



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

ExpressArte: A utilização dos mediadores artísticos-expressivos pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Gina Isabel Pereira Martins Baptista

Orientação: Prof.ª Lara Guedes de Pinho

Coorientação: Prof. Francisco Sampaio

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação não 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

ExpressArte: A utilização dos mediadores artísticos-expressivos pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Gina Isabel Pereira Martins Baptista

Orientação: Prof.^ª Lara Guedes de Pinho

Coorientação: Prof. Francisco Sampaio

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

*Sim, a Arte, que mora na mesma rua que a Vida,
porém num lugar diferente,
a Arte que alivia da vida sem aliviar de viver,
que é tão monótona como a mesma vida,
mas só em lugar diferente.*

Fernando Pessoa, Livro do Desassossego (1982)

AGRADECIMENTOS

O percurso académico que culminou na elaboração deste relatório não teria sido possível sem o apoio de algumas pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que as dificuldades que foram surgindo tivessem sido atenuadas e superadas, e que gostaria de agradecer:

Com amor à minha família, que sempre foi compreensiva, e que se tornou no maior foco de motivação para continuar esta caminhada, essencialmente ao meu marido, que sempre acreditou no meu valor e na minha capacidade para concluir este percurso.

Aos meus orientadores. Ao Prof. Francisco Sampaio que, com o seu conhecimento e sabedoria, tornou este caminho mais desafiante e enriquecedor, tendo-me mostrado o melhor caminho para materializar as ideias e as experiências vividas. À Prof.^a Lara Pinho, com especial gratidão, pela compreensão e empatia demonstradas, sobretudo na última fase do percurso.

Aos amigos deste percurso. Desde os adquiridos recentemente, Isabel Outeiro, Sónia Lopes e Bruno Morgado, à amiga e companheira Rita Leonardo, que aceitou o desafio desta caminhada, tornando-a mais rica e motivadora.

RESUMO

Este relatório tem como objetivo analisar e refletir sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, assim como as competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem desenvolvidas no estágio 1 e estágio final do Mestrado. Refletimos sobre o papel de enfermeiro no percurso de recuperação da pessoa com doença mental, centrando a sua atuação na relação terapêutica estabelecida para dar resposta às necessidades da pessoa, realçando a importância da prestação de cuidados centrados na pessoa.

Nesse âmbito foi desenvolvido um projeto de intervenção sobre a utilização dos mediadores artístico-expressivos pelo enfermeiro especialista em ESMP que procura intervir na promoção da esperança, melhoria da autoestima, melhoria da socialização e modificação do comportamento. Foram identificados resultados positivos como, uma maior consciência dos outros; maior autoconsciência; disponibilidade para explorar a criatividade; assim como melhoria dos sintomas físicos.

Palavras-chave: mediadores artístico-expressivos, cuidados centrados na pessoa, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ABSTRACT

This report aims to analyze and reflect on the development of both common and specific skills of the specialist nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, as well as the skills leading to a Master's degree in Nursing developed during stage 1 and the final stage of the Master's program. We reflect on the nurse's role in the recovery journey of individuals with mental illness, focusing on the therapeutic relationship established to meet the person's needs, highlighting the importance of person-centered care.

In this context, an intervention project was developed on the use of artistic-expressive mediators by the ESMP specialist nurse, aiming to enhance hope, improve self-esteem, socialization, and behavior modification. Positive outcomes were identified, such as increased awareness of others, greater self-awareness, willingness to explore creativity, and improvement in physical symptoms.

Keywords: artistic-expressive mediators, person-centered care, nursing mental health

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – A Origem do Problema, desenhado pelo participante D.....	- 71 -
Figura 2 - A Mudança, desenhado pela participante E.....	- 73 -
Figura 3 - A Mudança, desenhado pelo participante D.....	- 74 -
Figura 4 - A Mudança, desenhado pela participante C	- 75 -
Figura 5 - A Mudança, desenhado pelo participante A.....	- 75 -
Figura 6 - A Origem do Problema, desenhado pela participante H.....	- 77 -
Figura 7 – A Origem do Problema, desenhado pela participante G.....	- 77 -
Figura 8 - A Mudança, desenhado pela participante H	- 78 -
Figura 9 - A Mudança, desenhado pela participante J	- 79 -

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1 - Taxa de prevalência dos utentes internados do Serviço de Internamento de
Agudos no decurso do Estágio II - 53 -

Tabela 1 - Resultados Obtidos com a aplicação dos instrumentos de medida, PHQ-9 e
GAD-7 - 82 -

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANA - *American Nurses Association*

APA - *American Psychological Association*

ARS - Administração Regional de Saúde

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIR - Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DMG - Doença Mental Grave

DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

CSM - Equipas Comunitárias de Saúde Mental

EESMP - Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESS - Escola Superior de Saúde

GAD-7 - *Generalized Anxiety Disorder 7-item*

GBD - *Global Burden of Disease*

IPS - Instituto Politécnico de Setúbal

OE - Ordem dos Enfermeiros

OECD - *Organization for Economic Co-operation and Development*

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática baseada na evidência

PHQ - *Patient Health Questionnaire*

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

MA-E - Mediadores Artístico-Expressivos

NIMH - *National Institute of Mental Health*

NICE - *National Institute for Health Care Excellence*

TR - Terapeuta de Referência

WFMH - *World Federation for Mental Health*

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	- 12 -
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	- 16 -
1.1. A PESSOA, O CUIDAR E A RELAÇÃO TERAPÊUTICA	- 17 -
1.2. CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA.....	- 21 -
2. A UTILIZAÇÃO DOS MEDIADORES ARTÍSTICO-EXPRESSIVOS EM SAÚDE MENTAL .-	27 -
2.1 DOENÇA MENTAL GRAVE.....	- 28 -
2.2. A UTILIZAÇÃO DOS MEDIADORES ARTÍSTICO-EXPRESSIVOS PELO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ESMP	- 33 -
3. METODOLOGIA	- 39 -
4. CONTEXTO DE ESTÁGIO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	- 42 -
4.1. ESTÁGIO I - EQUIPA COMUNITÁRIA DE SAÚDE MENTAL	- 42 -
4.2. ESTÁGIO II - SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE AGUDOS	- 52 -
4.3. REFLEXÃO FINAL	- 58 -
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO	- 60 -
5.1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	- 69 -
5.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	- 80 -
6. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	- 87 -
6.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	- 87 -
6.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	- 93 -
6.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	- 99 -
CONCLUSÃO	- 103 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 105 -

APÊNDICES

Apêndice I – Termo de Consentimento Informado- 113 -

Apêndice II – Guião de Entrevista Inicial - 115 -

Apêndice III – Resumo da Estrutura e Conteúdo Teórico das Sessões da Intervenção - 116 -

Apêndice IV – Guião de Entrevista Final- 119-

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da profissão na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pode ser traçado desde o início do século XIX. À medida que, neste âmbito, os cuidados de saúde evoluíram, houve um reconhecimento crescente da necessidade de cuidados de enfermagem especializados para os indivíduos com doença mental. Esta mudança no paradigma dos cuidados originou a elaboração de programas formais de educação e formação para enfermeiros que trabalhavam em ambientes de saúde mental, até ao desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica como uma especialidade distinta.

Apesar da prática inicial desta especialidade se centrar na prestação de cuidados compreensivos, na manutenção de um ambiente terapêutico, e no ensino de competências de autocuidado à pessoa com doença mental (Barker, 2009), à medida que a profissão evoluiu, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) começaram a desempenhar um papel crítico na promoção de práticas baseadas na evidência, a nível dos cuidados de saúde mental. A profissão tem progredido para satisfazer as necessidades em mudança dos indivíduos e de um sistema de saúde mais amplo, que proporciona cuidados de saúde mentais mais abrangentes e centrados na pessoa (Druss & Mauer, 2010).

