundo o contexto de ação, de atuar com celeridade, de intuir, prever e antecipar a segurança do espaço e da pessoa, no sentido de responder as necessidades do momento.

A luz de Peplau (1992) e adotando semelhante estratégia, faz sentido explanar que no estágio I assumimos o papel de líder como gestor de caso em todo o processo intrínseco à avaliação de diagnóstico, ao planeamento, execução e a sua avaliação, utilizando como instrumento de comunicação a EM, ao longo de todas as sessões, com o objetivo de alterar comportamentos.

Durante o nosso percurso profissional, o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão de cuidados desenvolve-se de forma exponencial consequentes da nossa praxis clínica. Nos últimos anos a coordenação tem vindo a ser assumida como um desafio, uma vez que impõe a gestão de recursos

humanos e materiais, objetivando-se a segurança do profissional e da pessoa cuidada mantendo o nível elevado da qualidade de cuidados. Momentos assumidos de grande responsabilidade que nos impõe respostas para que a qualidade dos cuidados não seja comprometida.

No que diz respeito à delegação de tarefas, é um assunto intrínseco das nossas práticas, fazendo a gestão dos recursos que existem, delegando tarefas sem delegar responsabilidades, desde que haja profissionais com características e competências para o devido efeito., ou seja, só podemos delegar em pessoas operacionalmente dependentes, sem exceção e que tenham formação para desempenhar essa função (Ordem Enfermeiros [OE], 2015a; Ordem Enfermeiros [OE], 2007).São momentos como estes, embebidos de maior ou menor complexidade que nos vão capacitando para a perícia desta competência.

Neste cenário, no contexto de internamento de agudos, foram delegadas tarefas aos assistentes operacionais, que se incorporavam com o conforto e segurança da pessoa cuidada, sobretudo no que respeita à limpeza, desinfeção.

Face ao elucidado, revela um caminho refletido, direcionado na gestão de cuidados à pessoa e família que cuidamos, e honesto afirmar que contribuímos positivamente para a aquisição desta competência.

Concluindo a análise das competências comuns do enfermeiro especialista, incidimos a nossa reflexão sobre o **“D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.”** (OE, 2019, p. 4749).

A dimensão D1 — **“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.”** “O Enfermeiro Especialista Revela “a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.” (OE, 2019, p. 4749).

A dimensão D2 — **“Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.”** “O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo- -se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.” (OE, 2019, p. 4749).

Neste caminho formativo do mestrado em Enfermagem, consideramos que esta competência foi a mais desenvolvida, e que os contextos de estágios foram férteis em termos de aprendizagens, para o desenvolvimento da mesma. “A carga genética” da nossa autoconsciência, traduz se na compilação de toda a nossa experiência de vida, em todo o nosso conhecimento científico obtido ao longo das vivências académicas, profissionais e pessoais. As unidades curriculares de Relação de Ajuda e de Desenvolvimento Pessoal, através da conduta reflexiva, capacitou-nos para o autoconhecimento e autoconsciência com a intencionalidade de nos ajudar a identificar os fatores que pudessem interferir, quer na relação interpessoal enfermeiro/pessoa cuidada, quer na relação profissional com a equipa multidisciplinar e adotar sempre uma postura assertiva e adequada no cenário profissional. Simultaneamente, a equipa e principalmente os enfermeiros orientadores, mostraram disponibilidade e abertura, para refletirmos sobre os sentimentos e emoções por nós vividos em contexto de prestação de cuidados e relativamente aos fenómenos transferenciais.

Salientamos que evolução desta competência, está intimamente relacionada com o desenvolvimento da primeira competência do EEESMP, sendo dissecada mais a frente.

O desenvolvimento das intervenções que culminam na aquisição desta competência, cruza o planeamento e construção do projeto de estágio final, em relação ao contexto e objetivos. Com base no diagnóstico de situação e dos recursos, foram utilizados procedimentos de gestão de cuidados para a elaboração do plano e projeto terapêutico.

O projeto de estágio final, relativamente a especificidade do contexto de prestação de cuidados como EEESMP, este foi orientado para uma das preocupações manifestadas pela enfermeira orientadora e pela senhora enfermeira chefe e que constatámos durante a prática. Neste sentido, foram efetuadas pesquisas em termos de evidência científica que sustentassem a tomada de decisão e as intervenções associadas, ou seja, no conhecimento mais recente.

Perante o citado atestamos a nossa capacidade no cumprimento da competência

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Regulamento n.º 515/2018, DR, 2ª série, N.º 151, de 7 agosto de 2018, o EEESMP “(...) compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.” (OE, 2018a, p. 21427).

O foco dos cuidados da Enfermagem de saúde mental e psiquiatria centra-se na “promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.” (OE, 2018a, p. 21427). Para além de se mobilizar como instrumento terapêutico, o EEESMP desenvolve conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permite durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. (OE, 2018a).

Seguidamente, explanamos um conjunto de competências operadas e desenvolvidas ao longo dos estágios, em contexto comunitário e contexto de internamento, baseadas em cada uma das competências do EEESMP, conforme o regulamento supracitado. As competências específicas são:

- a) - “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;”
- b) - “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;”
- c) - “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;”
- d) - “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018a, p. 21427).

No que diz respeito à primeira competência, esta é de extrema importância. O desenvolvimento desta competência, para além de ser orientada para o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, ela é transversal a todas as outras competências, pelo que iremos esmiuçá-la mais detalhadamente.

As competências assimiladas devem ser traduzidas para a prática e geralmente são reveladas na relação enfermeiro-doente, pois concebem um contexto para o desenvolvimento de uma relação

terapêutica. A RT é o foco no processo de cuidar e cabe ao enfermeiro EESMP utilizar-se como ferramenta terapêutica durante esse processo. Deste modo, o desenvolvimento da sua capacidade de autoconhecimento e crescimento pessoal são essenciais na prática da Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pois o seu próprio desempenho condiciona os resultados esperados (OE, 2018a).

No que se refere à primeira competência: **“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”** (OE, 2018a, p. 21428).

A habilidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, perante a “(...) vivência de técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, sócias terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (...)” determina os resultados expectáveis (OE, 2018a, p. 21428).

O EEESMP ao demonstrar tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica, reconhece no **“aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica (F1.1.1)”** e 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 (F1.1.4)”** (OE, 2018a).

Construir uma maior consciência do *Self* é fundamental para Bulman & Schutz (2013) ao referirem que o ato reflexivo de cada enfermeiro, promove uma maior consciência de Si, como enfermeira e como pessoa, fundamental no processo de cuidar do outro.

Chalifour, salienta ser 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, pp. 9,10).. Refletindo no sentido da “expressão consciente “, reporta-nos para o autoconhecimento profissional e as suas “qualidades humanas”, profissionais e pessoais, remetem-nos para o crescimento pessoal. Motivo pelo qual o enfermeiro deve mobilizar-se na sua praxis, para estabelecer uma relação terapêutica. Neste sentido, todo o percurso académico, foi benéfico para o construto do mesmo, visando atingir um elevado conhecimento de Si, no percurso do estágio I e estágio final. na abordagem da pessoa, nas relações e intervenções com a pessoa, famílias e cuidadores, que nos remetem para a RT. Assim, o EEESMP visa o seu contributo, para otimizar as respostas à pessoa e família perante a especificidade do seu problema, relacionado com a sua patologia mental, com o propósito de evitar a desinserção social

da pessoa e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família, tal como o descrito no Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (OE, 2021, p. 65).

As Unidades Curriculares de Relação de Ajuda em Saúde Mental e a de Desenvolvimento Pessoal, doutrinadas no primeiro ano do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, tornam-se o pilar para o desenvolvimento da primeira competência alicerçados no processo reflexivo e sistemático da própria pessoa, das suas próprias interrogações sobre quem somos.

No estágio I em contexto comunitário, foi o início do desafio, no processo reflexivo profundo e uma tomada de consciência de Si, como pessoa e como profissional, das crenças e valores, promovendo a comunicação não verbal e de como estes interferem na relação, de como o outro reage ao enfermeiro e dos sentimentos e reações que provoca no enfermeiro enquanto pessoa e profissional, e o que a pessoa transfere para essa relação.

Como foi referido em capítulos anteriores, a comunicação e a relação ajuda, na saúde mental são os elemento-chave de todo o processo da RT, retratados nos estágios I e estágio final, permitindo ao enfermeiro consciencializar-se de Si em cada situação vivida e em cada momento de prestação de cuidados, capacitando o enfermeiro não só para o sucesso da relação, como também para o crescimento individual enquanto pessoa e enquanto profissional. A inclusão da reflexão na esfera cognitiva promove um crescimento diário bem como o desenvolvimento de uma prática sustentada pela qualidade.

O processo reflexivo na prática dos cuidados em Enfermagem de saúde mental, sustentados pela melhor evidência, reveste-se de uma importância tal, que são transversais aos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados associados ao EEESMP no regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho, (OE, 2015b).

O Estágio I mostrou-se muito enriquecedor relativamente ao processo reflexivo e ao treino da EM, na medida em que foi possível de se estabelecer uma relação única, com aquela pessoa naquele momento. O processo reflexivo, foi habilmente utilizado sobre as vivências, como uma estratégia, como uma aprendizagem, com o intento de atingir a perceção das nossas emoções, sentimentos, ideias, crenças, comportamentos, valores, estimulando o nosso autoconhecimento enquanto enfermeira e pessoa. Conscientemente fomos mobilizando este conhecimento e entrosando-o com a intencionalidade de estabelecermos uma RT com a pessoa, face as necessidades identificadas, na procura da melhoria da prática dos cuidados de EESMP.

Os conhecimentos adquiridos no estágio I, foram um pilar importante para transpormos, no estágio final, tendo sido fundamental para o nosso crescimento como pessoa, mais reflexiva permitindo-nos de uma forma mais consciente estabelecer a RT, face as panóplias de experiências novas e desafiantes.

Numa revisão sistemática da literatura, realizada por Pereira & Botelho, (2014), as autoras, propuseram “identificar as qualidades pessoais do enfermeiro que favorecem a relação terapêutica em enfermagem de saúde mental.” Os resultados desta revisão, salientam que a RT tem duas dimensões básicas, a profissional e a pessoal, havendo qualidades pessoais que favorecem a relação enfermeiro-doente na praxis dos cuidados em saúde mental. Na esfera social, o enfermeiro mobiliza determinadas qualidades, que promovem a RT. Os estudos, abordam algumas qualidades muito parecidas com as utilizadas pelos enfermeiros, como o “(...) altruísmo, compaixão/solidariedade, bondade e simpatia, confiança, interesse genuíno, compreensão e disponibilidade”. A forma como esses relacionamentos se desenvolvem varia muito, dependendo das qualidades próprias e únicas dos envolvidos. Por vezes é de difícil perceção, uma vez que a fronteira entre o social e o terapêutico é muito ténue sendo mais desafiante, exigindo uma maior perícia, experiência, conhecimento profissional e um elevado grau de autoconhecimento (Pereira & Botelho, 2014, p. 61)

As autoras citadas, revelam que alguns dos estudos, consideram as relações terapêuticas eficazes, traduzem-se pela disponibilidade para ouvir, pela flexibilidade, pelo respeito, pela amabilidade, pela proximidade bem como Chalifour (2008) que valoriza a autenticidade do enfermeiro, o seu modo particular de estar e as suas capacidades individuais. Lopes, (2021) observa que a RT é “compreensível como um cuidado em si” (Lopes J. O., 2021, p. 247). Peplau (1992) acautela para a intersubjetividade, que se realiza neste encontro, na proximidade entre enfermeiro-doente e os respetivos mundos internos. É pela intersubjetividade e do seu papel de mediador que a comunicação é possível. “A intersubjetividade é uma condição da vida social que permite a partilha de sentidos, experiências e conhecimentos” entre enfermeiro-doente (Porto Editora , 2023).

Neste sentido, deve-se manter **“o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico (F1.1.3)”**.

A segunda competência **“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”**.

A recolha de informação apropriada é fundamental para se entender o estado de saúde mental da pessoa, compreendendo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da doença mental. O processo de avaliação impõe a mobilização de competências de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação inclusiva a pessoa e dos sistemas relevantes (OE, 2018a).

O desenvolvimento desta competência, centra-se na avaliação global da pessoa, ao longo do seu ciclo vital e a sua aprendizagem. Razão pelo qual, foi importante dotarmo-nos de ferramentas e estratégias, que nos possibilitassem planear a avaliação de forma pormenorizada e sistematizada sobre o real problema da pessoa. Construímos uma metodologia centrada na comunicação tendo como foco a pessoa e família, abordando estratégias em função do ciclo vital e estratégias em função do seu real problema, avaliando previamente a sua saúde física e mental, objetivando uma RA com benefício para a pessoa e para o enfermeiro, identificando as suas necessidades de promoção da saúde e da prevenção de recaídas da sua doença.

Desenvolvemos esta competência com base na entrevista, utilizando-a ao longo do estágio I e o estágio final, verificando-se ser uma ferramenta fundamental para se estabelecer uma RA. A entrevista em Enfermagem de saúde mental e psiquiatria é um recurso fundamental para obter informações explícitas e abrangentes que permitam nortear o pensamento para um diagnóstico de Enfermagem ou para caracterizar um problema. É uma forma de interação, que nos permite recolher dados e obter informação da pessoa. Através dela criámos “interações verbais e não-verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados” (Chalifour, 2009, p. 59).

No estágio, I utilizamos a EM. É um estilo de “comunicação colaborativo, centrado na pessoa, que permite melhor a motivação intrínseca” (Miller & Rollnick, 2016; Sequeira & Sampaio, 2020 , p. 97). As entrevistas realizadas semanalmente foram permitindo ganhar confiança e desenvolver uma relação mais profunda, encorajando gradualmente a pessoa a encontrar as hipóteses que detém para a mudança, fazendo-a ver como as coisas seriam se a sua situação mudasse ou como foram as coisas no passado quando não tinha este problema. Ao longo das entrevistas, foi essencial a nossa atitude de escuta ativa, procurando obter informações relativas aos seus acontecimentos de vida e estarmos despertas para a expressão de sentimentos e de emoções, bem como a sua linguagem verbal e não

verbal. Com a pessoa entrevistada, foi possível de estabelecer relações empática, e juntos demos ênfase a determinados aspetos que foram essenciais para a obtenção de comportamentos saudáveis.

