



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

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

A Intervenção Terapêutica do EESMP com Mediadores de Expressão, na gestão da ansiedade da pessoa internada com perturbação mental

Sandra Sofia Gouveia de Almeida

Orientação: Professora Paula Leal

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

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

**A Intervenção Terapêutica do EESMP com
Mediadores de Expressão, na gestão da
ansiedade da pessoa internada com perturbação
mental**

Sandra Sofia Gouveia de Almeida

Orientação: Professora Paula Leal

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professor Adriano Pedro

Arguente: Professora Maria Fátima Marques

Orientador: Professora Paula Leal

Setúbal, 2023

“A Enfermagem é uma arte e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor pois o que é tratar da tela morta ou do frio do mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes poder-te-ei dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

“Os cuidados de enfermagem são uma arte – a arte da enfermagem – porque o seu resultado para um beneficiário de cuidados provém sempre de um ato único de criação.”

Hesbeen, 2000

AGRADECIMENTOS

Desde o ingresso neste Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, experienciei, por vezes de forma dolorosa, todo crescimento pessoal, científico e profissional de que fui alvo ao longo deste percurso. Agora na reta final sinto a necessidade de elogiar e referenciar condignamente algumas das pessoas que me ajudaram, ouviram os meus lamentos, os meus receios, foram o meu apoio nas horas difíceis e noites longas em que precisava de uma força do “além” para prosseguir.

À Professora e orientadora Paula Leal, pelo voto de confiança, por acreditar no meu potencial (tantas vezes por mim duvidado), pela motivação em ir mais além, pelo incentivo e desafio constantes.

Às enfermeiras orientadoras em ambos os estágios que com dedicação e profissionalismo sempre me encaminharam, indo mais além.

A todos os colegas que se cruzaram comigo nesta etapa de aprendizagem, nomeadamente a vocês Paula, Rita e Vanessa, que desde o primeiro dia me ajudaram a integrar e a crescer enquanto pessoa e profissional. Com vocês o amargo virou doce.

A todas as outras pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste projeto.

A ti Nuno, por nunca desistires de mim.

Aos meus filhos, Gonçalo e Diogo, os meus grandes amores, por toda a colaboração e incentivo diário, e pelos jantares improvisados por vós e paciência. AMO-VOS

E por fim, a ti minha mãe, que no meio desta jornada decidiste seguir a tua Viagem, obrigada por me ensinares a nunca desistir.

A todos vós, muito obrigada!

RESUMO

O Relatório descreve o percurso desenvolvido durante os estágios I e estágio final num departamento de saúde mental e psiquiátrico de um Hospital do sul do país. Tem como temática “Gestão da ansiedade com recurso a mediadores expressivos na pessoa com perturbação mental grave internada”.

A Ansiedade está descrita como a perturbação mental mais prevalente e presente na vida adulta, e é, também, uma das perturbações de saúde mental mais diagnosticadas em pessoas com perturbação mental internadas. A nível mundial, 301 milhões de pessoas sofrem com esta perturbação que pode ter múltiplas causas, devendo por isso, ser analisada individualmente com base na história pessoal e social de cada pessoa.

Como principal objetivo, pretendemos aprofundar o cuidado relacional de ajuda como alicerce das intervenções psicoterapêuticas não farmacológicas a realizar, com vista à capacitação da pessoa na gestão da sua ansiedade.

Neste sentido, tivemos como opção metodológica o processo de cuidados de enfermagem tendo por base um programa de intervenção composto por seis sessões. Todas as sessões foram complementadas pelo uso de mediadores de expressão com o intuito de aumentar conhecimentos, informar, explicar, ensinar sobre a ansiedade da pessoa com perturbação mental internada, capacitando-a para a sua gestão.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica; Relação de Ajuda, Intervenção Terapêutica com Mediadores de Expressão, Ansiedade da pessoa com perturbação mental.

ABSTRACT

The report describes the pathway developed during Stage I and Final Stage in a mental and psychiatric health department of a Southern Hospital. It has as its theme “Management of anxiety with the use of expressive mediators in the person with serious mental disorder interned”.

Anxiety is described as the most prevalent and present mental disorder in adult life and is also one of the most diagnosed mental health disorders in people with hospitalized mental disturbances. Globally, 301 million people suffer from this disorder, which can have multiple causes, and should therefore be analyzed individually based on the personal and social history of each person.

As the main objective, we intend to deepen relational care of help as the foundation of the non-pharmacological psychotherapeutic interventions to be carried out, with a view to empowering the person in the management of their anxiety.

In this sense, we had as a methodological option the nursing care process based on a program of intervention consisting of six sessions. All sessions were complemented by the use of expression mediators with the aim of increasing knowledge, informing, explaining, teaching about the anxiety of the person with interned mental disorder, empowering them for their management.

KEYWORDS: Mental and Psychiatric Health Nursing; Relationship of Help, Therapeutic Intervention with Expression Mediators, Anxiety of the Person with Mental Disorder

SIGLAS

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

IP– Instituto Politécnico

ME – Mestrado em Enfermagem

OMS – Organização Mundial da SaúdeOE – Ordem dos Enfermeiros

ONU – Organização da Nações Unidas

OPSS – Observatório Português dos sistemas de saúdePNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

RA – Relação de Ajuda

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos EnfermeirosRIL – Revisão Integrativa de Leitura

RT – Relação TerapêuticaUC – Unidade Curricular

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Dados sociodemográficos dos participantes	53
Quadro 2: Avaliação da atividade 1	64
Quadro 3: Avaliação da atividade 2	64
Quadro 4: Avaliação da atividade 3... ..	65
Quadro 5: Avaliação da atividade 4... ..	65
Quadro 6: Avaliação da atividade 4 (replicação)	66
Quadro 7: Avaliação da atividade 5	66
Quadro 8: Avaliação da atividade 6... ..	67
Quadro 9: Avaliação de satisfação dos participantes.....	67

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE 1 – CUIDAR DA PESSOA COM PERTURBAÇÃO MENTAL NO INTERNAMENTO	13
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1- A PESSOA COM PERTURBAÇÃO MENTAL INTERNADA: BREVE CARACTERIZAÇÃO	13
1.2 - A ANSIEDADE/FOCO DE INTERVENÇÃO DO EESMP	16
1.3 - ENQUANDRANDO A INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA DO EESMP NA GESTÃO DA ANSIEDADE DA PESSOA COM PERTURBAÇÃO MENTAL INTERNADA	20
1.3.1 - Modelo de sistemas de Betty Neuman	27
1.3.2 - Modelo Jacques Chalifour	29
1.3.3 - Evidência da revisão integrativa da literatura	31
1.3.4 - Mediadores de expressão como estratégia de intervenção psicoterapêutica esocioterapêutica na relação de ajuda	32
2 - PERCURSO DA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	37
2.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	37
2.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DE AMBOS OS ESTÁGIOS	40
2.3 - OBJETIVOS DO ESTÁGIO I	41
2.4 - APRESENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA (ESTÁGIO I)	42
2.5 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS (ESTÁGIO I)	45
2.6 - OBJETIVOS DO ESTÁGIO II	47
2.7 - APRESENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA (ESTÁGIO II)	48
2.8 - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO	63
2.9 - DISCUSSÃO E REFLEXÃO DOS RESULTADOS	69
PARTE 2 – AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE EESMP2 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS	102
ANEXO 1 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘O MEU RETRATO’ (P2, P3, P4)	103
ANEXO 2 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘O MEU RETRATO’ (P1)	105
ANEXO 3 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘O MEU RETRATO’ (P4)	107
ANEXO 5 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘O MEU RETRATO’ (P3)	109
ANEXO 6 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘SAÚDE MENTAL’ (P9, P12, P14)	111
ANEXO 7 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘SAÚDE MENTAL’ (P15)	113

ANEXO 8 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ' VIDA SAUDÁVEL '	115
ANEXO 9 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ' VIDA SAUDÁVEL ' (P17)	117
ANEXO 10 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE 'RELAXAMENTO'	119
ANEXO 11 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ' ANTES E DEPOIS ' (P20, P22, P25)	121
ANEXO 12 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE 'O MEU FUTURO' (P23, P24, P25, P27)	123
ANEXO 13 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE 'O MEU FUTURO' (P24)	125

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório, do 3º semestre, do 6º Curso de Mestrado de Enfermagem, ministrado no Instituto Politécnico (IP) de Setúbal (Escola Superior de Saúde) em associação com a com a Universidade de Évora, IP Portalegre, IP Beja e IP Castelo Branco, área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, e pretende dar resposta ao método de avaliação da mesma, que consiste na produção de um relatório de estágio de natureza profissional com discussão pública.

De acordo com Azevedo & Azevedo (2006) um relatório é um documento de grande relevo devido: ao grau de atualidade que contém, à facilidade de leitura que deve ter e ao seu caráter operacional e prático. Este “deve enunciar o que foi feito, porque foi feito, apresentar os dados recolhidos, segundo o método escolhido e criar novos conhecimentos com base numa proposta de interpretação desses dados recolhidos” (p.66). Assim sendo, a construção deste relatório possibilitou a consolidação de conhecimentos, mas também a tomada de consciência de possibilidades e fragilidades. Realizou-se um percurso não só prático, mas também teórico, que permitiu mobilizar saberes e desenvolver competências no âmbito da intervenção do EESMP. Este relatório pretende ser um momento de análise crítica, reflexão e avaliação, deixando transparecer o desempenho nos estágios frequentados, de acordo com os objetivos traçados.

Segundo o Decreto-Lei nº 113/2021, as perturbações mentais e problemas de saúde mental, continuam a apresentar-se como a primeira causa de incapacidade em Portugal. As perturbações mentais surgem com uma prevalência de 22,9%, ocupando o nosso país, o segundo lugar a nível europeu.

Sabendo que *“os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, assim como evitando a sua estigmatização, discriminação negativa ou desrespeito em contexto de saúde, e devem ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada (...)”* de acordo com a recente orientação da Base 13 da nova Lei de Bases da Saúde em anexo à Lei nº 95/2019 de 4 setembro, decidimos centrar-nos no âmbito da promoção e manutenção da saúde mental, enquanto áreas pertinentes para a escolha do tema de Projeto a ser implementado nos estágios.

No Relatório Mundial da Saúde Mental (WHO, 2022) constatamos que entre todas as perturbações mentais, as perturbações da ansiedade são as mais prevalentes e presentes na vida adulta. A nível mundial, em 2019, 301 milhões de pessoas têm diagnosticada esta perturbação. Assim sendo a nossa opção assentou no tema da gestão da ansiedade da pessoa internada com perturbação mental, através de mediadores de expressão.

Esta nossa opção assentou em três premissas: a primeira, relacionada com a adoção de um referencial de enfermagem de base humanista que considera a pessoa como tendo potencial de desenvolvimento e recursos; a segunda adota o conceito de pessoa como um sistema composto por particularidades biológicas, cognitivas, afetivas, sociais e espirituais, interligado com o meio Chalifour (2008), reforçando a singularidade do ser humano assim como a crença de que todas as pessoas detêm recursos internos que podem ser utilizados para lidar com as dificuldades da vida; e a terceira, considera os referenciais da profissão, que igualmente assumem o conceito de pessoa como

“um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (...) Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. A pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projeto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros. A pessoa é também centro de processos não intencionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.8,9)

Consideramos que a pessoa internada com perturbação mental tem recursos para potenciar a sua aprendizagem na gestão da ansiedade e, ao proporcionar-lhes uma intervenção de enfermagem favorecedora desta, acreditamos contribuir para o aumento do seu bem-estar, assim como capacitá-los para influenciarem positivamente a sua saúde.

Os estágios decorreram em dois contextos, mas ambos inseridos no mesmo Departamento de Saúde Mental e Psiquiátrico de um Hospital do sul do país. O primeiro ocorreu no Hospital Dia (Consulta Externa) e o segundo no serviço de internamento. No primeiro foi delineado um projeto, a nível individual, de intervenção de enfermagem com recurso a mediador expressivo, nomeadamente o recurso à história de vida através dos encontros que constituíram a entrevista clínica. No segundo demos continuidade ao projeto com atividades planeadas com o grupo de pessoas internadas, na área das intervenções de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico com recurso a mediadores de expressão.

Definimos como objetivos do relatório:

- Enquadrar conceptualmente e teoricamente o trabalho desenvolvido
- Apresentar o projeto de intervenção realizado
- Refletir sobre a relevância das intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas realizadas como futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica, no âmbito da gestão da ansiedade da pessoa com perturbação mental internada
- Descrever reflexivamente a aquisição das competências comuns, específicas e de mestre em Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica durante o mestrado e respetivos estágios.

O presente relatório encontra-se dividido em três grandes partes: na primeira parte apresenta-se todo o enquadramento conceptual de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, de abordagem sistémica e humanista; na segunda parte apresentamos todo o Percurso referente à prática clínica, onde descrevemos os instrumentos e intervenções desenvolvidas; e na terceira parte apresentaremos a descrição e reflexão da aquisição das competências do EEESMP, assim como as respetivas considerações finais.

O trabalho encontra-se redigido segundo o novo acordo ortográfico, a sua apresentação segue as normas de elaboração de trabalhos escritos do Instituto Politécnico de Portalegre e citações e referências bibliográficas seguem a 7ª edição da American Psychological Association (APA).

PARTE 1 – CUIDAR DA PESSOA COM PERTURBAÇÃO MENTAL NO INTERNAMENTO

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1- A PESSOA COM PERTURBAÇÃO MENTAL INTERNADA: BREVE CARACTERIZAÇÃO

“A Doença Mental não é sinal de malogro pessoal. Não acontece só aos outros.”

(Dr^a. Gro Harlem Brundtland, WHO 2002)

Comparativamente a outros países da Europa, Portugal, no início do séc. XIX, mostrava-se com algumas limitações no enquadramento legal e terapêutico relativamente aos seus “alienados”, sendo que todos eles estariam em cadeias ou em hospitais de carácter geral (Sena, 2003).

No seio de uma conjuntura favorável em meados do séc. XIX e num espírito empreendedor apareceram sinais consistentes quanto á assistência das pessoas com perturbações mentais. Foi nesta época que se passou a ver a psiquiatria como ciência, aspetos relacionados com assistência psiquiátrica em estruturas próprias foram legislados; igualmente no séc. XIX dá-se o nascimento da enfermagem como profissão, estimulando a enfermagem psiquiátrica e de saúde mental.

O *Hospital de Rilhafoles* (aberto em 1850) já sobrelotado, seria convertido em asilo para “alienados” de acordo com a Lei Sena (primeiro documento legislativo na psiquiatria), sendo que os serviços eram organizados e direcionados á assistência destes. As pessoas com perturbações, apelidados nesta época de “loucos, alienados”, eram retirados de suas famílias e institucionalizados em locais com práticas estruturadas e ordenadas. Estas pessoas frequentemente mantinham-se por tempo indeterminado, devido em grande parte pela carência de ferramentas terapêuticas no que respeitava ao entendimento e tratamento da perturbação mental acarretando consequências debilitantes e irreversíveis nas pessoas causadas por esta institucionalização (Sá, L., Candeias, A., Macedo, E., & Esteves, A. 2021).

Com o aparecimento dos psicofármacos (segunda metade século XX) e com o controle

dos sintomas da psicose, os enfermeiros puderam iniciar a relação terapêutica (RT) e realizar estudos de investigação, privilegiando e promovendo a (re)integração da pessoa com sintomatologia/patologia psiquiátrica na família e comunidade, de acordo com as metas atuais da Saúde Mental e Psiquiatria (Sequeira 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a saúde mental ultrapassa a simples ausência de perturbação e doença mental, referindo-se a um estado cognitivo, comportamental, emocional e de bem-estar, que se vai refletir no modo como as pessoas usam as suas competências ao lidar com todas as demandas e dificuldades no seu dia a dia, incluindo a forma como se relacionam, capacidade de amar, trabalhar e cooperar na comunidade. Assim sendo a OMS estimula a pensarmos a saúde mental das pessoas muito além das doenças e perturbações mentais que acometem estas.

Assim sendo, a perturbação mental abarca a alteração da capacidade de pensar, sentir, ter juízo crítico, de lidar com a realidade e de instituir relações interpessoais, podendo-se manifestar em diferentes níveis de gravidade.

Baseado nos dados epidemiológicos recolhidos nos últimos anos, os problemas com a saúde mental e as perturbações psiquiátricas tornaram-se no principal motivo de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e mortalidade nos países europeus. No Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1 em cada 5 Portugueses (23%) sofrem de uma perturbação mental, situando Portugal no segundo lugar na Europa no que concerne à prevalência de perturbações mentais, sendo que a maior percentagem encontra-se nas perturbações da ansiedade (16.5%) (Almeida e Xavier, 2013). Igualmente o mesmo estudo indica que graves problemas no acesso aos cuidados de saúde mental, uma vez que aproximadamente 65% das pessoas com patologia mental não receberam tratamento nos 12 meses anteriores ao levantamento de dados. Cerca de um sexto da população recorre a serviços de saúde mental e somente 1.7% procura ajuda nos serviços públicos.

Como coadjuvante temos a carência de profissionais especializados, nomeadamente de enfermeiros, uma vez que segundo a Comissão Europeia, o rácio português fica muito aquém da média europeia e concomitantemente o número de enfermeiros a trabalhar na saúde mental é também inferior ao necessário.

Podemos afirmar que a pessoa com perturbação mental muito raramente “pede” internamento, numa unidade psiquiátrica, com o motivo que se sentem infelizes ou por algum

sofrimento. As pessoas com perturbação mental, são normalmente internadas quando o seu comportamento/conduta provoca algum tipo de inconveniente, nomeadamente social. O internamento, apesar de necessário em muitas situações, pode igualmente ser responsável pela retirada da pessoa do seu contexto e todas as circunstâncias, promovendo a par com a perturbação, mais sofrimento e desconforto. Contudo, assim como em outras patologias, a perturbação mental frequentemente exige cuidados médicos e terapêuticos em internamento, no entanto existem outras respostas criadas para o seguimento da pessoa com perturbação mental, como na consulta externa ou hospital de dia com o objetivo de promover a reabilitação social.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2017-2020 continua a relatar insuficiências graves nos serviços de saúde mental, nomeadamente na acessibilidade, qualidade e equidade de cuidados, constatando-se ainda que no internamento continuamos a consumir a maior parte dos recursos. No entanto começam a surgir mais intervenções na comunidade, o que vai ao encontro com o Relatório Mundial de Saúde (OMS 2001) em que a prestação de cuidados às pessoas com perturbação mental crónica apresenta melhores resultados na comunidade em relação ao internamento institucional.

O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde de 2022 (OPSS) contrariamente ao descrito no de 2014, tendo em conta a Pandemia COVID-19, apresenta um decréscimo nos internamentos hospitalares (nomeadamente psiquiátricos) nos anos de 2019, 2020 e 2021, enunciando que segundo muitos autores aferiu-se que “a utilização de serviços de saúde diminuiu cerca de um terço durante a pandemia” (OPSS 2022, p.17). De modo que na maioria dos episódios, tal como no resto do Mundo, em Portugal “...o recurso à tele saúde foi a solução encontrada...” (OPSS 2022, p.17).

À semelhança do relatório a Norma COVID-19 Nº 011/2020 de 18/04/2020 recomenda “... critérios mais estritos de internamento (focados nas situações mais graves, de acordo com julgamento clínico e planeamento atempado das altas” (p. 6).

Concomitantemente não poderemos esquecer que Pandemia à parte, lembrando dados do mesmo Observatório de 2014, o internamento em Portugal, apresentava a maior taxa de consumo de recursos (83%) evidenciando a crescente procura de serviços de saúde mental e psiquiátrica, constatando-se um maior número de admissões primárias assim como de reinternamentos.

Estes dados preocupantes colidem e fazem-nos refletir, quando por exemplo observamos a Lei de Saúde Mental – Lei n.º 113/2021 em que refere ser da responsabilidade do Estado uma melhor saúde mental das pessoas, através da promoção, prevenção e identificação das perturbações mentais e dos seus efeitos secundários.

No mesmo sentido evoca que *“a Base 13 da nova Lei de Bases da Saúde, aprovada em anexo ao Dec Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, estabelece que os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, assim como evitando a sua estigmatização, discriminação negativa ou desrespeito em contexto de saúde, e devem ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada, prioritariamente ao nível da comunidade.”*

Igualmente no Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020, já se encontrava descrito nas múltiplas recomendações preconizadas pela equipa da OMS/WHO para a implementação do PNSM (Plano Nacional de Saúde Mental) e para resolução de problemas encontrados que se deveria:

- *“Aumentar a capacidade e a competência para tratar e apoiar pessoas com doenças mentais graves na comunidade...”*
- *“Formar as equipas dos cuidados de saúde primários para a identificação, o diagnóstico e o tratamento das pessoas com problemas de ansiedade e depressão” (p.25).*

1.2 - A ANSIEDADE/FOCO DE INTERVENÇÃO DO EESMP

Segundo a OMS não há saúde sem saúde mental, pelo que poder-se-á afirmar que a saúde mental seja conseguida através da capacidade que a pessoa demonstra na utilização das diversas estratégias de *coping*, para gerir situações de *stress* na sua vida, adquirindo um bem-estar físico, mental e social, permitindo-lhe um papel ativo na sociedade.

Ao considerar que não existe Saúde sem Saúde Mental (sendo esta demarcada por diversos fatores biológicos, socioeconómicos, genéticos e ambientais), a OMS menciona a Saúde Mental como um sistema dinâmico de pensamentos, sentimentos e emoções que por sua vez condicionam a atitude do ser humano dependendo da sua fase de vida (Towsend,2011). Poderemos então afirmar que uma boa saúde mental se apresenta como o alicerce para uma evolução estável relativamente às relações interpessoais, na vida familiar

e na integração social, considerando a capacidade adaptativa da pessoa perante situações de crise/stress ou mudanças com o objetivo de alcançar relações satisfatórias e na criação de um sentido para a vida.

A perturbação mental por sua vez, ao gerar um desequilíbrio no comportamento da pessoa e interferir com a sua parte funcional a nível familiar, laboral ou social, exige de nós enfermeiros o cuidar com vista a melhorar e recuperar a sua saúde, uma vez que as *“pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam.”*

De acordo com o Relatório de Saúde STADA 2022 (onde foram inquiridos 30 mil europeus, dos quais 1997 foram portugueses) 59% das pessoas referiu pelo menos uma vez na vida sentir-se perto de um *burnout*, estimando-se que em 100 pessoas, 30 venham a desenvolver problemas de saúde mental e 12 desenvolvam doença mental grave. Como também já referido em outros estudos e reforçado pela ONU (Organização das Nações Unidas) a ansiedade (31%) revela-se ser a perturbação mais comum a nível mundial.

Tal como temos vindo a enunciar, a saúde mental não é só a ausência de doença, este lema vai ao encontro do “Plano de ação abrangente de saúde mental 2013-2030” (OMS), onde surge a necessidade de mudarmos/transformarmos as nossas atitudes, comportamentos, ações e métodos para a promoção e proteção da saúde mental. Todos os esforços encaminham-se para uma sociedade onde todas as pessoas possam exercer os seus direitos humanos com acesso a cuidados de saúde mental especializados de qualidade, sendo que com estas ações estamos a minimizar o sofrimento e a otimizar a dignidade das pessoas, promovendo o desenvolvimento da sociedade.

Atualmente a temática da ansiedade encontra-se cada vez mais presente entre todos, consequente do ritmo de vida, do aumento dos níveis de stress e das próprias expectativas apresentadas às pessoas. Conotada muitas vezes de forma negativa a ansiedade caracteriza-se por um conjunto de sentimentos desencadeados por preocupações ou medos que ajudam a pessoa a responder de forma adequada a estímulos, aumentando os níveis de concentração na resolução do problema. Na verdade, a ansiedade não patológica, tem como função a proteção do organismo perante o perigo (Rebelo e Carvalho, 2015).

Quando a pessoa não consegue manter a ansiedade em níveis baixos e esta interfere com a funcionalidade diária esta torna-se problemática, Peplau 1963 (citado por Townsend, 2011) reconheceu quatro níveis de ansiedade: ligeiro, moderado, grave e pânico e salienta a importância de os enfermeiros saberem distinguir os diferentes níveis, para uma intervenção personalizada.

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2016) ansiedade é uma emoção negativa, percepção de ameaça, perigo ou angústia. Para a American Psychiatric Association (APA, 2014) a intensidade da ansiedade a sua duração, interferência e frequência com que acontece difere do estado normal à ansiedade patológica. Para esta entidade, a ansiedade é definida como uma apreensão expectante exacerbada por um conjunto de acontecimentos que sucedem em mais de metade dos dias, com impacto no dia a dia, por um período de pelo menos seis meses com associação de sintomas que poderão ser: inquietação, dificuldade de concentração, irritabilidade, faticabilidade, tensão muscular e perturbações no sono.

O aumento da prevalência de perturbações relacionadas com a saúde mental tem exigido aos profissionais uma crescente adaptação e adequação dos cuidados face a esta realidade. Posto isto e no âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), é imperativo capacitar as pessoas para a aprendizagem de intervenções terapêuticas no controlo e redução de sintomas na ansiedade. O EEESMP ao traçar um plano de cuidados de enfermagem para a pessoa com ansiedade deve equacionar intervenções que possibilitem a mudança nos níveis de ansiedade assim como ajudar na identificação de fatores desencadeantes da ansiedade em si.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica são atividades de intervenção clínica (autónomas ou interdependentes) alicerçadas em relações de confiança em associação com o cliente, família e grupos de comunidade, estas intervenções podem assumir carácter psico e socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (OE, 2018).

Enquanto futuros EEESMP devemos compreender o sofrimento e a perturbação mental de cada pessoa, assim como os efeitos desses problemas na sua vida, percebendo o seu potencial de recuperação sem esquecer que a saúde mental encontra-se interligada a uma série de fatores circunstanciais. Particularmente *“...a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de*

transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.” (OE ,2018p.21427)

Enquanto profissionais de saúde poderemos considerar a comunicação como uma ferramenta essencial no desempenho da nossa atividade profissional, a comunicação é considerada uma das características importantes que define a qualidade das intervenções em enfermagem. A forma como comunicamos pode desenvolver vínculos emocionais de ajuda e suporte promovendo um ambiente produtivo adequando melhores cuidados á pessoa. Chalifour salienta a importância da comunicação como sendo uma ferramenta basilar para a construção da relação de ajuda, mostrando-se uma essencial intervenção em cuidados de enfermagem. Segundo o mesmo autor refere que a comunicação deve ser clara, coerente mantendo uma relação benéfica com o objetivo de promover a confiança e segurança da pessoa. A abordagem de Chalifour enuncia igualmente que esta comunicação deve ser alicerçada em quatro premissas: a escuta ativa, empatia, esclarecimento e planeamento. Sendo que na escuta ativa envolvemos a atenção, compreendendo as preocupações e necessidades da pessoa, através da empatia colocamo-nos no lugar da pessoa abarcando os seus sentimentos e emoções, e transversalmente ao usar uma linguagem clara e simples os enfermeiros esclarecem todas as informações necessárias colaborando com as pessoas para desenvolver um plano de cuidados personalizado.