Com o desenvolvimento dos cuidados de saúde mental comunitários, os enfermeiros especialistas em ESMP expandiram os seus papéis e responsabilidades no seio do sistema de cuidados de saúde (Varcarolis, 2017), enfatizando a prestação de cuidados em ambientes menos restritivos e mais integrados (Mechanic & Rochefort, 1990), como escolas, centros de saúde, equipas comunitárias de saúde mental e unidades de cuidados continuados.

Esta integração, associada ao reconhecimento de que a saúde mental e física estão indissociavelmente ligadas, ajudou a reduzir o estigma associado aos cuidados de saúde

mental, aumentando o acesso aos serviços, com melhoria dos resultados para os indivíduos com doença mental (Druss & Mauer, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental é uma parte vital da saúde global de uma pessoa e afeta a forma como nos sentimos, pensamos e nos comportamos e está intimamente ligada à saúde física. A saúde mental não está apenas na ausência de angústia ou doença, mas abrange a sensação de bem-estar da pessoa e sua capacidade de se sentir bem consigo mesmo, mantendo relações de apoio e sentindo que se pode ser significativamente produtivo na comunidade e ao mesmo tempo ser capaz de lidar com as tensões típicas da vida. A saúde mental e as condições de saúde mental existem num *continuum* que vai desde o bem-estar mental à doença, sendo que a maioria das pessoas oscilam neste *continuum* à medida que passam pela vida e têm várias experiências positivas ou adversas (World Health Organization [WHO], 2019)

A saúde mental tem sido uma área de preocupação crescente nas últimas décadas. Tem-se percebido que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbidade e morte prematura, em todo o mundo (Global Burden of Disease [GBD], 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022).

A doença mental não é apenas uma experiência pessoal; tem profundas implicações para a sociedade no seu todo, sendo que estas abrangem várias dimensões, desde os sistemas económicos e de saúde até às estruturas sociais e normas culturais.

O enfermeiro especialista em ESMP desempenha um papel fundamental no percurso de recuperação dos indivíduos com doença mental. Centrando a sua atuação no estabelecimento de uma relação terapêutica em combinação com conhecimentos teóricos presta cuidados holísticos que respondem às diversas necessidades dos seus utentes, realçando a importância da ligação humana, da dignidade e da capacitação no processo de recuperação.

O presente trabalho, um relatório de estágio de natureza profissional, compreende a materialização das aprendizagens essenciais, que ocorreram durante a realização dos estágios, e se consideram facilitadoras do processo de aprendizagem e da consolidação de conhecimentos para a atribuição de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem. Consiste, assim, num instrumento de avaliação dos processos de aprendizagem e de

aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, onde é apresentada uma reflexão crítica do trabalho realizado em contexto de estágio (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021).

Este relatório de estágio surge no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), e tem como principal objetivo analisar e refletir sobre o trabalho desenvolvido no âmbito das Unidades Curriculares Estágio 1 e Estágio Final. Resulta da integração dos conhecimentos teóricos adquiridos com a prática clínica onde se procurou desenvolver as competências comuns, segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro, e específicas do enfermeiro especialista em ESMP, segundo o Regulamento n.º 515/2018, assim como as competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem, de acordo com o estipulado no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro.

No sentido de alcançar o objetivo proposto, foram delineados os seguintes objetivos específicos: relatar o trabalho desenvolvido no âmbito dos estágios, apresentar o projeto de intervenção desenvolvido em contexto hospitalar num serviço de internamento de agudos, assim como os resultados obtidos da sua implementação, descrever o processo de aprendizagem necessário para o desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências do Enfermeiro Especialista em ESMP e Competências de Mestre em Enfermagem.

A estrutura do relatório inicia-se com a presente introdução, seguida do capítulo I, onde se abordam conceitos teóricos e centrais da disciplina de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, assim como o modelo teórico de Peplau que serviu de referência ao longo deste relatório. No capítulo II é abordada a utilização dos Mediadores Artístico-Expressivos na realização de intervenções psicoterapêuticas, em particular no diagnóstico de depressão. No capítulo III é descrita a metodologia utilizada neste trabalho para a concretização dos objetivos propostos. No capítulo IV é elaborada uma descrição com respetiva análise crítica e reflexiva sobre os contextos de estágios e as atividades desenvolvidas. No capítulo VI é apresentado o projeto de intervenção implementado no decurso do Estágio II, com apresentação dos resultados obtidos. No capítulo VII é efetuada a descrição do processo de aquisição e desenvolvimento das competências do Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências do Enfermeiro

Especialista em ESMP e Competências de Mestre em Enfermagem. Por fim, os últimos capítulos são dedicados à conclusão, referências bibliográficas e apêndices.

O presente documento está em consonância com as regras do Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos do Departamento de Enfermagem da ESS do IPS e da norma de referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA) 7ª edição, e está de acordo com as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico pretende-se criar uma estrutura de conceitos que permitam uma melhor compreensão acerca do trajeto percorrido, enquanto discente do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e que culmina com a redação deste relatório.

Este capítulo foi redigido com o objetivo de fornecer uma perspetiva através da qual se possa compreender os pressupostos, valores e compromissos teóricos utilizados em contexto de estágio para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em ESMP.

Nos dias de hoje, a Enfermagem é uma profissão multifacetada e dinâmica que desempenha um papel crucial no sistema de saúde. À medida que esta profissão continua a crescer e a adaptar-se ao panorama em mudança dos cuidados de saúde, os enfermeiros comprometem-se com práticas baseadas na evidência para otimizar os resultados dos seus utentes.

Portanto, os cuidados de Enfermagem abrangem uma vasta gama de responsabilidades destinadas a promover, manter e restaurar a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, e através de uma abordagem sistémica, têm em consideração as suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, assegurando cuidados abrangentes. Resulta numa compreensão profunda do estado de saúde da pessoa e das suas necessidades individuais, bem como da capacidade de adaptação a circunstâncias em mudança e de resposta a situações inesperadas para que a pessoa experimente o crescimento, o desenvolvimento e a mudança, e para que aprenda algo de significativo com a sua própria experiência (Barker, 2009).

1.1. A Pessoa, O Cuidar E A Relação Terapêutica

Só faz sentido abordar o domínio da Enfermagem na presença daquele que é o seu sujeito-alvo – a pessoa. O conceito de pessoa é visto através de uma perspectiva sistémica, em que os indivíduos são considerados na sua totalidade - física, psicológica, social e espiritualmente. Esta perspetiva enfatiza a individualidade única de cada um e respeita as suas experiências, valores e autonomia (McCormack & McCance, 2016).

Várias teorias de Enfermagem contribuem para a compreensão do conceito de pessoa em Enfermagem. Para além da Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard Peplau, que enfatiza a importância da relação interpessoal no processo de cuidados, e que foi utilizada como base para o desenvolvimento deste relatório, foram considerados outros quadros conceptuais que complementam esta corrente, como é o caso da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson que vê a pessoa como um ser valioso que deve ser cuidado, respeitado, nutrido, compreendido e assistido, em que cada pessoa tem perceções únicas de saúde e doença com base no seu potencial físico, mental e social (Watson, 2017). Do mesmo modo, a Teoria dos Cuidados Culturais de Madeleine Leininger enfatiza o aspeto cultural de uma pessoa, sugerindo que os cuidados são culturalmente vinculados e que os enfermeiros devem ter em conta as crenças, valores e práticas culturais quando prestam cuidados a indivíduos (Leininger & McFarland, 2006).

A conceptualização da pessoa em Enfermagem enfatiza a necessidade de cuidados individualizados e centrados na pessoa. Exige que se reconheçam e respeitem as experiências, valores e perspetivas únicas de cada indivíduo na prestação de serviços de saúde.