Assim, e pós a aplicação do preenchimento da escala de motivação SOCRATES 8D (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) com o objetivo de avaliar a motivação para a mudança na admissão, o recurso à técnica de EM foi fundamental para que o enfermeiro, como parceiro de cuidados, na adoção de comportamentos de procura de saúde por parte da pessoa e na prevenção da recaída. Os resultados apontaram para uma mudança de comportamento da pessoa após a implementação de estratégias de motivação para a mudança e psicoterapêuticas, mantendo-se abstinente e interessado no apoio de enfermagem fornecido.

A entrevista e a avaliação, foram momentos importantes na interação da relação enfermeira/pessoa cuidada, permitindo-nos avaliar as suas capacidades, de forma a compreendermos o seu estado motivacional e a prontidão para a mudança, bem como a capacidade emocional, comportamental e cognitiva e as suas dificuldades. A utilização da EM, é uma ferramenta importante para trabalhar com a pessoa no seu contexto de vida diária, integrado numa família, numa fase de grande complexidade do seu ciclo de vida, traçar objetivos, estabelecer o diagnóstico de situação, realizar o levantamento das necessidades e a elaboração de um plano de intervenção, permitindo-nos desenvolver esta competência de forma mais consistente.

Do estágio I destaca-se a importância do enfermeiro na equipa multidisciplinar em poder explorar alternativas no sentido de ajudar a pessoa com perturbação do uso de álcool a olhar para si e ajudá-la a olhar para a sua vida, numa abordagem holística e humanista. Agindo de forma imparcial, não fazendo julgamentos ou acusações e ajudar a pessoa a entender a sua própria condição. Ajudá-la a assumir a responsabilidade no sentido de melhorar a qualidade da vida. Foi necessário promover a confiança terapêutica, promover um ambiente acolhedor, numa abordagem empática e respeito, clarificando que aquilo que se partilhasse ficaria ali. Relembrar que todas as sessões foram previamente agendadas, num espaço apropriado onde nos permitiu dar espaço à partilha de sentimentos e emoções, elucidando novas estratégias de forma a responder as necessidades da pessoa.

O estágio I, deu-nos a oportunidade de perceber a pessoa com problemas de adição integrada na comunidade, e compreender que a vulnerabilidade e fragilidade que estas pessoas e famílias apresentam, determinam a importância do EEESMP, ou seja, os enfermeiros reconhecem um conjunto de competências gerais e acrescidas no âmbito da esfera da saúde mental e psiquiátrica. Esta ferramenta clínica, permite compreender os” (...) processos de sofrimento, alteração e perturbação

mental da pessoa e do seu meio, bem como as implicações no seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.” (Sequeira & Sampaio, 2020 , p. 303).

Os comportamentos aditivos, pela sua complexidade, impõem uma abordagem holística, considerando a pessoa como o centro dos cuidados. É com este propósito, que a equipa de enfermagem constrói a sua abordagem à pessoa com perturbação do uso de álcool. Entendermos a importância das respostas comunitárias existentes, em termos de intervenções de Enfermagem na área da prevenção, tratamento, reinserção e redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção. O contexto de estágio, potenciou a mobilização e a aquisição de conhecimentos promoveu o nosso crescimento pessoal na esfera dos cuidados do EEESMP.

A importância do enfermeiro EESMP na equipa multidisciplinar, nortearam a prestação de cuidados específicos a pessoa com perturbação do uso de álcool. Momentos que contribuíram para o enriquecimento pessoal e profissional no sentido da melhoria da qualidade na prestação de cuidados para com a pessoa adita. Será um contributo de extrema importância na esfera dos cuidados da pessoa com perturbação do uso de álcool e que intensificou a aquisição desta competência.

A utilização da EM, constitui uma ferramenta muito importante para o fortalecimento da motivação da pessoa e o seu compromisso para a mudança. Esta, é uma intervenção autónoma e psicoterapêutica que o enfermeiro possui. Envolve um conjunto de características que a constituem um meio relevante de intervenção, e que nos permitiu desenvolver e adquirir competências.

No estágio final, a utilização da entrevista clínica de forma individual e em grupo, foi o foco da nossa estratégia de comunicação entre a pessoa e o enfermeiro, em contexto de internamento, cuja finalidade foi compreender a profundidade do seu problema de saúde. Neste sentido, a entrevista de colheita de dados, que poderá ser ou não, a entrevista de admissão, é a uma das técnicas que se utiliza frequentemente. Pois é através desta, que nos torna possível identificar um diagnóstico, sustentado pela colheita de dados e principalmente por ser o momento em que se dá o início do processo da relação enfermeiro/pessoa. (Lopes M. , 2006).

Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (2021), assegura que a entrevista é a ferramenta fundamental para a praxis do enfermeiro EESMP, uma vez que é, “(...) através dela que se consegue a excelência relacional, estando presente em todos os momentos de contacto onde o enfermeiro se mobiliza enquanto instrumento terapêutico.” (OE, 2021, p. 31).

No que diz respeito às competências específicas do enfermeiro EESMP, destaca-se a utilização da entrevista, não só para o processo de reabilitação da pessoa e cuidador informal, mas também para todo o processo de cuidados, depreendendo-se que os enfermeiros a utilizam em diferentes momentos e contextos para diferentes finalidades (diagnóstico, avaliação, intervenção), o que representa sem dúvida uma das ferramentas fundamentais para uma intervenção de excelência, que se destaca pelas suas competências enquanto especialista. Salientando que a entrevista utilizada por nós nos dois contextos de estágio, promoveram a comunicação entre enfermeiro e pessoa, contribuindo para que se estabelecesse uma RA. “As suas competências traduzem-se concretamente em saber estar junto da pessoa, em saber como «chegar a ela», como conseguir vê-la na sua plenitude para cumulativamente avaliar, diagnosticar e intervir de forma adequada e acertada às necessidades desta.” (OE, 2021, p. 31).

Fundamenta-se pela OE, (2011) que a tomada de decisão é importante para identificação do diagnóstico, já que a prescrição das intervenções, resultam da correta identificação das necessidades de cuidados prevendo-se detetar precocemente potenciais problemas ou resolver/minimizar os problemas reais. Assim, no estágio final, o estado de caso desenvolvido permitiu-nos desenvolver a entrevista estruturada à pessoa com depressão e adequar o planeamento das intervenções de enfermagem de acordo com as suas necessidades. A comunicação estabelecida foi fulcral para se estabelecer a RA. Falar com a pessoa com respeito, paciência e cuidado, respeitando-a, dando espaço e tempo. Ajudar a pessoa a delimitar os comportamentos a mudar e os problemas que ocasionam. Permite-lhe explorar as causas evidentes destes comportamentos e as suas consequências sobre a sua vida e sobre a dos seus próximos. Compreender as reticências da pessoa para mudar e o seu medo das dificuldades que podem surgir. Dar espaço para que a pessoa possa verbalizar as suas reticências e os seus medos. Valorizar sempre os esforços da pessoa. Em caso de insucesso ou fraqueza, explicar-lhe que este resultado não é se não uma informação sobre o funcionamento e que isto não a deve desencorajar. Foram momentos intensos e que nos fizeram crescer como pessoa e adquirir competências EEESMP.

Compreender a comunicação, a observação e a compreensão da pessoa com patologia mental é crucial para o alcance destas competências. Respondendo aos objetivos deste relatório, o estágio final, permitiu desenvolvermos com a pessoa e equipa de Enfermagem, a técnica da entrevista clínica principalmente a não estruturada e a observação cuidadosa dos comportamentos e a evolução do seu estado clínico. A observação e a avaliação diária, legitimava a elaboração de um plano de cuidados associando as intervenções psicoterapêuticas necessárias para alcançar os objetivos de tratamento de cada pessoa. As entrevistas efetuadas, focaram-se na pessoa, com o cuidado de identificarmos e de agirmos de modo a alcançar as necessidades da mesma.

A Enfermagem de saúde mental tem em vista o diagnóstico e a intervenção “perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição” (OE, 2018a, p. 21247). Estas, constituem-se fases cruciais do processo de Enfermagem, que se estabelece de forma sistemática e dinâmica no processo do cuidar. Os estudos de caso desenvolvidos nos contextos de estágio foram cruciais no desenvolvimento desta competência. Destacando que o primeiro contacto que se estabelece com a pessoa é decisivo para o início da relação enfermeiro /pessoa. Ao deste processo de cuidados, a comunicação verbal e não verbal durante as entrevistas, as intervenções planeadas em função dos objetivos terapêuticos delineados foram fundamentais ao longo do processo de cuidados.

A OE, sustenta a importância dos sistemas de informação em Enfermagem, pois permitem o uso de uma linguagem comum para descrever os elementos do processo de Enfermagem para a tomada de decisão. No estágio final, encontra-se implementado um sistema de informático, que permite a uso da linguagem CIPE®, facilitando a transferência de informação em diagnósticos e intervenção de Enfermagem e de indicadores de resultado sensíveis em saúde mental de forma precisa e rigorosa e que objetivam uma comunicação eficaz entre a equipa de Enfermagem, na otimização das necessidades da pessoa (International Council of Nurses [ICN], 2019; OE, 2010).

De acordo com Peplau (1992), e ao longo das nossas intervenções procuramos estabelecer uma relação interpessoal com o objetivo de a ajudar a pessoa a relembrar e a compreender o que se esta a passar com ela e de que forma essa experiência é integrada no seu contexto de vida, vinculada numa relação interpessoal e pessoal devidamente estruturada com base num planeamento de necessidades.

A terceira competência: **“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;”**

Desta forma, depois da colheita de dados de uma avaliação holística, houve a necessidade de uma “Sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde” (OE, 2018a, p. 21428). Os cuidados prescritos devem proteger e promover a saúde mental, prevenir a perturbação mental, reduzir o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa, tendo em atenção o ciclo de vida e focando a atenção nas respostas da pessoa a problemas de saúde, reais ou potenciais, centrados na melhor evidência “O processo de diagnóstico” impõe inclusão e interpretação dos vários dados, “diagnóstico diferencial,” assim como o *insight*. Utilização da gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a

continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. “O método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente” (OE, 2018a, p. 21428).

O estágio I foi um local privilegiado, onde podemos desenvolver a metodologia de Gestão de Caso de forma ativa na prática dos cuidados à pessoa com patologia mental, em conformidade com o descritivo desta competência que se encontra explanado pela OE. A aprendizagem desta metodologia, foi fundamental para a consolidação e desenvolvimento desta competência. Do ponto de vista de gestor de caso, a enfermeira é mediadora face as necessidades da pessoa e da família que envolvem diferentes assuntos, que visam estruturar um plano de cuidados holísticos , planeado em parceria com a pessoa e se família.

Cruchinho (2021) na revisão da literatura, explorou efetividade da “Gestão de Caso” em Enfermagem nos resultados em saúde das populações, onde conclui o enfermeiro gestor de caso “melhora os resultados das pessoas com “Multimorbilidade” e melhora e eficiência dos sistemas de saúde” (Cruchinho, 2021, p. 89).

O gestor de caso revelou-se um tema de grande interesse para a nossa metodologia de projeto, já que (Cruchinho) (2021) na sua revisão da literatura, salientando um estudo que demonstrou a efetividade na redução das readmissões hospitalares, embora não tenha conseguido provar o efeito na componente mental dos indivíduos.

No internamento de psiquiatria de agudos, a RT individual estabelecida com a pessoa, bem como a realização das atividades em contexto de grupo, possibilitaram o desenvolvimento pessoal, o autoconhecimento e o desenvolvimento de estratégias de comunicação basilares ao longo deste percurso. As intervenções em grupo, foram avaliadas pela observação dos comportamentos do grupo assim como das relações que estabeleceram, das peças criadas, das narrativas apresentadas, da exteriorização de emoções e sentimentos e da comunicação não verbal e verbal. Em cada atividade desenvolvida, foi pedido aos intervenientes que pensassem e partilhassem com o grupo as suas experiências vividas e as vantagens da concretização desta atividade.

O estudo de caso desenvolvido, deu-nos a oportunidade de elaborar um estudo aprofundado de uma pessoa e sua família, contribuindo para a compreensão global desta, possibilitando a realização a avaliação relativamente ao seu estado mental com o propósito de a conhecer melhor, procurando revelar os comportamentos, os sinais e sintomas da doença que motivaram o seu internamento, e desenvolver uma RT mais próxima.

A recolha de dados foi realizada através da entrevista, revelando-se um instrumento de grande relevância para o estudo de caso. Pois permite entender como a pessoa interpreta as suas próprias vivências “é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994 , p. 134).

A realização da Avaliação do Estado Mental, mediante a aplicação do Mini Mental State Examination. A aplicabilidade deste instrumento, possibilitou avaliar existência de alterações importantes no comportamento cognitivo da pessoa e analisar sua funcionalidade mental e o tipo de discurso. Esta avaliação é importante para entender e perceber o comportamento da pessoa e da forma como se manifestam, permitindo adaptar o plano de cuidados e de intervenções terapêuticas adaptado as características de cada pessoa. As demências constituem situações adquiridas e permanentes de défice das faculdades intelectuais, onde se envolvem as capacidades cognitivas, que integram a senso-percepção e a comunicação, as capacidades afetivas, o comportamento e a personalidade.

Neste sentido foi importante intervir, sobretudo ao nível cognitivo, intercedendo nas alterações do comportamento e do humor e conseqüentemente na promoção da autonomia, uma vez que o foco do nosso estudo a pessoa apresentava alterações do humor e deste modo melhorar a sua qualidade de vida. As estratégias de intervenção passaram para além da intervenção farmacológica, utilizar as intervenções não farmacológicas. A terapia orientada para a realidade foi uma das terapias utilizadas, a informação ajuda a pessoa a identificar melhor o tempo, o espaço, a sua habitação, etc. Com esta atividade é nosso objetivo manter a pessoa orientada e evitando a perda de capacidades preceptivas.