Para Phaneuf (2002) numa comunicação as trocas abarcam dois elementos principais – a parte informativa, relacionada ao domínio cognitivo (o quê da mensagem), e a parte afetiva unida á forma como é transmitida (o como); fazendo da comunicação um processo de (cri) eciação de partilha, de troca de sentimentos e emoções entre pessoas.

Podemos encontrar na literatura a existência de uma panóplia de elementos verbais e não-verbais no processo comunicativo, estimando-se que somente cerca de 7% de todo o significado é verbal, 38% por sinais paralinguísticos e finalmente 55% por gestos corporais. A comunicação fornece então uma perceção mais consciente e totalizadora da comunicação e a sua utilização no dia a dia acresce a capacidade de prestarmos atenção a tudo o que não envolva palavras conduzindo a estratégias mais apropriadas. A comunicação na saúde carece de ser terapêutica, pois objetiva o cuidado favorecendo a autoconfiança, a tranquilidade, a empatia, respeito, individualidade e ética pela pessoa cuidada. Ou seja, as utilizações de terapias com mediadores de expressão possibilitam diversos benefícios estabelecendo-se uma melhor comunicação, uma expressão emocional significativa e um maior autoconhecimento, aumentando a capacidade de pensar e criar. Desta forma, este processo melhora o estado físico, mental e emocional das pessoas, reduzindo o stress. (Ferraz,2007)

Enquanto EEESMP ao utilizarmos intervenções comunicacionais como terapêutica, como coadjuvante das intervenções farmacológicas, vamos com certeza ter uma melhor gestão da ansiedade na pessoa com perturbação mental.

Sendo a comunicação uma das ferramentas preponderantes para promover a humanização dos cuidados é fundamental que as pessoas se sintam ouvidas e compreendidas. Concomitantemente uma comunicação adequada através da escuta ativa tem igualmente como objetivo minimizar a apreensão e angústia, salientando outras vertentes além da queixa inicial principal, recolhendo informações de uma forma acolhedora e humanizada. A escuta ativa vai permitir que o EEESMP através da sua postura de interesse, expressões de estímulo á continuidade da fala e relação de confiança entre ambos, identifique a queixa principal da pessoa, apresentando estratégias e ferramentas que permitam um ambiente acolhedor de todo o relato do seu sofrimento, promovendo assim uma redução da ansiedade e o medo. Townsend,2011 chega mesmo a salientar que *“Escutar ativamente é prestar atenção ao que o cliente diz, verbal e não-verbalmente. A escuta ativa cria um clima no qual o cliente pode comunicar. Através da escuta activa, o enfermeiro comunica a aceitação e respeito pelo cliente, e a comunicação melhora”* p.139.

1.3 - ENQUANDRANDO A INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA DO EESMP NA GESTÃO DA ANSIEDADE DA PESSOA COM PERTURBAÇÃO MENTAL INTERNADA

As pessoas com perturbação mental que se encontram internadas experienciam na sua maioria, fortes sintomas de ansiedade que interferem com a sua funcionalidade quotidiana, por se apresentarem tão incapacitantes. O EEESMP através da intervenção terapêutica demonstra um papel crucial na gestão da ansiedade, ajudando a reduzir os sintomas e melhorando a qualidade de vida da pessoa, uma vez que estas intervenções podem ser adaptadas às necessidades e preferências de cada um.

Na enfermagem, a intervenção terapêutica deve ser baseada numa ideologia teórica e ser uma intervenção estruturada e organizada por um EEESMP. É importante que a pessoa desempenhe um papel ativo no seu processo de autoconhecimento/ tomada de consciência em que os objetivos e metas sejam definidos em conjunto, por esta e o profissional. A relação interpessoal, comunicação e ajuda mútua são fundamentais para o sucesso da intervenção, que tem como objetivo e mudança de comportamento e a melhoria de saúde para a pessoa (Sampaio, Sequeira & Lluch Canut, 2018).

Além de todas as atividades interdependentes o EEESMP, executa intervenções autónomas de âmbito psicoterapêutico, sendo estas, organizadas e orientadas para o aqui e agora, e apresenta como pressuposto que os problemas e perturbações da pessoa são devidas a distorções na maneira como o pensamento se apercebe de si, do mundo e do futuro. (Townsend,2011)

As intervenções de âmbito psicoterapêutico apresentam como finalidade que a pessoa possa conviver na plenitude com o que faz, pensa e diz, o que nos leva imperativamente a adotar um processo que envolva dimensões básicas humanas. Ribeiro (1999) elucida ainda que, pensar, agir e falar na sua máxima, é utilizar o poder humano de forma essencial e sem qualquer tipo de incertezas. Existindo uma necessidade de mudança, pretende-se que as intervenções de âmbito psicoterapêutico facilitem a “a descoberta de si”, permitindo olhar para dentro de si e percebendo-se de uma forma positiva, pois ao conviver com sentimentos de esperança e de transformação, delegará para secundário as “causas da desgraça”. Ao responsabilizar-se por si e de interagir com o mundo de forma produtiva, entende-se a pessoa humana por real e concreta e não abstrata, encontrando-nos no domínio do aqui e agora.

Segundo a OE na “...na prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem aos EEESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica distinta das outras áreas de especialidade” (OE,2018, p.21427). As competências específicas do EEESMP definem, igualmente, que este recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da sua prática em saúde mental, através de funções de terapeuta de referência, da elaboração e supervisão de planos de cuidados individualizados, coordenação da passagem de utente/família entre situações de cuidados de saúde mental e na elaboração de relatórios da situação clínica do utente (OE,2018, p.21429).

A ansiedade é uma das perturbações de saúde mental mais diagnosticados em pessoas internadas. Existem várias abordagens para diminuir e/ou controlar a ansiedade, sendo que os tratamentos comuns são a farmacoterapia e terapia cognitivo-comportamental. Terapias com recurso a mediadores de expressão, nomeadamente a arteterapia, têm sido apontadas na literatura como sendo eficazes na diminuição da ansiedade, podendo ser utilizadas pelo EEESMP em pessoas com perturbações mentais graves que estejam internadas.

A maioria das pessoas em internamento demonstra níveis elevados de ansiedade, porém quando é possível analisar essas dificuldades com um enfermeiro especialista que evidencie compreensão, interesse, empatia, essa ansiedade tem tendência a diminuir (Towsend, 2011).

A relação enfermeiro-cliente é o suporte para que uma enfermagem psiquiátrica se estabeleça, relação essa onde os dois participantes se devem reconhecer como seres humanos singulares e essenciais.

A relação entre enfermeiro e pessoa como ferramenta terapêutica na Enfermagem começou a ser estudada no final dos anos quarenta. Hildegard Elizabeth Peplau, em 1952, publicou a sua obra “As relações interpessoais na enfermagem” que definiu de forma organizada e científica o papel relacional do enfermeiro. De acordo com Peplau, esse é baseado na criação de relações interpessoais num processo gradual, com o objetivo de ajudar a pessoa a compreender o que está acontecendo e que esta se adapte ao seu contexto de vida (Peplau,2003).

Peplau considera a enfermagem como um processo terapêutico e interpessoal, com o objetivo de promover o desenvolvimento da personalidade tanto individualizado como na comunidade, assim sendo, a função da enfermagem vai ao encontro do uso de princípios e métodos que facilitem e orientem a solução de problemas interpessoais (Peplau,1990).

Peplau mostrou interesse por alguns focos fundamentais, concretamente o da ansiedade, onde ao focar a sua atenção neste estado o caracterizou como comportamentos associados á vida de cada pessoa (Santos et al 2004). Assim para uma intervenção eficaz o EEESMP deve pesquisar na pessoa as decisões, (através da interação) para a resolução do problema, mostrando-se só possível se esta atuar como agente modificador de uma maneira ativa. Através de uma relação de confiança entre profissional/pessoa é possível que a pessoa com perturbação ultrapasse a situação e que crie em si estratégias para enfrentar situações geradoras de ansiedade.

Para Peplau (1990) o centro da ação do EEESMP assenta na qualidade da relação interpessoal instituída na interação entre enfermeiro/pessoa, em que ambos partilham o “crescimento pessoal” através de um processo ativo. De salientar que na sua teoria, a autora, refere a importância do enfermeiro como agente terapêutico, para a resolução de problemas através de si mesmo, e ao potenciar estas competências, acredita que o enfermeiro consiga uma aproximação cada vez mais ativa da pessoa Santos et al., (2004).

A partir da obra de Peplau, outros estudos surgiram, destacando a importância da intervenção relacional da Enfermagem e reforçando a ideia do papel fundamental do enfermeiro na relação com a pessoa com perturbação. Estes estudos identificaram as

necessidades e dificuldades da pessoa com perturbação e enfatizam a relevância do desenvolvimento conjunto de um processo de ajuda para que a pessoa possa expressar o significado do seu comportamento, compreendendo as suas dificuldades encontrando forma de as ultrapassar.

“Deve um enfermeiro fazer coisas para o doente ou podem as relações participativas ser enfatizadas de modo que o enfermeiro faça coisas com o doente ... É provável que o processo de enfermagem seja educativo e terapêutico quando o enfermeiro e o doente se conhecem e respeitam mutuamente, como pessoas iguais, no entanto, diferentes, e como pessoas que partilham a solução do problema. (Towsend, 2011 citando Peplau).

A RT consta de um cuidado centrado na pessoa e envolve habilidades de comunicação e empatia, um ambiente seguro sem juízo de valores e planificação de objetivos terapêuticos realistas e com contributo da díade enfermeiro/pessoa (Towsend, 2011).

Tal como muitos autores citam, os cuidados de enfermagem, concentram-se nas relações interpessoais, uma vez que o relacionamento humano apresenta-se como o componente mais caracterizador na enfermagem. Deste ponto de vista a relação pode e deve ser considerada como intervenção no processo de cuidados de enfermagem. Lopes (2011) enuncia que, na enfermagem, a relação entre enfermeiro e a pessoa com perturbação é crucial por duas razões, á partida são os enfermeiros os profissionais que passam mais tempo com as pessoas, em segundo porque esse contacto pode tornar-se mais íntimo em determinadas situações, podendo causar desconforto tanto para a pessoa quanto para o profissional.

Por outras palavras, tal como Rogers (2010), este entende a relação de ajuda (RA) como uma situação em que uma pessoa assiste a outra a descobrir-se, a expressar-se e utilizar melhor os seus recursos internos, sendo um processo em que um dos envolvidos promove uma maior compreensão, expressão e uso efetivos dos seus recursos.

Neste mesmo livro o autor, inicia uma reflexão significativa sobre o desafio de ajudar pessoas em situação de perturbação e conflito, questionando se possui os recursos, conhecimento e competências e força psicológica suficientes para as ajudar. Esta interrogação pensamos ser relevante para todos nós enfermeiros, uma vez que a dúvida leva-nos em busca de maior conhecimento e experiência para melhorar a nossa capacidade de ajudar as pessoas.

Será de todo premente mencionar que foi no decorrer deste Mestrado que despertámos

em nós toda a importância “real” da relação terapêutica, levando-nos a uma pesquisa e reflexão intensa, e fomentando em nós o desejo de a “utilizar” no nosso contexto clínico.

Para Rogers o papel dos sentimentos e da experiência são fundamentais como fator de crescimento e apresentam-se como o “caminho” para um verdadeiro desenvolvimento do ser humano. Referindo ainda que, qualquer pessoa detém no seu interior habilidades para obter comportamentos de saúde com vista a um crescimento positivo em situações mais desfavoráveis (1999).

A imensidão de vários recursos, que a pessoa dispõe, possibilita a manutenção do seu equilíbrio quando confrontada com diversas condições ambientais, sendo este equilíbrio baseado no fenómeno de habituação sujeito a uma estimulação intensa e continuada. Espera-se assim e segundo Rogers (2009) “*provocar uma mudança construtiva na personalidade e comportamento de pessoas perturbadas ou mal-adaptadas que procuram ajuda*” (264).

A instituição de uma RA não depende só da vontade da pessoa, o enfermeiro tem de ser genuíno, aceitando a pessoa para que a relação funcione. Outro autor relevante na RA é Chalifour (2008) que apresenta um modelo de intervenção de ajuda profissional. Este baseia-se no ideal de que as pessoas têm uma propensão natural para desenvolver as suas capacidades e que possuem recursos inatos para o desenvolvimento pessoal em interação com o ambiente. Assim a ajuda profissional deve ser estabelecida por quatro componentes fundamentais: a pessoa que recebe ajuda, o profissional que intervém, o contexto/ambiente em que a ajuda é prestada e os processos de relação entre profissional e pessoa com perturbação. Sendo a pessoa referida como um sistema aberto (pessoa com perturbação e profissional) e em permanente interação com o ambiente, o enfermeiro deve deter um profundo conhecimento de si e utilizar-se como instrumento terapêutico, para benefício da relação, que deve ser marcada pelo respeito, aceitação, compreensão, acolhimento e esperança Chalifour, (2008).

Segundo o mesmo autor, a pessoa é um ser possuindo características biológicas, cognitivas, emotivas, sociais, e em interação com o ambiente, apresentando-se como um ser holístico. O enfermeiro deve, portanto, adquirir conhecimentos científicos relativos à problemática da perturbação, mas obter igualmente, conhecimentos psicossociais decorrentes do problema. Chalifour enuncia como capacidades principais para o profissional: capacidade ligada ao contacto, capacidade na comunicação verbal e não verbal e capacidade em acompanhar os diversos processos manifestados na relação.

De acordo com Goleman (2011), a aptidão emocional é crucial para todos os aspetos da vida e consiste em cinco qualidades distintas: autoconhecimento, gestão de emoções, auto-motivação, empatia e gestão de relacionamentos. O autoconhecimento pode-se definir como a base da inteligência emocional, envolvendo a capacidade de reconhecer e compreender as nossas emoções e como estas afetam o nosso comportamento e desempenho, sendo o suporte para uma habilidade mais ampla (inteligência emocional) o autoconhecimento emocional abarca fatores do nosso “eu”, tais como, o carácter, crenças, ideias, comportamentos, valores e sentimentos. Concomitantemente, a gestão de emoções é a habilidade de lidar com emoções de forma adequada e ativa, requerendo um profundo autoconhecimento. Todas as pessoas podem aperfeiçoar a sua aptidão emocional através de intervenções adaptadas de educação e treino emocional.

Damásio (2013) enuncia que é a partir da relevância e sentido que cada um de nós dá às situações, que embarga ou não o progresso da emoção. Para este autor a gestão de emoções apresenta-se interligada á forma ativa como lidamos com momentos de ansiedade, stress, raiva e tristeza. Pessoas com dificuldades neste âmbito, escravizadas e dominadas pelas próprias emoções, sentem-se frustradas e experimentam um grande sofrimento. Ao contrário, as que conseguem gerir mais eficazmente as suas emoções revelam superar os desafios tanto pessoais como profissionais, “*Conhece-te a ti mesmo*” (Goleman).

O EEESMP deve ser capaz de retribuir um feedback construtivo orientando a pessoa a ultrapassar as dificuldades e alcançar os seus objetivos, através dos seus recursos pessoais e habilidades, aliás o objetivo da relação, idealmente, deve ser estruturado entre enfermeiro/pessoa “... o *objetivo tem a ver com a promoção da aprendizagem e do crescimento num esforço de fazer alteração na vida do cliente*” (Towsend, 2011 p.122) Sendo centrada na pessoa e baseada numa conexão empática, o objetivo primordial é promover o bem-estar mental e emocional da pessoa alcançando uma vida mais satisfatória e, por conseguinte, mais saudável.

É crucial que o EEESMP obtenha, por parte da pessoa, um aumento da sua tomada de consciência de si no que diz respeito á sua saúde, e que de alguma forma este adquira competências individuais para o desenvolvimento de ferramentas com vista á resolução de problemas. Na RT o uso do “*si*” pode-se considerar como um instrumento terapêutico que visa a pessoa a desenvolver a autoconsciência e a autorreflexão, ajudando no seu autoconhecimento e autoestima, consequentemente esta poderá responsabilizar-se pelas

suas ações e pensamentos.

A intervenção terapêutica nas pessoas com perturbação mental diagnosticada, reforça e fomenta a relação enfermeiro/pessoa ajudando a uma relação de ajuda eficaz, de confiança e duradoura durante o internamento, e através da qual possibilita-se que estes expressem emoções e sentimentos, mas também procuramos capacitá-los com o recurso à aprendizagem de técnicas e estratégias que o ajudem na diminuição dos níveis da sua ansiedade.

Com estas intervenções psicoterapêuticas o EEESMP vai conseguir avaliar a capacidade de interação da pessoa a nível singular, mas também no grupo.

Kurt T. Lewin, foi pioneiro na utilização da “dinâmica de grupo”, sendo que este autor propôs que a compreensão da dinâmica de grupo fosse crucial para o desenvolvimento das intervenções eficazes e positivas em contexto de grupo (Pasqualini, J., et al,2021).

A partir de segunda guerra mundial a dinâmica de grupo começou a surgir, no entanto, só no final da década de 30 é que se iniciaram as suas pesquisas.

O objetivo da dinâmica de grupo compreende em

“estudar a natureza (ou estrutura) dos pequenos grupos; a dinâmica da vida grupal e o seu funcionamento, assim como o seu processo de desenvolvimento, fenômenos e princípios que lhe regem, as forças psicológicas e sociais que lhe influenciam (como por exemplo, forças de atração, rejeição, coesão, a liderança, a resistência à mudança, a interdependência, etc.)” Ramalho.C.M.(2010 p. 7).

Já para Kurt, seu impulsionador e pesquisador, apresenta como sua inquietação principal o estudo de grupos pequenos nas suas dimensões existenciais e verdadeiras, abrangendo a relação verdadeira, a criatividade e objetivos tangíveis, e para isso utiliza uma liderança eficaz, com técnicas funcionais e facilitadoras e percebendo como se processam os mecanismos de atração interpessoais Mailhiot (1991) citado por Ramalho C. M., (2010).

Diversos autores definem grupos de diferentes formas, mas todos concordam que para um grupo existir, é necessária interação entre os membros e objetivos comuns. Algumas definições apontam mesmo que o compartilhar de certas normas em tarefas seja fundamental para que se considere um grupo e não um aglomerado de pessoas. O grupo torna-se essencial pois nele ocorre a mediação entre a pessoa e a sociedade, não menos importante, a existência de uma relação significativa entre duas ou mais pessoas, uma vez que essa

interação é motivada por necessidades materiais e/ou psicossociais com o objetivo de as satisfazer. Normalmente este grupo é produtivo porque partilha metas específicas e a sua realização requer cooperação entre membros Ramalho C. M., (2010).

No que se refere ainda ao comportamento de cada um no grupo, este é muito influenciado pela própria reação grupal com relação a cada um dos elementos. Um ambiente autoritário geralmente cria medo e desconfiança, enquanto um ambiente democrático e aberto permite que o grupo utilize a sua capacidade máxima. Embora que, uma participação ativa possa aumentar o conflito, no entanto com uma liderança adequada pode aumentar a motivação e moral do grupo Amado & Guittet, (1989) citado por Ramalho C. M., (2010).

1.3.1 - Modelo de sistemas de Betty Neuman

Silva e Graveto (2008) apontam que os modelos teóricos de enfermagem, além de regularem a prática de enfermagem, possibilitam uma intervenção com objetivos idênticos com ganhos para a pessoa com perturbação. Para estes autores o fundamental será que o modelo adotado seja utilizado pelos envolvidos no processo do cuidar, potenciando os ganhos em saúde.

O ser humano apresenta-se em persistente interação com o meio ambiente e diversos fatores alteram/modificam as pessoas no sentido da sua capacidade de adaptação aos mesmos. Quando diversos stressores convergem, durante um período considerável, a pessoa poderá sentir dificuldade em se adaptar aos mesmos correndo o risco de uma perturbação mental aparecer. O modelo de Sistemas de Neuman tem uma abordagem holística da enfermagem assumindo o indivíduo como um sistema dinâmico em constante interação com o ambiente (com os *stressores* tanto internos como externos), este modelo tenta perceber como as alterações no ambiente podem alterar o bem-estar do indivíduo e como nós, enfermeiros, podemos interceder para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

O modelo de Neuman baseia-se na natureza dos organismos vivos, enquanto sistemas abertos, em que todos os elementos colaboram para a estabilidade e equilíbrio do indivíduo, quando este sistema encontra-se durante algum tempo instável pode originar uma situação de perturbação. Este modelo tem como principais constituintes, o stress e a reação ao mesmo e expõe quatro pressupostos fundamentais: o ambiente, o ser humano, a saúde e a enfermagem, e estes podem afetar o ser humano positiva ou negativamente (George,2000). Na ótica do sistema, a pessoa pode ser um indivíduo, uma família, uma comunidade ou grupo,

onde existem trocas mútuas com o ambiente. Estas influências são designadas como *stressores* inter, intra e extrapessoais (George,2000).

Segundo Neuman, a pessoa é composta por cinco variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual) que se encontram em constante interação e idealmente funcionam de forma harmoniosa. Tanto no caso de perturbação ou estado de bem-estar, a pessoa é composta de forma dinâmica através das relações destas variáveis (Fawcett, 2005). Os *stressores* são estímulos que produzem tensão e que têm potencial de causar instabilidade na pessoa (George, 2000; Freese, 2004). Estes podem ser interpessoais (forças ambientais externas que ocorrem fora dos limites do sistema do cliente, entre um ou mais indivíduos), forças intrapessoais (forças ambientais internas que ocorrem dentro do sistema do cliente) e forças extrapessoais (forças que ocorrem fora dos limites do sistema cliente) (George,2000; Fawcett,2005).

Com o objetivo de proteger o sistema, a pessoa apresenta, também, linhas de defesa flexível, impedindo esta de desencadear sintomas e linhas de resistência, que são estimuladas quando os *stressores* ultrapassam a linha de defesa normal (quando apresenta sintomas). Assim sendo, a enfermagem tem como objetivo principal a promoção da ordem do sistema da pessoa e diminuição dos fatores de stress, através das suas intervenções (Tomey & Aligood, 2004). Tal como no modelo, a enfermagem é encarada como um modelo de sistemas, uma vez que a sua aplicação contém componentes em constante interação criando um sistema aberto composto por forças de diferentes complexidades, convergentes na procura de um sistema em que o cliente possa preservar a harmonia (George,2000).

No processo de prevenção primária (presente quando existe uma suspeita ou presença de stressor) o enfermeiro, aproveita a sua interação dinâmica e mutável com o ambiente, tendo como objetivo principal a promoção do bem-estar da pessoa. Procura motivar a mesma, permitindo-lhe o alívio de possíveis malefícios oriundos dos *stressores*. A prevenção secundária, acontece, na presença de sintomatologia de stress e a terciária, aplicada a um tratamento já existente adaptada e ajustada para a estabilidade do sistema da pessoa. Os três tipos de prevenção culminam com a obtenção da restauração, retenção ou manutenção da saúde (Neuman & Fawcett, 2011). Podemos afirmar que se encontrando a pessoa em constante interação temos diversos fatores que interferem com o seu bem-estar, deste modo o Modelo de Sistemas de Neuman permite-nos a identificação dos *stressores* que a afetam, sendo possível o planear e implementar, das intervenções de enfermagem que possam reestabelecer o seu equilíbrio.

Tal como plasmado pela OMS no seu Relatório Mundial de Saúde (2022) “A saúde mental de uma pessoa também depende dos stressores em sua vida, que são influenciados por fatores familiares, comunitários e estruturais do ambiente “p.19.

1.3.2 - Modelo Jacques Chalifour

A relação apresenta-se como crucial no cuidar, e na Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica não é exceção, sendo que a recuperação da harmonia da pessoa em sofrimento mental tem a sua base em relações interpessoais significativas (Chalifour, 2008).

Jacques Chalifour foi professor na área de enfermagem mental, mais de vinte anos na faculdade de Enfermagem da Universidade de Laval, aliás, dedicou-se durante a sua vida ao estudo sobre cuidados de enfermagem psiquiátrica e da psicologia, uma vez que fez diversas formações clínicas em psicoterapia de “Gestalt”. Trabalhando numa linha de base holística e existencialista-humanista, Chalifour considera a pessoa como um sistema aberto, detentora de atributos físicos, cognitivos, sociais, afetivos e espirituais.

Falar de RA de acordo com Chalifour (1989), consiste numa interação particular entre duas pessoas – o interveniente/enfermeiro e a pessoa, cada constituinte participa na procura da satisfação de uma necessidade de ajuda, a prestar á pessoa. De acordo com as necessidades da pessoa, o interveniente cria uma forma de relação com vista às suas necessidades e com a compreensão que o profissional de saúde detém do seu papel, obviamente conectadas aos objetivos delimitados.

Como já referimos e tendo em conta a perspetiva existencial e humanista, que privilegia o conhecimento e a consciência de si, o acolhimento mostra-se como a estratégia relacional mais importante, que se transpõe na atitude do interveniente e na atitude da pessoa consigo mesma, levando-nos a considerar as técnicas de comunicação verbal como distintas, pois remetem a um esforço da compreensão empática da pessoa (Chalifour,2008). Como objetivos deste tipo de abordagem temos o: conservar a esperança, convidar a pessoa a correr riscos, reduzir os receios injustificados, promover a coragem, travar a solidão da pessoa, estimulá-la a dar continuidade a esforços iniciados, ajudar a reencontrar os seus próprios mecanismos de suporte, assim como a sua autoconfiança, fazendo as suas escolhas, colaborando assim no tratamento (Chalifour,2008).

De acordo com o mesmo autor, e tendo em atenção a enunciação de um modelo de ajuda

profissional, será importante frisar que este tipo de modelo carece da presença de alguns processos, tais como:

- A relação (com a comunicação e as fases da relação de ajuda profissional)
- A entrevista (com as suas fases, Antes, O início, O corpo da entrevista, O fim e o Após)
- A Intervenção Terapêutica (Intervenção Terapêutica expressiva -consciência de si-, Intervenção Terapêutica de resolução de problemas, Intervenção Terapêutica na crise, Intervenção Terapêutica no luto e Intervenção Terapêutica de suporte) (Chalifour,2008p.29)

Nestas relações de ajuda profissional terão de existir atitudes de compreensão, compaixão, empatia, respeito, esperança e autenticidade (Chalifour, 2008). Segundo este autor o interveniente deverá, em prol da qualidade da relação, apresentar como premissas a caracterização da pessoa, ambiente humano e físico da mesma, o reconhecimento das suas próprias impressões na presença desta, e a identificação de que só com uma relação de qualidade criada por ambos, onde possam brotar laços, será possível o cuidar com vista ao tratamento. Conjuntamente o interveniente ajuda a pessoa a interrogar o porquê desta ajuda profissional, através da sua envolvimento na relação estimulando-o no reconhecimento de sinais, enviados pelo seu organismo, sobre o seu estado de saúde com vista á prevenção ou resolução de problemas.