Um dos conceitos inerentes à prática de Enfermagem é o cuidar, representando a essência da profissão. Enquanto a prestação de cuidados refere-se às intervenções que são realizadas para promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos, o cuidado refere-se aos aspetos emocionais e relacionais da Enfermagem que envolvem empatia, compaixão, e o estabelecimento de uma relação terapêutica.

O cuidado envolve estar presente e empenhado com a pessoa, ouvir as suas preocupações, e responder às suas necessidades de uma forma empática. Implica

reconhecer a individualidade do outro e respeitar os seus valores e crenças, o que pode contribuir para o desenvolvimento de uma forte relação terapêutica (Watson, 2017).

Quando se fala de relação terapêutica em Enfermagem refere-se a uma relação intersubjetiva em que o enfermeiro está comprometido e preocupado com o bem-estar e o desenvolvimento da pessoa (Oliveira et al., 2010). Apesar da partilha de princípios comuns com outros profissionais de saúde, devido às suas funções, responsabilidades e formação específica, o enfermeiro constrói a relação terapêutica com a pessoa privilegiando o envolvimento e a participação de ambos os intervenientes (enfermeiro - pessoa) na construção do cuidar. Esta relação baseia-se na confiança, empatia, respeito e intimidade profissional, e por isso é considerada central para o cuidado, influenciando significativamente os resultados obtidos (Peplau, 1988).

Parece ser da maior relevância demonstrar à pessoa que se está a cuidar que existe interesse e boa vontade para com o que é valorizado por ele, sendo um alicerce para a confiança na relação de cuidado e um requisito para confortar. Construir laços de confiança e promover o conforto revelam um potencial terapêutico (Oliveira, 2010).

A relação terapêutica é um processo interpessoal, que envolve o estabelecimento e o desenvolvimento de relações complexas entre os enfermeiros, as pessoas que estão ao seu cuidado, a sua família e amigos. Para além disso, também envolve um complexo de relações entre diferentes aspetos da pessoa que é o enfermeiro (Barker, 2009).

Existe consenso sobre a necessidade de o enfermeiro construir uma relação de confiança com o seu utente, a fim de facilitar o sucesso dessa relação e obter resultados terapêuticos. Durante este período de aprendizagem foram tidas em consideração, de acordo com a literatura, as fases para o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Numa primeira fase, muitas vezes referida como fase de pré-interação ou fase de orientação, os enfermeiros recolhem informações sobre a pessoa antes de a conhecerem (Arnold & Boggs, 2016). Isto pode implicar a consulta de registos clínicos, a conversa com outros profissionais de saúde ou o conhecimento dos antecedentes culturais e pessoais da pessoa.

De seguida, a fase de introdução ou orientação envolve o primeiro encontro entre o enfermeiro e a pessoa. Durante esta fase, é crucial estabelecer confiança, clarificar papéis e expectativas e definir objetivos para a relação (Peplau, 1988). O enfermeiro deve ser

aberto e não julgar, criando um espaço seguro para a pessoa expressar os seus sentimentos e preocupações.

Quando a confiança é desenvolvida, o indivíduo sentir-se-á capaz de partilhar os seus pensamentos, sentimentos e experiências; sentir-se-á seguro e confortável para pedir ou aceitar ajuda quando lhe é oferecida, o que potencia o efeito terapêutico da confiança (Oliveira & Lopes, 2010).

À medida que esta relação progride para a fase de trabalho, o enfermeiro colabora com a pessoa para implementar o plano de cuidados e atingir os objetivos de saúde daquela pessoa. Boas competências de comunicação são essenciais nesta fase, com o enfermeiro a fornecer informações claras sobre os tratamentos e procedimentos e a ouvir atentamente o feedback da pessoa (Bach & Grant, 2009). A empatia é outra componente fundamental, uma vez que o enfermeiro deve compreender e responder aos sentimentos e experiências da pessoa.

A fase final é a fase de terminação, que ocorre quando a relação termina, muitas vezes porque o utente recebe alta dos cuidados. Esta fase envolve o resumo dos objetivos alcançados, a discussão de planos para o futuro e, por vezes, a abordagem de sentimentos de perda ou tristeza (Peplau, 1988). É importante que o enfermeiro ajude a pessoa na transição para a fase seguinte dos seus cuidados ou para o autocuidado, e que lhe ofereça apoio e garantias.

No entanto, estabelecer e manter uma relação terapêutica pode ser um desafio. Questões como desequilíbrios de poder, limites emocionais e preconceitos pessoais podem interferir na relação (Vryonides et al., 2015) e a formação dos enfermeiros, bem como um ambiente de cuidados de saúde favorável, são essenciais para ultrapassar estes desafios.

Diversas vezes os enfermeiros perdem oportunidades de construir relações terapêuticas com os utentes porque os encontros comuns são ignorados como espaços potenciais para estabelecer ligações. Mcallister et al. (2004) constataram, no seu estudo sobre enfermeiros de saúde mental, que a fase inicial da relação enfermeiro-utente é um espaço onde se clarificam os papéis e se estabelecem relações e normas, mas também um espaço potencial para os enfermeiros transmitirem a sua arte e exercitarem a criatividade na criação de ligações significativas que podem facilitar a conversação, a compreensão e o discernimento.

Os primeiros encontros entre enfermeiro e utente podem ter tanto potencial para encerrar uma conversa, como ser suscetíveis de gerar confiança e construir relações. Assim, foram identificadas algumas situações onde o papel dos enfermeiros pode ser melhorado, como é o caso da utilização do poder e as diferenças entre os papéis do utente e do enfermeiro (é sempre o enfermeiro que inicia e dirige a interação); ou a tendência dos enfermeiros para sondar as experiências dos utentes e procurar patologias ou problemas (originando uma conversa não recíproca e mais uma entrevista); ou só o profissional de saúde é ativo na resolução do problema e o utente é necessariamente inativado (sendo-lhe retirado o poder durante o processo); ou ainda a utilização da mesma abordagem com os utentes, independentemente das necessidades e do contexto (alguns enfermeiros não alteram a sua linguagem corporal, voz ou presença). Essas interações podem reduzir e ocultar informações, distorcer a compreensão e simplificar excessivamente a vida da pessoa. Para que o diálogo continue, os enfermeiros devem escutar empaticamente, identificar-se com os participantes e mostrar respeito pela sua emotividade (McAllister et al., 2004).

Considerando os serviços de saúde um espaço intermédio, os enfermeiros são muitas vezes os mediadores e, por isso, podem ser cruciais para permitir que uma pessoa consiga desempenhar com sucesso os dois papéis - manter aspetos do seu papel de cidadão e aspetos do papel de utente que serão úteis na recuperação e adaptação (McAllister et al., 2004).

Numa fase inicial da relação, utilizar uma abordagem inovadora pode ser uma forma envolvente e estimulante para a pessoa olhar e falar sobre o seu problema de novas formas, de repararem em pontos fortes anteriormente desvalorizados e de co-construírem soluções para a mudança. No entanto, ser criativo é um empreendimento arriscado e pode haver alturas em que tanto o utente como o enfermeiro são levados a conversas que evocam emoções ou memórias surpreendentes ou angustiantes pelo que é necessário ter cautela e procurar trabalhar num clima de apoio e supervisão (McAllister et al., 2004).

No entanto, acreditamos que os benefícios da utilização da criatividade na relação enfermeiro-utente ultrapassam largamente os riscos. A criatividade acede a muitas formas de conhecimento de ambos, pelo que tem potencial para oferecer uma abordagem mais rica para a mudança, permitindo alargar e revigorar o papel da Enfermagem, validando e

assegurando a necessidade do enfermeiro nos serviços de saúde mental (Mcallister et al., 2004).