O instrumento de avaliação utilizado auxiliou-nos a descrever objetivamente todos os territórios da funcionalidade mental da pessoa através da colheita de informação objetiva e subjetiva exteriorizada pela mesma. De acordo com o parecer nº 01/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem Enfermeiros, a Avaliação do Estado Mental demonstra ser “(...) um dos vários instrumentos que o enfermeiro pode utilizar dentro da componente de avaliação diagnóstica compreensiva no processo de enfermagem, para detectar alterações da normalidade em várias áreas do funcionamento mental do indivíduo” (OE, 2017b, p. 3).

No estágio I e no estágio final, foram desenvolvidas intervenções, com o objetivo de promover a recuperação e qualidade de vida das pessoas de quem se cuidou, de maneira a serem reinseridas na sociedade de forma produtiva. No entanto, nem sempre este objetivo é alcançado. Referindo a situação ocorrida no estágio final e explanada á luz da Lei da Saúde Mental onde se focaram as questões éticas, compete-nos, analisar do ponto de vista do EEESMP. Interessa salientar a importância do

reconhecimento das “complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas” conforme o exposto na (OE, 2018a, p. 21429).

O desenvolvimento de todo este processo é especialmente importante e urgente no caso particular do EEESMP. No estágio final, a situação que despoletou a nossa preocupação e mereceu a reflexão individual e em equipa e principalmente com a enfermeira orientadora, que se conjugam num conjunto de razões, que nos levam a questionar: Será que a alta foi planeada precocemente? Será que a pessoa teve o apoio necessário após a alta?

A gestão de risco em saúde mental e a qualidade dos cuidados prestados, são aspetos a ter em consideração uma vez que estamos perante pessoas em que a doença ou problema de saúde que as afeta é sentido como suficientemente grave numa condição de maior vulnerabilidade e diminuição acentuada do bem-estar, motivado pelas condições e intervenções de saúde, que continuamente são promotoras de insegurança e sofrimento (OE, 2018c).

Esses fenômenos, potencializados por outros, de natureza pessoal e conjuntural, suscitam na pessoa um conjunto de respostas humanas que se traduzem de forma verbal e a nível do comportamento, exteriorizadas por palavras e de ações cobertas de significados clínicos que possibilitam o desenvolvimento de julgamentos profissionais à luz da Enfermagem (OE, 2018c)

O EEESMP deve promover um ambiente terapêutico seguro e sereno, onde a pessoa se sinta segura e protegida, sendo fundamental para que se desenvolva uma relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa, e assim se alcance mudanças no quadro clínico (OE, 2018c).

A quarta competência **“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.”**

A aplicabilidade das intervenções que foram assinaladas no plano de cuidados tem em vista, ajudar a pessoa a obter um estado de saúde mental perto “do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais” (OE, 2018a, p. 21430).

O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como propósito capacitar a pessoa para que ela consiga alcançar um nível de

funcionalidade salutar “(...) e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar” (OE, 2018a, p. 21430).

No estágio final, a implementação das intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais em que centramos o projeto, desenvolveu em nós um o sentimento desconfortável, face à inexperiência que detínhamos no domínio da mesma, apesar da pesquisa bibliográfica realizada e do planeamento das sessões se encontrar delineado.

O EEESMP deve ser capaz de implementar intervenções no âmbito psicoterapêutico socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa, família e comunidade através da execução do plano de cuidados individualizado e em conformidade com esta competência.

Na praxis do enfermeiro, as intervenções psicoterapêuticas devem ser alicerçadas numa ideologia teórica, e deve-se constituir numa intervenção organizada, planeada, progressiva e sequencial, realizada por um enfermeiro EESMP. As intervenções são resultantes de um diagnóstico de Enfermagem, onde a pessoa, deve ter um papel ativo e promotor de autoconsciência de si mesmo/ autoconhecimento. Os objetivos e as metas a atingir, devem ser delineados não só pelo enfermeiro, mas principalmente pela pessoa cuidada. A relação interpessoal, a comunicação e a relação de ajuda devem ser orientadas para a concretização destas intervenções, em que o propósito tem como foco a mudança de comportamento e o bem-estar da pessoa (Sampaio et al., 2018).

No estágio I desenvolvemos algumas as atividades psicoterapêuticas, centradas no aconselhamento através do modelo gestor de caso, através da EM. Regulamento n.º 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, referem que a psicoterapia é “ (...) é um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida por profissionais com competências reconhecidas (...)” e a pessoa (OE, 2015b, p. 17039).

Por sua vez a ação psicoeducacional, compreende: “(...) uma forma específica de educação. (...) destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos” (OE, 2015b, p. 17039).

A relação de confiança conseguida e a RA, permitem que todos os que estão envolvidos, cresçam desenvolvendo-se de forma autónoma, construindo em corporação novas justificações e pensamentos face aos problemas identificados. Uma compreensão refletida dos problemas, por intermédio das experiências conseguidas por meio das técnicas e dos diferentes modelos psicoterapêuticos, permite á pessoa desenvolver novas respostas humanas face aos problemas identificados ou perante novos problemas que surjam ao longo do ciclo de vida, favorecendo o bem-estar.

No estágio final as atividades psicoeducativas são “(...) uma forma específica de educação. (...) A psicoeducação não é um tratamento — é projetada para ser parte de um plano global de tratamento” (OE, 2015b, p. 17039).

A metodologia de projeto desenvolvida ao longo do estágio final dá visibilidade sobre a importância que a pessoa deve ter sobre o conhecimento da sua patologia, uma vez “(...) é que crucial para os indivíduos e sua rede de apoio poderem ser capazes de conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença” (OE, 2015b, p. 17039).

O jogo terapêutico, desenvolvido na metodologia de projeto, assume-se como uma atividade lúdica que reconhece a aplicação de procedimentos de psicoterapia, com destaque relevância no processo terapêutico. Os autores, Silva & Rocha (2016), referem que através do jogo, podemos observar o interesse, a atenção, o objetivo, a linguagem, o humor, da pessoa focando uma terapia interpessoal. As estratégias utilizadas pelo EEESMP consistem na escuta ativa, nas expressões verbais e não verbais, com o propósito de analisar o self da pessoa, ou seja, os sentimentos, pensamentos, experiências, comportamentos, através da comunicação e do lúdico.

A elaboração do estudo de caso contribuiu para o desenvolvimento de competências reflexivas, tendo em conta a experiência pessoal, perante a pessoa com patologia psiquiátrica; considerando os cuidados de enfermagem o contexto de inclusão da pessoa cuidada; entender as suas respostas humanas, identificando os principais focos, definir os diagnósticos de Enfermagem, planear as intervenções e delinear os resultados esperados, conforme se for avaliando.

“O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação, especialmente, adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores.”. Expressam que o estudo de caso visa explorar, descrever e explicar o evento ou fornecer uma compreensão profunda do fenómeno (Figueiredo & Amendoeira, 2018, p. 102).

A realização do estudo de caso, promoveu um maior conhecimento e envolvimento do enfermeiro, perante uma situação vivenciada no contexto da prática, que nos orientou a descrever, entender, avaliar e explorar a situação, a partir da qual foi possível entender quais fatores que causaram a situação, realizar os diagnósticos, e aplicar as intervenções prescritas. Assim, o estudo de um caso permite observar, compreender, descrever e analisar reflexivamente uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão perante outras situações (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

As autoras, aludem que os Estudos de Caso oferecem a oportunidade de desenvolvimento de competências interpessoais, sistêmicas e instrumentais durante a aplicação das diversas etapas que constituem a sua elaboração.

O processo reflexivo foi basilar no construto do desenvolvimento pessoal e profissional, por ser “fonte de conhecimento, valoriza a experiência Humana, a consciência de Si mesmo e a abertura para a realização, no mundo e com os Outros.” A reflexão sobre Si mesmo é uma forma de autoconsciência, “durante ou depois de uma experiência particular, podendo ganhar novos *insights* sobre Si e habilitar-se a responder de forma mais congruente em situações futuras, dentro de uma espiral reflexiva no sentido de desenvolver a sabedoria prática” (Nunes, 2018, p. 133).

De acordo com Regulamento n.º 356/2015 referente ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental os padrões de qualidade definem que:

A “(...) técnica de relaxamento é um método, processo, procedimento ou atividade que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado; ou reduzir os níveis de stresse, ansiedade ou raiva. As técnicas de relaxamento são muitas vezes utilizadas como um elemento de um programa mais amplo de gestão de stresse e pode diminuir a tensão muscular, a pressão arterial e a frequência cardíaca e respiratória, entre outros benefícios para a saúde” (OE, 2015b, p. 17040).

A técnica de relaxamento tem impacto positivo na redução da ansiedade e como tal, técnica é uma poderosa intervenção não farmacológica.

De acordo com Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave, as “(...) intervenções psicoterapêuticas a relação terapêutica ganha dimensão, tendo sempre por base as questões ontológicas – o significado atribuído à

doença, o potencial para a mudança e as capacidades e competências para a mudança” (OE, 2021, p. 35).

Terminámos esta análise reflexiva das competências de EESMP concluindo que as mesmas, foram adquiridas nas suas várias componentes, em relação ao foi descrito anteriormente permite-nos caminhar no sentido de uma prática de excelência e dignificante para a nossa profissão.

4.3 Competências de Mestre em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

De acordo com o REPE, DL N.º161/96 de 4 de setembro, artigo 9.º alínea 5, “(...) os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde no geral” (OE,2015a, p. 103).

Tendo em conta a análise reflexiva já efetuada em capítulos prévios às competências comuns e às competências específicas do EEESMP, iremos fazer uma reflexão das competências de mestre, à luz das Competências de mestre de Enfermagem, elucidadas no Artigo 15.º do Decreto-Lei 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros,2018) e no documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (Universidade de Évora, 2015). O Decreto-Lei referido, provém à 5.ª alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 107/2008, de 25 de junho, 230/2009, de 14 de setembro, 115/2013, de 7 de agosto, e 63/2016, de 13 de setembro, referentes ao regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Assim:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver

soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (artigo 15º, nº1, do Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto, p. 4162).

Na sua especificidade a profissão de Enfermagem, no sentido da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área da Saúde Mental e Psiquiátrica é concedido a quem:

1. “Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. “Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (Universidade Évora, 2015, p. 26).

Nestas linhas de orientação, é nossa intencionalidade caracterizarmos o percurso de aquisição de conhecimentos no decurso do Mestrado em Enfermagem na área da Saúde Mental e Psiquiatria, impulsionador do desenvolvimento de competências que encorpam o grau de mestre.

Relembrar a importância e o impacto que os conhecimentos adquiridos, principalmente nos primeiros dois semestres do Curso de mestrado, onde nos foram explanados conhecimentos em múltiplas áreas de intervenção de Enfermagem, como Epistemologia, Ética e Direito; Formação e Supervisão Clínica; Gestão e Governança Clínica; Investigação; Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental; Avaliação Diagnóstica e intervenção Terapêutica; RA em Saúde Mental; Saúde Mental no Envelhecimento.

A OE (2018b), dá ênfase à etapa formativa do enfermeiro, referindo que a formação formal e a formação informal são relevantes no percurso profissional do enfermeiro e do enfermeiro especialista. Pois acresce novos saberes e competências adquiridas, capacitando o enfermeiro para um cuidar melhor. Na esfera da formação, o enfermeiro EESMP fica capacitado, nesta área de formação, tornando-se uma referência aos demais pares.

Nunes (2018) destaca a importância de investigar, como os enfermeiros prestam cuidados, produzem e compartilham conhecimento além do envolvimento das pessoas, famílias e grupos nos cuidados e na construção de projetos terapêuticos.

Pelo exposto o desenvolvimento do projeto no estágio final, permitiu mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo do processo formativo. Salientar, que ao longo deste mestrado Enfermagem, a complexidade de conhecimentos e práticas foi evoluindo, havendo necessidade constante de aprofundar conhecimentos que se prolongou no tempo, até ao estágio final. Fortin (1999) destaca que a *“investigação, a teoria e a prática estão estreitamente ligadas”* (Fortin, 1999, p. 23).

Patrícia Benner (2001), na obra "De Iniciado a Perito", explanou como as enfermeiras adquirem competências no percurso da sua práxis e, do mesmo modo, como adquirem uma melhor compreensão, em relação ao cuidar da pessoa.

O desenvolvimento do jogo *Mind Game* em contexto de internamento de agudos, exigiu de nós uma grande responsabilidade relativamente ao processo de construção deste mediador expressivo o que nos permitiu adquirir e aprofundar conhecimentos sobre as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas do EEESMP, que objetivam entender quais os motivos que potenciam os reinternamentos da pessoa com patologia mental. O construto desta ferramenta foi um desafio perseverante, no sentido de intervir junto da pessoa internada. Por forma a sustentarmos

cientificamente o construto desta ferramenta, decidimos realizar uma revisão bibliográfica que fundamenta o desenvolvimento da mesma. A decisão foi sempre compartilhada, passo a passo, com a docente e o enfermeiro orientador.

A aquisição de conhecimento e essencialmente treinar técnicas de comunicação, bem como treinar a EM, anuiu aprofundar conhecimentos através da pesquisa bibliográfica centrada no conhecimento mais atualizado e na melhor evidência. As nossas singularidades reflexivas associadas ao nosso percurso profissional e académico, foram os pilares essenciais para a concretização dos objetivos traçados no presente relatório. Entendemos que os nossos atributos pessoais, estão espelhados ao longo do nosso caminho académico e que estimulam o aprender, o aprofundar, o saber e aprofundar conhecimentos.

A utilização desta ferramenta, bem como a realização da EM, promoveu em nós atualização sistemática relativamente a nossa capacidade de comunicar, de nos relacionarmos com o outro no construto da RT impondo o desenvolvimento e aperfeiçoando competências de comunicação verbal e não verbal, que se materializara na realização de atividades lúdico terapêuticas Acrescentar, que tivemos em consideração em todo este processo os limites da comunicação, por meio de assimilação e gestão de processos de transferência e co transferência.