Para Chalifour (2008) a RA manifesta-se através da comunicação verbal (os reflexos, a síntese, as questões, o feedback e a relação de si, o conselho e a informação) e não verbal (o toque, a distância e as posições, o olhar, o odor, a escuta, o silêncio, o convite a prosseguir), com estratégias relacionais (o acolhimento, o suporte, a exploração, a clarificação, a elucidação, atenção no momento presente e a confrontação) e com estratégias psicoterapêuticas que se institui entre interveniente e cliente , tendo o interveniente a responsabilidade de assegurar a sua eficácia através de uma transmissão de mensagens claras e compreensíveis, favorecendo um sistema de trocas adequado a um determinado objetivo, este sistema é inseparável às características da entrevista, uma vez que *“a entrevista constituirá um instrumento terapêutico eficaz desde que o interveniente saiba pô-la ao serviço da relação e adaptá-la às diferentes variáveis em presença”* (p.37). Nas primeiras entrevistas o interveniente deve perceber o pedido de ajuda da pessoa, seguidamente deve tentar conhecê-la através de diversos meios de exploração (Chalifour,2008).

A experiência relacional é decisiva no processo de tratamento/recuperação da pessoa, entrar em relação é o acolher o outro na nossa experiência. Do mesmo modo o interveniente deve tentar compreender o comportamento da pessoa e questionar-se sobre as

consequências prováveis para si e cliente se não interviesse junto do mesmo (Chalifour, 2008).

Na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica a RT é basilar no cuidar, uma vez que a recuperação do equilíbrio da pessoa em sofrimento mental, depende de relações interpessoais significativas, sendo que os limites terapêuticos são um dos fatores da RT que orientam e protegem a pessoa e enfermeiro para que a manutenção da mesma seja funcional.

1.3.3 - Evidência da revisão integrativa da literatura

Sendo a ansiedade uma das perturbações mais encontradas nas pessoas internadas com perturbação mental, tornou-se para nós evidente encontrarmos alternativas não farmacológicas para intervenções de enfermagem no cuidado a essas pessoas.

Por conseguinte, e de acordo com a nossa questão de investigação – **Quais as intervenções terapêuticas de enfermagem com recurso a mediadores de expressão que podem contribuir para a gestão da ansiedade das pessoas com perturbação mental internada**, realizámos uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL), uma vez que tentámos sistematizar o conhecimento científico disponível em diferentes fontes, ou seja, não só artigos científicos, mas podendo incluir outros documentos - nomeadamente teses, dissertações, e relatórios de estágio - e incorporar a aplicabilidade dos resultados obtidos dos estudos mais significativos na prática (Whittemore & Knafl, 2005). Desta forma, esta metodologia forneceu-nos a resposta necessária a uma problemática identificada e à sua resolução, devidamente suportada na evidência e refletida sobre a prática de forma sistemática, e sustentada pela investigação.

De acordo com os estudos analisados na RIL, no âmbito das intervenções psicoterapêuticas com recurso a mediadores de expressão, estes podem contribuir para a gestão da ansiedade das pessoas com perturbações mentais graves internadas, o que nos fez optar pela realização de um programa de intervenções especializadas com recurso a mediadores de expressão, composto por seis sessões.

O desenvolvimento do programa de intervenção definido no projeto de estágio, permitiu-nos integrar, sistematizar e operacionalizar todo o conhecimento científico obtido na RIL tendo facilitado o planeamento do mesmo. A resposta às necessidades detetadas no serviço de internamento e o aumento do conhecimento científico são pontos positivos deste tipo de trabalho. A implementação do projeto terapêutico dependeu da colaboração da equipa

multidisciplinar, nomeadamente a colaboração estreita com a enfermeira orientadora. Além disso, foi necessário adaptar o projeto à realidade de cada pessoa envolvida, levando em consideração as suas necessidades e tempo de resposta individuais. (Townsend, 2014; Lopes, 2006, Peplau, 1990).

1.3.4 - Mediadores de expressão como estratégia de intervenção psicoterapêutica e socioterapêutica na relação de ajuda

O espaço expressivo pode facilitar um ambiente de tranquilidade, segurança, contenção e de liberdade expressiva, no qual as pessoas intervenientes consigam manifestar/expressar o que sentem, estimulando concomitantemente a demonstração da dita expressão pelo desenvolvimento da criatividade (Ferraz 2009).

As intervenções expressivas recorrem ao uso de diversos mediadores, mobilizando por parte dos participantes vastas áreas de funcionamento, invocando múltiplas emoções e sentimentos, que diferem de pessoa para pessoa e de grupo para grupo. As utilizações destas técnicas vão permitir ao enfermeiro ajudar a dar sentido à sua intervenção, dando sugestões e explorações sobre os seus significados.

Esta forma terapêutica, através do processo expressivo, facilita o bem-estar na pessoa e proporciona o desenvolvimento pessoal através do autoconhecimento (Bucho, 2011).

Para o ser humano, a expressão é uma necessidade, mesmo antes da linguagem verbal encontramos forma de nos fazermos entender, expressar seja pelo choro ou riso, esta necessidade presente em todo o nosso ciclo vital pode ser satisfeita de diversas formas pela linguagem não-verbal, pela linguagem verbal, pela escrita, pintura, desenho, música.

Os mediadores de expressão são utilizados como estratégia de intervenção psicoterapêutica e socioterapêutica, e apresentam como objetivo, ajudar a pessoa a expressar-se de forma não verbal, do mesmo modo que a motiva a “comunicar” com o seu inconsciente. Estes mediadores permitem que esta explore e compreenda melhor as suas experiências internas, facilitando a comunicação e a compreensão das mesmas pelo enfermeiro. No entanto, a utilização destes mediadores não substitui a comunicação verbal apenas a complementa, pois, a combinação de diferentes abordagens terapêuticas pode revelar-se muito eficaz para ajudar a pessoa atingir os seus objetivos terapêuticos.

Na Enfermagem, mais concretamente na saúde mental é importante e fundamental que

o tratamento/abordagem inclua intervenções psicoterapêuticas. Estas intervenções devem ser realizadas apoiadas numa teoria específica e serem organizadas, progressivas e sequenciais, conduzidas por um EEESMP. Essas intervenções podem orientar-se a partir de um diagnóstico de enfermagem em saúde mental, baseado nas necessidades da pessoa com perturbação mental incentivando-se a participação ativa pela mesma, visando a aquisição de maior autoconhecimento/autoconsciência de si. Os objetivos e metas da intervenção requerem ser definidos não só pelo profissional, mas particularmente pela pessoa, assumindo a envolvimento e compromisso com o processo. Para que todas estas intervenções sejam eficazes, é essencial que exista uma relação interpessoal favorável entre a pessoa e profissional, resultante de uma boa comunicação e uma RA que apoie e a estimule durante todo o processo, uma vez que o primordial objetivo da intervenção é ajudar a pessoa a encontrar um melhor funcionamento consigo e, com os outros, mudar/adaptar comportamentos e melhorar o estado de saúde mental da pessoa (adaptado de Sampaio, Sequeira & Lluch Canut, 2018).

Nas pessoas com patologia mental internadas, beneficiários de intervenção terapêutica, pretende-se estimular a relação diáde enfermeiro-doente, simplificando a criação de uma RA de confiança durante o internamento. A expressão de sentimentos e emoções será mais fluída perante uma RT estabelecida, permitindo à pessoa aumentar o seu conhecimento de estratégias e técnicas individuais que possam ser utilizadas na diminuição dos seus níveis de ansiedade. O EEESMP tendo esta relação instituída e alicerçada, vai conseguir com que a pessoa aumente a sua tomada de consciência em relação ao seu estado de saúde, e que esta obtenha e desenvolva habilidades/estratégias tanto para a aceitação da sua perturbação, como para a resolução de problemas.

Como refere Sequeira e Sampaio (2020, p.23), o EEESMP deve “desenvolver o seu saber ser e saber estar, tanto com ele mesmo como na relação com a pessoa, estes pressupostos constituem, os alicerces da relação terapêutica, indispensável à prática do cuidar em Saúde Mental e Psiquiatria”.

Durante a nossa vivência, no nosso desenvolvimento enquanto ser humano, buscamos ao nosso redor ou em nós próprios meios que nos facilitem ultrapassar, ao longo da nossa vida, situações problemáticas ou constrangimentos. Quando superamos uma situação de crise de maneira positiva, a longo prazo pode-nos servir como uma importante ferramenta para o nosso amadurecimento interior enquanto pessoa. Ao reconhecermos as nossas fragilidades ou dificuldades, sejam estas internas ou externas, aumentamos a nossa

capacidade de nos autoconhecer. Na altura em que deixamos de ter a consciência de nós próprios e perdemos a perceção das nossas limitações passamos a necessitar de uma RA Terapêutica (intervenção do outro) (Chalifour 2008).

Basicamente, durante a nossa vida, é comum precisarmos de ajuda no que se refere a relações com outras pessoas, quer seja na família, com amigos ou mesmo no trabalho. Assim, é muito importante que os cuidados de enfermagem sejam focados nas relações interpessoais e que o relacionamento humano seja a base da RT que pretendemos estabelecer com o doente, estabelecendo um vínculo humano com este para que se sinta confiante e confortável no seu tratamento (Mendes, 2006).

A enfermagem, enquanto profissão, na sua componente relacional adotou Princípios da RA e pressupostos para a profissão por diversas teóricas de enfermagem.

Segundo Rogers (1985) a RA apresenta como princípios, que cada pessoa deve ter uma orientação otimizada com vista a atualizar todas as suas possibilidades, e que, cada um de nós tem o poder de regular o seu potencial e possibilidades tendo em vista o seu crescimento e desenvolvimento pessoal.

Chalifour (2008) afirma que uma RT bem-sucedida requer que o profissional compreenda a pessoa e forneça cuidados personalizados adaptados às suas necessidades. É igualmente importante existir contato físico e emocional entre as partes envolvidas e que a relação seja baseada em confiança e respeito mútuo. Para se alcançar uma RT eficaz, é necessário passar por três fases distintas: orientação, trabalho ou emergências das identidades, e conclusão; durante a fase da orientação, o profissional acolhe a pessoa estabelecendo laços de confiança, na fase de trabalho, o enfermeiro mostra os recursos disponíveis a esta e consolida o aprendizado da relação, já na conclusão, faz-se a transferência das aprendizagens da pessoa para a vida diária, e uma vez que toda a relação desenrola-se num determinado período de tempo, é importante definir logo na fase inicial esta duração (2008).

A pessoa com alteração do seu bem-estar ou com perturbação deve ser o foco principal da RT, e o objetivo principal será o de promover uma resposta positiva por parte desta, através da mudança de comportamentos, uma melhor gestão de sintomas e de estratégias de adaptação individuais e um melhor autoconhecimento. No contexto da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, a RA é vista como um instrumento vital para o sucesso dos cuidados prestados. Essa relação deve ser sustentada na confiança e no respeito mútuo, na capacidade de explorar as potencialidades e autonomia da pessoa, na evolução pessoal tanto

desta quanto do enfermeiro, e no enfermeiro como meio terapêutico e modelo de mudança e melhoria. Ou seja, o objetivo é cuidar da pessoa de forma eficaz e humana, promovendo a sua evolução pessoal e a sua recuperação (Chalifour, 2008 e Rogers, 2010)

Durante o período de aprendizagem no estágio clínico, foi evidente a importância do relacionamento humano no papel do enfermeiro e como a utilização de si mesmo, como recurso terapêutico, sendo essencial para a comunicação e interação com a pessoa. Muitas vezes, os valores, convicções e crenças pessoais do enfermeiro são envolvidos na relação com a pessoa, mesmo sem se aperceber. Enquanto EESMP, é importante que nos desenvolvamos tanto como pessoas quanto como profissionais, encontrando um equilíbrio individual e conhecendo as nossas próprias características, formas de relacionamento e interação com o outro para que os nossos recursos individuais sejam conscientes e verdadeiros. Não chega só comunicar com a pessoa para estabelecer uma RT bem-sucedida, nem nos devemos centrar só no que sabemos, mas sim incluir a pessoa como peça imprescindível na relação (Rogers, 2010).

Para o estabelecimento de uma RA eficaz, é essencial a construção de uma relação de confiança, respeito e compreensão com a pessoa, olhando para ela de uma forma holística e tendo em conta todas as dimensões e contextos que a envolvem, tanto humanos quanto físicos. Enquanto profissionais de saúde, é nossa responsabilidade oferecer aos pacientes os meios e recursos necessários que permitam resolver ou diminuir os seus problemas (demonstrando disponibilidade), da mesma forma, devemos ser capazes de oferecer estratégias individuais que lhe permitam ultrapassar dificuldades de maneira autónoma e controlada, utilizando a relação terapêutica como um instrumento fundamental para a sua recuperação e autocuidado (Chalifour, 2008 e Rogers, 2010).

Como enfermeiros especialistas em saúde mental, é pertinente estarmos disponíveis para o outro, mostrando as nossas emoções, pensamentos e necessidades. Devemos enfatizar que a pessoa é um recurso insubstituível na resolução do pedido de ajuda e criar um ambiente de confiança, empatia e respeito mútuo, pois é fundamental que esta se sinta ouvida e compreendida durante a relação terapêutica. É nosso dever ajudá-la a crescer e desenvolver-se, tanto a nível pessoal como enquanto elemento da RT. É fundamental que esta relação seja benéfica não apenas para o tratamento da perturbação, mas também para a promoção e prevenção da mesma (Chalifour, 2008).

A RA é basilar para o papel do enfermeiro na RT com a pessoa, pois o enfermeiro deve ajudar e orientar durante todo o processo da perturbação. Por conseguinte é fulcral que o

enfermeiro possua diferentes estratégias, conhecimentos e recursos para superar com sucesso as dificuldades e ajudar a pessoa a lidar com a situação, assim sendo consideramos que o mediador ajuda na expressão do “eu interior” e na relação com o ambiente, promovendo a comunicação e acesso a questões difíceis de verbalizar, além de promover a relação e o vínculo entre a pessoa e profissional. O uso de diferentes mediadores é importante nas intervenções expressivas, cada “material” mobiliza diferentes áreas de funcionamento apelando a diversas emoções e sentimentos, variando de pessoa para pessoa e de grupo para grupo. Quanto mais “materiais” o profissional conhecer e utilizar, maior será o contributo para a ampliação da capacidade de expressão (Ferraz, 2009 e Bucho, 2011).

2 - PERCURSO DA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

2.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Por questões pessoais e de proximidade as nossas opções de realização de estágio cingiram-se a um determinado Centro Hospitalar, que depois das devidas autorizações, foi possível a realização dos referidos realizarem-se na Consulta externa e Serviço de Internamento do mesmo Departamento.

Tendo em conta o percurso académico de Bacharelato de Enfermagem onde só realizámos um estágio numa unidade de pessoas com sintomatologia de doença mental crónica fora de ambiente hospitalar, e porque atualmente encontramos-nos a exercer funções numa USF (Unidade de Saúde Familiar), optámos por escolher realizar ambos os estágios num Departamento de Psiquiatria de um Hospital do sul do país, sendo que enquanto futuros EEESMP desejávamos ter contacto com estas realidades em contexto hospitalar, prestar cuidados de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica, desenvolvendo as competências previstas, no referido âmbito.

Considerámos determinante a possibilidade que nos foi concedida de passar pelas duas valências do serviço constituindo-se como uma mais-valia. Em cada local tivemos uma enfermeira ESMP como orientadora, facto que se tornou preponderante pois funcionaram como figuras de referência no que concerne às funções que um EEESMP deverá desempenhar na prática de cuidados. Este Centro Hospitalar deseja que este hospital seja um hospital de excelência e referência para a comunidade nacional e apresenta como valores: humanização e não discriminação, respeito pela dignidade individual de cada pessoa, atualização face aos avanços científicos e de investigação, excelência técnico-profissional, ética profissional, promoção da multidisciplinaridade e respeito pelo ambiente. Este Departamento de Psiquiatria oferece aos cidadãos uma variedade de respostas no foro da Saúde Mental, nomeadamente: serviço de internamento, consultas, psiquiatria de ligação, psiquiatria forense, sala de soroterapia, serviço social, equipas comunitárias e urgência.

Atendendo aos objetivos por mim propostos para a realização de estágio, o primeiro estágio (6 semanas) decorreu num ala do Departamento, onde se situam as Consultas

Externas (Hospital Dia) o segundo, maior período (12 semanas) decorreu no Serviço de Internamento na ala oposta.

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental é constituído pelo Serviço de Internamento de Psiquiatria, Consulta Externa de Psiquiatria e Consulta de Pedopsiquiatria. Trata-se de um departamento com dinâmica própria e está vocacionado para o atendimento da pessoa com perturbação mental, tendo como objetivo principal “A prevenção da doença mental, intervenção na crise e facilitar a reintegração do doente na comunidade”. As características específicas dos utilizadores do hospital estão inseridas de forma intrínseca à área geográfica onde se inserem, mas cumulativamente à sua patologia de base. Geralmente o tipo de pessoas admitidas no internamento apresentam algumas características comuns, nomeadamente a reincidência de internamentos, justificado pela elevada taxa de cronicidade existente ao nível da perturbação mental grave.

Na ala oposta ao internamento, situa-se a Consulta Externa/Ambulatório além das consultas de psiquiatria e psicologia, realizam-se as consultas de enfermagem, com consultas de follow-up (pós internamento e soroterapia), entrevistas clínicas de enfermagem, aconselhamento como intervenção planeada e estruturada, entre outros. Neste espaço físico são também dinamizados Grupos de Apoio, Terapia Ocupacional, Terapia familiar, Controlo e manutenção de Injetáveis de Longa duração (ILD). Encontra-se igualmente a sala de soroterapia enquanto espaço terapêutico, cujo funcionamento é de regime ambulatório, onde se procede à administração de terapêutica, promove-se o bom equilíbrio psico-emocional, prevenindo-se reinternamentos através da manutenção da pessoa inserida no seu contexto e comunidade. Na consulta externa além de participarmos nos cuidados a diversas pessoas tivemos também a oportunidade de desenvolver entrevista Clínica de enfermagem e RA, sendo nos igualmente permitido também acompanhar e desenvolver a técnica de relaxamento. Neste estágio tivemos a oportunidade de desenvolver um **Estudo de Caso** a uma pessoa com depressão que se encontrava em tratamento de soroterapia. Em conjunto com a enfermeira orientadora, realizamos conjuntamente uma formação para a equipe de enfermagem de todo o Departamento intitulada “**Entrevista Clínica de Enfermagem Psiquiátrica**”.

A maioria da equipa de enfermagem do departamento é jovem e relativamente aos enfermeiros especialistas existem treze enfermeiros de cuidados gerais e quinze enfermeiros especialistas, o departamento é coordenado /gerido por um enfermeiro Chefe. Da equipa pluridisciplinar fazem parte diversos profissionais que de forma articulada e concertada

contribuem para a promoção da saúde, prevenção da doença e continuidade dos apoios e cuidados á estrutura familiar. Assim fazem parte desta equipa:

- 28 enfermeiros
- 12 médicos
- 9 médicos internos
- 10 assistentes operacionais
- 1 assistente social
- 1 Terapeuta ocupacional
- 5 assistentes técnicos
- 2 profissionais de limpeza
- Psicólogos (não afetos ao Departamento)

Na consulta externa, por norma, existem dois enfermeiros que dão apoio á sala de injetáveis de longa duração e sala de soroterapia, no único turno existente. Em termos funcionais ocorre boa interligação entre os elementos da equipa e entre as várias valências do departamento possibilitando a continuidade dos cuidados.

O serviço de internamento recebe pessoas de ambos os sexos com idades superiores a 17 anos e 364 dias com perturbação mental em fase aguda, provenientes maioritariamente do serviço de urgência ou consulta externa. Situa-se no 2º piso, dotado de 20 camas (foram reduzidas devido á Pandemia). As janelas das enfermarias são amplas, dão para o exterior do hospital, mas possuem um sistema de segurança que só permite abrirem o suficiente para entrada de ar, impedindo a passagem de uma pessoa. O corredor de acesso ao serviço é um espaço comum, muitas vezes utilizado pelas pessoas para receberem visitas, sendo também o local de convívio eleito pelas próprias pessoas.

Ainda que ocorra ciclicidade ao nível dos períodos de internamento destas pessoas, identificámos como diagnósticos mais prevalentes, as seguintes perturbações mentais: pessoas internadas com diagnósticos de Depressão, Psicoses (grande percentagem de primeiros surtos psicóticos), Esquizofrenias (Paranoides, Descompensações), Doença Bipolar, Tentativas de suicídio, alterações de comportamento (Heteroagressividade), Síndrome Demencial, entre outras. Transversalmente á maioria das pessoas internadas com estes diagnósticos, identificámos também a incidência de ansiedade.

No Departamento de Psiquiatria existe uma articulação com o Serviço Social com o intuito

de (em parceria com outras instituições) promover a continuidade de cuidados e contribuir para a reintegração social e profissional. No que se refere aos cuidados prestados existem equipas comunitárias formadas, cujo apoio é a nível dos cuidados de saúde prestados.

Durante o internamento todos os dias fazem parte de momentos importantes para a recuperação da pessoa, sendo que o serviço de internamento, juntamente com a equipa multidisciplinar, constitui-se como um local de intencionalidade terapêutica para recuperação da situação de perturbação, e não só como um espaço de internamento. Assim sendo, enfatiza-se a importância nas necessidades básicas humanas (alimentação, sono, higiene...) visando ajudar a pessoa a reorganizar-se face aos autocuidados, assim como também se privilegia a resposta às necessidades e interesses individuais dos mesmos. Proporcionar um ambiente terapêutico no serviço de internamento constitui-se como um dos aspetos ao qual os enfermeiros dão especial atenção. Por exemplo, um dos objetivos a este nível, enfatiza que a pessoa internada possa expressar/partilhar os seus sentimentos, desejos, experiências e dúvidas com o intuito de facilitar a sua recuperação. Neste sentido, oferece-se um ambiente sociável estável e coerente, facilitando a implementação de um tratamento individualizado. Outro exemplo surge com outra tipologia de atividades realizadas no serviço de internamento, designada por Reuniões de Enfermagem. Nestas, considera-se uma forma de intervenção em grupo. Estas reuniões consistem em três tipos de grupo: Grupos de Trabalho, Educacionais e Terapêuticos.

Este internamento, detém também um planeamento de atividades instituídas, realizadas em dia e hora fixas, tais como: terapia ocupacional, dramaterapia, grupo terapêutico de enfermagem que integra a realização de atividades lúdico terapêuticas, sessões de relaxamento e sessões de atividade física.

2.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DE AMBOS OS ESTÁGIOS

O percurso deste ME (Mestrado Enfermagem) foi arrolado de diversas, e nem sempre simples decisões, e os locais dos estágios estiveram envoltos em algumas contrapartidas, mas no final cremos ter tido a melhor decisão. De referir que no estágio I a nossa intervenção recaiu mais numa pessoa na dimensão individual, no entanto estivemos sempre atentos a todas as restantes pessoas, prestando cuidados de enfermagem a todos. No estágio II e perante algumas condicionantes de não existência de pessoas com patologia depressiva tivemos de direcionar o foco para a Ansiedade, por este se mostrar mais abrangente, e sendo este o que fazia mais sentido à equipe de

internamento. Assim o projeto foi ajustado, revelando esta temática uma mais-valia na aquisição de competências de enfermeiro ESMP.

Os participantes deste projeto foram pessoas com doença mental, sendo que para a seleção destes foram determinados alguns critérios de inclusão: pessoas com idade superior a 18 anos, pessoas com diagnóstico de depressão major ou ansiedade, apresentarem condições psicológicas e físicas que lhes possibilitassem a participação nas atividades e concordarem participar no projeto; como fatores de exclusão, clientes com agitação psicomotora e alterações do pensamento e da percepção. A seleção dos participantes foi sustentada na observação de cada cliente, na consulta dos processos clínicos, nos critérios de inclusão e exclusão e numa entrevista de colheita de dados do tipo semidiretiva. Aos selecionados foi solicitado identicamente o consentimento informado.

A intervenção individual verificou-se nos dois contextos em que realizámos os nossos estágios, uma vez que todas as intervenções eram projetadas e direcionadas às necessidades de cada um enquanto pessoa singular, no entanto na Consulta Externa pela sua dinâmica, efetivámos um programa de intervenção de enfermagem individual onde tivemos a oportunidade de realizar várias entrevistas de Ajuda, sessões de relaxamento e um Estudo de Caso. A cliente era do sexo feminino, solteira, com 28 anos de idade, desempregada, com diagnóstico médico de depressão.

No estágio II, sendo este centrado na intervenção com um grupo aberto, no decorrer deste foram sendo integrados novos elementos, uma vez que alguns tiveram alta clínica e outros por vezes eram impedidos de participarem por ainda nos encontrámos numa situação pandémica. Neste grupo tivemos oportunidade de desenvolver um projeto de intervenção com realização de sessões de diversas temáticas apoiadas por mediadores de expressão.

2.3 - OBJETIVOS DO ESTÁGIO I

A definição de objetivos é uma etapa muito importante no processo de planeamento de um projeto. É através dos objetivos que se estabelecem os resultados que se desejam alcançar, e consequentemente eles são tão importantes para orientar as ações que irão ser realizadas durante a execução do projeto. Para a definição desses objetivos, é necessário descrever de forma breve e clara quais são os problemas identificados, para que seja possível delimitar com precisão o problema a ser resolvido, por conseguinte, ficará mais fácil guiar as

atividades do projeto (Nogueira,2005).

Do ponto de vista pessoal, neste primeiro estágio possuíamos o objetivo primordial de desenvolver competências na entrevista clínica e RA.

Assim sendo, de acordo com a OE (2018), no estágio I o principal objetivo que apresentámos foi o de adquirir e desenvolver competências do EESMP, nos cuidados à pessoa com sintomatologia depressiva, através de intervenções no âmbito psicoterapêutico com mediadores de expressão, contribuindo para o alívio do sofrimento mental .Como objetivos específicos: desenvolver a capacidade de autoconhecimento e consciência de nós próprios, enquanto pessoas e enfermeiras; desenvolver competências ao nível da capacidade de estabelecer relações terapêuticas, identificando as problemáticas e o pedido de ajuda.

2.4 - APRESENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA (ESTÁGIO I)

A intervenção individual aconteceu em ambos os contextos em que se realizaram os estágios. Explicitamos que na medida em que todas as intervenções planeadas e realizadas foram sempre direcionadas às necessidades de cada uma das pessoas na sua singularidade e posteriormente ao grupo, clarificamos que neste primeiro estágio foi necessariamente direcionada a uma pessoa, por via de uma das características da consulta externa que já referimos, relacionada com a temporalidade e frequência de vinda à consulta. Maioritariamente, as pessoas têm consultas mensais e, algumas pessoas por via da sua necessidade recorrem à consulta com maior frequência para serem acompanhadas e, elegemos esta pessoa para o estabelecimento desta relação preferencial entre a mesma e a estudante EESMP.

A Enfermagem centra-se no cuidar, ajudando nas necessidades da pessoa, uma vez que a importância desta disciplina está em entender as necessidades emergentes da pessoa utilizando esse conhecimento para planear e executar os respetivos cuidados. Esta abordagem centrada na pessoa auxilia a construção de uma relação de confiança e apoio, facilitando a implementação de intervenções que vão ao encontro das referidas necessidades. Ou seja, a Enfermagem utiliza a RA, focada no cuidar, atendendo a todas as carências das pessoas (Watson, 2002).

Na Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica o foco principal assenta nas experiências vividas pela pessoa alvo dos cuidados, sendo importante entender que todas as informações

colhidas sobre esta não se apresentam unicamente como dados, mas como uma oportunidade de conhecimento da sua vida atual e passada bem como as perspetivas futuras. Como sabemos cada pessoa é única influenciada por fatores intrínsecos e extrínsecos, tais como, ambiente, família, trabalho, cultura, portanto é crucial considerar cada pessoa como um processo dinâmico e contínuo (Townsend, 2014).