Em resumo, a relação terapêutica em Enfermagem é uma interação complexa e dinâmica que requer uma série de competências e atributos, incluindo a comunicação, a empatia, o respeito e o profissionalismo. Está no cerne da prática de Enfermagem e tem um impacto significativo no bem-estar dos indivíduos

1.2. Cuidados Centrados na Pessoa

A prestação de cuidados e o cuidar são componentes essenciais para a promoção de cuidados centrados na pessoa, o que implica reconhecer as suas necessidades e preferências individuais e envolvê-los na tomada de decisões, contribuindo para o desenvolvimento da confiança, respeito mútuo e comunicação aberta entre a pessoa e o enfermeiro (Institute of Medicine, 2001).

É consensual, entre as várias organizações e entidades responsáveis pela emissão de orientações para os cuidados de saúde, que o planeamento dos cuidados deve ter como linha orientadora a pessoa. Se esta recomendação é importante nos cuidados gerais, no contexto da saúde mental é particularmente relevante (Pinho et al., 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere a adoção de uma estratégia que estabeleça uma visão concludente com um futuro em que todas as pessoas tenham acesso a serviços de saúde prestados de forma a dar resposta às suas necessidades e preferências no decurso da vida, coordenados através da continuidade dos cuidados e sejam seguros, eficazes, oportunos, eficientes e de qualidade aceitável. Para tal, propõe a adoção de uma estratégia na qual a prestação de serviços de saúde se torne mais integrada e centrada nas pessoas (WHO, 2015)

Ao adotar uma abordagem centrada na pessoa, o enfermeiro especialista em ESMP pode prestar cuidados que respondam verdadeiramente às necessidades únicas de cada indivíduo, assim como assegurar que o utente e família os compreendem e estão envolvidos na tomada de decisão. Esta abordagem está associada a melhores resultados

em saúde, maior satisfação do utente, e melhor qualidade dos cuidados (Epstein & Street, 2011).

O enfermeiro especialista em ESMP pode, portanto, ajudar a pessoa a reivindicar poder na relação, a manter aspetos da sua identidade que os ajudem a ser ativos e autodeterminados nos encontros de saúde. É importante reforçar a necessidade de uma abordagem respeitosa e não culpabilizante, em que a pessoa é considerada como especialista na sua própria vida. Esta interação oferece aos enfermeiros a oportunidade de confrontar o diferencial de poder que existe, adotar uma postura reflexiva, usar uma autoridade sábia, conhecer a pessoa como algo mais do que o seu problema de saúde e envolvê-la num processo colaborativo de adaptação ou recuperação (McCallister et al., 2004).

Os mesmos autores sugerem a utilização, à semelhança da administração dos medicamentos, dos “cinco direitos” para ajudar os enfermeiros a planearem corretamente as suas intervenções de modo a promoverem uma conversa eficaz. No planeamento dos cuidados de Enfermagem, a pessoa certa pode referir-se à escolha da pessoa mais qualificada para administrar os cuidados. A dose certa refere-se à seleção da quantidade correta de medicação de acordo com a ordem de tratamento. O caminho certo é mais abstrato em relação aos cuidados de Enfermagem e pode ser visto como uma referência ao desafio de descobrir a forma mais eficaz de as pessoas desenvolverem o discernimento, a motivação e a capacidade de mudança. O momento certo recorda que o *timing* nos cuidados de Enfermagem é importante, em que certas fases da doença de uma pessoa e, num espectro mais alargado, da vida, exigirão diferentes formas de cuidados. Assim, é importante prestar cuidados adequados à pessoa e à doença nesse momento ou fase específica da vida ou da doença da pessoa (McCallister et al., 2004).

Os cuidados centrados na pessoa enfatizam a relação entre a pessoa individual e os prestadores de cuidados de saúde e podem ser vistos como uma componente da coprodução. O conceito de coprodução alarga essa ideia para incluir a colaboração a todos os níveis de cuidados, desde a conceção, prestação até à avaliação dos serviços. Reconhece que a pessoa, as suas famílias e os profissionais de saúde têm todos contributos importantes para dar e que só é possível conceber e prestar serviços eficazes através da colaboração entre estas partes. Esta abordagem consiste em partilhar o poder, reconhecer

o valor da experiência vivida e trabalhar em conjunto para dar forma aos serviços (Batalden et al., 2016).

A coprodução apresenta vários elementos-chave, desde o estabelecimento de relações baseadas no respeito mútuo e na igualdade entre a pessoa e o enfermeiro; a partilha de poder; a reciprocidade, onde todas as partes envolvidas são contribuintes e beneficiários; apoio dos pares envolvendo pessoas com experiência vivida de problemas de saúde mental que apoiam outras que estão a lidar com questões semelhantes; e a valorização dos conhecimentos e experiências quer da pessoa quer dos enfermeiros. Este conceito enfatiza a colaboração, o respeito mútuo e a partilha de poder e responsabilidade. Reconhece que todas as partes têm contributos valiosos a dar com base nas suas experiências, competências e conhecimentos. (Batalden et al., 2016).

Ambos os conceitos são cruciais para os cuidados de saúde mental atuais e têm como objetivo garantir que os serviços são adaptados às necessidades das pessoas que os utilizam, conduzindo a melhores resultados, maior satisfação e melhor qualidade geral dos cuidados.

Atualmente, tem sido feito um esforço para se conseguir uma parceria mais colaborativa e igualitária entre o utente e os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro especialista em ESMP, através da mudança dos modelos tradicionais de prestação de cuidados até à dada instituídos (Clark, 2015). Em Portugal, onde os serviços de saúde mental passaram por reformas significativas nas últimas décadas, a noção de coprodução poderá sido considerada como um catalisador para alcançar cuidados centrados na pessoa.

A coprodução começa assim a ser implementada como uma estratégia fundamental na transformação dos serviços de saúde mental a nível global, enraizada nos princípios da colaboração e da tomada de decisão partilhada, procurando esta abordagem amplificar as vozes daqueles que tradicionalmente têm menos voz na criação e prestação de serviços (Clark, 2015).

Pelos motivos referidos anteriormente, o enfermeiro especialista em ESMP poderá desempenhar um papel vital na coprodução no domínio da saúde mental pela relação de proximidade e o contacto mantido com a pessoa, que o coloca numa posição privilegiada para envolver a pessoa nos seus próprios cuidados.

Outro dos elementos primordiais inerentes à profissão é o conhecimento em Enfermagem, que engloba uma vasta gama de informações, aptidões e competências necessárias para que os enfermeiros prestem cuidados seguros, eficazes e compassivos aos seus utentes. O percurso desenvolvido ao longo deste curso de mestrado em Enfermagem, que culmina com a redação deste relatório, vem ao encontro da procura desse conhecimento, das suas fontes e referências, que possam suportar esta aquisição.

Este conhecimento baseia-se tanto em fundamentos teóricos como práticos, e está em contínua evolução de acordo com a investigação e prática baseada na evidência (American Nurses Association [ANA], 2015). Este conhecimento irá permitir aos enfermeiros compreender os princípios e teorias subjacentes que orientam a sua prática, bem como as melhores práticas de avaliação, diagnóstico e tratamento dos seus utentes, assim como o processo de tomada de decisão informada sobre os cuidados prestados, com base na sua avaliação das necessidades, preferências e estado clínico.

Um dos aspetos fundamentais do conhecimento de Enfermagem é o desenvolvimento e utilização de teorias de Enfermagem. Estas teorias servem como quadros conceptuais que orientam a prática, educação e investigação em Enfermagem. Fornecem uma base para a compreensão dos cuidados ao utente e do papel dos enfermeiros na promoção da saúde e do bem-estar (Alligood, 2007).