Nunes (2018), refere que para a prática de Enfermagem (..) “requerem-se capacidades nucleares: de ser capaz de respeitar-se e respeitar o Outro; de estabelecer, manter e terminar relações de ajuda; de se constituir recurso para o Outro; de promover o autocuidado e o desenvolvimento das potencialidades da pessoa;” (Nunes, 2018, p. 32).

Toda esta prática relacional é por sua vez sujeita a um profundo processo de reflexão visando uma melhor compreensão do Outro e de nós próprios, como ponto fulcral permitindo-nos responder a futuras situações com maior coerência, (Nunes, 2018).

Para além dos elementos ético e humano, é importante referir o desenvolvimento de competências científicas realizadas durante o estágio, como a nossa capacidade de avaliação diagnóstica no domínio da saúde mental, a implementação e concretização de um projeto terapêutico na prática clínica da EEESMP e a realização de uma revisão bibliográfica.

Ao longo do estágio final, apoiado pelos quatro padrões fundamentais dos conhecimentos de Carper (1978), permitiu-nos desenvolver:1) **Empírico** – resultante e um processo de investigação

científica, documentado pela realização da revisão bibliográfica; 2) **Estético** – remontando-nos para o construto das nossas aptidões diagnósticas e comunicacionais, e da nossa capacidade criativa na execução da ferramenta lúdica *Mind Game*; 3) **Pessoal** – explicitado na aptidão de estabelecer uma relação terapêutica, pela qual, num processo reflexivo e de crescimento recíproco (enfermeira-pessoa), se fomenta a satisfação das necessidades da pessoa; 4) **Ético** – resultado de um cuidar alicerçados na ética e deontologia profissional.

Num construto de formação contínua, ao longo do Curso de Mestrado, que visa uma prática de Enfermagem especializada mais enriquecida, realizámos a seguinte formação complementar:

1ª Edição do Curso de Treino Metacognitivo para a Psicose realizado na Universidade Évora - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. O treino Metacognitivo, foi desenvolvido por Moriz e seus colaboradores em 2007. Tem como principal objetivo, modificar os vieses cognitivos da psicose, e dessa forma, prevenir ou reduzir os delírios. O Treino Metacognitivo é uma importante ferramenta terapêutica, não farmacológica, que o enfermeiro EESMP detém, (Moritz et al., 2017). Justifica a frequência deste curso, por ser um programa psicoeducativo e de treino em saúde mental. O programa serve o propósito de ajudar a pessoa a otimizar a sua situação de saúde mental o melhor possível e/ou adaptar e integrar-se na sua condição de saúde/ doença vivida. A promoção da saúde é uma combinação da ação sociopolítica com a educação para a saúde para capacitar a pessoa na aquisição de conhecimentos e competências de forma a controlarem melhor o seu estado de saúde atual. O Regulamento de Competências EEESMP refere que o " (...) tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere" (OE, 2018a, p. 21430).

Terminámos esta análise reflexiva das competências favoráveis de nos atribuir o grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, inferindo que as mesmas, foram auferidas nas suas várias componentes face ao anteriormente descrito, que nos consagram a atingir uma prática de excelência e dignificante para a nossa profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percorrido este caminho da descoberta de Si, e do Outro e do que é ser um EEESMP, chegámos ao fim desta viagem. Um caminho que se foi construindo de aprendizagens e que nos fez crescer no construto de uma relação com a pessoa.

Ao longo de toda esta experiência em contexto real, foram delineados objetivos de trabalho e definida que a nossa intervenção se sustentava na Relação de Ajuda, na Comunicação eficaz, na Relação Terapêutica, na Observação da Pessoa e na Implementação de Intervenções Psicoterapêuticas.

Este trabalho permitiu uma reflexão sobre a forma como nos relacionamos, crescemos e aprendemos com a pessoa, como ela nos faz sentir e se sente, como ela é, e adaptar atitudes e as competências em benefício da mesma, com a intencionalidade de criar uma RT num processo adaptativo para a mudança. Uma relação fortalecida na ancoragem de Hildegard Peplau, tornando-se uma mais-valia na orientação relacional com a pessoa no contexto do estágio I e do estágio final. O contexto do estágio final, permitiu desenvolver as nossas intervenções na esfera do planeamento e execução de um tabuleiro de jogo *Mind Game*, para compreensão dos motivos que potenciam os reinternamentos, promovendo o processo de *recovery* da pessoa.

É importante salientar, a relevância que a comunicação interpessoal, entre a enfermeira e a pessoa na dimensão da RA. É um elemento-chave, que a enfermeira detém em todo processo relacional, para que possa desenvolver as intervenções, tendo como referência a melhor evidência técnico científica.

A prestação de cuidados, foi sustentada na melhor evidência, socorrendo-nos da revisão bibliográfica sobre a temática do projeto e a sua eficácia na pessoa com patologia mental e sempre que desenvolvemos uma atividade ou intervenção.

Deste modo, após a realização de um processo de avaliação diagnóstica, utilizando como recurso a técnica de entrevista não estruturada com a enfermeira orientadora e a enfermeira chefe definimos, como diagnóstico, as necessidades de atuar na melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa internada numa unidade de agudos, com o propósito de entender quais os fatores que motivam o fenómeno da “Porta Giratória”.

Além da realização do tabuleiro de jogo, foram realizadas intervenções psicoterapêuticas, sessões de terapia orientada para a realidade, de terapia da reminiscência, estimulação física e de relaxamento pela técnica de Jakobson e uso de mediadores de expressão, salientando que em que todas as atividades desenvolvidas houve benefício para a pessoa.

A mobilização de Si mesmo, como instrumento terapêutico possibilita criar uma relação de confiança e de parceria com a pessoa, no construto de uma RT, guiada pela RA. A melhoria da qualidade dos cuidados encontra-se espelhada, no desenvolvimento pessoal com ganhos para a saúde da pessoa cuidada, como pelo desenvolvimento do projeto terapêutico que dará o seu contributo de forma a garantir a continuidade dos cuidados de saúde mental à pessoa internada, e desta forma compreendê-la na sua individualidade com recurso à entrevista, estimulando a adesão ao regime terapêutico, estimulando o conhecimento sobre a sua saúde e consequentemente promover a sua saúde.

Foi observado, que a utilização dos mediadores expressivos, foi fundamental para o sucesso dos cuidados psicoterapêuticos, além de contribuir para a redução dos níveis de ansiedade da pessoa internada. A utilização dos recursos mediadores, pode levar ao relaxamento, estimular a memória e a expressão de sentimentos e emoções, melhora a relação com o outro e promove a sociabilidade e estimula o “*insight*” de cada pessoa.

No caminho percorrido, foram sentidas algumas dificuldades, pelo que existem certas limitações. Uma questão relevante, colocada no início do projeto, foi a incerteza, relativamente à metodologia no âmbito do planeamento e da sua operacionalização. Em relação às limitações, ainda não existe uma avaliação que espelhe os resultados das intervenções e que possam dar visibilidade que a metodologia utilizada dá resposta ao problema real. Ainda que os objetivos delineados para o projeto tenham sido atingidos, a limitação temporal do período de estágio, impossibilitou-nos de verificar a aplicabilidade do jogo.

O construto deste relatório exigiu o desenvolvimento da capacidade reflexiva, entendendo que através do mesmo, foi exequível descrever as atividades e as intervenções desenvolvidas no estágio I e no estágio final, que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências, comuns do enfermeiro especialista, específicas do EEESMP e de mestre.

“Se todo o nosso conhecimento nasce no sentido, passa pelo entendimento e termina na razão”, (Immanuel Kant). Entendemos assim, que esta viagem, ainda não acabou, mas está a começar. O caminho agora iniciado, é um caminho distinto pelas escolhas, pelas reflexões, pela escuta, pelas aprendizagens e crescimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association[APA]. (2023). *Dicionário APA de Psicologia*. Obtido em 12 de 02 de 2023, de American Psychological Association: <https://dictionary.apa.org/revolving-door-phenomenon>
- Araújo, O., Sousa, L., Vieira, T., & Sequeira, C. (2021). Envelhecimento e Comunicação: Desafios para os(as). Em *Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado* (pp. 43-63). Obtido em 28 de dezembro de 2022, de <http://hdl.handle.net/10400.26/38024>
- Baines, S., Saxby, P., & Ehlert, K. (agosto de 1987). Reality orientation and reminiscence therapy: A controlled cross-over study of elderly confused people. *The British Journal of Psychiatry*, *151*, 222–231., *51* (2), 222–231. <https://doi.org/https://doi.org/10.1192/bjp.151.2.222>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Editora, Quarteto.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução á teoria e aos métodos*. Porto, Porto, Portugal: Porto Editora.
- Botha, U. A., Koen, L., Joska, J. A., Parker, J. S., Horn, N., Hering, L. M., & Oosthuizen, P. P. (abril de 2010). The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *45*(4), 461-8. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0085-6>
- Breuil, V., Rotrou, J., Forrette, F., Tortrat, D., Ganansia-Ganem, A., Frambort, A., . . . Boller, F. (março de 1994). Cognitive stimulation of patients with dementia: Preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *9*(3), 211–217. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/gps.930090306>
- Bulman, C., & Schutz, S. (2013). *Reflective Practice in Nursing* (5ª ed.). (Wiley-Blackwell, Ed.) UK. Obtido em 28 de 02 de 2023, de https://zu.edu.jo/UploadFile/Library/E_Books/Files/LibraryFile_151614_52.pdf
- Carvalho, J., Cordeiro, R., Ribeiro, I., & Tavares, M. (2019). Mediadores de Expressão e a saúde mental. Um recurso a potenciar no ensino. *Conferência: X Congresso ASPESM*. Obtido de <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.33247.00160>

- Castells-Sánchez, A., Roig-Coll, F., Lamonja-Vicente, N., Altés-Magret, M., Torán-Monserrat, P., Via, M., . . . mataro, e. (14 de agosto de 2019). Effects and Mechanisms of Cognitive, Aerobic Exercise, and Combined Training on Cognition, Health, and Brain Outcomes in Physically Inactive Older Adults: The Projecte Moviment Protocol. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 11. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fnagi.2019.00216>
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). Os Fundamentos da Intervenção Psicoterapêutica numa prespectiva existencial-humanistica . Em J. Chalifour, *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção* (Vol. 2). Lusodidacta.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2ª ed.). Lisociência -Edições Técnicas e Ciêntificas,Lda.
- Conceição, J., & Bueno, G. (2020). *101 Tècnica de Terapia Cognitiva e Comportamental*. UNIVERSIDADE DO CONTESTADO – UnC. Obtido em 10 de 10 de 2022, de <https://uni-contestado-site.s3.amazonaws.com/site/biblioteca/ebook/101%20T%C3%A9cnicas%20da%20Terapia%20Cognitivo-Comportamental.pdf>
- Conselho Nacional Saúde [CNS]. (2022). A pandemia de COVID-19:Desafios para a saúde dos Portugueses. Lisboa, Lisboa, Portugal. Obtido em 20 de 02 de 2023, de https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/07/Relatorio-CNS2022_web.pdf
- COSTA , M. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século.
- Cruchinho, P. J. (2021). EFECTIVIDADE DA GESTAO DE CASOS EM ENFERMAGEM1': NOS RESULTADOS POPULAQOES: UMA REVISAO DE LITERATURA. (D. d. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Ed.) *Políticas e praticas em saude e enfermagem*, 8(2), 89-99. Obtido em 10 de 03 de 2023, de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39676/1/Efectividade%20da%20gest%C3%A3o%20de%20casos%20em%20enfermagem.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (8 de 2 de 2017). *Norma nº 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Obtido em 30 de 04 de 2023, de Serviço Nacional de Saúde & Direção Geral

da Saúde: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção Geral Saúde [DGS]. (2011). Relatório Técnico 2011. *Estrutura Concetual da Classificação Internacional Sobre Segurança do Doentes*. Lisboa, Lisboa, Portugal. Obtido em 20 de 04 de 2023, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoIsegDoente_Final.pdf

Ekhtiari, H., Rezapour, T., Aupperle, R. L., & Martin, P. P. (06 de outubro de 2017). Neuroscience-informed psychoeducation for addiction medicine: A neurocognitive perspective. Em T. Calvey, & W. M. Daniels, *Progresso na Pesquisa do Cérebro* (Vol. Volume 235, pp. 239-264). Elsevier. <https://doi.org/doi.org/10.1016/bs.pbr.2017.08.013>

Ferraz, M. (2009). *Terapias Expressivas Integradas* (Vol. 1). Tuttirév Editorial.

Ferreira, M., & Dias, M. O. (2005). *Ética e Profissão Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures: Lusociência -Edição Técnicas e Científicas, Lda.

Figueiredo, M. C., & Amendoeira, J. (2018). O Estudo de Caso como Método em Investigação em Enfermagem. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, VI(2), 102-107. Obtido em 28 de 03 de 2023, de <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2590/1/O%20ESTUDO%20DE%20CASO%20COMO%20M%c3%89TODO%20DE%20INVESTIGA%c3%87%c3%83O%20EM%20ENFERMAGEM.pdf>

Fortin, M.-F. L. (1999). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures, Portugal: Lusociência.