Toda a intervenção terapêutica apresenta um início (acolhimento), onde acontece o primeiro contacto, e em que se pretende definir os objetivos, comportamento, pensamentos e emoções da pessoa. Assim neste sentido, o acolhimento inicial já deve contar com estratégias relacionais decorrentes do contexto com a pessoa alvo de cuidados e que apontam para uma compreensão do estado de saúde da mesma, partindo daí a construção da RA; o EESMP deve compreender e preservar o sentido de si e como este pode afetar a relação com a pessoa (Chalifour, 2008).

Ao estabelecer o primeiro contacto tivemos oportunidade de proceder á entrevista clínica para toda a exploração da problemática, e de acordo com a OE (2021, p.75) os procedimentos foram:

“Escutar; questionar; aprofundar; analisar o comportamento e as palavras da pessoa; interpretar o que é dito e observado; utilizar os silêncios; ter respeito caloroso; empatia; clarificar e validar as nossas perceções e as da pessoa; refletir o que nós compreendemos; identificar claramente os problemas; fazer emergir pistas de soluções; concentrar-se essencialmente nos sentimentos/emoções que a pessoa está a viver e não nos factos que ocorreram.”

Ao estabelecermos uma boa relação enfermeiro/pessoa, foi fundamental, tomarmos consciência da necessidade de aprofundarmos o conhecimento de nós mesmos, permitindo-nos o reconhecimento das nossas limitações e potencialidades, sendo este aspeto especialmente relevante pois estamos no desempenho de papel de profissional de ajuda. Ao estarmos conscientes das nossas próprias características individuais, nós enquanto enfermeiros (pessoas), ficamos mais tolerantes no que se refere aos nossos próprios limites e mais sensíveis às necessidades subjetivas das pessoas, criando uma relação mais efetiva e verdadeira.

Esta verdadeira relação na díade profissional/pessoa, apresenta-se como um elemento essencial na RA, uma vez que, consideramos todas as nossas fragilidades e resistências, bem como, as peculiaridades e experiências da pessoa com perturbação. Assim foi estritamente necessário, estarmos cientes das nossas próprias necessidades e atendê-las, com vista a entender e atender os pedidos de ajuda provenientes da

pessoa. Em suma, o EESMP, terá de adquirir um bom autoconhecimento pois a relação terapêutica desempenha um papel vital na prática assistencial humanizada.

“O interveniente é antes de mais uma pessoa que possui certas características, humanas e profissionais, indissociáveis. É com estas características que entra em relação. Utiliza com excelência e intencionalmente os seus conhecimentos, habilidades e atitudes a fim de criar condições relacionais que constituem o meio de dispensar ajuda ou o seu contexto de aplicação. Um conhecimento aprofundado das motivações pessoais e profissionais que o habitam permitem-lhe dar um sentido a esta relação e dosear a energia nela existente” (Chalifour, 2008, p. 26-27)

A pessoa por quem ficámos responsáveis pelo processo de cuidados no estágio I, transmitiu-nos que a partir das ações relacionais de a ouvirmos e acompanharmos, oferecendo um suporte emocional, sentiu-se valorizada e respeitada. Através da escuta ativa, permitindo a abertura para a expressão de sentimentos e emoções, sem fazermos julgamentos, com paciência, confiança, calma e estabilidade emocional, conseguimos construir uma RT de qualidade. Em diversos momentos, reconhecendo alguma instabilidade da pessoa, pudemos através do toque, como colocarmos a nossa mão no seu ombro, ou consentir um abraço, criar uma conexão emocional, pois como afirmava “por vezes parece que me tocam na alma...” (sic).

Para Chalifour (2008) numa RT, é essencial que o enfermeiro demonstre disponibilidade para ouvir, respeito, gentileza, flexibilidade, proximidade e ofereça suporte emocional. Estes valores são fundamentais para este se ligar profundamente com as pessoas, sendo que a escuta ativa mostra-se como uma validação para o outro enquanto pessoa. Os atributos pessoais do profissional de não fazer apreciações, ser paciente, aberto, genuíno, calmo e estável também são considerados essenciais.

Assim, a RA, convencionou que numa RT esta se define como uma interação existente entre duas pessoas (profissional e pessoa com necessidade de ajuda na qual a cooperação existe para um ambiente terapêutico (Townsend, 2014).

Além da construção e manutenção da RT neste primeiro estágio, pudemos igualmente desenvolver um Estudo de Caso segundo o modelo Betty Neuman. Optámos por esta autora, por este modelo ter uma visão holística, ser abrangente e dinâmico, permitindo uma visão multidimensional da pessoa e comunidade que se apresentam em constante interação com os elementos *stressores*. O recurso a este modelo permitiu-nos colaborar com a pessoa identificando os recursos (internos e externos) para lidar com os *stressores*, fortalecendo o

seu potencial máximo de saúde/bem-estar (Fawcett, 2005; Jukes & Spencer, 2007).

Este estudo de caso teve como objetivos específicos: efetuar uma avaliação inicial do utente; aprofundar conhecimentos teóricos no domínio da psicopatologia; delinear um plano individual de cuidados de Enfermagem. Através da avaliação diagnóstica da entrevista conseguimos ter a perspetiva da pessoa (sabe que se encontra doente e menciona ter uma depressão, relaciona que não sabe o que vai fazer sozinha, com as dívidas que tem), e chegar ao que a pessoa pensa, sabe e sente (preocupa-se com tudo o que tem a ver com a situação, o facto de não ter emprego, não conseguir pagar a casa). A S. mostrou no início com pouca iniciativa, sem estratégias para mudar a situação. Conseguimos apurar que apresentava dificuldade em exprimir-se, o discurso era provocado com momentos de silêncio, no momento não tinha amigos nem namorado e as relações com a família eram inexistentes ou não adequadas.

Todo o investimento efetuado na área da intervenção profissional de ajuda permitiu-nos a utilização de intervenções especializadas de enfermagem, assim como uma formação específica da Entrevista de Ajuda, realizada em conjunto com a Enfermeira orientadora para a equipe de enfermagem do Departamento. A entrevista clínica enquanto interação da pessoa alvo de cuidados, onde podemos conhecer a pessoa a partir da recolha de diversos dados, mas também de elementos da sua história de vida, permite o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas adaptadas.

2.5 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS (ESTÁGIO I)

Foi necessário encontrar uma estratégia para o estabelecimento de uma relação com a S., uma vez que esta encontrava-se apática, sem iniciativa. No dia a dia fui-me apercebendo que, independentemente de início não demonstrar vontade de interação, a S. começou a questionarmo-nos sobre diversos assuntos, nomeadamente sobre a sua situação clínica, situação que aproveitámos para aprofundarmos a relação com ela, indo ao encontro dos seus interesses, visando consolidar uma relação de confiança.

Esta relação de confiança é essencial no desenvolvimento da RT. Pudemos constatar que perante uma atitude de respeito, autenticidade e compreensão empática, a pessoa foi gradualmente baixando as suas defesas. Com este clima de confiança começou a partilhar particularidades de si, das quais nem tinha consciência. Tal como Chalifour (2008) refere, este passo, foi importante para a pessoa á posteriori aderir às

intervenções terapêuticas realizadas, mostrando uma maior disponibilidade. Com o passar do tempo a S. passou de apática para participativa e envolvida na intervenção, desenvolvendo competências na relação interpessoal.

Para Phaneuf (2007), a entrevista para a pessoa com necessidade de suporte psicológico, é uma estratégia de comunicação profissional com o intuito de apoiar nas complexidades existenciais que afetam a adaptação à situação vivida. Neste estágio optámos por utilizar a entrevista de ajuda informal, para que a S. pudesse transpor as suas dificuldades em palavras, conseguindo a visualização do problema de uma maneira clara e realista, não o minimizando ou aumentando-o, e conseguir expressar as suas emoções e sentimentos, emergindo pontos simples de solução e esperança.

Ao adotarmos uma postura calma, escutando a S. incentivámos a verbalizar as suas angústias, preocupações e emoções, sentindo que nestes momentos fomos importantes para a pessoa, transmitindo-lhe confiança e respeito, mantendo-nos focados no momento. Havendo da parte da S. um turbilhão de emoções foi necessário existir uma adequada comunicação não-verbal, transmitindo confiança à pessoa, através da proxémia e do toque.

Durante o estágio sentimos necessidade de irmos realizando análises críticas e reflexivas de todas as situações vivenciadas. Também recorrer ao suporte teórico, de que damos o exemplo da realização de pesquisa que pensamos ter sido fundamental sobre “A entrevista”. Temos preparado uma formação realizada em parceria com a orientadora de estágio sobre a “Relação de Ajuda”, tendo por base a intervenção humanista, assim como temos mobilizado competências do próprio trabalho de Ensaio de Aprendizagens no contexto das aulas teóricas, e toda a experiência vivencial da nossa prática profissional. Não menos importante, referir igualmente, todo o processo de autoconhecimento de nós próprios adquirido ao longo da RT.

O estabelecer da RT é influenciado por determinadas características de nós enfermeiros, assim como dos conhecimentos e competências profissionais que detemos. A compreensão que temos da pessoa e das suas necessidades, clarificadas pelo pedido de ajuda, são fatores que influenciam as nossas intervenções Chalifour, 2008. Esta tomada de consciência que tivemos ao monitorizar as nossas “reações corporais, emocionais, e respostas comportamentais durante o processo terapêutico” OE (2010 p. 4) verificou-se fundamental para uma efetiva RT. Essencial também todas as conversas e momentos de apoio/compreensão com a Professora Paula Leal e orientadora de estágio, que me proporcionaram feedback e uma visão externa.

Tivemos oportunidade de desenvolver, neste âmbito, a entrevista para a pessoa com necessidade de ajuda, uma vez que apresenta-se como estratégia de comunicação realizada por nós enfermeiros de forma espontânea ou formal, no que se refere a acontecimentos penosos ou traumáticos, em que a pessoa não demonstra capacidade de os ultrapassar, levando a aumentos de stress e ansiedade que lhe são difíceis de ultrapassar Phaneuf, 2002.

Conseguimos perceber a importância de uma relação empática com a pessoa, através da escuta ativa, capacidade de partilha, validação e perceção do outro, disponibilidade, desejo de ajudar, para a qual procurámos utilizar técnicas de comunicação eficazes das quais salientamos reformular, clarificar ou confrontar. Soubemos aceitar e respeitar a pessoa com as suas crenças, atitudes, espiritualidade e multiculturalidade, transmitindo confiança e esperança.

A RA, com os conhecimentos inerentes da enfermagem, poderá contribuir para ajudar a responder á complexidade de problemas decorrentes de perturbações como a depressão/ ansiedade com que a nossa sociedade se debate.

Resumindo, e tendo em atenção o Regulamento das Competências específicas do EESMP, pensamos ter conseguido *“mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o EESM possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais.”*(OE. 2018 p. 21427)

2.6 - OBJETIVOS DO ESTÁGIO II

Tal como se encontra plasmado pela OE (2018)

“O EESMP, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.” (p.21427).

Perante o descrito e tendo como finalidade a aquisição de competências de EEESMP, definimos a execução de um programa de intervenção de âmbito psicoterapêutico, com recurso a mediadores expressivos, com o objetivo principal de contribuir para a gestão da

ansiedade na pessoa com perturbação internada.

Tal como referido anteriormente, a relação entre enfermeiro e a pessoa cuidada é explanada em primeiro lugar por o profissional possuir um elevado conhecimento de si, das suas atitudes e saber o que coloca de si na relação. O sucesso da implementação das intervenções terapêuticas, que consideramos relevantes para a resposta ao diagnóstico traçado para a pessoa/família, vai depender do desenvolvimento da relação terapêutica.

Como objetivos específicos estabelecemos: identificar manifestações de ansiedade no adulto com perturbação de saúde mental; desenvolver competências de avaliação e diagnóstico de saúde mental no adulto; adquirir competências na utilização de mediadores expressivos em contexto de RT; desenvolver competências na orientação e dinamização de grupos; fomentar a aplicação de intervenções terapêuticas, na pessoa, eficazes no alívio da ansiedade.

2.7 - APRESENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA (ESTÁGIO II)

Como referimos anteriormente, a ansiedade é uma das perturbações mentais mais prevalente na pessoa internada, pelo que considerámos relevante planear uma resposta de cuidado alternativo e não farmacológico, para as intervenções terapêuticas de enfermagem a prestar a essas pessoas.

Nos últimos cem anos, muitos autores de diferentes áreas apontaram que atividades como arte, música, escrita e drama podem ter um efeito significativo. No entanto, somente nas últimas décadas a arte começou a ser reconhecida como uma ferramenta valiosa na área da saúde mental, com o objetivo de auxiliar as pessoas a terem novas experiências e novas formas de expressar os seus pensamentos e emoções, levando a mudanças positivas, tanto a nível da saúde mental como no bem-estar geral.

Para Ferraz (2009), nas terapias expressivas, a dimensão terapêutica não está diretamente relacionada com o tratamento das perturbações, mas sim, com a evolução de competências aliadas ao aumento do estímulo da plasticidade mental e ao despontar de capacidades inerentes na pessoa. Assim este processo expressivo transforma-se num modo terapêutico aumentando o desenvolvimento pessoal pelo autoconhecimento, gerando o bem-estar na pessoa (Bucho, 2011).

A terapia expressiva promove a harmonia e o equilíbrio na vida, permitindo a leitura do inconsciente através de imagens visuais, sonoras, táteis e cinestésicas. Além disso, ajuda a libertar emoções escondidas, estimula a espontaneidade e a criatividade, ajudando as pessoas mais introvertidas e passivas e proporciona a catarse em situações onde a pessoa com perturbação, tem dificuldade em se expressar verbalmente. Por conseguinte a terapia expressiva apresenta muitos benefícios, tais como melhoria da comunicação consigo mesmo e com os outros, tornando a pessoa mais ativa, resultando num tratamento mais precoce (Ferraz, 2007). A terapia expressiva utiliza diversos mediadores terapêuticos, incluindo a expressão plástica, que engloba quatro recursos diferentes, nomeadamente o desenho, pintura, modelagem e colagem (Ferraz, 2009)

Neste segundo estágio, tivemos oportunidade de realizar uma **RIL** sobre intervenções terapêuticas de enfermagem na gestão da ansiedade da pessoa com perturbação mental, comprovando que as intervenções terapêuticas de enfermagem, com recurso a mediadores expressivos, demonstraram ser eficazes na gestão dos níveis de ansiedade das pessoas com perturbação, internadas em serviços hospitalares, reforçando os resultados de toda a evidência científica já apresentada.

Assim sendo, estas intervenções induzem o relaxamento, estimulam a memória, e a expressão de sentimentos e emoções, promovendo o aumento do autoconhecimento e apresentando efeitos de redução na ansiedade.

Perante a necessidade identificada a partir do *pedido de ajuda* do serviço de internamento, para ser realizada uma abordagem terapêutica na gestão da ansiedade das pessoas com perturbação mental internadas, organizámos e executámos um Programa de Intervenção, com recurso a mediadores de expressão, com seis atividades, tendo em vista os objetivos igualmente delineados. Assim, o planeamento deste programa resultou de uma necessidade real identificada pela equipa de enfermagem em contexto de internamento, de forma a procurar capacitar ou melhorar o bem-estar face à ansiedade da pessoa com perturbação mental grave internada.

Cada intervenção foi precedida de um plano de sessão e, as temáticas abordadas foram denominadas como:

- (1) **“O meu Retrato”**
- (2) **“Saúde Mental”**

(3) **"Vida Saudável"**

(4) **"Respirar Fundo"**

(5) **"O antes e depois"**

(6) **"O meu Futuro"**

Os mediadores usados foram o desenho, pintura, corte e colagem e narrativa escrita.

Dando início á RT, iniciámos as entrevistas clínicas, com base num guião construído, para o efeito, no entanto, e baseados numa pesquisa exaustiva, este guião nemsempre foi seguido, servindo em muitas entrevistas só de base (funcionando como um instrumento de trabalho para registo de algo importante a não ser esquecido), tendo em conta "caminho" traçado durante as entrevistas.

Os períodos encontram-se explanados no Cronograma.

Recordando que os primeiros minutos são determinantes, para fundação da aliança terapêutica, proporcionámos um ambiente no qual a pessoa se sentisse compreendida e aceite. Procedemos á apresentação pessoal, explicámos todo o programa, objetivos do mesmo e garantimos a confidencialidade. Em suma e de acordo com a OE (2021, p 74) no início da entrevista sempre pautámos pela:

"clarificação de papéis, objetivos e aspetos pragmáticos da entrevista: O que estamos ali a fazer e o que se pretende, pedido de autorização se tiver que fazer registos escritos, assim como garantir que a entrevista pode ser interrompida quando a pessoa entender e que não é obrigado a responder a perguntas que não queira sem que daí resulte qualquer consequência para si".

Neste capítulo iremos apresentar os resultados das intervenções realizadas com as pessoas com perturbação mental grave internadas no Departamento de Psiquiatria.

Tal como enunciado no Regulamento (OE 2018), o EEESMP na sua prática deve "*mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais*" (p.21427) uma vez que estas permitem "*estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.*"

Os resultados serão aclarados no contexto das seis sessões do Programa de intervenção desenvolvido em contexto de estágio e de grupo. No âmbito terapêutico, pode definir-se grupo

como uma associação de um conjunto de pessoas, unidas por interesses, valores, normas ou propósitos comuns. Esta associação pode ocorrer por acaso, por opção ou por circunstância (Townsend, 2014).

De acordo com Manes (2018) os grupos psicoterapêuticos devem ser constituídos entre 8 e 10 participantes com um máximo de 15, sendo que um número maior de elementos conferia uma maior dificuldade na gestão do tempo. Os grupos de ajuda mútua, em conjunto, enfrentam no dia a dia os medos, sofrimento, dor, emoções, e priorizam a troca de experiências entre eles, familiares ou amigos próximos com perturbações mentais semelhantes e através de um ambiente acolhedor promovem apoio emocional mútuo.

De referir que a ainda atual situação pandémica levantou alguns constrangimentos na seleção dos participantes uma vez que neste internamento as pessoas ainda estiveram submetidas a um período de isolamento de cinco dias para prevenção da Covid, saindo após os cinco dias com teste negativo. Visando garantir o anonimato dos participantes no programa, optámos por criar um código. Assim, todos os vinte e oito participantes são representados pela letra **P** seguido de um número que lhe foi atribuído.

Para um melhor conhecimento dos participantes, iremos apresentar os dados sociodemográficos, sendo que estes permitem uma caracterização geral das pessoas em análise. No que se refere à perturbação mental alguns dados apontam para uma maior prevalência do sexo masculino (caso da esquizofrenia por exemplo), outros mostram maior prevalência no sexo feminino (por exemplo a depressão), sendo que em outras perturbações a distribuição é equitativa.

No que se refere à escolaridade, 1 participante era iliterada e 1 participante apresentava exclusivamente a 2ª classe, sendo que a restante maioria, apresenta habilitações desde o 9º ano até à Licenciatura; 3 encontravam-se empregados e 3 participantes ainda estudavam, porém, a assiduidade e sucesso escolar eram muito prejudicados pela presença da perturbação mental. O acesso a uma educação com boas experiências e bons resultados académicos está associado a melhores níveis de saúde mental (Coutinho Matijasevich, Scazufca e Menezes 2014).

Para São João et al. (2017) a perturbação mental está diretamente relacionada com uma baixa literacia e simultaneamente, com uma baixa taxa de alguma situação profissional. Na realidade muitas das pessoas com perturbações mentais diagnosticadas, encontra-se

reformada devido á sua situação clínica. A OMS no seu Relatório Mundial de Saúde (2022), alerta os empregadores e governos á criação de postos de trabalho para as pessoas com perturbação mental, além de aumentar a promoção e proteção de todos na sua função laboral.

Diversos autores defendem mesmo que estas pessoas com perturbações dificilmente encontram empregos assalariados, tanto por incapacidade como por discriminação dos empregadores. No mesmo Relatório Mundial constatamos que, *“Com a saúde mental ligada à produtividade, o impacto potencial no desempenho económico e na produção é enorme”* p.12, esta realidade pode-se observar nos vinte participantes que encontramos na situação laboral de “desempregados”.

Neste estudo, Coutinho Matijasevich, Scazufca e Menezes, em que o foco foram os fatores de risco que contribuem para um aumento da prevalência de perturbações mentais, pode-se aferir que *“quanto maior a escolaridade dos participantes, menor a prevalência de TMC (Transtorno mental comum). Participantes que tinham ocupação apresentaram menor prevalência de TMC do que os que não trabalhavam”* (2014, p.1877).

Dos nossos participantes 7 deles encontravam-se na faixa etária entre os 40 e 64 anos de idade o que segundo o mesmo estudo, apresenta-se como um fator, igualmente, de maior prevalência para perturbações do foro mental.

Participante	Idade	Sexo	Escolaridade	Diagnóstico Médico	Estado Civil	Situação Laboral
P 1	28	M	9ºano	Psicose tóxica	Solteiro	Desempregado
P 2	48	M	12º ano	Perturbação da personalidade	União de Facto	Desempregado.
P 3	22	M	7ºano	Psicose tóxica	Solteiro	Desempregado
P 4	38	M	Licenciatura	Perturbação da Personalidade	União de Facto	Empregado (Aérea diferente)
P5	26	M	7º ano	Psicose Tóxica	Solteiro	Desempregado
P6	22	M	7ª ano	Psicose Tóxica	Solteiro	Desempregado
P 7	47	M	12º ano	Perturbação da Personalidade	Divorciado	Desempregado
P 8	30	M	9º ano	Perturbação Depressiva	União de Facto	Desempregado
P 9	58	F	7º ano	Perturbação Depressiva	Divorciada	Desempregada
P 10	25	M	9º ano	Psicose	Solteiro	Desempregado

P 11	28	F	7º ano	Depressão Major com ideação suicida	Solteira	Desempregada
P 12	56	M	12º ano	Episódio depressivo	Viúvo	Desempregado
P 13	62	M	7º ano	Psicose	Casado	Empregado
P 14	30	M	7º ano	Psicose tóxica	Solteiro	Desempregado
P 15	34	M	5 ano	Surto psicótico	solteiro	Desempregado
P 16	38	F	12º ano	Perturbação Depressiva	Casada	Empregada
P 17	27	F	12º ano	Psicose	Solteira	Desempregada
P 18	18	M	12º ano	Alteração da personalidade	Solteiro	Estudante
P 19	66	F	Iliterada	Perturbação da Personalidade	Casada	Reformada
P 20	20	F	12ºano	Surto Psicótico	Solteira	Estudante
P 21	80	F	2ª classe	Psicose	Viúva	Reformada
P 22	34	M	9º ano	Psicose Tóxica	Solteiro	Desempregado
P 23	34	M	12ºano	Perturbação da Personalidade	Solteiro	Desempregado
P 24	31	M	6ºano	Psicose Tóxica	Solteiro	Desempregado
P 25	50	M	9º ano	Alteração da Personalidade	Divorciado	Desempregado
P 26	35	M	9º ano	Psicose	Solteiro	Desempregado
P 27	23	M	12º ano	Esquizofrenia	Solteiro	Estudante
P 28	64	M	6ºano	Psicose	Divorciado	Desempregado

Quadro 1: Dados sociodemográficos dos participantes

Considerando um estudo epidemiológico de tipo observacional em Portugal desenvolvido por São João, Coelho, Ferreira, Castelo, Massano, o facto de os participantes serem divorciados ou viúvos aumenta a probabilidade de uma perturbação mental, chegando os autores a relacionar que pode dever-se “a uma carga psicológica e traumática superior pelo facto de existir uma “perda” associada” (2017, p.176), indo ao encontro de 6 participantes do nosso programa. As perturbações da ansiedade e a depressão, contudo, são mais comuns no sexo feminino, ao passo que as perturbações devidas ao uso de substâncias são mais comuns no sexo masculino.

Durante 12 semanas foi executado um programa de intervenções de âmbito psicoterapêutico, estruturadas ao longo de 6 sessões em grupo e com recurso a mediadores expressivos, como anteriormente referido, como sejam, o desenho, a pintura, corte e colagem, narrativa escrita e relaxamento. Sendo que algumas foram replicadas, em que as abordagens terapêuticas centraram-se na promoção da autoestima, autoconceito, bem-estar, fomentar relação interpessoal, fomentar consciência de si, entre outras.

As atividades desenvolvidas, sendo baseadas na utilização de mediadores, sugeriu-se aos participantes a criação de exercícios relacionados com os temas escolhidos não havendo a preocupação estética, mas sim a apreciação do seu valor enquanto meio e comunicação, como portador de elaboração de conteúdos internos e como ensaio do processo criativo. Este método tem como objetivo o acesso aos nossos pensamentos, sentimentos, memórias e traços de personalidade que podem não estar conscientes na nossa mente (*self*). Ajuda também na capacidade de agir criativamente, em vez de recorrer a um pensamento ilimitado e imaturo (Carvalho,2009).

Estas atividades foram integradas no plano de atividades terapêuticas da equipa, e em sintonia com toda a metodologia e estratégia estruturada no serviço.

Como **primeira atividade** apresentámos o tema “**O meu retrato**” sendo o mediador expressivo utilizado o desenho. Esta intervenção sugeria que cada elemento desenhasse uma imagem que o representasse.

Após a entrevista individual a cada um dos participantes e do preenchimento do consentimento informado os clientes selecionados reuniram-se na sala destinada. Podia-se perceber alguma inquietação da parte de alguns participantes, percecionada pelas várias questões em relação á sessão.

Na primeira parte de apresentação do grupo era notória alguma retração na expressão verbal, situação que foi ultrapassada com o quebra-gelo após o qual já quase todos os elementos conversavam mostrando mais á vontade. Seguidamente foi então proposta a realização de uma imagem que os representasse/definisse no tempo definido.

No decorrer da atividade conseguiu-se perceber que alguns elementos estavam distraídos/desconcentrados, mostrando alguma reticência em iniciar a atividade, porém ao observarem outros que já tinham iniciado ficaram mais serenos e desenvolveram a atividade.

Logo nesta fase pudemos constatar que logo depois do primeiro impacto de dúvidas e com o início dos esboços os participantes recorriam aos diversos materiais colocados à sua disposição, ultrapassando a nossa ideia pré-concebida que iriam recorrer só a um tipo de material mostrando uma grande riqueza de cores e diferentes instrumentos utilizados.

Como resultados as produções na sua maioria remeteram para o tema *Família*, surgindo abordagens simbólicas do conceito de família tais como figuras de filhos, companheiros (as), casas, entre outras, tal como se verificou nas produções P2, P3, P4 (ANEXO 1). No que diz respeito à produção pelo P1 esta apresentava-se mais abstrata e o utente teve alguma dificuldade em verbalizar a sua representação mas com a ajuda e apoio do grupo o utente conseguiu expressar que toda a construção teria sido realizada em torno da família, sendo que a imagem foi produto de um “rabisco” (P1) porque tinha sido um ensinamento do avô, e a partir daí representou algumas imagens relacionadas com o conceito família, como por exemplo, a imagem de dois cisnes com a cabeça encostados que representavam o avô e a avó em forma de um coração (ANEXO 2). De salientar que esta pessoa ainda não apresentava juízo crítico para a sua situação de doença, no momento de realização desta atividade.