O referencial teórico utilizado para a realização deste trabalho foi a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Esta teoria foi publicada pela primeira vez em 1952, é altamente considerada no domínio da Enfermagem e tem tido um impacto significativo na prática da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e nos cuidados centrados à pessoa. A Teoria de Peplau enfatiza a centralidade da relação enfermeiro-utente e propõe um quadro estruturado e dinâmico que vê o indivíduo como um parceiro nos cuidados. Ao compreender e implementar esta teoria, os enfermeiros podem efetivamente promover o tratamento e facilitar o crescimento e o desenvolvimento dos utentes. A Teoria consiste em quatro fases sequenciais nesta relação: orientação, identificação, exploração e resolução (Forchuk, 2021).

A *fase de orientação*, segundo Peplau, envolve a definição do problema e a decisão sobre o tipo de ajuda necessária. O enfermeiro e o utente estabelecem uma relação através do desenvolvimento da confiança e do relacionamento. A comunicação eficaz desempenha

um papel crucial nesta fase, uma vez que o enfermeiro recolhe informações sobre as necessidades, preocupações e objetivos do indivíduo. A comunicação é uma ferramenta essencial nesta fase e abre caminho a uma relação terapêutica bem-sucedida (Peplau, 1988).

Durante a *fase de identificação*, o enfermeiro e o utente desenvolvem uma relação mais íntima e colaborativa. Este último participa ativamente no processo de cuidados, adquire um sentimento de pertença e começa a desenvolver as competências necessárias para enfrentar os seus desafios de saúde. É nesta fase que a pessoa começa a ter sentimentos de pertença e uma capacidade para lidar com o problema, enquanto o enfermeiro o ajuda a explorar o significado da doença e os passos necessários para a recuperação (Peplau, 1988).

A *fase de exploração* centra-se na capacidade de a pessoa utilizar plenamente os recursos e o apoio disponíveis. O enfermeiro fornece orientação, encorajamento e educação para ajudar o utente a atingir os seus objetivos e a tomar decisões de forma independente. Esta fase promove a sua capacitação e a autoeficácia e este tira o máximo partido de todas as intervenções realizadas. O enfermeiro orienta a pessoa no sentido de atingir os seus objetivos, fornecendo-lhe a assistência, o encorajamento e os recursos necessários, enquanto a pessoa aprende a tomar decisões de forma autónoma e a aplicar os comportamentos aprendidos a outras situações (Peplau, 1988).

Finalmente, na *fase de resolução*, a necessidade de assistência profissional ao utente diminui à medida que este se torna mais autossuficiente. O enfermeiro ajuda-o a refletir sobre o seu progresso, a resumir a experiência e a assegurar uma conclusão terapêutica da relação. Esta fase é o passo final da relação terapêutica enfermeiro-utente, onde este último se liberta da sua necessidade de ajuda profissional e assume a responsabilidade pelos seus cuidados. O enfermeiro, durante esta fase, ajuda a pessoa a resumir e a terminar a relação de forma terapêutica (Peplau, 1988).

A teoria de Peplau transformou significativamente a profissão de Enfermagem ao fornecer uma estrutura abrangente para as relações interpessoais na Enfermagem. Destacou a importância dos aspetos interpessoais dos cuidados de Enfermagem e mudou o enfoque de uma abordagem puramente orientada para as tarefas para um modelo mais holístico e centrado na pessoa. Ao reconhecer o utente como um participante ativo nos

seus próprios cuidados, a teoria de Peplau promoveu uma abordagem colaborativa que deu poder ao utente e promoveu o seu bem-estar geral. Consequentemente, para além da influência nos cuidados centrados à pessoa em toda a área dos cuidados de saúde, o trabalho de Peplau lançou as bases da Enfermagem psiquiátrica (Forchuk, 2021).

Através da sua Teoria das Relações Interpessoais, Peplau salientou a natureza dinâmica e interativa da relação enfermeiro-utente. Sublinhou a necessidade de comunicação, compreensão e respeito mútuo nas relações terapêuticas continuando a inspirar os enfermeiros até aos dias de hoje, reforçando a importância das relações interpessoais na prestação de cuidados holísticos e centrados à pessoa (Ruesch & Bateson, 2017).

Se por um lado a conceptualização teórica funciona como alicerce para o processo de cuidar, a prática baseada na evidência (PBE), é outro aspeto crucial do conhecimento em Enfermagem que envolve a integração dos melhores resultados de investigação disponível, conhecimento clínico, e a escolha dos utentes para orientar a tomada de decisão e a prestação de cuidados. A PBE assegura que os cuidados de Enfermagem estão enraizados em princípios cientificamente sólidos, o que contribui para melhorar os resultados dos utentes e a qualidade geral dos cuidados de saúde. Melnyk e Fineout-Overholt (2019) sublinham a importância de incorporar a PBE nos *curricula* de Enfermagem e promover uma cultura de investigação entre os profissionais de Enfermagem. Ao expandir continuamente os seus conhecimentos e competências, os enfermeiros podem melhorar a sua prática e contribuir para a melhoria contínua da profissão de Enfermagem (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019).

2. A UTILIZAÇÃO DOS MEDIADORES ARTÍSTICO-EXPRESSIVOS EM SAÚDE MENTAL

As doenças mentais são o maior desafio da saúde do século XXI, como têm concluído uma série de relatórios internacionais (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2018). A depressão, em particular, é considerada, há décadas, uma das principais causas de incapacidade no mundo (WHO, 2023). Estima-se que quase um quinto da população tenha uma doença mental, sendo que Portugal é dos países europeus com maior prevalência de perturbações psiquiátricas (OECD, 2018).

Dados recentes revelam que as perturbações mentais em 2019 afetavam uma em cada oito pessoas no mundo, e na Europa, 14,2% da população. Para Portugal, dados de 2019, apontam para 14%, o que corresponde a cerca de um milhão e 441 mil pessoas. As perturbações da ansiedade e a depressão eram as mais prevalentes com 8 e 4,4%, respetivamente; 1 % para a perturbação bipolar e os restantes 1 % para as perturbações alimentares e esquizofrenia (Dattani et al., 2023).

Uma vez que as perturbações mentais são cada vez mais reconhecidas como causa principal do peso da doença, a saúde mental emerge como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento de todos os países, apelando ao maior investimento em serviços de saúde mental como parte da cobertura universal da saúde, e a uma melhor integração destes serviços na resposta global a outras prioridades de saúde (GBD Collaborators, 2022).

As alterações de saúde mental têm um impacto significativo não só na saúde e bem-estar das pessoas afetadas, mas também nas suas famílias, amigos e comunidades em que vivem. Idealmente, as comunidades contêm uma vasta gama de recursos que podem ser utilizados para promover a saúde mental e para apoiar a recuperação de pessoas com problemas de saúde mental (Pinho et al., 2021).

A nível da prevalência das perturbações mentais em Portugal, sabe-se que as perturbações de ansiedade, onde se incluem as fobias e o stress pós-traumático, afetavam

uma em cada seis pessoas, o que corresponde a 16,5% da população; e as perturbações de humor, onde se inclui a depressão e a doença bipolar, uma em cada 13, com 7,9%. Ainda assim, o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental não conseguiu contabilizar diagnósticos importantes como a esquizofrenia e outras psicoses, a perturbação esquizoafetiva ou défices cognitivos. Desse mesmo estudo, estimou-se que quase 65% das pessoas com algum tipo de perturbação mental não tinha tido qualquer tratamento no ano anterior e podiam-se passar anos entre os primeiros sintomas e o início do tratamento (Almeida, 2011).