Gusmão, R. O., Junior, R. F., Alves, A. O., Flecha, D. A., Dias, C. L., Barbosa, R. R., & Leão, C. A. (2017). REVOLVING DOOR - REINTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR. *Humanidades*, 6(2). Obtido de https://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a151.pdf

IHC. (july de 2011). *Impact of Communication in Healthcare*. Obtido em 2022, de Institute for Healthcare Communication: <https://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>

- International Council of Nurses [ICN]. (2019). *Navegador ICNP*. Obtido em 10 de 1 de 2023, de International Council of Nurses : <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jacobson, E. (1976). *Como vencer as tensões*. São Paulo: Cultrix.
- Justo-Henriques, S. I., Marques-Castro, A. E., Otero, P., Vázquez, F. L., & Torres, J. (2019). Programa de estimulación cognitiva individual de larga duración para personas con trastorno neurocognitivo leve: estudio piloto. *Rev Neurologia*, 68 (7), 281-289. Obtido de <https://www.svnps.org/documentos/estimulacion-cognitiva.pdf>
- Le Boterf, G. (2005). Construir as competências individuais e coletivas; resposta a 80 questões. (P. Asa, Ed.)
- Lei nº 36/98 Lei de Saúde Mental*. (24 de julho de 1998). Obtido em 2 de maio de 2023, de Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24 3544-3550: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1998-75115272>
- Lopes, J. M. (2012). *SER CUIDADO POR UM ENFERMEIRO GESTOR DE CASO A experiência vivida da pessoa com problemas de adição*. Tese Doutorado. Obtido em 10 de 03 de 2023, de <http://hdl.handle.net/10451/7296>
- Lopes, J. O. (2021). Gestão de Fenómenos Relacionais Inconscientes como Intervenção Especializada de Inspiração Psicanalítica. Em C. Sequeira, & F. Sampaio , *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed., pp. 247-250). Lidel.
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Teraêutica Proposta de uma teoria de médio alcance*. Portugal : Formasau.
- Lopes, T., Afonso, R., Ribeiro, Ó., Quelhas, H., & Almeida, D. (2016). IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REMINISCÊNCIA COM PESSOAS IDOSAS: ESTUDO DE CASO. *PSICOLOGIA,SAÚDE & DOENÇAS*, 17(2), 189-200. <https://doi.org/> <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170207>
- Manes, S. (2018). *83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de Grupos* (11 ed.). Paulus.
- Melo-Dias , C. (2014). INVESTIGAR HABILIDADES DE CONVERSAÇÃO EM ADULTOS COM ESQUIZOFRENIA. Em C. Sequeira, J. C. Carvalho, & L. Sá (Ed.), *E-book – IV Congresso Internacional ASPESM* (pp. 58-

- 69). Porto: ASPESM. Obtido em 28 de 04 de 2023, de file:///C:/Users/alpal/Downloads/Ebook_IV_Padresdequalidadeemsademental.pdf
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2016). *Entrevista Motivacional: Preparando as Pessoas para a Mudança* (3ª ed.). Lisboa : Climepsi Editores .
- Moeti, M. (10 de outubro de 2021). *OMS Africa*. Obtido em 10 de 03 de 2022, de Dia Mundial da Saúde Mental 2021: <https://www.afro.who.int/pt/regional-director/speeches-messages/dia-mundial-da-saude-mental-2021>
- Moritz, S., Woodward, T. S., Haushilt, & Rocha, N. B. (2017). *Treinamento metacognitivo (MCT) para psicose*. (V. p. 6.3, Ed.) Obtido de Unidade de Neuropsicologia Clínica no UKE, Hamburgo: https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive_training-psychosis/
- Nochaiwong, S., Ruengorn, C., Thavorn, K., Hutton, B., Awiphan, R., Phosuya, C., . . . Wongpakaran , T. (13 de May de 2021). Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease- 2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 11(10173 (2021)). <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41598-021-89700-8>
- Nogueira, N. R. (2005). *Pedagogia dos Projetos: etapas, papéis e atores*. . Tatuapé: Editora Érica.
- Nunes , L. (julho-setembro de 2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*(17), 3-9. Obtido em 20 de 04 de 2023, de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.pdf
- Nunes , L. (30 de 04 de 2016). Os Limites do Agir no Dia-a- do Enfermeiro. *Servir*, 59(2), 7-17. <https://doi.org/https://doi.org/10.48492/servir022.23674>
- Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem* (2ª ed.). Lusodidacta- Sabooks Editora.
- Olson-Morrison, D. (february de 2017). Integrative Play Therapy With Adults With Complex Trauma: A Developmentally-Informed Approach. *International Journal of Play Therapy* , 26(3), 172-183. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pla0000036>
- Ordem Enfermeiros [OE] (06 de fevereiro de 2019). *Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. (S. I.-0.-0.-4. Diário da República n.º 26/2019,

Editor) Obtido em 12 de 03 de 2022, de Diário da República Eletrónico: https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195?_ts=1685263037699

Ordem Enfermeiros [OE]. (23 de abril de 2007). *Parecer nº 136 / 2007 Proposta de Enunciado de Posição*. (Ordem enfermeiros, Ed.) Obtido em 20 de 04 de 2023, de Ordem Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf

Ordem Enfermeiros [OE]. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®2*. Obtido de Ordem Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>

Ordem Enfermeiros [OE]. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Obtido em 01 de 05 de 2022, de Ordem enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Ordem Enfermeiros [OE]. (16 de setembro de 2015 a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Obtido em 10 de 04 de 2023, de Ordem Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/livro-de-bolso-novo-estatuto-e-repe-j%C3%A1-dispon%C3%ADvel-na-%C3%A1rea-das-publica%C3%A7%C3%B5es/>

Ordem Enfermeiros [OE]. (25 de junho de 2015b). *Regulamento n.º 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. (S. I.-0.-2.-1. Diário da República n.º 122/2015, Editor) Obtido em 21 de 12 de 2022, de Diário República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>

Ordem Enfermeiros [OE]. (07 de agosto de 2018a). *Regulamento 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. (S. I.-0.-0.-2. Diário da República n.º 151/2018, Editor) Obtido em 10 de 04 de 2023, de Diário República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Ordem Enfermeiros [OE]. (13 de 03 de 2018c). *Parecer 03/2018 Internamento Compulsivo de Familiares Diretos no Mesmo Serviço*. (M. d. Psiquiátrica, Ed.) Obtido em 10 de 05 de 2023, de Ordem Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/pesquisa-conteudos/?search_field=parecer+03%2F2018&page=17

- Ordem Enfermeiros [OE]. (junho de 2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. (OE, Ed.) Obtido em 24 de 05 de 2022, de Ordem Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25680/guiabp_cuidenfesprecupessdoen%C3%A7a%7Amentalgrave_ordenferm_ok_rev.pdf
- Ordem Enfermeiros[OE]. (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Obtido em 1 de 03 de 2023, de Ordem Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/mcee-de-sa%C3%BAde-mental-e-psiqui%C3%A1trica-guias-orientadores-de-boas-pr%C3%A1ticas-e-outros-documentos-com-interesse-para-a-especialidade/>
- Ordem Enfermeiros[OE]. (25 de novembro de 2017a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Obtido em 10 de 03 de 2022, de Ordem Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf
- Ordem Enfermeiros[OE]. (janeiro de 2017b). *Pareceres e Tomadas de Posição -Parecer N.º 1/2017 Parecer sobre Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Realização de Exame do Estado Mental*. (M. d. Psiquiátrica, Ed.) Obtido em 12 de 4 de 2023, de Ordem Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/mcee-de-sa%C3%BAde-mental-e-psiqui%C3%A1trica-pareceres-e-tomadas-de-posi%C3%A7%C3%A3o/>
- Ordem Enfermeiros[OE]. (15 de junho de 2018 b). *Regulamento n.º 372/2018 Regulamento da competência acrescida diferenciada em enfermagem do trabalho*. (S. I.-0.-1.-1. Diário da República n.º 114/2018, Ed.) Obtido em 10 de 04 de 2023, de Diário República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/372-2018-115522772>
- Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], & World Health Organization -America [WHO]. (17 de junho de 2022). *WHO highlights urgent need to transform mental health and mental health care*. Obtido em 18 de 01 de 2023, de PAHO- WHO: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>

- Organização Mundial da Saúde[OMS]. (1978). DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. *CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE*. Alma -Ata. Obtido em 28 de 02 de 2023, de <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>
- Organização Mundial Saúde [OMS]. (2001). *Relatório Mundial da Saúde :Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Obtido em 11 de 03 de 2022, de Organização Mundial Saúde: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf;jsessionid
- Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Hampshire: Springer Publishing Company. Obtido de https://books.google.pt/books/about/Interpersonal_Relations_In_Nursing.html?id=ck8-E6FL-1UC&printsec=frontcover&source=kp_read_button&hl=en&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Peplau, H. E. (1992). Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing practice. *Nursing science quarterly*, 5 (1), 13–18. <https://doi.org/10.1177/089431849200500106>
- Pereira, H. (Outubro de 1994). Formação Formal versus Formação Informal. *Revista Divulgação*, VIII(32), pp. 2-11.
- Pereira, P., & Botelho, M. R. (dezembro de 2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61-73. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v18i2.96>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa, Lisboa, Portugal: LUSOCIÊNCIA.
- Pinho, L. G., Sampaio, F., Sequeira , C., Teixeira , L., Fonseca , C., & Lopes, M. J. (27 de 03 de 2021a). Portuguese Nurses' Stress, Anxiety, and Depression Reduction Strategies during the COVID-19 Outbreak. (I. J. Health, Ed.) 18(3490), p. 12. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph18073490>
- Pinho, L., Correia , T., Sampaio, F., Sequeira , C., Teixeira , L., Lopes, M., & Fonseca , C. (abril de 2021b). The use of mental health promotion strategies by nurses to reduce anxiety, stress, and depression during the COVID-19 outbreak: A prospective cohort study. (E. Research, Ed.) *Pesquisa Ambiental*, 195(110828). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.110828>

- Porto Editora (Org). (2023). *Infopédia Dicionários da Porto Editora*. (P. Editora, Editor) Obtido em 1 de 03 de 2023, de Motivação: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/motiva%C3%A7%C3%A3o>
- Porto Editora (org). (18 de 04 de 2023). *intersubjetividade*. (P. Editora, Editor) Obtido em 2023, de Infopédia Dicionários da Porto Editora: [https://www.infopedia.pt/apoio/artigos/\\$intersubjetividade](https://www.infopedia.pt/apoio/artigos/$intersubjetividade)
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. (1982). Trans-Theoretical Therapy - Toward A More Integrative Model of Change. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Pullen, R., & Mathias, T. (may de 2010). Fostering therapeutic nurse-patient relationships. *Nursing Made Incredibly Easy!*, 8 (3), 4. <https://doi.org/10.1097/01.NME.0000371036.87494.11>
- Ribeiro, J. M. (dezembro de 2011). Autonomia Profissional dos Enfermeiros . *Revista de Enfermagem Referência*, III (5), 27-36. Obtido em 18 de 04 de 2023, de https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832011000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Reis, G., & Bule, M. (2017). Capacitação da Vida. Em C. Vieira , & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 57-63). Loures: Lusodidata.
- Relaxar.Org (2021) Relaxamento Muscular Progressivo: passo a passo [Infografia] Jéssica Rodrigues Psicóloga <https://www.psicologajessica.com/post/t%C3%A9cnica-de-relaxamento-muscular-progressivo-jacobson>
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Rogers, C. (2000). *Manual de Counselling*. Loures: Encontro Coelção Psicologia e Existência .
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes , L. (2010). Metodologia projeto : Coletanea Descritiva das EtapaP. *Percursos*(15), 37. Obtido em 01 de 05 de 2022, de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sampaio , F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (junho de 2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: princípios orientadores para a implementação na prática clínica. (N. 1. Revista

Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Ed.) *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(19). <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>

Sainte Anastasie(2023)Método de Jacobson de relaxamento progressivo[Infografia] Psicologia, filosofia e pensamento sobre a vida <https://pt.sainte-anastasie.org/articles/meditacin-y-relajacin/mtodo-jacobson-de-relajacin-progresiva.html>

Santos, R. (2007). *Porta giratória: conceito e ocorrências nas internações psiquiátricas em Ribeirão Preto - SP*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor., Ribeirão Preto. Obtido em 02 de 10 de 2022, de <http://pgsm.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2011/11/DOUTORADO-RAQUEL-DOS-SANTOS.pdf>

Santos, S. S., Alves, A. B., Oliveira, J. C., Gomes, A., & Maia, L. F. (2017). A ludoterapia como ferramenta na assistência humanizada de enfermagem. *Revista Recien*, 7(21), 30-40. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.21.30-40>

Sequeira, C. (2016). *A Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª reimpressão janeiro 2021 ed.). Lidel.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (Reimpressão outubro 2021 ed.). Lisboa, Lisboa, Portugal: Lidel.

Serviço Intervenção Comportamentos Aditivos[SICAD]. (2002). *Rede de Referência /Articulação*. Obtido em 10 de 05 de 2022, de SICAD Serviço de Intervenção de Comportamentos Aditivos nas Dependências: https://www.sicad.pt/BK/Intervencao/RedeReferenciacao/Lists/SICAD_INSTRUMENTOS/Attachments/2/Audit.pdf

Sharma, N., & Gupta, V. (19 de outubro de 2022). *Therapeutic Communication*. Publishing. Obtido em 24 de 01 de 2023, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567775/>

Simões, J. F., Fonseca, M. J., & Belo, A. P. (dezembro de 2006). Relação de Ajuda:horizontes de existência. *Referência*, II(3), 45-54. Obtido em 20 de 02 de 2023, de <http://www.index-f.com/referencia/2006pdf/45-2006-dec.pdf>

Sousa, J. F. (01 de 10 de 2017). *O Estigma da Saúde Mental*. Obtido em 15 de 04 de 2023, de Psicologia.pt Publicações de Língua Portuguesa: https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?o-estigma-da-saude-mental&codigo=A1120

- Universidade Évora. (24 de abril de 2015). Apresentação do Pedido Corrigido. *NCE/14/01772 — Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos*. Évora, Évora, Portugal. Obtido em 18 de abril de 2023, de file:///C:/Users/alpal/Downloads/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20-%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20(2%C2%BA%20ciclo)%20(1).pdf
- World Health Organization[WHO]. (17 de junho de 2022). *World Mental Health Report Transforming mental health for all*. Obtido em 30 de 01 de 2023, de World Health Organization: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>
- World Health Organization [WHO]. (02 de 2019). *World Health Organization Institutional Repository for Information Sharing*. Obtido em 20 de 04 de 2022, de The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>
- World Health Organization[WHO]. (2018). *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated*. Obtido em 12 de 02 de 2023, de file:///C:/Users/alpal/Downloads/Gestor%20de%20Caso%20-eng.pdf
- World Health Organization[WHO]. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. Obtido em 30 de 04 de 2023, de World Health Organization: <https://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>
- Zanardo, G. L., Moro, L. M., Ferreira, G. S., & Rocha, K. B. (2018). Factors Associated with Psychiatric Readmissions: A Systematic Review. *Paidéia Psychology of Health*, 28(2814). <https://doi.org/doi.org/10.1590/1982-4327e2814>

APÊNDICES

Apêndice 1: Material para Realizar a Atividade TOR

Material para Realizar a Atividade TOR



Figura 3: Material para Trabalhar -Elaborado por Elza Santos – TOR .