Numa outra produção o P2 representou a sua família só com os filhos e na explicação atribuiu vários significados aos pormenores do seu desenho, demonstrando registos importantes para a compreensão familiar:

“Estes são os meus filhos, só vivo com a mais nova que tem seis meses, daí estar ao meu colo, a mãe dos outros já não está comigo e a atual companheira não sei se vai ficar comigo...tenho saudades de os ter comigo todos, gosto muito deles, apesar de não estar sempre presente...Coloquei o sol porque me lembra os dias de praia, o céu azul, às vezes vejo tudo mais escuro e refugio-me na net a falar com desconhecidas e as minhas companheiras não gostam” (Sic P2). Este momento deu lugar a sentimentos mais emotivos ao surgir a palavra solidão, gerando-se um clima propício ao desbloqueio de emoções em que muitos participantes falaram de problemas relacionais.

Numa outra produção o P4, curiosamente, tem a necessidade de representar uma passadeira com pessoas a passar, *“Preocupo-me muito com as pessoas, gosto de ajudar de ser útil, detesto injustiças, no que depender de mim ajudo sempre.”*, fala-nos também de um caminho a seguir *“Agora sempre em frente, desenhei a casa porque vai ser o próximo passo, uma casa, para todos vivermos lá.”* (Sic P4) (ANEXO 3)

Foi interessante observar a representação do P3 que desenhou um símbolo de Yin e Yang, “São duas energias, é como a minha vida, a minha família, a escuridão e a claridade, tenho sempre esta dualidade, mas amo a minha família daí ter desenhado estes corações” (Sic P3). Durante a explicação ao ser questionado porque não tinha representado alguns elementos notou-se uma fuga ao tema da solidão, referindo que “Estas duas imagens representam tudo o que sou...” (Sic P3) (ANEXO 4). Foram também referidas dificuldades na comunicação nas relações interpessoais, tais como na incapacidade para assumir responsabilidades, preocupações com o sustento da família e com o facto de não se sentirem confortáveis com o seu papel na família.

Ferraz (2009) propôs a criação de um espaço onde as pessoas se sintam seguras e livres para se expressarem, compartilhando os seus sentimentos e emoções. Este ambiente chamado de *espaço expressivo*, apresenta igualmente, o objetivo de promover o desenvolvimento da criatividade dos participantes. Assim encaramos este programa, como

“...o trabalho do terapeuta expressivo como uma intervenção centrada no aqui e agora, visando o estabelecimento de objetivos e tarefas autoeducativas, promovendo, estimulando, amadurecendo e desenvolvendo a consciência não só individual, como também grupal e global. E por isso dizemos que as terapias expressivas buscam o desenvolvimento de ações que promovam aquilo que Carl Rogers definiu como «o indivíduo tornar-se pessoa», ou desenvolver a consciência de si mesma.” (Ferraz.,2009, p.26).

Na orientação do grupo sentiram-se dificuldades, especificamente, em relação á falta de concentração de alguns participantes e na expressão/exploração de sentimentos. Em todo o caso, todos apresentaram um comportamento adequado e permaneceram até ao final. Da avaliação final da atividade todos referiram que gostaram da atividade e como sugestão enunciaram a continuidade deste tipo de atividades. A sessão ofereceu, através do seu setting seguro, que os participantes divulgassem algumas vivências familiares, contribuindo em dados importantes para o seu processo terapêutico, tais como a promoção do autoconceito e da autoestima, estimulando também a concentração.

A **segunda atividade** com o tema “**Saúde Mental**”, foram utilizados como mediadores expressivos o desenho e a escrita. Tal como na primeira atividade, na fase de apresentação da atividade todos tiveram oportunidade de se apresentarem e nesta referiram qual o conceito que eles tinham sobre a “Saúde Mental”. Logo na primeira partilha todos chegaram á conclusão de que a temática seria muito mais abrangente do que á partida teriam pensado, proporcionando esta atividade um maior conhecimento sobre a saúde mental.

Foi então proposto ao grupo que representasse o seu significado de Saúde mental, quer por desenho quer por escrita.

No momento da apresentação dos trabalhos pudemos observar que as representações eram diversas, mas que abrangiam tópicos comuns como a Saúde, Família, Justiça, Respeito, Amor, entre outros. Cada elemento partilhou então o que seria a saúde Mental para si, fomentando a autorreflexão, interação grupal e novas experiências sensoriais, através das quais se pode verificar o aumento da própria autoestima pela constatação de que tinham sido capazes de construir o que lhes tinha sido pedido através de largos elogios mútuos entre todos os participantes. Situação que se pode verificar quando a participante P9 mesmo com alguma reserva conseguiu desenhar alguns elementos importantes para a sua Saúde Mental, tais como uma casa, a existência de uma atividade profissional e conseguir desempenhá-la, e a importância de ter os filhos ao pé, todos estes fatores representavam a “*estabilidade mental*” (Sic P9) (ANEXO 5) A partilha e apoio grupal foi igualmente preponderante no elemento P12 que com muita dificuldade teve sucesso na partilha e expressão de sentimentos e emoções, pois estava a viver o seu luto pela esposa. A expressão de sentimentos relacionados com a perda de uma pessoa significativa mostra ser um recurso fundamental no processo de luto (ANEXO 5).

O participante P14 devido às alterações de pensamento e não ter insight da sua perturbação, desviava-se também do tema, contudo com o apoio das moderadoras e grupo, conseguiu verbalizar o que seria para ele a Saúde Mental representando uma imagem com alusão a uma “*bactéria da insónia*” (Sic P14) (ANEXO 5), o que se tornou facilitador para a introdução do tema do sono e da sua importância. De referir que no dia a seguir a esta atividade, este participante (P9) referiu que tinha gostado da “conversa” e que “o tinha posto a pensar” (Sic P14) e que “tudo o que sentia se calhar estava diretamente ligado á sua doença...” (Sic P14) deixando-nos satisfeitos quanto aos resultados propostos e alcançados. O participante P7 referiu que a música era a sua base e que gostava de estar na Natureza, o participante P13 apresentou um conjunto de palavras associadas á sua função de “Pastor”, invocando diversas vezes o seu sentido de Justiça. O participante P15, demonstrou uma grande resistência em desenvolver esta atividade, permanecendo em silêncio e apático, ficando com a folha na mão e mexendo nos materiais que se encontravam dispostos sobre a mesa, foram momentos de alguma intensidade emocional pois, mesmo com incentivos para participar houve necessidade de gerir resistências, silêncios e emoções (ANEXO 6).

No final todos os participantes indicaram que gostaram da sessão e que se deviam

realizar mais assiduamente, referindo igualmente que possibilita a expressão de sentimentos e momentos de bem-estar, convívio e tranquilidade. Apresentaram também comportamento adequado, embora alguns estivessem mais focados.

A **atividade nº 3** abrangeu o tema “**Vida Saudável**” com o uso do mediador de expressão corte e colagem de figuras. Os participantes apresentaram-se na hora e sala marcadas, após a fase do quebra-gelo colocaram-se em redor das mesas e passaram á escolha de figuras/imagens/palavras que lhes fossem significativas, tendo em conta a temática. No início desta fase constatou-se uma alegria e expectativa grandes, pois todos mostraram motivação para o início da atividade. Apesar de todas as imagens dispostas de igual forma para todos e de não existirem figuras ou imagens em duplicado, os participantes retiraram os vários recortes ordeiramente e sem atropelos. Todos os participantes colaboraram na atividade de forma entusiástica sendo que esta mostrou-se muito produtiva e todos os elementos recorriam aos diversos materiais para enriquecer a sua produção, havendo interajuda no grupo, uma vez que as cartolinas eram divididas por partes entre todos, ou seja, cada um criou o seu espaço identificando de forma livre (ANEXO 7).

Através das imagens e palavras encontradas, foi possível a partilha de emoções e sentimentos tais como tristeza, angustia, desassossego, e por seu lado igualmente sentimentos desejados de alegria, amor, esperança, autoestima e bem-estar. Mostrou-se igualmente fundamental o reforço de cada participante adquirir novos conhecimentos sobre a sua patologia, importância de hábitos alimentares saudáveis, pratica de exercício físico, ou seja, a importância de manter uma vida saudável em diversos aspetos.

De referir as produções da participante P17 que tentava monopolizar os materiais e imagens, conseguindo reproduzir dois trabalhos, mas com o apoio grupal e da minha enfermeira orientadora houve o controle da atividade para que todos pudessem participar de forma equitativa (ANEXO 8).

Estas produções de “*arte*” podem ser consideradas como uma forma de terapia usada como instrumento para ajudar as pessoas a exprimirem-se conectando-se com as suas emoções e pensamentos internos. Ao permitir-mos que os participantes criem livremente, estas demonstram conseguir aceder ao seu “eu” que de outra forma poderia estar bloqueado ou inconsciente, levando a um crescimento interior. Através da utilização dos mediadores, as pessoas conseguem transmitir sentimentos e pensamentos, que por palavras talvez se mostrasse difícil. Estas intervenções revelam-se importantes na autonomia de cada pessoa,

permitindo a expressão da sua subjetividade elaborando questões internas, podendo ajudar no alívio de tensões e resoluções de conflitos internos (Carvalho, 2009).

As escolhas retrataram, tal como esperado, temáticas como a Alimentação Saudável, prática de exercício físico, hábitos saudáveis e a temática de reatar/fortalecer laços familiares. Durante a atividade foram muitos os momentos de descontração e com a possibilidade de expressão de sentimentos, de gostos pessoais, de sensações e desejos. O grupo fortaleceu o relacionamento interpessoal, permitindo momentos de bem-estar, mostrando-se mais coeso e com maior sentimento de pertença.

A **atividade nº4** com o tema “**Respirar fundo**” foi dedicada á técnica do relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson, numa versão mista pois utilizou-se a música e imagens mentais como coadjuvantes da técnica.

Segundo Ryman (1995) citado por Payne (2003, p.3) relaxamento é “*um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo*” e despona de uma “*diminuição da tensão ou ansiedade, resultando no descanso do corpo e da mente. Um estado de tranquilidade refrescante.*” As primeiras informações de relaxamento emergem a 1929 e 1932 juntamente com a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson e o relaxamento autógeno de Schultz, respetivamente (Townsend, 2011, p. 228). Desde essa altura ergueram-se diversas técnicas de relaxamento, sempre com uma base histórica e cada vez mais com evidência científica referente aos seus benefícios, podendo serem utilizadas tanto em grupo como individualmente.

Quando os participantes começaram a entrar na sala e puderam observar a os colchões preparados para a atividade, foi grande o entusiasmo e surgiram conversas paralelas sobre o que se iria passar. Todos trariam a almofada pessoal, que lhes tinha sido pedida além de alguma manta se considerassem necessário.

No início da atividade e após pedirmos que se colocassem numa posição deitada confortável, foi explicado que a técnica se baseava na contração/descontração dos vários músculos com o objetivo da tomada de consciência do corpo por parte de cada um, promovendo a libertação de tensões que pudessem existir, acalmando a mente.

Através da música podemos observar alterações nas emoções podendo se mostrar muito útil para identificação das próprias sensações e emoções. Esta atividade foi realizada de forma

tranquila e permitiu que os participantes compreendessem diferentes pontos de vista sobre o mesmo assunto, promovendo a compreensão mútua. Esta atividade ajudou identicamente a identificar diferentes estratégias de relaxamento para redução dos níveis de ansiedade.

Esta atividade mostrou-se uma experiência muito significativa, positiva e muito satisfatória para todos os participantes, sendo que todos referiram que esta sessão teria ajudado no alívio do stress e libertação de tensões permitindo momentos de bem-estar.

Com todas as exteriorizações de agrado e resultados visualizados pudemos ter a oportunidade de repetir esta sessão em mais dois momentos com diferentes grupos compostos por cinco elementos cada. Foi igualmente transmitido que esta técnica poderia ser utilizada por cada um deles sempre que considerassem proveitoso (ANEXO 9).

A atividade nº5 intitulada de “**O antes e o depois**”, abordou a temática da medicação e a importância da adesão terapêutica. Teve como mediador expressivo o desenho e a escrita e foi pedido aos participantes que retratassem com estes mediadores, o que sentiam antes e após a tomada da medicação. O desenho apresenta-se sob uma forma de expressão e comunicação utilizada pelo ser humano há muitos séculos, que permite o acesso a pensamentos, vivências e sentimentos da pessoa. Quando usado como ferramenta terapêutica permite igualmente que se consiga acesso ao “eu interior” da pessoa, apoiando a comunicação. A narrativa junto com o desenho revela-se crucial para que se pode entender a mensagem deixada pelo desenho. Santos (2009, p.143) enuncia que *“o traço, o desenho e toda a atividade gráfica são representação mental que intencionalmente deixa vestígio de um gesto, significante de emoção, experiência vivida, conhecimento”*.

Após o momento do quebra-gelo os participantes mostravam-se muito pensativos e até apreensivos, alguns porque já tinham iniciado algum tempo a medicação e tinham receio de não se lembrarem de como se sentiam e outros porque era um assunto que não gostavam de abordar pois faria com que tivessem mais consciência o quanto importante era a sua toma. Todo este ambiente fez com que por parte do grupo e das orientadoras houvesse a estimulação da memória com o objetivo de refletirem como eram antes da toma da medicação, o que se revelou frutífero pois logo após as produções começaram a surgir.

Na partilha dos trabalhos verificou-se que todos os participantes referiam que não gostavam de tomar a medicação com a justificação dos efeitos secundários. Sentiam que deixavam de ser eles próprios e simultaneamente sentiam falta de energia. A sessão permitiu

a alguns participantes transmitirem o juízo crítico para a necessidade da toma da medicação, tal como referiu a P.20 *“que antes da medicação até pensava que estava bem, mas agora percebo que estou menos ansiosa e durmo muito melhor, antes passava noites em claro”* (Sic P20) e o P.22 referiu *“descompensei tanto que só fumava, não comia e nem me apercebia do que fazia”* (Sic.P.22). De acordo com Borba et al. (2018, p.6) *“a adesão em determinado momento não garante a adesão posterior, pois o significado atribuído pelo indivíduo ao uso do medicamento e a motivação para fazê-lo não são permanentes, sofrem influência de sua vivência e de experiências anteriores”*. Assim sendo as pessoas com perturbação já aderentes, necessitam de um acompanhamento de forma contínua e sistemática.

A dada altura pudemos perceber que o P. 24 durante a intervenção encontrava-se mais distante e algo desconfortável, tentámos aproximarmo-nos e conversar um pouco. Perguntámos se não gostava de desenhar ou pintar, ao qual respondeu que não, que só gostava de olhar, de observar. Tentámos ir ao encontro de algo prazeroso e percebemos que, como vivia numa quinta, tinha saudades do campo, da natureza, e quando iniciámos este assunto a conversa ficou mais fluida, tornando-se este momento um mediador em si e para a nossa aproximação.

Os profissionais devem oferecer e deixar á disposição os diferentes elementos, e o facto de alguém que pareça não se querer envolver deve-nos mostrar uma possibilidade de aproximação, indo ao encontro do gosto da pessoa. Como já tivemos oportunidade de enunciar, a Enfermagem enquanto profissão, prima esta na relação com o outro. O EEESMP, tendo o privilégio de poder ser um potencial executor da RA deve usar as suas competências/atitudes como o respeito pela pessoa, capacidade de se abster a juízos de valor, para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades do ser humano, tal como plasmado na Lei nº 111/2009.

Na avaliação final, todos os participantes enunciaram que gostaram da atividade, sendo notória a conclusão da importância da toma da medicação, independentemente de todos os efeitos secundários. O grupo evidenciou a interação, os sentimentos de bem-estar e felicidade. As produções finais encontram-se no ANEXO 10.

A atividade nº 6 teve o tema de **“O meu Futuro”** com o objetivo primordial de promover a esperança num futuro positivo ajudando na construção de novos projetos. O mediador expressivo utilizado foi o desenho e na hora marcada os participantes compareceram, notando-se que alguns que já tinham tido oportunidade de participar em outras atividades

vinham já com outro entusiasmo espelhado na face.

Ultrapassada a fase do quebra-gelo, iniciaram algumas conversas paralelas entre todos para ajudarem alguns que se mostravam mais duvidosos em relação ao que esperavam do futuro, mas com a colaboração do grupo perceberam que “as respostas viriam dos seus desejos para um futuro melhor e que o objetivo seria tentarem espelhá-los por desenho ou escrita. Durante as produções e tendo em conta algumas dificuldades iniciais, o tempo mostrou-se curto para tantos desejos/vontades demonstrando empenho em apresentar a “melhor produção”, toda a atividade decorreu tranquilamente com os participantes a interagirem entre si com troca de ideias.

Muitos temas surgiam como pretexto á partilha de experiências e á discussão de temas fundamentais dos seus projetos futuros, outros temas incitaram situações de catarse emocional, especialmente quando o tema se relacionava com afetos. A expressão “*catarse*” segundo Sousa (2005), refere-se a colocar em palavras ou mostrar de alguma forma as emoções, sensações e pensamentos que muitas vezes são difíceis de explicar ou expressar racionalmente. É vista como forma de alívio e libertação de alguns sentimentos internos, oferecendo á pessoa uma sensação de libertação emocional.

Nas produções encontraram-se referências ao passado e como gostariam que fosse no futuro, ou uma combinação (ANEXO 11). Alguns participantes desenharam casas com acessórios e conforto que não tinham tido, outros desenharam ambientes relaxantes com jardins, água, piscinas. Outros falaram da vontade de ter alta, como o P24, chegando mesmo a escrever a palavra “*alta*” (ANEXO 12).

Foi abordado por quase todos os participantes a importância de definir objetivos realistas, entre eles o ficar bem de saúde mostrou-se ser um dos mais desejados, tal como o P27 retratou na sua produção. As conversas alongaram-se e todos os participantes demonstraram interesse, identificando-se com os temas.

Nesta atividade e nas outras em que foi pedido desenhar, pudemos constatar que mesmo alguns participantes que de início alegavam “não ter jeito” já se mostravam com mais

Iniciativa e vontade, e mesmo os mais tímidos e sem “jeito”, tentavam colocar por escrito os seus desejos completando com alguma imagem, representando os seus conceitos e vivências próprias, como pudemos constatar no P25. Toda esta partilha permitiu a

identificação com o grupo, possibilitando o reconhecimento dos seus problemas favorecendo a interação.

Durante a atividade houve oportunidade para demonstração de sentimentos de bem-estar, felicidade, orgulho e esperança num futuro melhor. A reflexão sobre os próprios sonhos mostrou-se frutífera no autoconhecimento.

2.8 - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

Poder-se á referir que a avaliação trata-se de um procedimento dinâmico, devendo ser rigoroso, que compara os objetivos inicialmente traçados, e os alcançados no final (Nogueira, 2005 citado por Ruivo et al., 2010).

Por outras palavras, a avaliação continua envolve a observação regular da situação que está sendo estudada, a reorganização dos objetivos estabelecidos assim como a escolha adaptada dos meios a serem utilizados juntamente com a análise constante dos resultados obtidos. Perante esta avaliação o objetivo será fornecer informações essenciais para melhorar a coerência, eficiência e eficácia do projeto, sendo que é essencial a utilização de instrumentos de avaliação para medir os resultados (Ruivo et al., 2010).

Num projeto podemos observar dois momentos, a avaliação intermédia e avaliação final, contudo a avaliação do processo deve ser o produto do projeto (Ruivo et al., 2010).

Ou seja, *“...a avaliação pressupõe um processo continuo na determinação dos efeitos que as intervenções de enfermagem tiveram no estado de desequilíbrio da pessoa, relativamente aos resultados esperados”* Amaral (2010)

Neste sentido apresentamos de seguida os dados da avaliação realizada antes e após cada sessão a todos os participantes conforme explanado nas tabelas e escalas de faces.

Atividade 1	Do que é que gostou mais nesta atividade?	Cite dois benefícios que obteve nesta atividade:	Alguma sugestão para atividades futuras?
P1	<i>Gostei de tudo</i>	<i>Pintar, relaxar</i>	<i>Mais atividades</i>
P2	<i>A possibilidade de elaborar um autorretrato</i>	<i>Pintar</i>	<i>Mais iguais</i>
P3	<i>Da atividade</i>	<i>Convívio, pintar</i>	<i>Mais momentos destes</i>
P4	<i>Da interação entre todos</i>	<i>Reflexão, concentração</i>	<i>Proporcionar mais atividades destas</i>
P5	<i>Gostei da atividade, mas não gosto de estar internado</i>	<i>convívio</i>	<i>Não sei</i>
P6	<i>Falarmos</i>	<i>Pensar sobre o que me aconteceu</i>	<i>Fazer mais desenhos</i>
P7	<i>Pensar no que sou</i>	<i>Refletir</i>	<i>Mais atividades destas</i>
P8	<i>Da atividade</i>	<i>Distrair-me</i>	_____

Quadro 2: Avaliação atividade 1

Atividade 2	Do que é que gostou mais nesta atividade?	Cite dois benefícios que obteve nesta atividade:	Alguma sugestão para atividades futuras?
P8	<i>Falar</i>	<i>Estar bem</i>	<i>Mais atividades</i>
P9	<i>Ver</i>	<i>Não pensar</i>	<i>Mais iguais</i>
P10	<i>Gostei de participar</i>	<i>Desenhar, pintar</i>	<i>Mais momentos destes</i>
P11	<i>Pensar</i>	<i>Pintar</i>	<i>Proporcionar mais atividades destas</i>
P12	<i>De poder ouvir o que é a saúde Mental para os outros</i>	<i>Sinto-me melhor</i>	<i>Não sei</i>
P13	<i>Pensar</i>	<i>Não sei</i>	<i>Fazer mais desenhos</i>
P14	<i>Da atividade</i>	<i>Distrair-me</i>	<i>Mais atividades destas</i>
P15	<i>Estar em grupo</i>	_____	_____

Quadro 3: Avaliação atividade 2

Atividade 3	Do que é que gostou mais nesta atividade?	Cite dois benefícios que obteve nesta atividade:	Alguma sugestão para atividades futuras?
P16	Gostei de tudo	Colar e pensar	_____
P17	Uma atividade criativa	Fiquei entretido	Mais atividades
P18	Estamos juntos sem ser a fumar	Distraí-me da rotina habitual	Manter a mesma e outras atividades
P19	Foi divertido	_____	_____
P20	Interação com os demais participantes	Estímulo da atividade mental, bom humor	Todas as que proporcionem a estimulação em grupo
P21	Não pensar	colar	_____

Quadro 4: Avaliação Atividade 3

Atividade 4	Do que é que gostou mais nesta atividade?	Cite dois benefícios que obteve nesta atividade:	Alguma sugestão para atividades futuras?
P3	Gostei	Música	_____
P4	Gostei de tudo	Relaxar	Mais atividades
P5	Gostei	Acalmar	Manter a mesma e outras atividades
P7	Gostei	Pensar	_____
P8	Gostei	Relaxar	Todas as que proporcionem a estimulação em grupo

Quadro 5: Avaliação atividade 4

Replicação Da ativ. 4	Do que é que gostou mais nesta atividade?	Cite dois benefícios que obteve nesta atividade:	Alguma sugestão para atividade sfuturas?
P20	<i>Adorei</i>	<i>Relaxar, o som de estar no mar</i>	<i>Manter</i>
P21	<i>De toda a sessão</i>	<i>Relaxar, música</i>	<i>Manter</i>
P22	<i>Respirar</i>	<i>Relaxar, transportou-me para a Natureza</i>	<i>Manter</i>
P23	<i>Gostei da voz da enfermeira</i>	<i>Música, relaxar</i>	_____
P24	<i>De tudo</i>	<i>Acalmar a mente</i>	_____

Quadro 6: Avaliação atividade 4 (replicação)

Activi · 5	Do que é que gostou mais nesta atividade?	Cite dois benefícios que obteve nesta atividade:	Alguma sugestão para atividades futuras?
P20	<i>Tudo</i>	<i>Estar bem</i>	<i>Mais atividades</i>
P22	<i>Tudo</i>	<i>Não pensar</i>	<i>Mais iguais</i>
P23	<i>Expressar-me</i>	<i>Desenhar, pintar</i>	<i>Mais momentos destes</i>
P24	<i>Tudo</i>	<i>Pintar</i>	<i>Proporcionar mais atividades destas</i>
P25	<i>Tudo</i>	<i>Sinto-me melhor</i>	<i>Não sei</i>

Quadro 7: Avaliação da atividade 5

Activi · 6	Do que é que gostou mais nesta atividade?	Cite dois benefícios que obteve nesta atividade:	Alguma sugestão para atividades futuras?
P23	<i>De tudo</i>	<i>O desabafo, convívio</i>	<i>Manter</i>
P24	<i>Estar distraído</i>	<i>Senti-me bem comigo mesmo</i>	<i>Mais atividades</i>
P25	<i>Equilíbrio mental</i>	<i>Melhora autoestima, aproveita-se o tempo</i>	<i>Exercícios neurológicos</i>

A intervenção terapêutica do EESMP com Mediadores de Expressão, na gestão da ansiedade da pessoa internada com perturbação mental

P26	<i>De tudo</i>	<i>Aprender com alguém que sabe mais que nós</i>	<i>Música, dança</i>
P27	<i>Gostei</i>	<i>Não sei</i>	_____
P28	<i>Estar em grupo</i>	<i>Paz</i>	<i>Mais atividade</i>

Quadro 8: Avaliação da atividade 6

	Como se sente antes da Atividade?					Como se sente no final da Atividade?				
Particip.										
P1			X						X	
P2		X							X	
P3					X					X
P4			X						X	
P5				X						X
P6				X						X
P7			X						X	
P8		X							X	
P9		X							X	
P10		X							X	
P11		X							X	
P12			X						X	
P13				X					X	
P14				X						X
P15				X						X
P16			X						X	
P17		X								X
P18	X							X		
P19				X						X
P20			X						X	
P21			X						X	
P22			X							X
P23					X					X
P24					X					X
P25		X								X
P26			X						X	
P27			X					X		
P28			X							X

Quadro 9: Avaliação de satisfação dos participantes

As intervenções especializadas de enfermagem em conjunto com o desenvolvimento de uma RT baseada na confiança, empatia e respeito, foram responsáveis por aumentar o interesse e a participação das pessoas e do grupo nas sessões mencionadas. Pudemos concluir, através da observação do comportamento das pessoas e grupo, bem como da avaliação do seu estado mental, que houve melhorias na gestão da ansiedade na maioria delas. Além disso, foi possível observar que todos compartilharam informações, conhecimentos e experiências, o que também indica uma evolução positiva.

Examinando os resultados obtidos verificámos que na maioria, todos as pessoas mostraram ganhos em saúde, podendo constatar que as intervenções de enfermagem demonstram eficácia em ajudar, minimizar ou até resolver alguns problemas das pessoas, e que estas possuem de fato mais informação para o estado atual de saúde. As sessões de caráter psicoterapêutico, aumentaram os conhecimentos sobre a sua perturbação, medicação e forneceram ferramentas para a identificação de sinais e sintomas e como proceder perante uma situação de crise.