O conhecimento da realidade portuguesa relativamente ao panorama da saúde mental foi um dos elementos motivadores para procurar em contexto de estágio, uma abordagem ampla e variada, no sentido de alcançar experiências diversificadas e abrangentes relativamente à aquisição de competências específicas na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Nesse sentido, surgiu a oportunidade de acompanhar o circuito da pessoa com doença mental grave desde o seu diagnóstico até a sua integração e reabilitação na comunidade.

2.1 Doença Mental Grave

A doença mental grave (DMG), é definida como uma perturbação mental, comportamental ou emocional que resulta numa perturbação funcional significativa e interfere substancialmente ou limita uma ou mais atividades importantes da vida (*National Institute of Mental Health* [NIMH], 2023).

Apesar do conceito de DMG não se restringir a um único diagnóstico clínico, a grande maioria das situações que se enquadram na definição e nos critérios referidos correspondem a diagnósticos relacionados com a esquizofrenia, perturbação bipolar com evolução complicada, bem como alguns casos de perturbações do controlo de impulsos relacionadas com o uso de substâncias, mesmo que sem um diagnóstico de psicose (OE, 2021).

Para a definição de DMG, mais importante que o critério referente ao diagnóstico importa a duração da doença (contacto com a instituição de saúde há pelo menos dois

anos) e o comprometimento do seu funcionamento social (interferência na produtividade, alteração nas habilidades sociais e interpessoais, nas capacidades de autonomia, capacidades ocupacionais e vocacionais e gestão da doença) (OE, 2021).

O tratamento para estas condições envolve geralmente uma combinação de medicação, psicoterapia e intervenções psicossociais, com o objetivo de reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida. O acesso a cuidados de saúde mental adequados continua a ser uma preocupação global significativa, sendo o estigma, a falta de sensibilização e a insuficiência de recursos os principais obstáculos (Saxena et al., 2007).

As DMG têm normalmente uma evolução complexa e variável, muitas vezes caracterizada por períodos de exacerbação dos sintomas e de remissão relativa. Estes cursos da doença sublinham a sua natureza crónica e muitas vezes episódica, daí a importância da sua identificação e tratamento precoces, assim como a necessidade de estratégias de gestão a longo prazo de forma reduzir a gravidade dos sintomas e melhorar os resultados funcionais.

Nas últimas décadas, a investigação tem dado relevância a um modelo biopsicossocial para DMG, reconhecendo a interação de fatores genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais. Esta perspetiva tem sido acompanhada por uma ênfase crescente em abordagens orientadas para a recuperação que vão além do controlo dos sintomas, abrangendo o funcionamento social e profissional e a qualidade de vida global (Davidson & Roe, 2007). Apesar destes avanços, continuam a existir desafios significativos na compreensão, diagnóstico, tratamento e aceitação social das DMG.

Na DMG existem algumas perturbações psiquiátricas mais prevalentes como a esquizofrenia, a doença bipolar e a depressão *major*.

A esquizofrenia é caracterizada por sintomas como alucinações, delírios, perturbações do pensamento e problemas cognitivos. Esta doença torna-se tipicamente evidente no final da adolescência ou no início da idade adulta e tende a persistir ao longo da vida, conduzindo frequentemente a uma perturbação funcional significativa (APA, 2013).

A perturbação bipolar é uma doença mental que provoca alterações invulgares do humor, da energia, dos níveis de atividade, da concentração e da capacidade de realizar tarefas quotidianas. Consiste em episódios de mania (ou hipomania) e de depressão, que

podem levar a comportamentos de risco, a relacionamentos e perspectivas de carreira prejudicados, ou mesmo a tendências suicidas se não forem tratados (NIMH, 2023).

A perturbação depressiva *major* é caracterizada por sentimentos persistentes de tristeza, desespero e falta de interesse ou prazer nas atividades. Afeta significativamente a capacidade de uma pessoa funcionar no trabalho ou na escola e de gerir as atividades da vida diária. As formas mais graves podem levar a ideação e tentativa de suicídio (APA, 2023).

O aumento significativo do número de casos associados à depressão e o impacto causado por esta condição a nível pessoal, familiar e social foi um dos motivos pelos quais optámos, no âmbito do Estágio II, pelo desenvolvimento de um projeto de intervenção para a pessoa com depressão.

A depressão já descrita há, pelo menos, 2500 anos por Hipócrates, o pai da medicina ocidental, que fazia uma enumeração precisa dos sintomas - tristeza, ansiedade, abatimento moral, tendência para o suicídio, aversão aos alimentos, desânimo, insónias, irritabilidade e nervosismo, acompanhados de um medo prolongado (Salomon, 2014).

Nos dias de hoje, a depressão refere-se a um vasto leque de problemas de saúde mental caracterizados pela ausência de afetos positivos (perda de interesse e de prazer em coisas e experiências comuns), mau humor e uma série de sintomas emocionais, cognitivos, físicos e comportamentais associados cujos critérios se encontram redigidos na Classificação Internacional de Doenças [CID-11] ou no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [DSM-5] (*National Institute for Health Care Excellence [NICE]*, 2022).

Sendo uma "doença multifatorial" complexa, afeta toda a pessoa, incluindo o corpo, os processos afetivos e cognitivos, e tanto a etiologia como as consequências desta condição têm aspetos biológicos, sociais e psicológicos. Como tal, o tratamento da depressão requer uma abordagem adequadamente holística e individual, muitas vezes combinando intervenções farmacológicas, psicossociais e psicológicas para refletir as diferentes necessidades daqueles que sofrem desta patologia (NICE, 2022).

A sua gravidade existe ao longo de um *continuum* e é essencialmente composta por três elementos - sintomas (que podem variar em frequência e intensidade); duração da

perturbação; e impacto no funcionamento pessoal e social, sendo uma contribuição destes três elementos (NICE, 2022).

Dos vários instrumentos de medida, cultural e linguisticamente apropriados para a população portuguesa, que permitem a avaliação da gravidade da depressão, foi escolhido a PHQ-9. Esta é uma ferramenta de avaliação da gravidade da depressão que foi desenvolvida como parte do *Patient Health Questionnaire* (PHQ) e consiste num formulário de auto-avaliação composto por nove perguntas que correspondem aos critérios do DSM-5 para o diagnóstico de perturbação depressiva *major* (Kroenke et al., 2001).

A utilização deste instrumento de medida comparativamente com outros com o mesmo fim deve-se à sua rapidez e facilidade de aplicação, sendo mais curto que outros, o que pode ser particularmente benéfico em contexto de internamento hospitalar agudo. Para além deste aspeto, o autopreenchimento pode conduzir a respostas mais sinceras, especialmente quando a pessoa pode ter dificuldade em verbalizar informações em formato de entrevista.

Atualmente são utilizados limiares em escalas validadas como um indicador de gravidade. Na escala PHQ-9, o NICE definiu para pontuações inferiores a 16 depressão menos grave e para pontuações de 16 ou mais definidas como depressão mais grave (NICE, 2022).

A evidência atual sobre a incidência de ansiedade e depressão apresenta uma tendência crescente associada a elevados níveis de incapacidade e outras complicações a vários níveis, como o social, económico ou familiar (Pinho et al, 2021).

A recuperação da depressão é um processo demorado, e mais de 50% dos utentes sofrem de sintomas crónicos apesar do tratamento. As pessoas afetadas têm um risco acrescido de cometer suicídio. Por conseguinte, é importante encurtar o tempo de recuperação para reduzir o risco de suicídio e oferecer possibilidades de participar na vida normal, no trabalho e em atividades que promovam a saúde e a autoestima (Blomdahl et al., 2022).