Figura 4: Material para Trabalhar -Elaborado por Elza Santos – TOR.

Apêndice 2: Relaxamento Progressivo de Jacobson

Relaxamento Progressivo de Jacobson

O relaxamento muscular progressivo compreende uma sequência de exercícios de contração e descontração de vários grupos de músculos em todo o corpo. A técnica relaxamento Jacobson, consiste na contração e relaxamento de dezasseis grupos de músculos do corpo sequencialmente. Como tal a técnica divide-se em três fases:

- ✓ **Na primeira fase** são trabalhados os dezasseis grupos de músculos;
- ✓ **Na segunda fase** são trabalhados sete grupos de músculos;
- ✓ **Na terceira fase** são trabalhados quatro grupos de músculos.

Em qualquer fase, cada um dos grupos deve ser mantido contraído durante dez segundos, seguido de um período de relaxamento por vinte segundos. O objetivo é sentir e perceber, o contraste entre as sensações de tensão e relaxamento. Pode ser realizado, duas vezes ao dia, por um período de quinze a vinte minutos, o relaxamento progressivo possibilita a pessoa reconhecer quando se sente demasiado tensa e aprender para relaxar, diminuindo desta forma o nível de ansiedade.

Guião da técnica de Relaxamento

A proposta passa por realizar um treino simples durante trinta minutos, que pode ser repetido no turno da tarde. Antes de se iniciar o relaxamento devemos preparar a sala. Assim, devemos dispor as cadeiras de forma circular. Diminuir a intensidade da luz da sala e minimizar o ruído e colocar uma música ambiente.

- ✓ A roupa confortável (pijama completo ou camisa de dormir com calças de pijama);
- ✓ Descalçar-se e sentar-se numa cadeira;
- ✓ Manter os fechados ao longo de toda a sessão;
- ✓ Estender os braços sobre as pernas e vamos iniciar o relaxamento:
 - ❖ **MÃOS:** Contrair as mãos, fechando-as com muita força até sentir tensão e deverá

manter essa posição durante 10 segundos. Seguidamente vamos soltar os dedos um a um, relaxar durante 20 segundos, agora sinta o contraste entre a tensão e o relaxamento.

- ❖ **OMBROS:** Encolher os ombros, sentir a tensão por 10 segundos, mantenha a posição e agora relaxe durante 20 segundos.
- ❖ **PESCOÇO:** Levar o queixo junto ao peito e contraia durante 10 segundos e depois descanse durante 20 segundos.
- ❖ **BOCA:** Abrir a boca e esticar a língua tudo o que conseguir durante 10 segundos. Levar a língua ao céu da boca, sentir a tensão e relaxar durante 20 segundos.
- ❖ **COSTAS:** Apoiar os ombros nas costas da cadeira, inclinar o corpo para a frente, manter -se nessa posição durante 10 segundos e depois descansar durante 20 segundos.
- ❖ **Pés:** Esticar os dedos os pés e sentir a tensão dos músculos durante 10 segundos. Depois relaxe os pés durante 20 segundos.

Relaxamento Muscular Progressivo: passo a passo

Sente-se numa cadeira e estenda os braços sobre os joelhos



Contraia as mãos, fechando-as até sentir pressão e mantenha durante 10 segundos, depois solte e relaxe



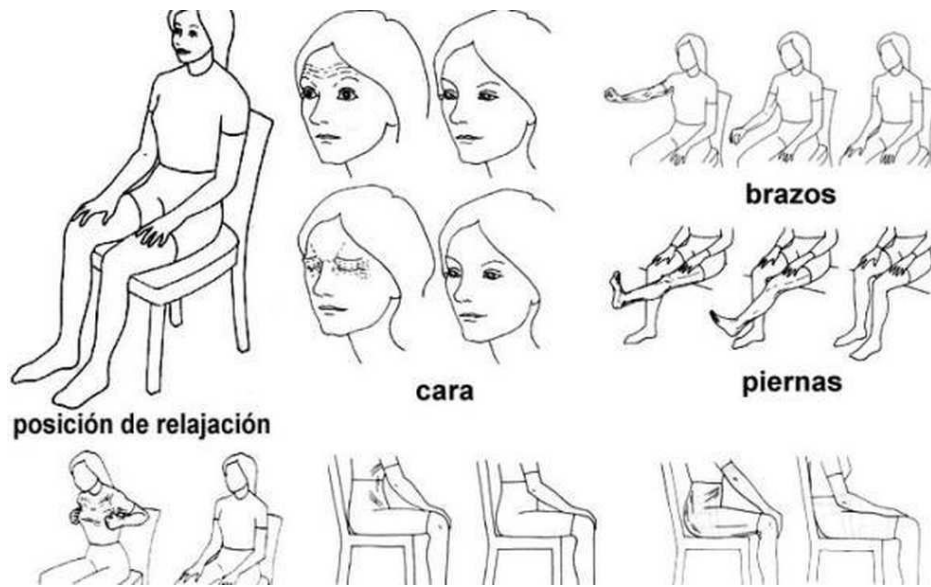
Encolha os ombros para cima, mantenha a tensão durante alguns segundos e depois descanse



Estique os dedos dos pés para cima, mantenha a pressão alguns segundos, depois solte e relaxe



Fonte: 1 : <https://www.psicologajessica.com/post/t%C3%A9cnica-de-relaxamento-muscular-progressivo-jacobson>.



Fonte: 2: <https://pt.sainte-anastasio.org/articles/meditacin-y-relajacin/mtodo-jacobson-de-relajacin-progresiva.html>.

As Intervenções Do Enfermeiro Especialista De Enfermagem Em Saúde Mental e Psiquiátrica Para Promover Uma Comunicação Terapêutica |

<p><u>Interativa</u></p> <p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliação do pulso periférico• Feedback do grupo <p>Metodologia: Interativa</p>	<p>5 minutos</p>	<p>Oxímetro digital</p>	<p>Feedback do grupo</p>
--	------------------	-------------------------	--------------------------

Apêndice 3: Jogo *Mind Game*

Planeamento do tabuleiro do Jogo *Mind Game*

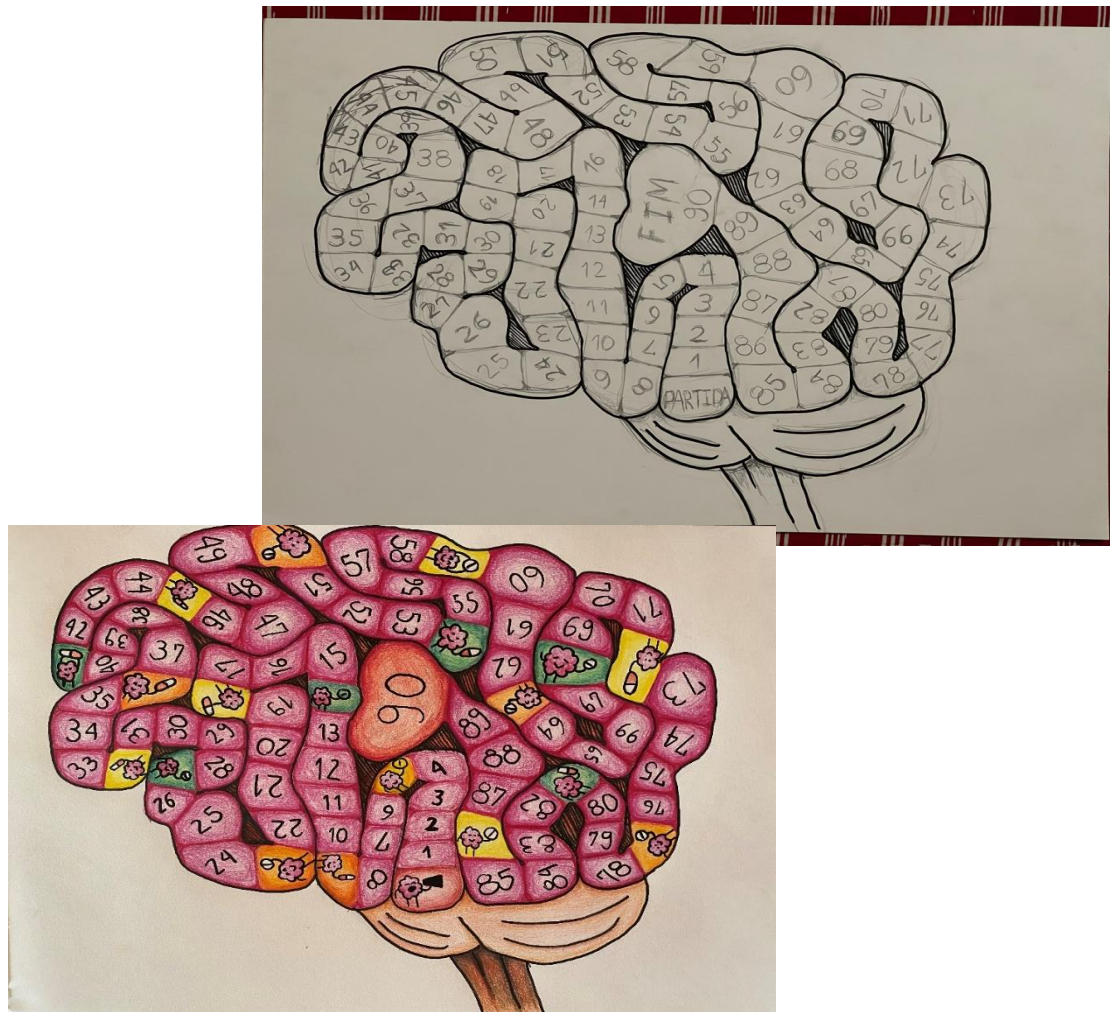


Figura 5: Primeiros esboços do desenho- Elaborado por João Alpalhão.

Jogo Mind Game

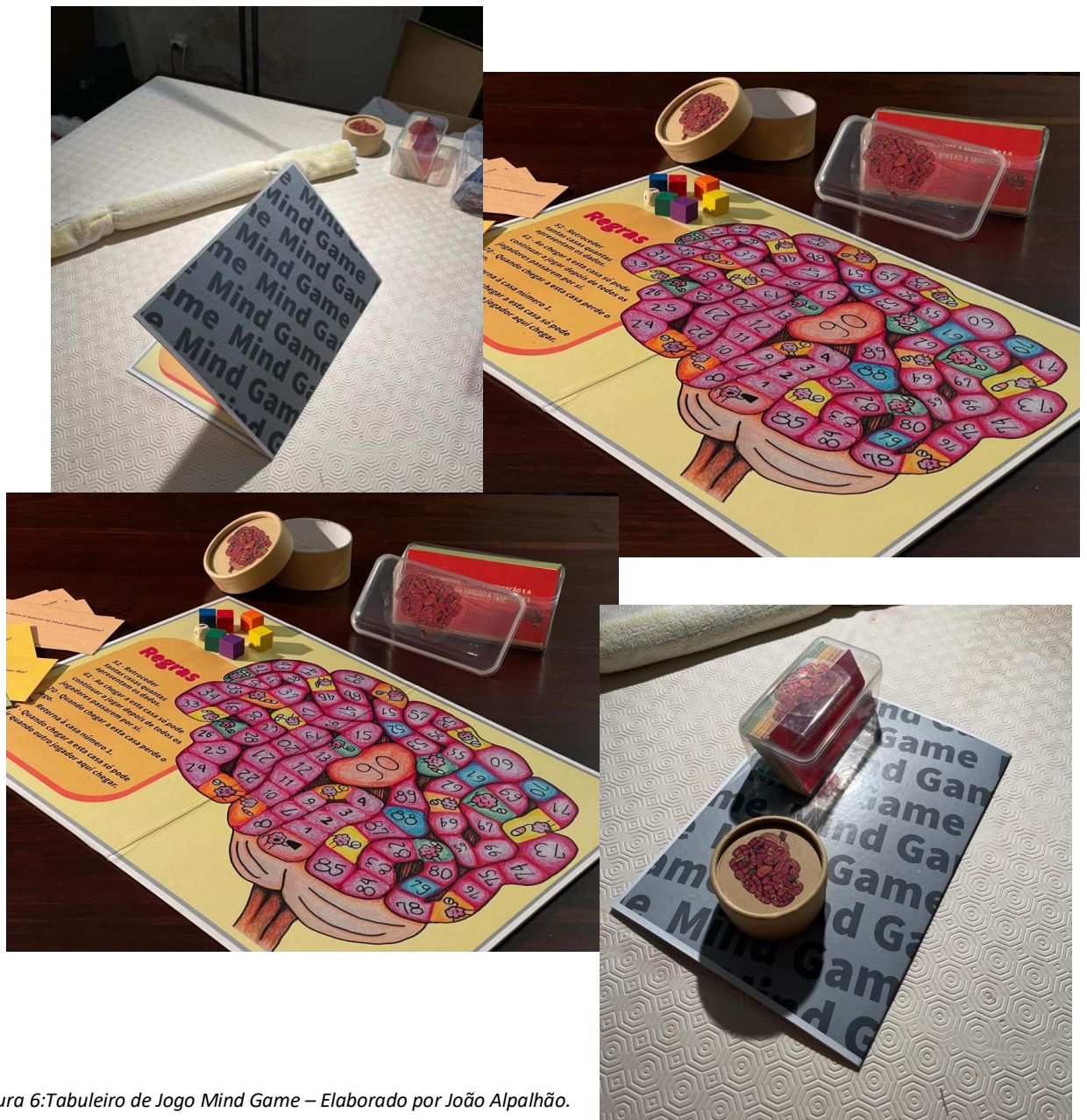


Figura 6: Tabuleiro de Jogo Mind Game – Elaborado por João Alpalhão.