Nas sessões, ajudou-se a pessoa a aprender refletir sobre si mesma, envolvendo a sua família neste processo para que o agir e tomada de decisões fosse em conjunto. O tema da medicação (Antes e depois) foi abordado para incluir as razões pelas quais as pessoas podem ter dificuldade em aceitar e lidar com os efeitos secundários. O diálogo, partilha de experiências e aprendizagem de estratégias, auxiliaram a pessoa a lidar com a situação e entender a importância da adesão terapêutica. Tivemos também oportunidade de discutir mecanismos de *coping* e estratégias para responder às necessidades e dificuldades diárias. As técnicas de intervenção terapêutica de suporte (como tranquilizar, ensinar e encorajar) foram complementadas com estratégias para gerir a ansiedade, como foi o exemplo da Técnica de Relaxamento

O tema “**O meu futuro**”, abordámos por último por se tratar de um tema sensível, pois despoletou emoções, sentimentos e lembranças, estimulando mais a pessoa para refletir.

Pensamos que foram temáticas para promoção da motivação, impulsionando para ação, indo ao encontro da construção do seu “novo Eu”. O trabalho desenvolvido fez-nos acreditar na capacidade de mudança e evolução positiva no processo de saúde mental de cada pessoa. De acordo com Peplau, o enfermeiro deve trabalhar lado a lado com a pessoa, tendo em conta as suas necessidades, com o propósito de desenvolver uma relação que leve ao crescimento mútuo. Esta relação é fundamental para o crescimento e fortalecimento de ambas as personalidades. Por outras palavras, os dois podem crescer e desenvolverem-se, e foi

baseado nesta premissa, de que os cuidados de enfermagem são muito mais do que que cuidados físicos, que verificámos o nosso próprio desenvolvimento (Townsend, 2011).

Assim sendo o trabalho que desenvolvemos mostrou-se muito gratificante especialmente nos momentos em que foi possível a transmissão de conhecimentos e estratégias de recuperação individuais entre profissional e doente.

Consideramos assim que as intervenções desenvolvidas foram adequadas e dirigidas à satisfação das necessidades da pessoa e do grupo tendo contribuído positivamente para a gestão da ansiedade da pessoa com perturbação internada.

2.9 - DISCUSSÃO E REFLEXÃO DOS RESULTADOS

No início do programa, existiram alguns desafios ao ver que os participantes demoravam um pouco para começar ou desenvolver os seus trabalhos. No entanto e com a continuação das atividades, ao usarmos intervenções com mediadores expressivos, percebemos que esse tempo era fundamental para cada pessoa, pois este tipo de intervenção ajuda a pessoa a entrar em contacto com o seu inconsciente e explorar sentimentos ocultos. Conforme as atividades foram progredindo, houve um aumento significativo na interação dos participantes com troca de ideias e elogios que promoveu a coesão do grupo (Ferraz, 2007 e kim,2010).

No final de todas as sessões ao verificar os comentários e resultados dos inquéritos, ficámos com uma sensação de dever cumprido. Assim pensamos ter contribuído para mudança de sentimentos, objetivos e aptidões com a certeza de que todos terão uma vida mais satisfatória e esperançosa, independentemente da perturbação mental.

Os benefícios para a saúde relacionados á autoestima estão ligados a diferentes aspetos da vida, como ser capaz de fazermos as nossas próprias escolhas e decisões, ter relacionamentos positivos, sentir que estamos evoluindo pessoalmente, estarmos satisfeitos com a nossa vida e aceitarmo-nos como somos.

Muitos profissionais acreditam que o cuidado é um processo em que apenas nós oferecemos dedicação e energia sem receber nada de troca. No entanto, no nosso entender, essa visão está errada, pois cuidar envolve uma relação de duas vias, entre um profissional e uma pessoa que precisa de ajuda e quando essa pessoa recebe cuidados e afeto adequado, esta fica satisfeita e transmite esse sentimento para nós, o que conduz a benefícios mútuos.

Neste sentido, será importante destacar, além de todos os dados obtidos, toda a importância das diversas relações terapêuticas que pudemos criar e sentirmos que no período deste projeto a nossa intervenção possa ter feito alguma diferença na vida destas pessoas e nas nossas.

PARTE 2 – AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE EESMP2 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

O Enfermeiro é o profissional que perante a utilização de metodologia científica apresenta competências científicas, técnicas e humanas para prestação de cuidados à pessoa, família, grupos e comunidade. Durante todo o ciclo de vida o enfermeiro está presente e em todos esses momentos tenta responder às necessidades das pessoas, através da colheita de dados que lhe permitam um diagnóstico de Enfermagem objetivo, planeando e executando as intervenções adequadas aos problemas.

Segundo a OE (2015b, p. 17035):

“O avanço no conhecimento requer que o enfermeiro ESM incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização. A formação e preparação do enfermeiro ESM, permitem-lhe a capacidade única de diferenciar aspetos do funcionamento do doente e fazer um juízo apropriado acerca das necessidades de intervenção, referenciação ou consultoria com outros profissionais de saúde.”

No caminho do Enfermeiro além do conhecimento devem existir períodos de autorreflexão e de conhecimento próprio. Devemos reconhecer os nossos sentimentos e emoções e diariamente refletir sobre os mesmos, pois só assim adquirimos maior autoconsciência não só enquanto profissionais, mas também enquanto pessoa ao longo do nosso percurso.

Para a OE (2019, p.4744) *“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.”* Sendo que a OE (2019, p.4744) define que “Estas competências estão regulamentadas através do Regulamento n.º 140/2019 “Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista” e através do Regulamento n.º 515/2018 “Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica”, publicados em DR em 2019.

Ao desenvolver este percurso em todas as suas fases, foi necessário mobilizarmos

diversas competências de enfermeiros especialistas. Assim, enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica vamos seguidamente apresentar a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e, seguidamente as competências específicas do EESM.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Define a OE (2019, p.4745) que **competências comuns**, “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, 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.

As competências comuns são partilhadas pelas diferentes especialidades, devendo serem adquiridas por todos os enfermeiros especialistas.

Nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista estão definidos os seguintes domínios: **Responsabilidade profissional, ética e legal, Melhoria contínua da qualidade, Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais** (OE, 2019).

No que concerne ao primeiro domínio **A- Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, seguimos os princípios éticos, legais e deontológicos e garantimos as práticas de cuidados respeitando os direitos humanos e responsabilidades profissionais. Segundo o estatuto da OE no Código Deontológico (2015), o artigo 99º refere princípios gerais, tais como que “(..)as intervenções da enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa de liberdade e de ajuda da pessoa humana e do enfermeiro (...)”, onde se atentam os valores universais e princípios orientadores de toda a sua prática e conduta profissional.

A deontologia profissional é baseada em valores fundamentais, tais como o respeito pela dignidade humana, promoção da saúde e confidencialidade de informações, garantindo uma boa prática, competente, responsável e ética por parte dos enfermeiros. Estas regras e normas do bem orientadas pela Deontologia, guias orientadores de boas práticas, Normas e outros, orientam a atuação do enfermeiro, que toma decisões alicerçadas em fundamentos de carácter clínico, científico, técnico, ético, deontológico, cultural, existencial, responsabilizando a resposta dos seus “*atos e pelas consequências*” (Nunes, 2016, p.14).

Embora a tomada de decisão em enfermagem, seja influída por normas, padrões e

diretrizes é essencial usar o pensamento crítico, quando a situação exige soluções construtivas. Ciampione (1991) refere que técnicas e jogos grupais ao facilitarem a participação em grupo, proporcionam a tomada de decisões criativas e demonstram ser um meio para que o grupo trabalhe melhor, no entanto recomenda-se que façam parte de uma filosofia de trabalho nos cuidados de enfermagem. Posto isto a intervenção com recurso a mediadores de expressão para a gestão da ansiedade no grupo de pessoas internadas mostrou benefícios ao longo do estágio, tal como verificado nas avaliações no final de cada sessão, nomeadamente no ânimo e atitude de participação.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE), o enfermeiro toma decisões de forma autónoma, adotando uma via sistémica e sistemática. Durante este processo, ele analisa e compreende as necessidades da pessoa ou grupo de maneira a procurar os problemas reais e minimizá-los e detetar outros possíveis.

Durante todo o ensino clínico esclarecemos igualmente com as pessoas os objetivos do projeto, protegendo a confidencialidade e privacidade. Criámos um ambiente terapêutico seguro para as pessoas, assegurando encontros em espaços tranquilos, privados e confortáveis para que se sentissem á vontade durante as sessões.

Embora a nossa prestação de cuidados de saúde seja baseada nos princípios da Constituição Portuguesa e na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em determinadas situações especiais existem requisitos específicos a serem considerados, ou seja, em algumas circunstâncias, uma pessoa pode temporariamente ter os seus direitos limitados por ordem judicial, como é o caso do Internamento Compulsivo. No serviço de internamento onde ocorreu o segundo estágio, esta situação ocorreu com alguma frequência. O internamento compulsivo é regulado pela Lei nº 36/98 de 24 de julho, Lei de Saúde Mental (Assembleia da República, 1998), que delimita os seus pressupostos, sendo que o tribunal decreta o internamento compulsivo quando o “*portador de anomalia psíquica grave, que crie por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e se recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado*” (Assembleia da República, 1998, p. 3545).

Perante a Lei de Saúde Mental “*pode ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado*” (Assembleia da República, 1998, p. 3546)

No estágio final, por diversas vezes, pudemos ter a experiência de vivenciar um conjunto de situações direcionadas para uma determinada estratégia de resolução de problemas e tomadas de decisões relativamente a casos em que existiam perigo tanto para a pessoa como para familiares, como foram os casos de internamento compulsivo em algumas pessoas internadas, baseado na Lei de Saúde Mental nº36/98 em que determina que

1- *“O internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa.*

2- *O internamento compulsivo só pode ser determinado se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa.”*

Durante o internamento destas pessoas, com internamento compulsivo, e após as altas clínicas houve momentos de reflexão de toda esta temática, levando-nos a questões de, se seria a melhor decisão? O internamento compulsivo tem como propósito a proteção da pessoa com perturbação mental, com o objetivo do seu equilíbrio psíquico com vista à sua tomada de consciência da situação, no entanto a Lei da saúde Mental providencia à pessoa um conjunto de direitos, liberdades, garantias e valores comunitários.

De acordo com esta situação e outras tivemos igualmente, oportunidade de participar em algumas atividades como os projetos desenvolvidos principalmente na comunidade, em equipa e em parceria com a pessoa e família, onde através do planeamento de intervenções, foi possível a inserção de algumas pessoas em centros especializados na comunidade, como foi o caso de duas pessoas com hábitos toxicológicos, que tinham sido internados ambos por Psicoses Tóxicas, em que puderam ser integrados em Comunidades de recuperação e reintegração. .

Ainda tendo como base o artigo nº99 do código deontológico, devemos ter em conta a manutenção da liberdade e dignidade humana e o respeito pelos direitos humanos da pessoa enquanto recetor de cuidados e da nossa responsabilidade enquanto enfermeiros perante a sociedade. No estágio final pudemos assistir a uma complexidade de fatores e realidades perante o ainda estigma da perturbação mental, como foi o caso de um jovem que desde a infância tinha vivido no centro de acolhimento infanto-juvenil, e que ao completar os dezoito anos de idade, a instituição o levou de volta para o seu domicílio juntamente com a sua mãe e irmão, no entanto a mãe recusou ficar com ele no domicílio levando-o ao serviço de urgência, ficando internado no departamento de psiquiatria. Durante o seu internamento o jovem pedia muitas vezes para falar com a mãe, a qual raramente atendia o telefone e quando lhe

solicitávamos para o visitar raras vezes vinha. No final do nosso estágio a situação do jovem, em conjunto com a mãe estava a ser orientada pela assistente social para que este integrasse uma instituição.

Ao longo do nosso estágio conseguimos que o jovem aceitasse a nossa presença e o nosso cuidado e pudemos observar uma melhoria no comportamento diário através da sua expressão facial, pela postura e maneira de ser e até pelos *“bons dias personalizados”* com o seu sorriso cativante, podendo-se comprovar melhorias na questão da agressividade direcionada aos profissionais de saúde.

No projeto desenvolvido em grupo tivemos sempre em atenção em assegurar um ambiente seguro, convidando e permitindo o acesso a todos os interessados, com a preocupação de liberdade da decisão a participar, consagrando a autonomia tanto da pessoa quanto do enfermeiro.

Para Ribeiro a autonomia apresenta-se como a *“capacidade do enfermeiro cumprir as suas funções profissionais numa forma auto-determinada enquanto cumpre os aspetos legais, éticos e práticos da profissão”* (2011, p.29), uma vez que, é uma das bases do regulamento do exercício da profissão de enfermagem, plasmado no Estatuto e Código Deontológico do Enfermeiro.

Todo este processo reflexivo e decisões tomadas, constatarem-se pela promoção dos direitos humanos no que diz respeito às questões éticas e deontológicas, abordadas na UC de Epistemologia, ética e direito em enfermagem. As intervenções realizadas em ambos os contextos permitiram o desenvolvimento de competências em termos de avaliação diagnóstica.

Todo o percurso apresentado nos permite aludir que estamos no caminho positivo para o alcance desta competência.

No que diz respeito ao domínio **B- Melhoria Continua da Qualidade** com o descritivo na OE (2019, p.4747) *“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”* bem como *“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”*.

O compromisso em criar e realizarmos este projeto (programa) teve um papel importante no contributo para a garantia da qualidade dos cuidados à pessoa internada enquanto suporte de iniciativas estratégicas relacionadas á governança clínica, e, no impulsionar e desenvolver cuidados de nível especializado visando melhorar continuamente as práticas de qualidade institucional.

Para Abrantes (2012) os enfermeiros são importantes na qualidade dos cuidados de saúde, devido em parte a um contato privilegiado e próximo com todas as pessoas, permitindo um melhor entendimento sobre o que necessitam e esperam dos serviços de saúde. Os enfermeiros especialistas possuem habilidades e competências que lhes permitem oferecer melhores cuidados de saúde e mais atualizados, sendo esta uma das razões por que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na qualidade dos cuidados de saúde.

Durante os dois estágios na Departamento de Psiquiatria, tivemos a oportunidade participar em diversos contextos de cuidados, onde os EESMP esforçam-se por melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com perturbação mental.

Uma vez que a melhoria continua advém da evidência científica e da prática baseada na evidencia, considerámos que a RIL, por nós realizada, deve ser agregada á prática promovendo a qualidade dos cuidados, assim como, o estudo de caso efetuado no primeiro estágio que permitiu resultados e a sua divulgação, deste modo o enfermeiro especialista compreende o valor que a qualidade assume nos cuidados de enfermagem, procurando aceder á evidencia científica, colocando-a ao dispor dos seus pares. Verificámos por toda a pesquisa efetuada uma melhor gestão da ansiedade na pessoa com perturbação internada através da utilização de intervenções com mediadores de expressão.

A utilização de indicadores na avaliação dos cuidados de enfermagem apresenta um duplo benefício: melhora os cuidados prestados às pessoas e promove o desenvolvimento profissional. Portanto, é importante que os enfermeiros especialistas participem na definição de metas para melhorar os cuidados a nível organizacional, indo isto ao encontro, com os Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem estabelecidos pela OE.

Na OE (2019, p.4747) *“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.”*

Hesbeen (2001), argumenta que a qualidade dos serviços prestados depende da dedicação dos profissionais e da existência de um ambiente de liberdade que permita uma abordagem personalizada. Esta competência encontra-se diretamente relacionada com a qualidade de cuidados de enfermagem, que devem abranger aspetos científicos, técnicos e relacionais para cuidar da pessoa de forma holística. Sendo a qualidade em saúde uma tarefa multiprofissional não podemos negligenciar o importante papel dos enfermeiros em Portugal e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, pelos quais a nossa profissão se rege, assim como o exercício profissional dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde (OE,2001).

Fomos muito bem recebidos pela equipa e sentimos total disponibilidade e respeito, o que nos permitiu aprender e descobrir sem receio de fazer perguntas. A aceitação e inclusão como parte integrante da equipa ajudou-nos a adquirir habilidades nessa área. Foi possível colaborar nas decisões da equipa de saúde, sendo a nossa perspetiva valorizada em diversos assuntos, desde o planeamento da alta, como a inclusão nas intervenções como parte do tratamento.

O enfermeiro especialista deve dar atenção ao espaço físico onde desenvolve a RT, não descurando o ambiente cultural, social e espiritual que envolve a pessoa, quer este seja na família ou comunidade. Além da sua toma de consciência pessoal e do outro, o enfermeiro ao saber estabelecer uma RT (com técnicas adequadas), respeita o outro enquanto um ser único, promovendo a confiança entre ele e a pessoa que necessita de cuidados. Enquanto enfermeiro especialista deve ter em atenção que a pessoa é um ser bio-psico-social, com características e necessidades individuais, tal como descrito no Código deontológico dos Enfermeiros.

Na gestão do risco existem mecanismos de controlo e monitorização que deverão ser aplicados e avaliados, e perante uma situação de risco deve-se comunicar e registar. No estágio final pudemos assistir a um episódio de uma pessoa internada que se lesionou numa grade da cama, pois o material encontrava-se danificado, colaborámos com a equipa para acionar os mecanismos de controlo e monitorização, registando e informando do ocorrido, por forma a evitar possíveis danos a outros.

O enfermeiro especialista deve, igualmente, respeitar e fazer respeitar procedimentos, normas e protocolos de infeção e quando solicitado para integrar comissões de escolha de materiais deve ter em conta que os recursos obtidos devem ser os adequados para uma

prestação de cuidados segura.

No domínio **C- Gestão dos Cuidados**, de acordo com o descritivo na OE (2019, p. 4748) *“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.”* No decorrer do projeto, foi fornecida toda a informação aos enfermeiros e à equipa, nomeadamente em relação ao projeto implementado para o grupo, trabalhando em colaboração com a equipa multidisciplinar e reconhecendo quando era necessário colaborar ou referir a diferentes prestadores de cuidados de saúde. Colaborámos nas decisões da equipa de saúde para melhorar a informação disponível para a tomada de decisão nos processos dos cuidados, gerimos os recursos de forma adequada para se adaptar às situações e contexto, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados.

Uma vez que, na maioria das pessoas admitidas no serviço a ansiedade era visível, foi importante aprofundar conhecimentos na temática pois com o estudo teórico adquirimos conhecimentos científicos que nos levaram a optar pela melhor abordagem para cada pessoa, que baseasse a nossa tomada de decisão.

Providenciámos um ambiente positivo e favorável a uma boa prática clínica, e através da implementação de métodos apropriados de organização do trabalho de recursos eficientes para a promoção e prestação de cuidados de qualidade.

Procurámos sempre adotar métodos de organização de trabalho adaptados ao contexto e tipo de cuidados necessários. Em certas situações, conseguimos coordenar a equipa de prestação de cuidados, utilizando os recursos de forma consciente, responsável e eficiente, visando sempre a qualidade do atendimento. Reconhecemos a função de cada membro da equipa e a nossa própria função, mantendo uma atitude positiva, respeitosa e partilhando informações com entre ajuda.

O enfermeiro especialista tem o dever de supervisionar e avaliar os cuidados prestados, devendo intervir e partilhar com a equipa multidisciplinar as suas observações, constatações e avaliações com vista a uma excelência de cuidados.

De acordo com a OE (2019, p.4748) *“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.”* Gerir recursos humanos pode ser uma

tarefa desafiadora e complicada, pois cada pessoa apresenta habilidades e objetivos diferentes, quando estas mesmas pessoas trabalham juntas no mesmo ambiente, estas devem trabalhar para atingir objetivos institucionais específicos que visam cuidados de saúde de qualidade. Ou seja, independentemente das metas e competências individuais todos devem trabalhar para alcançar os objetivos da organização.

Como enfermeiros, possuímos competências para delegar tarefas de forma eficaz, nomeadamente com os profissionais que dependem de nós. Para isso, torna-se fundamental ter um ambiente saudável para trabalhar em equipe, onde todos compartilhem os mesmos objetivos, tendo com principal prioridade o bem-estar da pessoa internada. Durante o nosso estágio, foi possível observar situações de liderança e supervisão, tanto na equipa de enfermagem quanto na multidisciplinar no geral, demonstrando a importância dos diferentes papéis de hierarquia na equipa.

De acordo com o artigo 10º do REPE *“Os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem”*.

Numa gestão eficiente primeiramente deve-se ter uma observação apropriada da realidade de forma a se realizar um bom diagnóstico de situação equacionando os recursos disponíveis, motivação da equipa o que os motiva e que estratégias podem ser utilizadas. Seguidamente o enfermeiro pode então organizar de forma eficiente e eficaz a equipa de prestação de cuidados.

A gestão de recursos humanos pode-se revelar uma tarefa difícil, uma vez que cada pessoa apresenta competências diversas, diferentes objetivos, mas num contexto de trabalho em equipa está sujeita a objetivos institucionais, que visam a maximização da qualidade de cuidados. Uma vez que vivemos em grupo, sociedade, para que esta funcione cada um de nós precisa de desempenhar diversas funções para uma vida melhor. Assim e nesta lógica devemos ter em consideração o que move o ser humano, o que nos motiva...?

A gestão organizacional moderna tem tido um grande desafio - a motivação humana.

Podemos definir motivação como a força que faz mover a pessoa com um comportamento orientado para atingir um objetivo. O enfermeiro especialista, de acordo com o exposto, adapta

estratégias que vão ao encontro do objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados conforme o artigo 91º do Código deontológico dos enfermeiros.

No que concerne ao domínio **D- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais** e de acordo com a OE (2019, p.4749) *“O Enfermeiro Especialista demonstra 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.”*

Durante este trajeto conseguimos o fortalecer o nosso autoconhecimento e a nossa assertividade, uma vez que, enquanto ser humano, o enfermeiro especialista, é o resultado das suas vivências, aprendizagens e experiências. Para nós (enfermeiros) cuidarmos dos outros torna-se essencial compreendermos e aceitarmos as nossas necessidades, sendo que este cuidado além de objetivo, deve estar isento de juízos, enquanto pessoas únicas e particulares.

Na nossa prática de enfermagem, é fundamental que tenhamos conhecimento sobre nós mesmos, tanto no que se refere às nossas habilidades e limitações pessoais, quanto nas profissionais. Esta premissa mostra-se fundamental no estabelecimento de relações terapêuticas e no trabalho com toda a equipa.

No início dos estágios clínicos, a primeira finalidade a que nos propusemos foi conhecermo-nos melhor a nós mesmos, aumentando a nossa consciência sobre nós e como os outros nos percebem. Esta questão envolveu o estímulo de aprender a guardar para nós próprios o que não podemos dar à pessoa que cuidamos.

Enquanto seres humanos, seguimos um conjunto de valores e normas que nos orientam nas nossas ações e decisões. Quando nos conhecemos melhor “percorremos” o nosso eu entendendo melhor porque reagimos de certa maneira em determinadas situações e não em outras, esta capacidade torna-nos capazes de tomar decisões mais conscientes e entender as nossas peculiaridades, reconhecendo os nossos próprios limites. Ao aprofundar o nosso autoconhecimento, podemos perceber as nossas limitações e quando é necessário pedir ajuda, apoio ou colaboração, o que se apresenta crucial na hora de cuidar de nós e dos outros.

Esta coerência connosco próprios e o outro, é a base para o estabelecimento de uma RA.

O enfermeiro especialista, independentemente da sua área de especialização, centra-se na pessoa, família e comunidade e deve autoconhecer-se e autoanalisar-se para ser capaz de estabelecer uma RA que sustente toda a sua prática profissional. Para evitar constrangimentos que possam impedir o estabelecer dessa relação, mostra-se necessário avaliar e analisar os fatores que possam influenciar este relacionamento com a pessoa ou a equipa multidisciplinar.

Ao autoconhecer-se, o EEESMP adquire recursos que permitem uma resposta eficaz em situações que podem causar stress, reconhecendo e antecipando cenários de conflito e adotando estratégias de resolução.

De acordo com a OE (2019, p. 4749) “*O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.*” Todo o nosso trabalho serviu-nos para sermos facilitadores da aprendizagem no nosso contexto de trabalho, atuando como formadores oportunos. A prática clínica foi devidamente sustentada na evidencia científica indo ao encontro das deficiências de conhecimento das pessoas, aproveitando as aprendizagens, garantindo a conceção e implementação de procedimentos de formação e desenvolvimento.

O papel do enfermeiro especialista envolve a facilitação da aprendizagem e desenvolvimento das habilidades dos enfermeiros, assim como avaliar os resultados de toda a formação e garantir a sua integração na prática de cuidados. Além disso, deve identificar lacunas no conhecimento e oportunidades de investigação para contribuir na produção de conhecimento e avanços no âmbito da saúde.

Cuidar de pessoas com perturbações mentais, com as suas características específicas, que maioritariamente apresentam pouco ou nenhum *insight*, pode ser um desafio para nós profissionais de saúde, mas identicamente/simultaneamente muito recompensador. No contexto do segundo estágio, o Programa de Intervenção foi crucial para adquirir competências nessa área. A RIL permitiu realizar uma investigação rigorosa e interpretar os resultados de forma a contribuir para o desenvolvimento da enfermagem, sendo que foi necessário seguir passos metodológicos, organizar e divulgar adequadamente a evidencia, conforme exigido no Regulamento nº 140/2019.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

De acordo com a OE (2015b), p. 17034) “a especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital.” Neste sentido é fundamental os enfermeiros adquirirem competências específicas em saúde mental e psiquiatria. Assim entende-se por **competências específicas** “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”

Segundo o Regulamento nº 515/2018, publicado em Diário da República 2ª série Nº 151 de 7 agosto de 2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica estão mencionadas as competências Específicas do EESM:

- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.
- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. - 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.
- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, 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.

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental, que constam no regulamento nº356/2015 b da OE p. 17034, refere-se que” (...) o enfermeiro especialista em saúde mental (ESM) 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 (...).

Assim sendo, é assumido que apresentemos um conjunto de competências aplicadas e desenvolvidas á luz das experiências ocorridas.

A primeira competência reflete **o processo de tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas**, demonstrando ser uma capacidade vital pois ao intrometer-se na relação pode comprometer a mesma e seus resultados.

Esta competência, além de se apresentar um desafio permanente, mostra-se fulcral no exercício profissional em saúde mental. O nosso percurso apresentou-se favorável para um maior desenvolvimento da tomada de consciência de nós próprios, atingindo um elevado grau de consciência do *self* na abordagem do outro e nas relações com as pessoas com perturbações, famílias e cuidadores no decorrer de todo o estágio.

“Um prestador de cuidados que não cuide de si, não pode descontraír-se e oferecer serenidade, calor e compreensão aqueles de quem cuida” (Hesbeen, 2001., p.71).

Segundo Rogers (1985), em interação com outra pessoa devemos proporcionar uma relação que permita a esta, descobrir dentro de si a capacidade que essa relação poderá apresentar para o seu crescimento pessoal. Para que a RA seja eficaz, é importante que se baseie em sentimentos como a confiança, coerência, empatia, transparência, autenticidade e com respeito e confiança. Nas UC de Desenvolvimento Pessoal e Relação de ajuda, abordaram-se diversos conteúdos referentes a estes temas enfatizando-se o nível de expectativas que podemos trazer para qualquer interação pessoal e profissional, e até que ponto se podem tornar fonte de interferências e de frustração.