Por isso, uma avaliação diagnóstica precoce e eficaz para o desenvolvimento de um planeamento de cuidados e intervenção é fundamental como resposta a este fenómeno global (Pinho et al., 2021). Os tratamentos disponíveis envolvem frequentemente uma combinação de psicoterapia, medicação e alterações do estilo de vida. Esta abordagem

multifacetada parece ser a mais eficaz no tratamento da depressão, proporcionando um alívio imediato dos sintomas e estratégias a longo prazo para prevenir a recorrência da depressão (NICE, 2022).

O tratamento não farmacológico é uma pedra angular no tratamento da depressão. A terapia cognitivo-comportamental tem-se revelado particularmente eficaz e ajuda a pessoa a identificar e a alterar os padrões de pensamento negativos que conduzem a sentimentos depressivos. Outra forma comum de terapia é a terapia interpessoal, que se centra na melhoria das relações e das competências sociais de uma pessoa. Esta forma de terapia baseia-se na ideia de que a melhoria destas competências pode ajudar a aliviar os sintomas da depressão (NICE, 2022).

A farmacoterapia é outro componente fundamental do tratamento da depressão que atua equilibrando as substâncias químicas no cérebro que afetam o humor e as emoções. As mudanças no estilo de vida, incluindo a atividade física regular, uma dieta saudável, um sono adequado e evitar o consumo de álcool e substâncias psicoativas, também podem ter um impacto significativo na depressão. O exercício físico, em particular, tem efeitos antidepressivos (NICE, 2022).

As modalidades de tratamento emergentes, como as terapias de estimulação cerebral, tais como a terapia electroconvulsiva e a estimulação magnética transcraniana repetitiva, também estão a ser cada vez mais reconhecidas como tratamentos eficazes para a depressão, particularmente nos casos resistentes a outros tratamentos (NICE, 2022).

Em resumo, o tratamento da depressão envolve uma abordagem abrangente. O plano de cuidados de cada utente deve ser personalizado, tendo em consideração as suas necessidades específicas, a gravidade dos sintomas e a presença de quaisquer outras condições de saúde mental ou física. Apesar do tratamento atualmente aconselhado pelas recomendações internacionais, este pode não oferecer uma solução universal para todos aqueles que sofrem de depressão, quer pelos efeitos adversos significativos causados pela medicação, quer pela dificuldade ou impossibilidade da pessoa se envolver a nível verbal, no caso da psicoterapia.

2.2. A Utilização Dos Mediadores Artístico-Expressivos pelo Enfermeiro Especialista em ESMP

A utilização de mediadores artístico-expressivos (expressão plástica, expressão musical, expressão do movimento) pode ser um complemento à medicação e à psicoterapia convencional, onde a comunicação não verbal e a expressão criativa estão no centro do processo terapêutico. O uso dos mediadores artístico-expressivos (MA-E) podem oferecer uma opção de tratamento mais aceitável para aqueles que simplesmente não se sentem à vontade para falar ou cuja comunicação verbal pode ser prejudicada pela depressão. Além disso, ao responder à necessidade universalmente humana de autoexpressão, o uso destes mediadores pode atenuar os sintomas da depressão e encorajar a partilha.

Com base na pesquisa efetuada foi possível reunir evidência acerca dos benefícios da utilização dos MA-E em saúde mental, mais especificamente na depressão. A criatividade e a criação artística são componentes inerentes à natureza humana e, mais especificamente, ao comportamento humano. A arte, enquanto criação humana, é tão antiga como 40 000 a.C. e evoluiu juntamente com o progresso genético, social e cultural humano, com obras-primas de arte visual a ocuparem museus e espetáculos musicais ou de dança a encherem teatros e palcos em todo o mundo. Este fenómeno universal da arte e da criatividade artística suscitou o pensamento filosófico desde a Antiguidade, com filósofos como Platão e Aristóteles a iniciarem uma busca do significado da arte e da estética (Sotiropoulos & Anagnostouli, 2021).

No século XIX, o interesse pelas raízes biológicas deste complexo comportamento humano estimulou uma abordagem neurocientífica na segunda metade do século XX, onde o neurobiólogo Semir Zeki identificou diferentes áreas envolvidas na perceção de elementos visuais, como a forma, a cor e o movimento, bem como a beleza. Nos dias de hoje conhece-se que a neuroanatomia e a neuroquímica da criatividade são complexas, conduzindo a uma compreensão mais abrangente da dinâmica cerebral, das funções cognitivas, dos comportamentos e doenças associadas, e do papel da arte na vida quotidiana e em vários estados de doença, tornando mais viáveis as suas aplicações

baseadas em demonstrações de abordagens terapêuticas baseadas na arte (Sotiropoulos & Anagnostouli, 2021).

Desde a antiguidade, a criatividade tem sido associada a perturbações mentais, mesmo com termos inapropriados como *gênio louco*. Apesar desta associação parecer verdadeira, uma vez que os indivíduos com esquizofrenia ou perturbação bipolar exibem elevada criatividade e podem trabalhar em profissões mais artísticas e criativas, respetivamente, a criatividade e o talento artístico são traços multifacetados, determinados por múltiplos componentes do comportamento e da personalidade, cada um com os seus próprios determinantes genéticos e ambientais (Sotiropoulos & Anagnostouli, 2021).

Embora o tratamento farmacológico seja a primeira escolha para as perturbações mentais, a fim de aliviar os principais sintomas, as recentes tendências na área da psiquiatria direcionam-se para uma abordagem mais holística colocando uma atenção crescente em métodos psicoterapêuticos como a utilização dos MA-E. A sua utilização surgiu pela primeira vez há mais de meio século, mas nas últimas décadas tem-se testemunhado o crescimento de literatura que descreve a sua potencial utilidade (Chiang et al., 2019).

O conceito engloba uma variedade de métodos incluindo envolvimento musical, arte visual, movimento e dança, drama/teatro, e escrita expressiva/criativa e têm sido estudados como tratamentos adjuvantes para uma gama de diagnósticos psiquiátricos incluindo perturbações psicóticas, do humor, do uso de substâncias, e relacionadas com trauma. A sua utilização estende-se para além das doenças psiquiátricas e tem demonstrado reduzir sintomas específicos de doenças e melhorar a saúde mental, a satisfação com os cuidados, e o bem-estar geral (Chiang et al., 2019).

O uso dos MA-E pode simplesmente envolver a reflexão sobre as emoções evocadas ao olhar para uma pintura ou escultura famosa, mas tipicamente inclui uma componente criativa, que vai desde vários tipos de pintura e desenho a trabalhos em barro, escultura, artesanato em papel ou colagem. Os profissionais guiam os utentes na criação de obras de arte dirigidas ou não dirigidas (associação livre) que expressam emoções, sintomas, ou memórias (Chiang et al., 2019). Desempenha um papel importante na facilitação do

envolvimento quando a interação verbal direta se torna difícil, e proporciona uma forma segura e indireta da pessoa se ligar aos outros (Hu et al., 2021).

Além disso, tem sido gradualmente e com sucesso usada em indivíduos com perturbações mentais com resultados positivos, principalmente reduzindo o sofrimento provocado pelos sintomas. Estes resultados sugerem que esta intervenção pode não só ser utilizada como um método terapêutico útil para ajudar os indivíduos a partilharem os seus sentimentos, opiniões e experiências, mas também como um tratamento auxiliar para o diagnóstico de doenças, ajudando os médicos especialistas a obterem informações complementares diferentes dos testes convencionais (Hu et al., 2021).

Os MA-E ajudam a pessoa diagnosticada com doença mental a ligar-se e a comunicar consigo próprio, com os seus pares, com os seus terapeutas, e com o mundo de formas inovadoras (Chiang et al., 2019).