Figura 7: Cartas do Tabuleiro de Jogo Mind Game – Elaborado por João Alpalhão.



Figura 8: Jogo Mind Game – Elaborado por João Alpalhão.



Figura 9: Jogo Mind Game – Elaborado por João Alpalhão.

Cartões Verdes do Jogo *Mind Game* em que aborda a temática sobre o Conhecimento Sobre a sua Doença~

Conhecimento sobre a sua doença

Este grupo de cartões encontra-se estruturado com o objetivo do EEESMP possa entender o *insight* e o conhecimento, que a pessoa com doença mental, detém sobre si.

O descritivo dos cartões, permitem a realização de questões, que assumem o elo fundamental na comunicação, promovendo a relação entre o enfermeiro e a pessoa que esta a jogar, alvo de atenção e de cuidados, na medida que a comunicação é o contexto no qual se desenvolve a relação.

Os cartões encontram-se organizados em frente e verso. Na frente, cor verde-escura, exhibe o título do tema a desenvolver. (Figura 13). No verso do cartão, cor verde-claro, encontram-se as perguntas estruturadas, que permitam, conduzir o pensamento ao tema de interesse. (Figura 14).

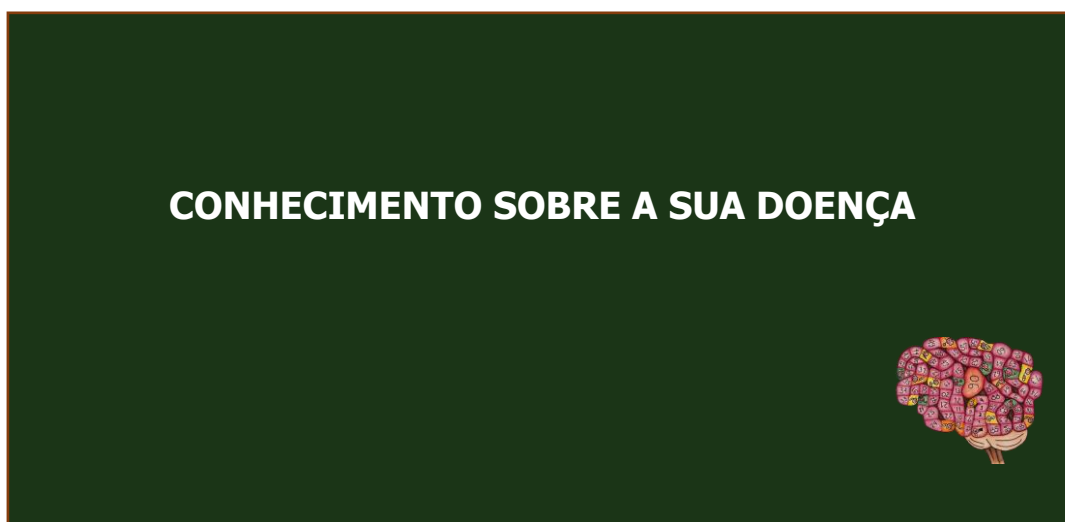


Figura 10: Cartões do Jogo *Mind Game* em que aborda a temática sobre o Conhecimento Sobre a sua Doença.

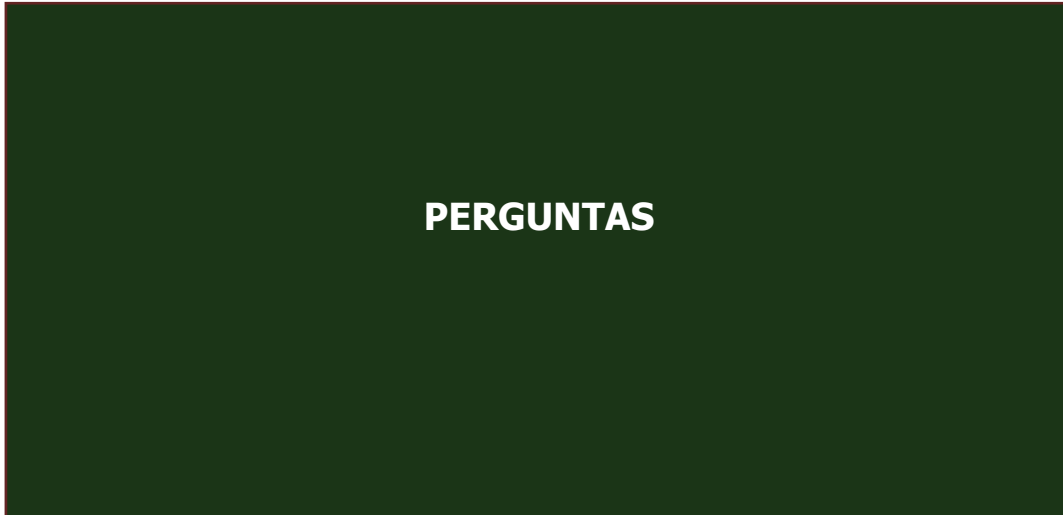


Figura 11: Desenho do cartão onde se elabora a pergunta do Jogo Mind Game em que aborda a temática sobre o Conhecimento Sobre a sua Doença.

Os cartões têm várias perguntas, em que algumas se repetem, cujo objetivo de cada pergunta tem um determinado propósito. As perguntas em formato de cartão encontram-se elaboradas da seguinte forma:

1-Que sinais ou sintomas consegue identificar na sua doença?

Nesta questão pretende-se que a pessoa seja capaz de identificar quais os sinais e sintomas característicos com a sua doença.

2- Por que motivo está aqui internado?

Objetiva-se que a pessoa consiga referir quais os comportamentos que debitarão a sua necessidade de internamento.

3- Que diagnóstico relacionado com a sua saúde mental lhe deu o seu médico assistente? Porquê?

Esta pergunta visa alcançar o conhecimento que a pessoa tem sobre o seu diagnóstico. Bem como compreender o seu comportamento psicoafectivo.

4-Sabe que tratamento pode ter a sua doença?

Pretende-se esmiuçar se a pessoa tem conhecimento sobre as diversas formas de tratamento da perturbação mental, como por exemplo o tratamento farmacológico e não farmacológico.

5- Que comportamentos podem agravar a sua doença?

Esta questão tem o propósito da pessoa poder identificar quais os comportamentos, que podem conduzir ao agravamento da sua doença, nomeadamente o consumo de álcool, entre outros comportamentos aditivos (consumo de drogas). Sub entende-se, que se possa esmiuçar se pessoaingere a medicação com bebidas alcoólicas, se drogas, e explicar o motivo por que não o deve fazer.

6- Que comportamentos podem prevenir uma recaída na sua doença?

O objetivo desta pergunta, é fazer a pessoa compreender que a não adesão á terapêutica, implica o agravamento da sua doença, nomeadamente os sintomas da mesma que estiveram na origem do seu internamento ou reinternamento. (Explorar se também existem consumos de substâncias ilícitas/álcool).

7- Acha que a sua família o pode ajudar no tratamento da sua doença??

Esta interrogação, visa explicar e compreender a importância da família em se deve envolver no tratamento da doença mental.

8- Acha que a doença mental afeta mais umas pessoas do que outras?

Esta questão é transversal em toda a sociedade e pode atingir qualquer pessoa de qualquer idade e qualquer estrato social. Pretende-se que esta questão permita a pessoa compreender que a doença mental é transversal e universal.

9- Que doenças do foro mental conhece?

Entende-se que esta questão, ofereça espaço à reflexão sobre as diversas doenças mentais existentes, inclusive aquelas que são menos conotadas com doença mental, nomeadamente a

perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas, a anorexia nervosa, a perturbação do jogo ou as perturbações parafílicas.

10 Quais são para si os aspetos positivos e negativos deste internamento?

É nosso entender com esta pergunta, que a pessoa compreenda que o internamento seja promotor da sua estabilização. Estabilizador dos sintomas que o conduziram ao internamento. Assim como, por vezes, com carácter resolutivo dos seus problemas de ordem social.

Cartões Cor de Laranja do Jogo *Mind Game* em que aborda a temática sobre Conhecimento Sobre a Medicação e a Importância Para a Adesão a Terapêutica

Conhecimento sobre a medicação e a importância para a adesão a terapêutica

Este grupo de cartões encontra-se estruturado com o objetivo do EEESMP, possa entender quais os motivos que despoletaram o não cumprimento da terapêutica.

O descritivo dos cartões, permitem a realização de questões, que assumem o elo fundamental na comunicação, promovendo a relação entre o enfermeiro e a pessoa que esta a jogar, alvo de atenção e de cuidados, na medida que a comunicação é o contexto no qual se desenvolve a relação. (Sequeira, 2016).

As questões são a ferramenta fundamental da comunicação, permitem a recolha de dados, para obtermos a informação de que carecemos (Sequeira, 2016).

Os cartões encontram-se organizados em frente e verso. Na frente, cor de laranja-escuro, expõe o título do tema a abordar, (Figura 15). No verso do cartão, cor de laranja-claro, estão descritas as perguntas que possibilitam nortear o pensamento relativamente ao tema de interesse, (Figura 16).

CONHECIMENTO SOBRE A MEDICAÇÃO E A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO A TERAPÊUTICA



Figura 12: Cartões do Jogo Mind Game em que aborda a temática sobre Conhecimento sobre a Medicação e a Importância da Adesão a Terapêutica.

PERGUNTAS

Figura 13: Desenho do cartão onde se elabora a pergunta do Jogo Mind Game em que aborda a temática sobre o Conhecimento sobre a Medicação e a Importância da Adesão a Terapêutica.

Seguidamente estão explanados as perguntas de acordo com o objetivo pretendido.

1-Conhece quais os tratamentos que são possíveis para a sua doença?

Tem como objetivo que a pessoa seja capaz de identificar quais os possíveis tratamentos que tem ao seu dispor, sejam eles farmacológicos ou não farmacológicos.

2-Quais os principais efeitos secundários dos medicamentos que toma atualmente?

Tem como finalidade que a pessoa consiga identificar os efeitos adversos da sua medicação.

3- O que deve fazer quando surge um sintoma que desconhece?

Pretende-se com esta questão que a pessoa saiba identificar os efeitos secundários da medicação que toma e simultaneamente, onde se possa e/ou deve dirigir, a quando o surgimento dos mesmos.

4-Qual a importância do cumprimento da toma da sua medicação?

Promover a capacidade de *insight* sobre a adesão a terapêutica. Clarificando que a não adesão a terapêutica, pode resultar de uma descompensação da sua doença psiquiátrica.

5-O que deve fazer quando se esquece pontualmente da toma de um medicamento?

Clarificar que em caso de esquecimento de uma toma da medicação, não constitui um problema grave, pelo que não deve aumentar a dose na próxima toma.

6-Quando é que deve ir buscar os seus medicamentos?

Realçar a importância de não deixar a medicação acabar, ou seja, deverá ter sempre em casa uma embalagem de reserva.

7-Sabe quais os benefícios da terapêutica injetável?

Esta pergunta tem como finalidade informar sobre os benefícios da terapêutica injetável, bem como, realçar a importância do seu incumprimento, ou seja, que a não adesão a terapêutica ou a sua toma inadequada, podem despoletar um novo reinternamento.

8-Quais as estratégias que utiliza para não se esquecer da data das consultas médicas?

Realçar de arranjar estratégias, para não se esquecer. Pode colocar no telemóvel, numa agenda, pedir auxílio a um familiar, promovendo assim o envolvimento da família no seu estado de saúde.

9-O que fazer quando o medicamento prescrito não é igual à dosagem dos comprimidos?

Falar da importância da dose do medicamento, pois por vezes, a dose que vem na embalagem do medicamento, poderá não ser igual a dose que o médico prescreveu. Objetivando que a pessoa seja capaz de adaptar a dose prescrita do medicamento.

10-Com que bebida não deve tomar os seus medicamentos?

Realçar os malefícios da ingestão de álcool com a medicação.

Cartões Amarelos do Jogo *Mind Game* em que aborda a temática sobre o Promoção Da Saúde Mental

- Promoção da saúde mental

Este grupo de cartões encontra-se estruturado com o objetivo do EEESMP, de promover a literacia em saúde mental à pessoa no sentido de promover comportamentos promotores de saúde (Sequeira & Sampaio, 2020).

A narrativa dos cartões, consentem o questionamento sobre determinados assuntos, que promovem a discussão em grupo para influir crenças, posturas e valores relacionados com os assuntos abordados e ao desempenho de papéis (Sequeira & Sampaio, 2020).

Os cartões encontram-se organizados em frente e verso. Na frente do cartão de cor amarelo-escuro, encontra-se o tema que se vai abordar (Figura 17). No verso do cartão de cor amarelo-claro, estão estruturadas as perguntas, que possibilitam dirigir o pensamento ao tema de interesse (Figura 18).

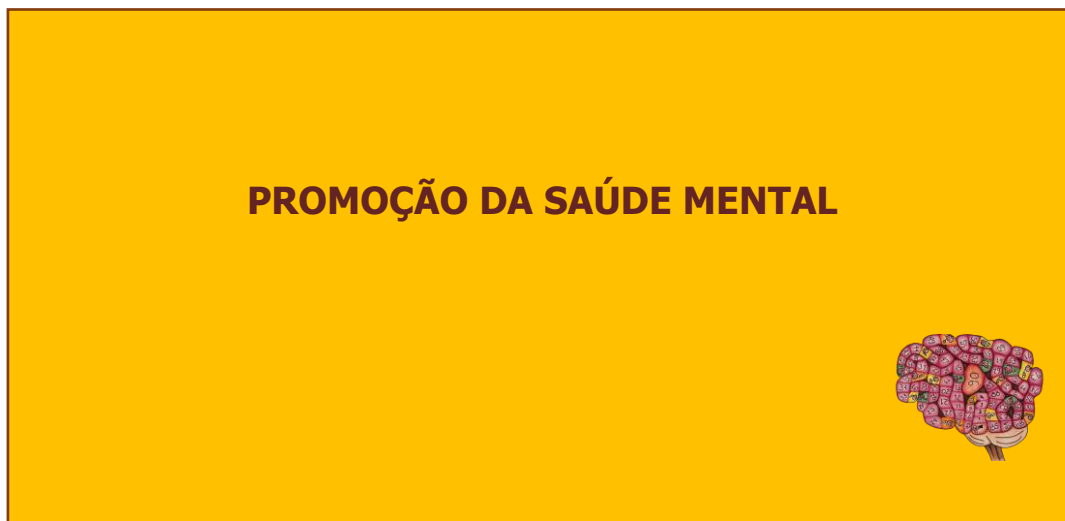


Figura 14: Cartões do Jogo Mind Game em que aborda a temática sobre Promoção da Saúde Mental.