Devemos estar conscientes dos nossos sentimentos, reações corporais e emocionais durante a interação com outras pessoas, de forma a garantir que os mesmos não afetem negativamente a relação com o outro (DR nº515/2018, p. 21428).

Na tomada de consciência de si na relação terapêutica, o EESMP identifica no **“aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica (F1.1.1)”** ao mesmo tempo que regista **“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).

Enquanto pessoas e enfermeiros foi imperioso a gestão de emoções, fenómenos de transferência e contratransferência, resistência de limites e impasses terapêuticos, para uma

tomada de consciência.

Chalifour destaca que a base de todas as intervenções está na maneira consciente como uma pessoa expressa as suas qualidades pessoais e profissionais, ou seja, é na forma como mostramos as nossas habilidades e características humanas que as transformamos em ferramentas essenciais nas situações de ajuda. A atenção e consciência das qualidades individuais ajudam na mudança positiva dos outros (2008).

Quando realizámos o acolhimento e as primeiras entrevistas de enfermagem, no estágio I, pudemos falar com a enfermeira orientadora sobre a nossa frustração que sentimos no início da intervenção e os sentimentos que surgiram, devido á resistência inicial da pessoa. Ao exprimirmos estes sentimentos conseguimos lidar melhor com esta frustração sentida, o que nos ajudou a manter um relacionamento contínuo com a mesma. Através da análise crítica e reflexiva que realizámos, conseguimos compreender a prática vivenciada, mostrando ser um instrumento fundamental para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, o apoio e supervisão da enfermeira orientadora foi essencial para este

No estágio I, em que foi possível o estabelecer de uma relação única com aquela pessoa naquele momento, mostrou-se muito enriquecedor no que se refere ao processo reflexivo. Pois como já aludimos anteriormente, a comunicação e a RA na saúde mental apresentam-se como elemento fulcral do processo da RT.

Todo o processo reflexivo presente nos nossos cuidados de enfermagem, sustentados pela evidência científica, neste caso com o auxílio da RIL, que realizámos, apresenta-se como uma real importância e que vai ao encontro dos enunciados descritivos nos Padrões de qualidade dos cuidados referentes ao EEESMP, narrados no regulamento nº 365/2015, (OE, 2015 a).

O estágio final foi muito rico de experiências, na medida em que cada pessoa, dos grupos formados, formou uma relação única e o contacto com todas as produções realizadas durante as intervenções mostrou-se para nós gratificante e muito satisfatório.

Observar e desenhar estão profundamente ligados, a observação desperta a intuição, os sentimentos, a percepção e a imaginação do observador, de maneira que todo o corpo se torna um instrumento de foco, trabalhando na complexa operação de ver. O ato de “ver” normalmente envolve a individualização e organização mental dos sinais elementares por

meio da “síntese de algo que está em movimento” (Strazza, 1979).

Durante os estágios foi importante investirmos em relações com as pessoas internadas ou em consulta, familiares e cuidadores, uma vez que éramos desconhecidos para eles. Procurámos criar laços e aumentar o contato com estes, seguindo as estratégias relacionais de ajuda para diminuirmos o constrangimento de ambas as partes. Desenvolvemos também o processo de autoanálise e reflexão das situações que lidámos para identificação das nossas reações, com o propósito de não interferir na RT, desenvolvendo igualmente habilidades de relacionamento interpessoal.

Em todo o estágio mantemos a relação no contexto terapêutico e dentro dos limites da relação profissional, de maneira a acautelar transferências desadequadas que poderia prejudicar o processo terapêutico.

Perceber como estes processos funcionam e pensar sobre como eles nos inquietam foi muito útil, fez-nos refletir sobre a importância de pensar na avaliação diagnóstica e da intervenção terapêutica, tanto para a pessoa com perturbação mental quanto para a sua família.

Todas as situações vividas em estágio tornaram-se desafios enriquecedores, exigindo a gestão de emoções e sentimentos que surgiam no contexto complexo da relação. Tentámos oferecer uma resposta eficaz, livre de julgamentos e convicções pessoais que pudessem interferir no processo terapêutico. Ao aprendermos a lidar com os sentimentos na construção de processos de ajuda teve um impacto muito positivo nos comportamentos individuais de cada pessoa.

As quatro competências encontram-se verdadeiramente relacionadas entre si, uma vez que a segunda competência **“assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”**, apresenta-se de uma enorme importância no nosso estágio por ser um programa com envolvimento na comunidade. Foi essencial conhecer os contextos familiar/sociais/culturais da pessoa alvo das intervenções, através de contatos formais e não formais e tentar entender quais os recursos existentes. A base desta informação surgiu nas circunstâncias de relação, através da equipa ou por telefone, regendo-nos a base da confiança, congruência, transparência e respeito. Através de um combinado de competências, conseguimos uma informação holística da pessoa na sua realidade.

Esta competência prevê avaliação global da pessoa, não descurando o seu ciclo vital e o seu desenvolvimento, assim sendo, sentimos a necessidade de nos dotarmos de instrumentos e estratégias para uma estruturação da avaliação no sentido da apreciação detalhada e sistemática das necessidades da pessoa.

A recolha de informações adaptada é essencial para compreender a saúde mental de uma pessoa, abrangendo a promoção e proteção da saúde e a prevenção de perturbações mentais. O processo de avaliação requer habilidades de comunicação, sensibilidade cultural e linguística assim como técnicas de entrevista, observação do comportamento e revisão de registos. Além disso é importante realizar uma avaliação inclusiva, levando em consideração a perspetiva da pessoa e dos sistemas relevantes (OE, 2018).

Apos a identificação do problema pudemos propor algumas possibilidades para o desenvolvimento de projetos com vista á promoção e proteção da saúde mental da pessoa.

Esta competência foi desenvolvida por nós através da realização de um estudo de caso (APENDICE XI), e da entrevista, uma vez que a utilizámos tanto no primeiro estágio como no estágio final, mostrando-se um instrumento preponderante para o estabelecimento de uma RA. Na entrevista foi possível a recolha de dados, adquirir informações da pessoa e criar interações formais entre nós e a pessoa ou grupo que envolviam a comunicação verbal e não verbal, uma vez que, nessas interações os participantes utilizam diferentes formas de se expressar e se comportar, levando em consideração os seus papeis, o contexto, características individuais, assunto e objetivos pretendidos (Chalifour, 2009).

As diversas entrevistas realizadas, revelaram-se momentos fundamentais de partilha de conhecimentos, sentimentos e expressões, onde se recolhia informação através da vida das pessoas assim como das necessidades de intervenção.

O Guia Orientador de Boas práticas de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com doença Mental Grave (2021) comprova isto mesmo, pois garante que a entrevista é fundamental para o EEESMP, pois 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)

Destacamos a utilização da entrevista, no que concerne, às competências do EEESMP, tanto para a gestão da ansiedade na pessoa internada assim como para toda o processo de

cuidados, sendo que os enfermeiros a utilizam em diversos momentos e com diferentes finalidades (diagnóstico, intervenção, avaliação) comprovando ser uma das ferramentas principais enquanto enfermeiro especialista.

A observação, a comunicação e a compreensão da pessoa com perturbação mental é determinante para atingir estas competências, e permitiu-nos igualmente alcançar um grande objetivo proposto, o desenvolvimento da entrevista clínica não estruturada em ambos os estágios.

Nesta perspetiva desenvolvemos uma prática de cuidados ancorada no modelo de sistemas de Neuman, uma vez que, na sua vertente filosófica de ajudar cada pessoa a viver no conceito de bem-estar, desenvolveu uma visão holística com grande relação com os fatores de stress. Esta teoria concebe que cada pessoa ou sistema se encontre rodeado de um campo em equilíbrio dinâmico, em que o stress e a reação a este desempenham um papel fundamental (Neuman & Fawcett, 2011).

No que se refere à terceira competência em que o EEESMP ***“ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família grupos e comunidade a recuperar a sua saúde mental, mobilizando dinâmicas próprias de cada contexto”***.

Sabemos que, para que ocorram mudanças de comportamento em saúde é necessário um aconselhamento à pessoa, de maneira a facilitar essa mudança.

A relação de ajuda como um tipo de aconselhamento que aponta para ajudar a pessoa a se adaptar melhor à situação que enfrenta, envolve o seu autoconhecimento e a usar os seus próprios recursos para lidar com os seus problemas, aumentando o seu bem-estar emocional e independência. Conjuntamente, ajuda a pessoa a tomar decisões mais eficazes e benéficas (Rowland, 1992).

Investirmos na comunicação, observação e compreensão da pessoa com perturbação mental apresentou-se fundamental para o alcance das terceira e quarta competências. Durante os dois estágios, concentrámos os nossos esforços em desenvolver a técnica da entrevista, principalmente a entrevista não estruturada, juntamente com a observação cuidadosa dos comportamentos e evolução clínica da pessoa. Através destes momentos de encontro nas entrevistas, e também através da observação e avaliação diária, assim como dos processos de negociação com a pessoa, conseguimos criar um processo de cuidados

com maior investimento em intervenções psicoterapêuticas, adequadas para atender às necessidades individuais de cada pessoa.

A terceira e quarta competências, possibilitam-nos o conhecimento da pessoa com que vamos intervir promovendo a relação de ajuda que se mostrou fundamental para o sucesso do nosso plano de cuidados e todo o processo de enfermagem. Enquanto EEESMP, organizar e estruturar cuidados de enfermagem, permite que a nossa ação vá ao encontro com as necessidades identificadas na área do tratamento, prevenção ou promoção da perturbação mental, garantindo cuidados de acordo com o que se mostrou necessário. Resumindo, estas competências são basilares uma vez que nos permitiram avaliar, diagnosticar, planejar, implementar e analisar os resultados da nossa intervenção.

A realidade no primeiro estágio foi importante para percebermos e identificarmos as essenciais necessidades do departamento, procurando fazer convergir uma resposta concertada em termos de cuidados para as pessoas que recorrem a este. Identificámos que a ansiedade estava presente em todas as pessoas com perturbação mental, estivessem internadas ou em regime de ambulatório, e posto isto, investimos em intervenções psicoterapêuticas com vista à gestão da ansiedade. Estas intervenções foram predominantemente de cariz relacional, mobilizando técnicas comunicacionais verbais e não verbais, simultaneamente adotámos diferentes atitudes relacionais como a demonstração de interesse e disponibilidade, assim como empatia e aceitação, de forma a construirmos um nível de confiança, que é essencial em qualquer relação terapêutica.

O estudo de caso no primeiro estágio, forneceu-nos a oportunidade de produzir um estudo aprofundado de uma pessoa e sua família, favorecendo a compreensão global desta e viabilizando a realização e avaliação do seu estado mental com o objetivo de a conhecer melhor, indo ao encontro dos comportamentos, sinais e sintomas da perturbação que tinham motivado esta fase aguda, dando-nos mais uma vez a oportunidade de desenvolver uma relação terapêutica mais próxima.

Em ambos os estágios desenvolvemos intervenções com o objetivo da recuperação e promoção da qualidade de vida das pessoas cuidadas, com vista a uma reintegração na sociedade de forma produtiva, no entanto nem sempre verificámos esta situação sendo que por vezes algumas altas clínicas, nos pareciam “precoces” e com a sensação de que voltariam pouco tempo depois. Esta situação desencadeou diversas vezes reflexão em equipa e pessoalmente.

Nas questões da saúde mental torna-se fundamental considerar a gestão de risco e a qualidade dos cuidados dispensados, isto deve-se ao facto de que as pessoas afetadas por perturbações mentais, normalmente não se aperceberem da gravidade da sua situação experimentando uma maior vulnerabilidade e uma diminuição no seu bem-estar. Esta condição por muitas vezes causa insegurança e sofrimentos contínuos, tornando-se imperioso cuidados de qualidade minimizando riscos (OE,2018).

O enfermeiro enquanto facilitador da mudança de comportamento e, baseando-se na promoção de saúde, elege intervenções para preservar ou melhorar a saúde da pessoa, através da adoção de um estilo de vida saudável e da adaptação às mudanças necessárias para a sua perturbação. Estas, podem envolver mudanças pessoais, adaptação a novas circunstâncias, interação com profissionais de saúde e adesão ao regime terapêutico.

Ao realizarmos o programa de intervenção através dos mediadores de expressão, tentámos ir ao encontro das necessidades da pessoa e da família, tal como refere Phaneuf, estimular a pessoa que está sendo cuidada a recuperar a esperança, a desejar tratar-se e assumir responsabilidade por si mesma é frequentemente um desafio, porém isso desempenha um papel crucial para a enfermeira, que o realiza por meio da comunicação e da construção de uma relação de confiança com a pessoa (2005).

Muitos participantes nos referiam que se sentiam muito melhor após as sessões com as intervenções, apelando para que ocorressem mais momentos destes, pois durante e no final mencionavam uma melhor gestão da sua ansiedade, inclusive na necessidade de medicação SOS.

A quarta competência, referindo-se a “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.**” é a última competência do EEESMP e abrange as três competências já anteriormente abordadas, sendo só possível adquiri-la se as outras três tiverem sido atingidas com sucesso. Esta competência requer que o EESMP consiga executar intervenções de cariz psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa, família e/ou comunidade através de um processo de cuidados adequado. Na pessoa com perturbação mental torna-se fundamental que o EEESMP desenvolva intervenções de psicoeducação e psicoterapêuticas com vista ao processo de

recuperação da pessoa internada, sendo também importante para o sucesso da relação enfermeiro-pessoa com perturbação.

Durante os estágios desenvolvemos intervenções psicoterapêuticas, e psicoeducativas de carácter individual, e socioterapêuticas em grupo. Subjacente a todo o processo de intervenção terapêutico aprofundámos as técnicas de comunicação verbal e não verbal, tal como estratégias relacionais na relação interpessoal. Em todas as interações estabelecidas, mobilizámos os princípios da relação terapêutica que só por si têm valor terapêutico. Seguimos princípios como o respeito, autenticidade, empatia, compaixão e a esperança, com o propósito de reduzir o sofrimento, promover os processos adaptativos a mudanças a nível do comportamento, conferindo os nossos sentimentos /emoções e comportamentos. Para além desta basilar intervenção relacional, destacamos na intervenção psicoeducativa a educação do cliente e família sobre o seu processo de doença, clarificando os principais sinais e sintomas, sinais pré- crise, proposta de regime terapêutico, bem como nos disponibilizámos para escutar as suas dificuldades e vivências.

Tivemos igualmente oportunidade de assistir a algumas reuniões familiares, quer no início do internamento e durante para clarificação de algumas informações ou mesmo o apoio e colaboração no processo do cuidado, quer no que respeitava a aspetos relacionados á alta, como encaminhamentos para instituições ou para o domicílio, ou até para gestão terapêutica.

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental da OE p. 16

“A psicoeducação é uma forma de educação. É 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.” (2015 b)

Segundo a OE (2018) *“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”* p. 21430. Deste modo o EEESMP deve ser capaz de implementar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais á pessoa, família e comunidade através da execução do plano de cuidados individualizado.

O nosso projeto desenvolvido a partir das intervenções psicoterapêuticas com recurso aos mediadores de expressão, mostrou-se muito importante, assim como gratificante, uma vez que incluir as pessoas no cuidado, incentivando-as a participar no seu processo terapêutico, além de ser um desafio diário, alicerçou a nossa relação terapêutica, levando os participantes a solicitarem as atividades. A relação interpessoal entre pares apresentou igualmente benefícios com a relação de confiança e ajuda promovendo a mesma.

Kurt T. Lewin foi o pioneiro na introdução do termo “dinâmica de grupo”, sendo considerado um dos primeiros na aplicação da teoria e dos métodos da psicologia experimental à compreensão grupal. Lewin acreditava que o comportamento de uma pessoa é fortemente influenciado pelo ambiente social em que se encontra. Ele argumentava que os grupos possuem características distintas que interferem na maneira como as pessoas se comportam e interagem dentro deles. A dinâmica de grupos, segundo Lewin, é o estudo das forças que operam dentro de um grupo e como elas afetam o comportamento dos seus membros. Ele identificou três tipos de liderança em grupos: autocrática, democrática e *laissez-faire*. Para Kurt a dinâmica de grupos envolve o estudo das interações, relações e forças que operam dentro de um grupo. Ele enfatizou a importância do ambiente social e do contexto grupal na compreensão do comportamento humano, além de destacar a importância da liderança e a necessidade de compreender as mudanças que ocorrem ao longo do tempo (Pasqualini, J. C., et al 2021).

A dinâmica de grupo mostrou-se uma ferramenta valiosa na educação, combinando teoria e prática, reconhecendo todos os participantes como sujeitos ativos no processo ensino-aprendizagem, ela possibilita que as pessoas envolvidas experimentem uma forma de aprendizagem em que o trabalho coletivo pode servir como um meio de transformar a realidade.

De referir que foi sempre permitida por nós a liberdade de cada pessoa poder participar ou não e de desistir a qualquer momento, respeitámos igualmente os limites de cada um e gerimos a vontade de cada pessoa. Durante o estágio os participantes foram ganhando competências na capacitação para a sua autonomia e na gestão da sua ansiedade evidenciando melhorias clínicas.

Ao permitir que o EESMP seja capaz de capacitar a pessoa com perturbação numa melhoria das suas competências sociais e laborais, aumentando a sua autonomia, esta competência apresenta um papel fundamental na promoção e reabilitação psicossocial,

permitindo a integração familiar e na comunidade.

Competências de Mestre

Segundo o artigo 15º do Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, este confere o Grau de Mestre, a todos os que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- 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.

Nós enquanto profissionais de enfermagem, devemos manter ao longo da nossa vida profissional um espírito de procura científica, em busca de conhecimento e saberes, prova disso foi a realização deste Mestrado ao fim de vinte e sete anos de carreira, uma vez que esta área da Saúde Mental foi sempre um gosto pessoal. As UC do tronco específico do MSMP, assim como nos primeiros dois semestres, (nas áreas da Epistemologia, ética e direito, Formação, Gestão, Investigação e Políticas) juntamente com a orientação das EEESMPe da Professora responsável por ambos os estágios, mostraram-se fundamentais para que tenhamos conseguido desenvolver os cuidados de enfermagem especializados com autonomia, contudo, as pressuposições na saúde da pessoa, tais como as responsabilidades éticas e sociais decorrentes desses cuidados deverão ser tidas em questão.

A OE destaca a importância da formação na carreira do enfermeiro, enfatizando tanto a formação formal quanto a informal como relevantes, uma vez que adicionam novos

conhecimentos e habilidades prestar um cuidado mais especializado.

Destacamos igualmente a participação, requisitada pelas Docentes da UC Investigação, na Seminário **“Segurança dos Enfermeiros e clientes Covid: implicações para a prática de qualidade”**, em março de 2022, onde pudemos apresentar o nosso trabalho de investigação realizado no decurso dos nosso ME **“Ansiedade e depressão no Doente com COVID-19 Hospitalizado”**

A possibilidade de estudarmos/pesquisarmos sobre a temática da ansiedade na pessoa com perturbação e intervenções de enfermagem com recurso aos mediadores de expressão, permitiu-nos inúmeras aprendizagens, conhecimentos e fundamentalmente o treino da RA. Todo o processo reflexivo, juntamente com o percurso académico e profissional foram essenciais para atingir os objetivos de presente relatório.

Na prestação de cuidados especializados durante os estágios, vimos e cuidámos das pessoas como um todo, inseridas no seu contexto familiar, evitámos o estigma, a discriminação social, e o preconceito, promovendo a não estigmatização e a inclusão. Promovemos igualmente os limites da comunicação e gestão de processos de transferência e co transferência.

Esta prestação de cuidados especializada na pessoa com perturbação mental sendo complexa, na nossa perspetiva de estudantes houve momentos em que sentimos a necessidade de *“guidelines”*, pois a imprevisibilidade da resposta da pessoa às intervenções exige tomadas de decisão pertinentes no processo de cuidados especializados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este percurso académico foi uma experiência desafiadora tanto para nós pessoalmente quanto profissionalmente. No aspeto profissional deparámo-nos com uma área de cuidados totalmente nova, com a qual nunca tínhamos contactado anteriormente, exigindo de nós uma grande dedicação e muito investimento em aprendizagem.

A vivência intensa do confronto com algumas questões pessoais profundas, com relação á nossa dimensão pessoal, mostrou-se fundamental e uma das partes mais reveladoras deste percurso.

Tal como enumera a OE (2021) ao nos mobilizarmos enquanto instrumento terapêutico, buscamos uma relação de confiança e parceria com a pessoa, com o objetivo de ajudá-la a lidar com problemas relacionados com a sua saúde mental, mantendo o nosso foco evitar o agravar do problema, que a pessoa se afaste socialmente e promover a sua reabilitação.

Aprofundar a relação terapêutica mostrou-se uma oportunidade de crescimento e descoberta de nós próprios, além de considerarmos um privilégio este processo. Ao longo do percurso, percebemos que a relação terapêutica é bastante complexa e reconhecemos que ter um maior conhecimento e familiaridade prévia na área de cuidados de saúde mental e psiquiátrica, poderia facilitar este processo. No entanto compreendemos que o cuidado relacional exige igualmente treino, aprofundamento e investimento, que efetivamente decidimos aprender e mobilizar enquanto self terapêutico.

A comunicação interpessoal entre enfermeiro/pessoa no contexto da relação de ajuda tornou-se efetivamente um componente principal para que nós pudéssemos desenvolver as intervenções com fundamentação, tanto na perspetiva do olhar científico quanto na dimensão relacional.

Apesar de enfrentarmos dificuldades e momentos desafiadores, hoje podemos afirmar com segurança que fizemos um bom trabalho, mesmo em circunstâncias nem sempre favoráveis que encontrámos. Mesmo em alturas em que nos sentimos frustradas, perdidas, tristes e desmotivadas, este trabalho reflete os valores humanísticos da enfermagem de saúde

mental, refletindo a nossa essência enquanto enfermeiras e pessoas. Numa sociedade que valoriza principalmente a ação, rapidez, eficiência, tecnologia e objetividade, a escolha desta temática requereu alguma ousadia e coragem, sendo que tivemos de ter uma atitude presente, calma, reflexiva, e sensível, valorizando a nossa subjetividade e a dos outros, os sentimentos e emoções e inclusive ter uma segurança interior que nos permita receber o desconhecido e o inesperado. O respeito pela pessoa, a compreensão das suas vivências, o ir ao encontro das suas necessidades, com o objetivo de dar resposta aos seus medos, preocupações e problemas, foi sempre a nossa preocupação.

Consideramos importante a implementação de programas com recurso a mediadores de expressão com objetivo da promoção da saúde mental e adoção de comportamentos saudáveis, sendo que estas intervenções estruturadas parecem ter efeitos positivos na gestão da ansiedade da pessoa com perturbação internada.

Pudemos igualmente comprovar que as pessoas com perturbações mentais demonstram ganhos em saúde quando cuidadas pelo EESMP, existindo evidência da diminuição considerável de incapacidade que estas perturbações provocam.

Aproximando-nos da reta final deste processo de aprendizagens, podemos declarar, que os objetivos que traçámos inicialmente foram cumpridos, e após meses a trabalhar, estudar, escrever e refletir sobre a importância da relação na prática de cuidados, renovamos o mesmo interesse inicial de abraçar este projeto.

O presente trabalho representou um enorme “desafio” enriquecedor do ponto de vista da evolução da nossa capacidade de reflexão crítica, contudo existe ainda um longo caminho a percorrer e melhorar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, D. V. G. (2012). *A qualidade dos serviços de saúde: análise comparativa de diferentes perceções* (Doctoral dissertation, Universidade da Beira Interior (Portugal)).
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, A., Gusmao, R., Corrêa, B., & Silva, J. (2013). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório. *Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa*.
http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf.
- Amaral, A. C. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental - Mediante a CIPE. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-55-4
- American Psychological Association(2012). Referências e Citações Bibliográficas. Escola Superior de Educação de Coimbra. 6ª Edição.
- Assembleia da República (2019). Lei nº95/2019, de 4 de setembro: Aprova a Lei de Bases daSaúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República, nº169, 1ª série, 55 - 66. Lisboa.
- Assembleia da República (1998). Lei de Saúde Mental Lei n.º 36/98 publicada em Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 24 de julho de 1998. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75088193/201702211425/exportPdf/maximized/1/cacheLevelPage?rp=índice>
- Azevedo, C. & Azevedo, A. (2006). *Metodologia Científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos* (8ª ed.). Lisboa: Porto Editora.
- Borba, L. D. O., Maftum, M. A., Vayego, S. A., Mantovani, M. D. F., Felix, J. V. C., & Kalinke, L. P. (2018). Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52.
- Bucho, J. L. C. (2011). As Terapias Expressivas e o Barro: Veículo de Auto-conhecimento, Criatividade e Expressão. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique-humaine*, Paris Editions Lamarre

- Chalifour, Jacques (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencialhumanistas da relação de ajuda* (volume 1). Loures: Lusodidacta.
- Chalifour J. (2009). *A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção*, Volume 2, Loures, Lusodidacta
- Carvalho, R. (2009) - *A arte de sonhar ser - fundamentos da arte psico-terapia analíticaexpressiva -Colecção DFP- competências humanizadas-* Lisboa: edições ISPA
- Ciampone, M. (1991). Ciampone, Tomada de decisão em enfermagem. In: Kurcgant, P. *Administração em enfermagem*. São Paulo, EPU, 1991. P.194. São Paulo: EPU.
- Coutinho, L., Matijasevich, A., Scazufca, M., Menezes, P. (2014). *Cadernos de saúde pública*, ISSN: 1678-4464, 2014 setembro; Vol. 30 (9), 1875-83, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz
- Damásio, A. (2013). *O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Lisboa: Temas e debates. círculo de leitores
- Decreto-Lei n.º 104. (1998). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª série - A, n.º 93 de 21 de abril de 1998. 1739 – 1757. [17391757.pdf \(dre.pt\)](#)
- Decreto-Lei nº 113. (2021). Princípios gerais e regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental. Diário da República, 1ª série – A, nº 240 de 14 de dezembro de 2021
- Decreto-Lei nº 11. (2020). Norma Covid. Diário da República, 1º série – A, nº246 de 21 de dezembro de 2020
- Decreto-Lei nº 95. (2019). Lei Base 13 Nova lei Bases da Saude. Diário da República, 1ª série A- de 4 setembro 2019
- Fawcett, J. (2005) *Conhecimento Contemporâneo de Enfermagem: Análise e Avaliação de Modelos e Teorias de Enfermagem*. FA Davis, Filadélfia.
- Ferraz, M. (2007). *Terapias expressivas – os fins terapêuticos das expressões artísticas*. Publicado em Psicologia.pt a 2009-08-10. Acedido a 25/04/23. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_opiniao.php?codigo=AOP01944
- Ferraz, M. (2009). *Terapias expressivas integrada*. Vol.1. Venda do Pinheiro: Tuttirév.

- Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de sistemas. In Tomey, A. & Alligood, M (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (pp.335-376). Lusociência
- George, G. (2000). Betty Neuman. In George, G. (Eds.), *Teorias de Enfermagem: Fundamentos à prática profissional* (pp. 225-240). Artmed Editora
- Goleman, D. (2011). *Inteligência emocional*. tradução Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: recurso digita
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem, pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Jukes, M. & Spencer, P. (2007). Modelo de Sistemas de Neuman. *JUKES, M.; ALDRIDGE, J. Práticas centradas na pessoa: uma abordagem holística e integrada*. Londres: Quav Books, 1.
- Kim, S. (2010). A Story of a Healing Relationship: The Person-Centered Approach in Expressive Arts Therapy. *Journal of Creativity in Mental Health*. 5(1). p.93–98
- Lopes, M. (2011). Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica: Reflexão a Partir dos Resultados de um Trabalho de Investigação, In *Investigação em Saúde Múltiplos Enfoques*, 20-30
- Martins, E. M. G. A., Machado, E. A. P. M., da Silva Gouveia, E. M. C., da Costa Pereira, E. P. S., & Renca, E. P. F. N. N. (2021). TÍTULO: Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave.
- Manes, S. (2018). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos* (11ª ed.). Lisboa: Paulus.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5 ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson
- Nogueira, N.R. (2005). *Pedagogia dos Projetos: etapas, papéis e atores*. Tatuapé: Editora Érica
- Nunes, L. (2016). Regulação profissional: Atos profissionais em debate. *Enfermagem em Foco*, p. 14-18. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19423/1/artigo-opinioao_-_revista-enfermagem%20em%20foco%202016.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros, (2011). REPE/Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Publicações da Ordem dos Enfermeiros. Recuperado a 16 nov. 2018] Disponível na Internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros, O. (2015b). Regulamento no 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário Da República, II. a Série*, (122-25), 17034-17041.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Regulamento n.º 515/2018. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento nº 140/2019
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Disponível em https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- Organização Mundial de Saúde. Plano de Ação em Saúde Mental. 2013-2020. Genebra, 2013. Disponível em <https://www.emro.who.int/mnh/mental-health-action-plan/index.html>
- Phaneuf, M. (2002) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência
- Phaneuf, M. W. (2005). FIB for materials science applications-A review. *Introduction to focused ion beams: Instrumentation, theory, techniques and practice*.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento – Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pasqualini, J. C., Martins, F. R., & Euzébios Filho, A. (2021). A “Dinâmica de Grupo” de Kurt Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat Editores.
- Peplau, H. (2003) *Interpersonal Relations in Nursing*, Palgrave Macmillan, New York
- Ramalho, C. M. (2010). *Psicodrama e dinâmica de grupo*. São Paulo: Iglu

- Rebelo, S., & Carvalho, J. C. (2015). Ansiedade: Intervenções de enfermagem. *Presencia: Salud mental, investigación y humanidades*, 10(20), 7. <http://www.index-f.com/presencia/n20/p10060r.php>
- Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2022) (OPSS)
- Rio, J. P. (1999). Gestalt-terapia de curta duração. São Paulo: Summus.
- Rogers, C. R. (1985). Toward a more human science of the person. *Journal of Humanistic Psychology*,
- Rogers, C. (2009). Tornar-se Pessoa. 1ª Edição. Lisboa: Editora Padrões Culturais Rogers,
- C. (2010). Tornar-se Pessoa (reimpressão). Lisboa, Padrões Culturais Editora.
- Ruivo, A., Leal, P., Costa A., & Pereira, M. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos nº 15 (janeiro-março). Escola Superior de Saúde do Instituto politécnico de Setúbal: Publicação da área disciplinar de Enfermagem. ISSN: 16465067
- São João, R., Coelho, T., Ferreira, C., Castelo, A., Massano, M. (2017). Estigma na doença mental: estudo observacional e piloto em Portugal. Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém, Vol. 5, N. ° 2, 2017, pp. 171-185 ISBN: 2182-9608
- Sá, L., Candeias, A., Macedo, E., & Esteves, A. (2021). Legislar para proteger: Lei Sena, a primeira lei de saúde mental em Portugal (1889). *Revista de Enfermagem Referência*, (5).
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Principios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19). 77-84. DOI: 10.19131/rpesm.0205
- Santos, J. (2009). É através da vida emocional que a criança apreende o mundo exterior. *Lisboa: Assírio & Alvim*.
- Santos, Z. M. D. S. A., de Oliveira, V. L. M., & Pagliuca, L. M. F. (2004). Teoria de Peplau– Análise crítica de sua aplicação no cuidado de uma pessoa com diagnóstico de ansiedade. *Rev Rene*, 5(2), 16,110-117
- Strazza, G. (1979). Il gesto e Il Segno: técnica dell' incisione. Milão: Edizione di Vanni Scheiwiller. 13-14.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. 1º Ed. Coimbra: Quarteto

- Sequeira, C. (2020). Entrevista Clínica. In Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (90-94). Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda
- Senna, A. M. (2003). *Os Alienados em Portugal I: história e estatística: Hospital do Conde de Ferreira*. Lisboa: Ulmeiro.
- Silva, M. A., & Graveto, J. (2008). Modelo conceptual versus “modelo oculto” para a (na) prática da enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 67-70.
- Sousa, A. (2005). *Psicoterapias Activas (Arte-Terapias)*. Lisboa: Livros Horizonte. ISBN 972-24-1403-8.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. *Loures: Lusociência*, 301-333.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência (6ª ed.)*. Loures: Lusociência
- Townsend, M. (2014). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência. (7ª edição)*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002). Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem. *Loures: Lusociência*.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-553.
- Xavier, M., Paixão, I., & Mateus, P. (2019). Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007–2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Ministério da Saúde, Portugal.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-hstrengthening-our-response>.

(consultado em 06-03-2023)

<https://www.stada.com/media/health-reports/stada-health-report-2022#page-banner-mental-health-stress> (consultado em 8-3-2023)

<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>

(consultado em 8-3-2023)

ANEXOS

ANEXO 1 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘O MEU RETRATO’ (P2, P3, P4)



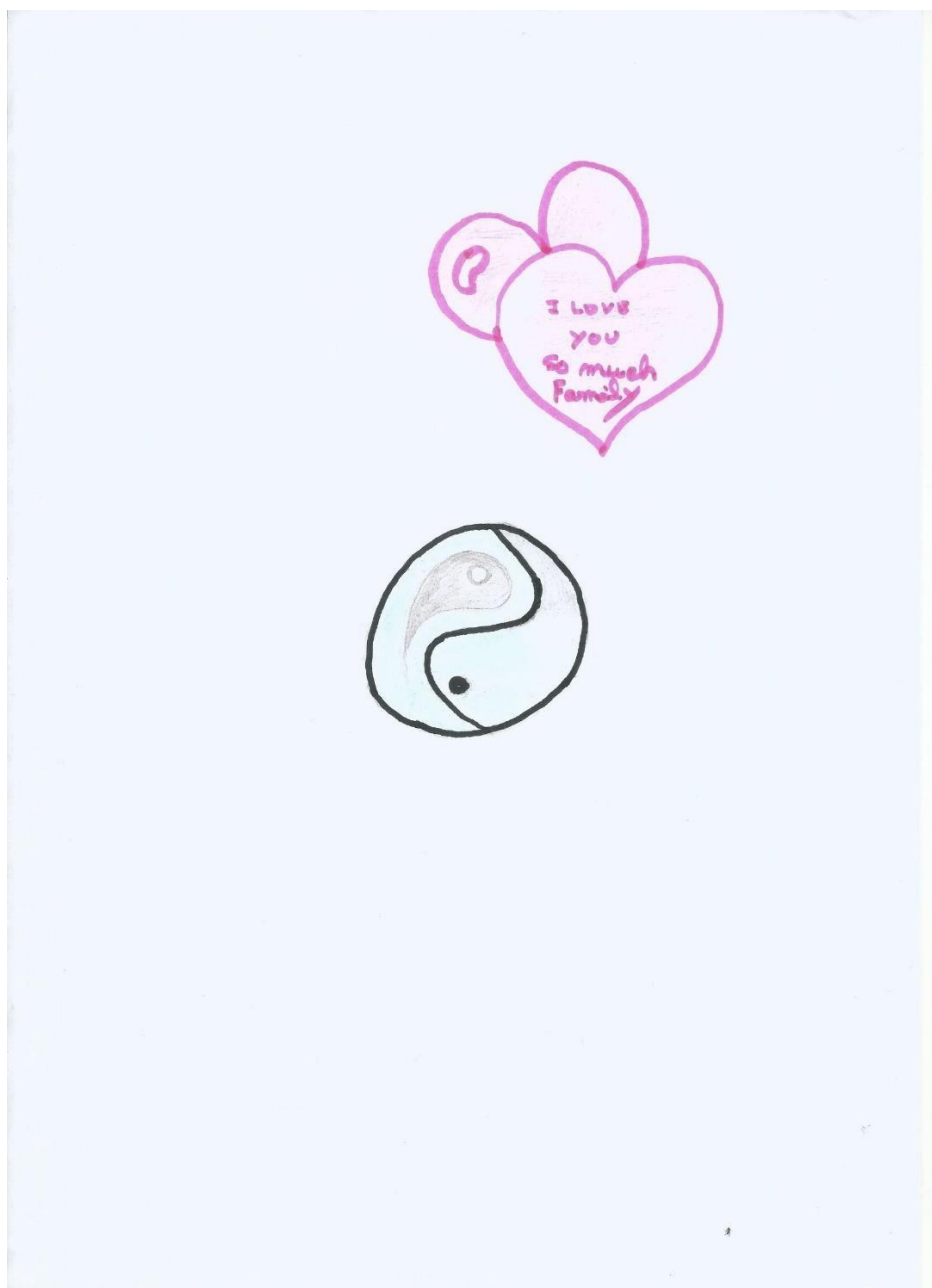
ANEXO 2 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘O MEU RETRATO’ (P1)



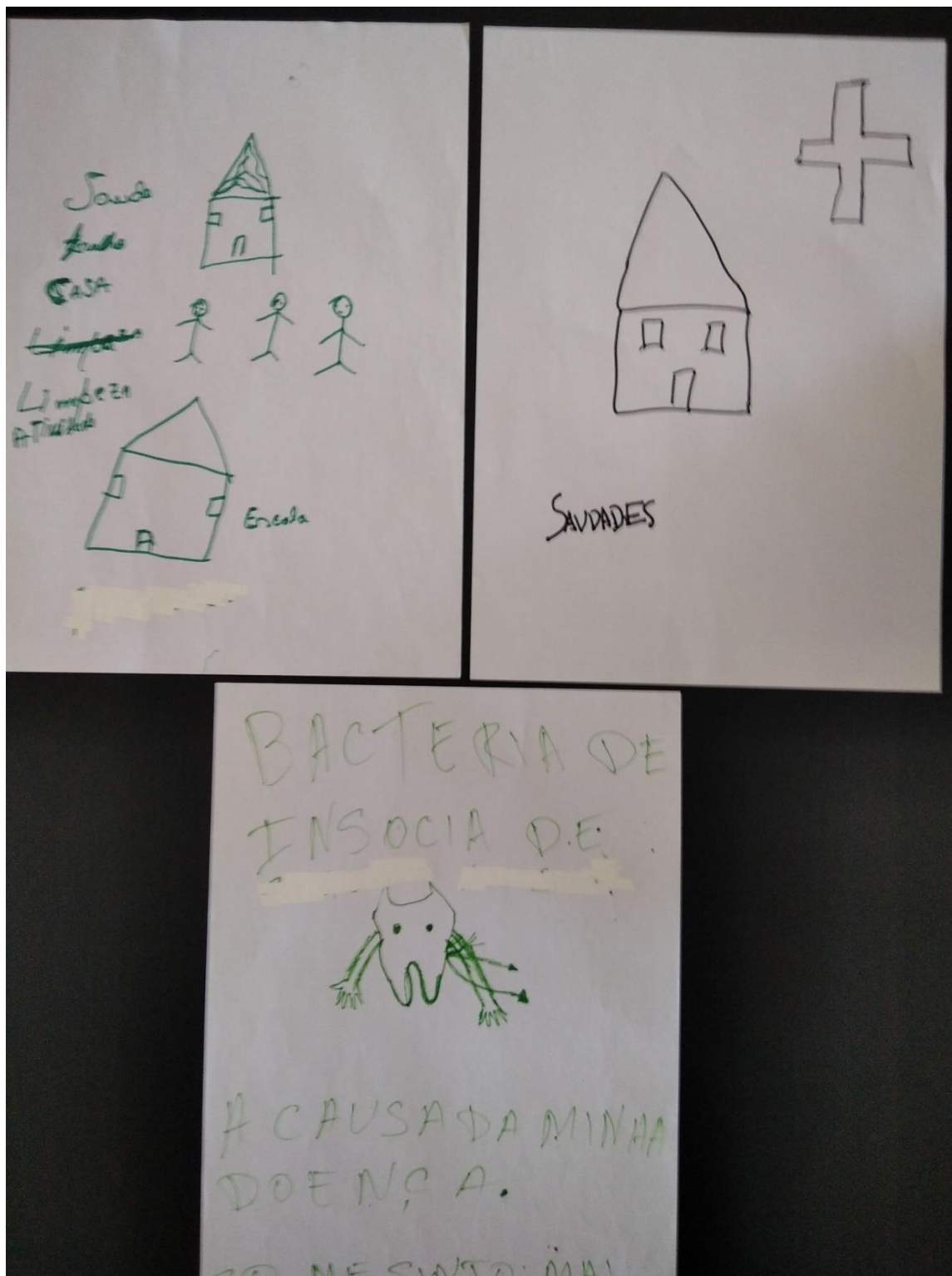
ANEXO 3 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘O MEU RETRATO’ (P4)



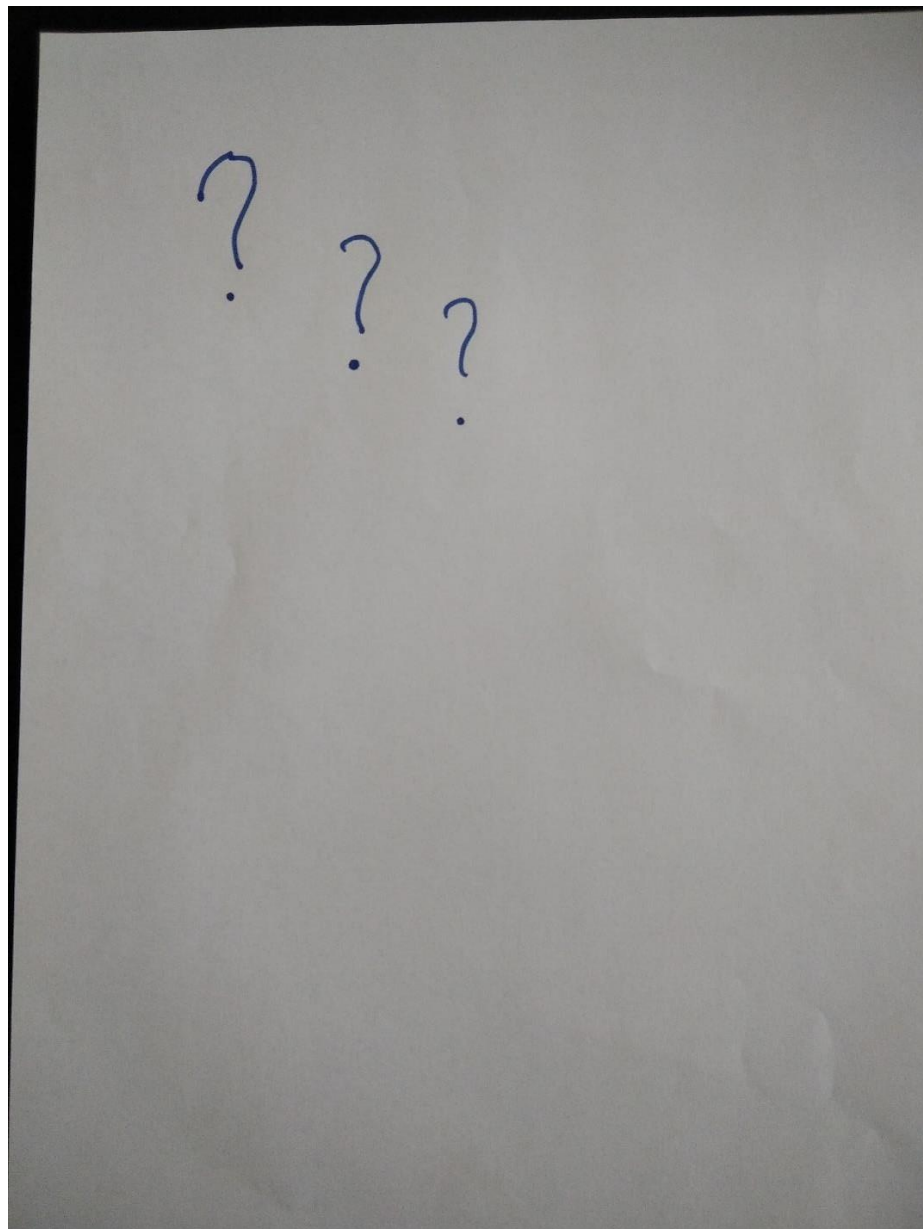
ANEXO 5 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘O MEU RETRATO’ (P3)



ANEXO 6 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘SAÚDE MENTAL’ (P9, P12, P14)

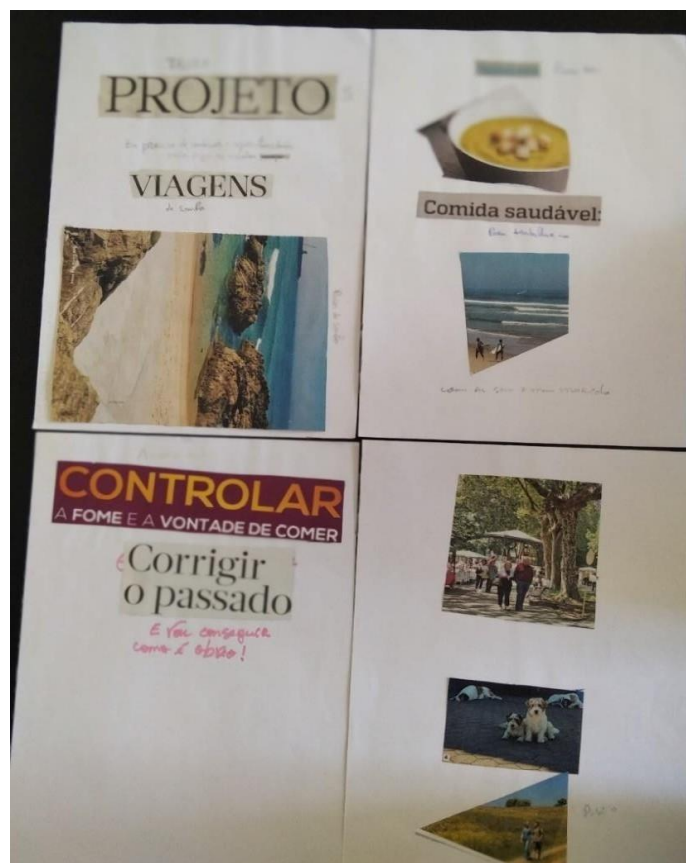


ANEXO 7 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘SAÚDE MENTAL’ (P15)

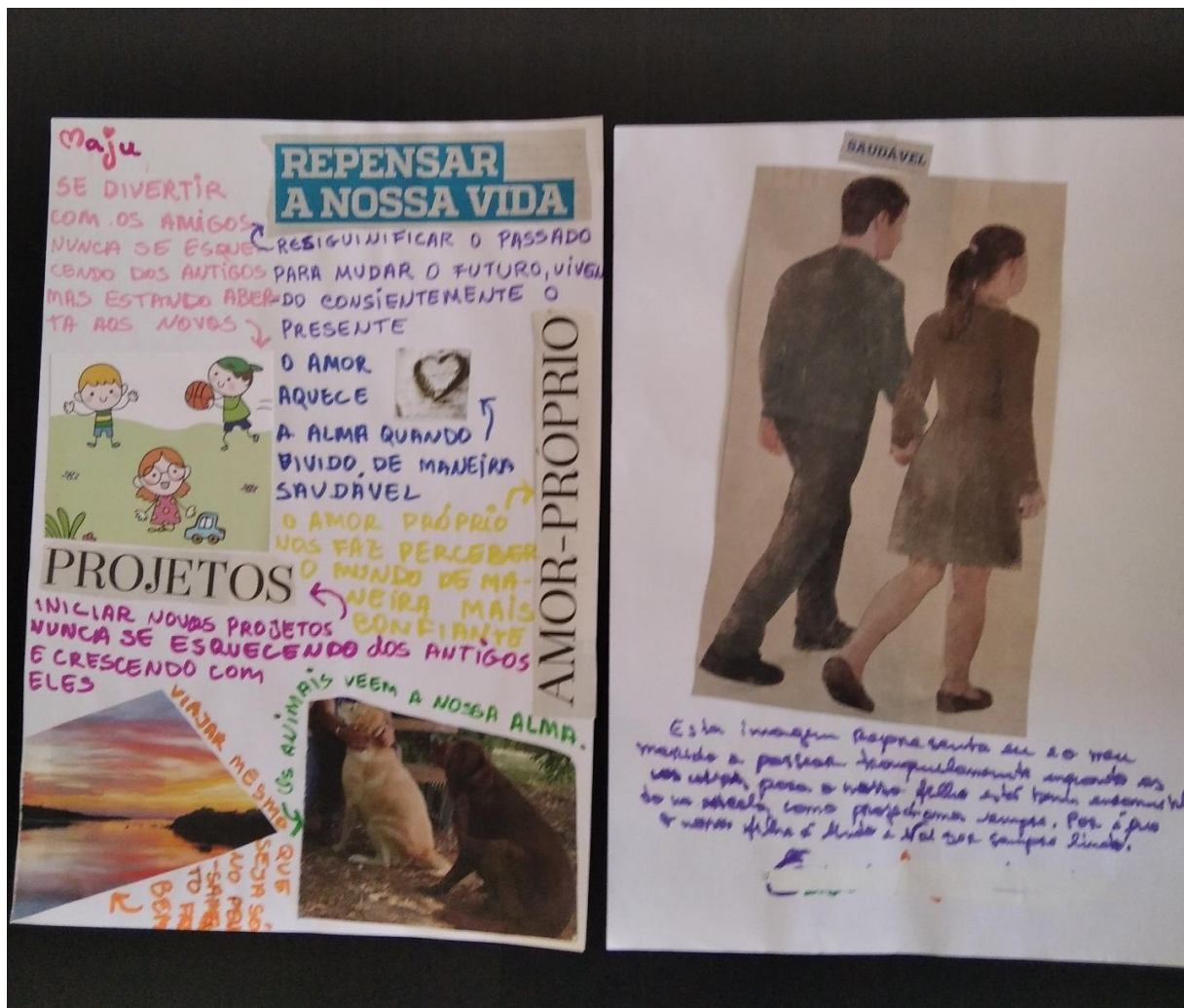


ANEXO 8 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘**VIDA SAUDÁVEL**’

A intervenção terapêutica do EESMP com Mediadores de Expressão, na gestão da ansiedade da pessoa internada com perturbação mental



ANEXO 9 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘**VIDA SAUDÁVEL**’ (P17)



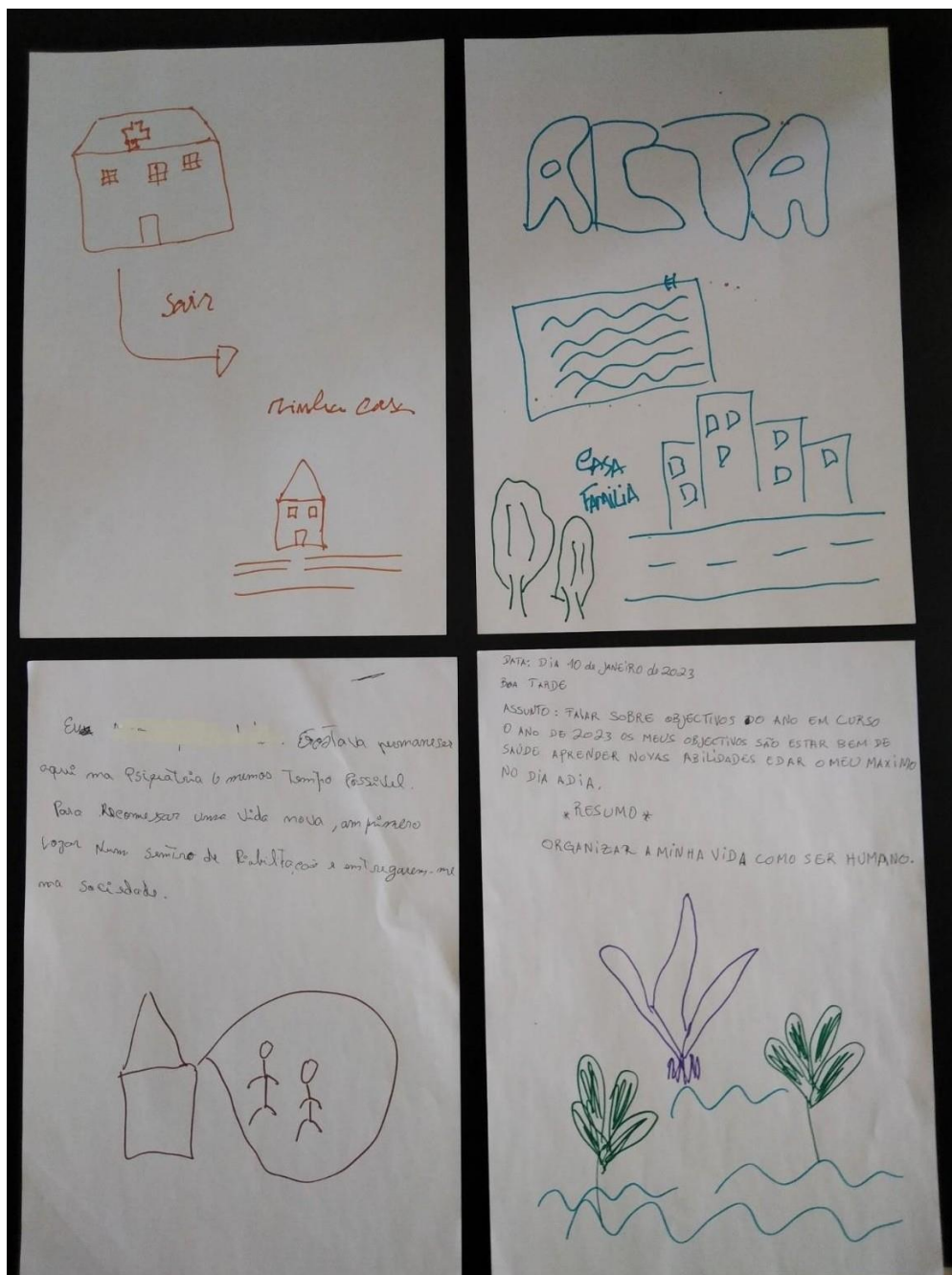
ANEXO 10 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘RELAXAMENTO’



ANEXO 11 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘ANTES E DEPOIS’ (P20, P22, P25)



ANEXO 12 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘O MEU FUTURO’ (P23, P24, P25, P27)



ANEXO 13 – PRODUÇÃO DA ATIVIDADE ‘O MEU FUTURO’ (P24)