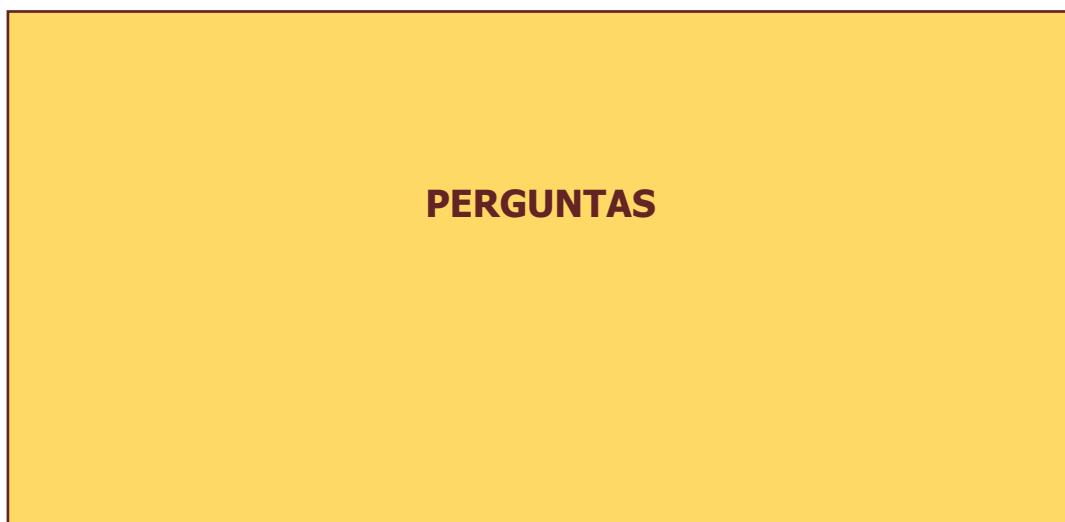


Figura 15: Desenho do cartão onde se elabora a pergunta do Jogo Mind Game em que aborda a temática sobre Promoção da Saúde Mental.

É constituído por um grupo de cartões, que contêm assuntos que se podem repetir cujo propósito, pretende promover a literacia em saúde mental relativamente a capacitação da pessoa para comportamentos promotores de saúde. No descritivo abaixo, podemos ler os objetivos propostos para cada pergunta, assim como, a pergunta elaborada:

1-Quantas horas deve dormir em média por dia?

Realçar a necessidade de cumprir um período de sono de oito horas.

2- O que é para si um sono reparador?

Que a pessoa saiba referir que um sono reparador é aquele que permite que as pessoas acordem sem se sentirem cansados. Que compreenda e expresse a importância de ter dormido e que não se sinta cansado.

3- O que é o sedentarismo?

Que a pessoa seja capaz de identificar um estilo de vida saudável. Explicar a importância da prática de exercício físico e clarificar que no sedentarismo não se pratica exercício físico.

4- O que é para si uma alimentação saudável?

Que a pessoa compreenda o que é uma alimentação equilibrada tendo em consideração por exemplo a roda dos alimentos.

5- Em que é que acha que o exercício físico o pode ajudar?

Que a pessoa saiba a importância da prática regular do exercício físico adaptada a sua situação de doença.

6- Quais as consequências de uma alimentação pouco cuidada?

Que a pessoa saiba identificar as doenças causadas por uma má alimentação, nomeadamente a obesidade. Explicando que a medicação aumenta o apetite. Motivo pelo qual devem arranjar estratégias para que não aumentem de peso, induzido pelo aumento de apetite provocado pela medicação. Pois esta situação é impulsionadora de problemas cardiovasculares, como a hipertensão arterial.

7- O que significa para si ser saudável?

Que a pessoa seja capaz de mencionar os diversos domínios, fisiológico, psicológico, social e espiritual. Segundo a organização Mundial de Saúde (OMS) saúde é “o bem-estar físico, mental e social, mais do que a mera ausência de doença...”. Ou seja, ser saudável não é apenas a ausência de doença, mas essencialmente o bem-estar físico e mental do indivíduo.

8- De que forma é que acha que as drogas ilícitas podem prejudicar a sua saúde?

O uso das substâncias ilícitas contribui para a descompensação das doenças do foro mental. Bem como diminui a eficácia dos antipsicóticos.

9- Podes consumir álcool estando a fazer a medicação atual?

Que a pessoa compreenda os efeitos do álcool associados à sua medicação. Que a pessoa compreenda que há uma interferência direta e que não seja aconselhado o consumo álcool enquanto toma medicação. Explicar que se deixar de tomar medicação por causa de poder ingerir álcool, poderá ser um dos motivos que promovem o reinternamento.

10- Pode beber café estando a fazer a medicação habitual?

Que a pessoa compreenda que não há uma interferência direta embora não seja aconselhada o consumo de café antes dos períodos de descanso.

Regras e Descrição do Jogo



Figura 16: Regras do Jogo Mind Game.

Os jogadores que forem jogar, todos eles deverão lançar os dados e deve iniciar aquele que tiver obtido a pontuação mais elevada no dado.

Cada jogador, na sua vez, lança o dado e percorre o tabuleiro de jogo consoante o número de casas que consta no dado. Assim vai realizando o seu percurso desde a casa nº 1 até a casa número 90.

Em cada casa que calhar deverá cumprir a regra de acordo com a indicação correspondente a respetiva casa. Por exemplo, se calhar na casa nº 52, deverá cumprir o que lhe esta a ser solicitado e assim sucessivamente.

Mas se por exemplo, calhar na casa nº 45, deverá avançar para a casa amarela e assim continuamente.

As cartas tiradas já não devem voltar ao baralho inicial.

Plano de sessão para atividade lúdica

Planeamento da Sessão de Intervenção			
Tipo de Intervenção	Jogo de grupo: no mínimo de dois participantes e um máximo de seis.		
Público-alvo	A pessoa com patologia mental internada na unidade de agudos de um hospital na área de Lisboa		
Local da Intervenção	Sala de reuniões/formação do serviço de internamento de	Duração:	90 minutos
Objetivo da Intervenção:	Compreender os fatores que motivaram os internamentos. Promover o bem-estar as relações sociais e a interação social.		
Justificação da Intervenção			
<p>A ludoterapia é uma abordagem terapêutica extremamente reconhecida e utilizada com as crianças e adolescentes, no entanto existem poucos estudos que reconheçam o potencial que esta terapia tem para com os adultos que sofreram traumas (Olson-Morrison, 2017).</p> <p>A mesma autora refere que a ludoterapia é uma ferramenta extraordinariamente poderosa para trabalhar com adultos com traumas complexos justificando que o fato de se brincar com temas importantes e complexos como as áreas de desenvolvimento social, emocional e cognitivo comprometidos pela exposição ao trauma interpessoal (Olson-Morrison, 2017).</p> <p>A atividade lúdica, aplicada a pessoa com patologia mental, insere-se no num dos princípios da reabilitação social que é oferecer a pessoa com patologia mental “oportunidade de atingir o seu máximo potencial de funcionamento independente na comunidade, ensinando-lhes o desempenho de habilidades físicas, emocionais, e intelectuais necessárias à vida em autonomia, no nível mais alto possível de bem-estar, e com a menor ajuda possível dos profissionais de saúde” (Melo-Dias , 2014, p. 60).</p> <p>“A psicoeducação não é um tratamento — é projetada para ser parte de um plano global de tratamento. “Como exemplo, o regulamento, em questão, refere que “conhecimento de uma doença é crucial para os indivíduos e sua rede de apoio poderem ser capazes de conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença” (OE, 2015b, p. 17039).</p>			
Métodos e técnicas:	Tempo	Recursos	
<ul style="list-style-type: none"> • Selecionar a pessoa para a intervenção. • Avaliar o estado de consciência para realizar a atividade planeada. • Promover socialização. • Introdução à atividade. • Pousar o material para o jogo em cima de uma mesa. • Apresentação do plano para esta atividade. • Explicar as regras e objetivos do jogo. • Avaliar a compreensão das regras e objetivos. • Iniciar o jogo. 	<p>5 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>60 minutos</p>	<p>Tabuleiro de Jogo” Mind Game”.</p> <p>Cartas do jogo.</p> <p>1 Dado.</p> <p>6 Pinos.</p> <p>Bloco com folhas Canetas/ lápis.</p>	

As Intervenções Do Enfermeiro Especialista De Enfermagem Em Saúde Mental e Psiquiátrica Para Promover Uma Comunicação Terapêutica |

<ul style="list-style-type: none">• Promover a expressão de opiniões e emoções.• Gerir os conteúdos verbalizados. Promover a interação entre o grupo.• Avaliar as expectativas finais do grupo.• Encerrar a sessão.	10 minutos 5 minutos	
--	-------------------------	--

BIBLIOGRAFIA

- Melo-Dias , C. (2014). INVESTIGAR HABILIDADES DE CONVERSAÇÃO EM ADULTOS COM ESQUIZOFRENIA. Em C. Sequeira, J. C. Carvalho, & L. Sá (Ed.), *E-book – IV Congresso Internacional ASPESM* (pp. 58-69). Porto: ASPESM. Obtido em 28 de 04 de 2023, de file:///C:/Users/alpal/Downloads/Ebook_IV_Padresdequalidadeemsademental.pdf
- OE. (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. OE. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Olson-Morrison, D. (february de 2017). Integrative Play Therapy With Adults With Complex Trauma: A Developmentally-Informed Approach. *International Journal of Play Therapy* , 26(3), 172-183. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pla0000036>

Apêndice 4: Plano Formação para Apresentação do Projeto a Equipa

Planeamento da sessão de formação			
Sessão: Jogo de Tabuleiro “Mind Game”			
Rúblico-alvo	Enfermeiros e Terapeuta Ocupacional		
Local da intervenção	Sala de reuniões/formação na unidade de internamento de psiquiatria de agudos.	Duração:	45 minutos
		Avaliação:	10 minutos
Objetivo da intervenção:	Dar a conhecer o projeto de intervenção – O tabuleiro de jogo “Mind Game”		
Objetivos Específicos:	<p>1: Descrever o enquadramento do Projeto de Estágio “Jogo tabuleiro Mind Game” no âmbito das competências específicas do EEESMP.</p> <p><u>Conteúdo:</u> Descrição do enquadramento do projeto de estágio com as quatro competências específicas do EEESMP.</p> <p>2: Especificar quais os objetivos do projeto <i>Mind Game</i>.</p> <p><u>Conteúdo:</u> Especificação dos objetivos gerais e específicos do jogo <i>Mind Game</i>.</p> <p>3: Conhecer a estrutura e metodologia do jogo <i>Mind Game</i>.</p> <p><u>Conteúdo:</u> Especificação dos objetivos gerais e específicos do jogo <i>Mind Game</i>.</p> <p>4: Deixar espaço para esclarecimento de questões.</p> <p><u>Conteúdo</u> Esclarecimento de questões que possam ter surgido durante a sessão.</p>		
Data Prevista: 26 janeiro 2023 às 11 horas.			
<p>A ludoterapia é uma abordagem terapêutica extremamente reconhecida e utilizada com as crianças e adolescentes, no entanto existem poucos estudos que reconheçam o potencial que esta terapia tem para com os adultos que sofreram traumas (Olson-Morrison, 2017).</p> <p>A mesma autora refere que a ludoterapia é uma ferramenta extraordinariamente poderosa para trabalhar com adultos com traumas complexos justificando que o fato de se brincar aborda áreas de desenvolvimento social, emocional e cognitivo comprometidos pela exposição cronicidade ao trauma interpessoal (Olson-Morrison, 2017).</p> <p>A atividade lúdica, aplicada a pessoa com patologia mental, insere-se no num dos princípios da reabilitação social que é oferecer a pessoa com patologia mental “oportunidade de atingir o seu máximo potencial de funcionamento independente na comunidade, ensinando-lhes o desempenho de habilidades físicas, emocionais, e intelectuais necessárias à vida em autonomia, no nível mais alto possível de bem-estar, e com a menor ajuda possível dos profissionais de saúde” (Melo-Dias , 2014, p. 60).</p> <p>“A psicoeducação não é um tratamento — é projetada para ser parte de um plano global de tratamento. “Como exemplo, o regulamento, em questão, refere que “conhecimento de uma doença é crucial para os indivíduos e sua rede de apoio poderem ser capazes de conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença” (OE, 2015b, p. 17039).</p>			
Métodos e técnicas:	Recursos		

Método expositivo Método ativo	- Computador. - Projetor de imagem. - Folhas de papel e canetas. - Tabuleiro de Jogo " Mind Game". - Cartas do jogo.
Avaliação	Uma Palavra que definisse o projeto.

BIBLIOGRAFIA

- Melo-Dias , C. (2014). INVESTIGAR HABILIDADES DE CONVERSAÇÃO EM ADULTOS COM ESQUIZOFRENIA. Em C. Sequeira, J. C. Carvalho, & L. Sá (Ed.), *E-book – IV Congresso Internacional ASPESM* (pp. 58-69). Porto: ASPESM. Obtido em 28 de 04 de 2023, de file:///C:/Users/alpal/Downloads/Ebook_IV_Padresdequalidadeemsademental.pdf
- OE. (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. OE. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Olson-Morrison, D. (february de 2017). Integrative Play Therapy With Adults With Complex Trauma: A Developmentally-Informed Approach. *International Journal of Play Therapy* , 26(3), 172-183. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pla0000036>