São descritas como principais funções como a melhoria das funções cognitivas e sensoriomotoras, a promoção da autoestima e da autoconsciência, a promoção da resiliência emocional, a promoção do *insight*, o aumento das competências sociais, a redução e resolução de conflitos e angústia, e a promoção de mudanças sociais e ecológicas (Hu et al., 2021), assim como também ajuda a transformar o ambiente terapêutico hospitalar num ambiente mais confortável ou libertador e promove níveis acrescidos de confiança nos prestadores de cuidados de saúde e nos seus planos de tratamento (Chiang et al., 2019).

Continua a ser difícil identificar os benefícios específicos derivados da sua utilização, uma vez que esta terapia é frequentemente conduzida em conjunto com o tratamento farmacológico ou outros tipos de tratamento psicoterapêutico (Chiang et al., 2019).

Apesar das sessões de terapia em grupo e individual parecerem ambas capazes de produzir resultados positivos, as sessões de grupo permitem uma maior interação entre pares e as sessões individuais permitem uma maior adaptabilidade e personalização. No entanto, as sessões de grupo são as mais recomendadas principalmente pelos maiores benefícios para o funcionamento social que proporcionam (Chiang et al., 2019).

No entanto, a relação enfermeiro-utente demonstrou ser de particular importância nestas intervenções, com potencial para efeitos tanto positivos como negativos nos resultados dos utentes. Possibilita ao enfermeiro formar uma relação única com o utente

que permite criar um ambiente seguro e estético para este se envolver. O enfermeiro deve procurar promover uma relação de confiança com o utente que lhe permita sentir-se seguro para explorar tanto o material artístico como as suas emoções. A formação desta relação serve como parte essencial do processo, sendo de especial importância avaliar com regularidade a satisfação do utente com esta intervenção (Chiang et al., 2019).

Os MA-E (por exemplo, dança/movimento, escrita ou artes visuais) mais úteis nos indivíduos com depressão dependem do contexto único enfermeiro-utente e podem mudar ao longo do tempo. Por conseguinte, um elemento essencial na integração destas perspetivas alternativas é a adoção de uma abordagem orientada para a pessoa, que permita ao enfermeiro oferecer a intervenção mais adequada e oportuna, facilitando ao mesmo tempo uma abordagem potencialmente pluralista do percurso do indivíduo (Haslam et al., 2019).

Segundo os autores supracitados, a incorporação de abordagens multimodais não é um fenómeno novo, cujo método se baseia numa abordagem centrada na pessoa e explora a linguagem do indivíduo como sugestiva de uma modalidade expressiva preferida.

No processo de criação artística, os indivíduos com depressão reconhecem-se a si próprios através do diálogo interior, e aliviam eficazmente alguns sintomas da perturbação depressiva. A sua participação nas sessões é tida como uma atividade agradável e relaxante, e o interesse e o prazer parecem ser determinantes quer para a adesão como para o benefício da intervenção (Chiang et al., 2019)

Para além disso, pode ajudar a transformar o ambiente hospitalar psiquiátrico num ambiente mais acolhedor e seguro e pode mesmo incorporar membros da família no processo de tratamento e aumentar a satisfação com os cuidados. A utilização dos MA-E deve maximizar o envolvimento da comunidade geral para aumentar a consciência das questões de saúde mental e estabelecer relações sociais mutuamente benéficas entre indivíduos que vivem com condições psiquiátricas (Chiang et al., 2019).

Os resultados obtidos nos estudos analisados indicam que a depressão diminuiu mais rapidamente para os participantes em grupos de intervenção que utilizaram os MA-E com uma redução significativa entre o início e o fim do tratamento. Estes dados verificam-se essencialmente ao nível do aumento significativo da autoestima, da diminuição da

incapacidade temporária para trabalhar provocadas pela doença assim como uma melhoria da ideação suicida (Blomdahl et al., 2022)

As qualificações dos profissionais que utilizam os MA-E como uma intervenção de expressão artística continua a ser uma questão pertinente (Chiang et al., 2019) . Importa por isso fazer a distinção entre os conceitos de psicoterapia e intervenção psicoterapêutica. Apesar de ambas se referirem a componentes no tratamento da saúde mental, são frequentemente utilizadas de forma indistinta. No entanto, têm conotações distintas no contexto das práticas terapêuticas.

A psicoterapia é um método de tratamento utilizado nos problemas de saúde mental baseado no conhecimento científico do funcionamento psicológico do indivíduo. É um processo em que profissionais treinados entram numa relação terapêutica com um indivíduo ou um grupo para resolver pensamentos, sentimentos, comportamentos e crenças problemáticos (APA, 2013). Envolve um contacto sistemático e limitado no tempo entre uma pessoa e o profissional de saúde com o objetivo de gerar mudanças nos sentimentos, atitudes e comportamento com recurso a uma relação terapêutica (Sampaio et al., 2018). Por outro lado, as intervenções psicoterapêuticas referem-se aos métodos, técnicas ou estratégias específicas utilizadas no contexto mais amplo da psicoterapia para atingir os objetivos terapêuticos. Incluem técnicas cognitivo-comportamentais, exercícios de *mindfulness*, treino de controlo de impulsos, treino de relaxamento, entrevistas motivacionais, entre outros (APA, 2013).

Por outros termos, a psicoterapia é a estrutura mais ampla do tratamento, enquanto as intervenções psicoterapêuticas são as ferramentas ou estratégias específicas utilizadas dentro desta estrutura. Por exemplo, um profissional de saúde pode utilizar uma intervenção psicoterapêutica como a reestruturação cognitiva para ajudar o indivíduo a desafiar e a alterar pensamentos desadaptativos.

Tal como referido no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro especialista em ESMP este detém a capacidade de, durante a prática profissional e de forma autónoma, mobilizar competências psicoterapêuticas, sendo que a sua implementação deve ser identificada no plano de cuidados de forma a ajudar a pessoa a alcançar um estado de saúde mental desejável (Regulamento n.º 515/2018). De um modo geral, as intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem são estratégias especializadas

utilizadas pelos enfermeiros especialistas em ESMP para ajudar os utentes a gerir as suas condições de saúde mental, muitas vezes como parte de uma equipa de tratamento multidisciplinar.

Também são utilizadas estratégias cognitivo-comportamentais, em que os enfermeiros ajudam os utentes a identificar padrões de pensamento e comportamentos negativos, oferecendo técnicas para os desafiar e transformar em padrões mais positivos e adaptativos, técnicas de *mindfulness* ou de relaxamento, que podem ajudar os indivíduos a reduzir o stress e a ansiedade e a melhorar o seu bem-estar mental geral.

Em resumo, as intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem englobam uma série de técnicas para apoiar a pessoa com problemas de saúde mental. A escolha das intervenções dependerá das necessidades individuais da pessoa, da formação e das competências do enfermeiro e dos objetivos terapêuticos específicos. No entanto, a comunicação terapêutica, a utilização da escuta ativa, da empatia e da consideração positiva, é uma competência essencial utilizada pelos enfermeiros em todas as interações, estabelecendo a confiança e a compreensão entre o enfermeiro e o utente.

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção houve necessidade de seguir um modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem, de forma a sistematizar utilização dos MA-E na pessoa com depressão na prática profissional dos enfermeiros ESMP no serviço em questão.

Esta intervenção foi delineada com base numa estrutura, progressiva e sequencial, sustentada em alguns referenciais teóricos da Psicoterapia (descritos posteriormente) decorrente da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental ao longo de várias sessões previamente estabelecidas. Pressupõe-se que a pessoa desempenhe um papel ativo e demonstre alguma consciência de si uma vez que a realização desta intervenção implique a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo próprio através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente. Como todas as intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas pelo enfermeiro tem como alicerce a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o indivíduo (Sampaio et al., 2018).

3. METODOLOGIA

Perante a necessidade de elaborar este relatório, e garantindo o desenvolvimento das competências do enfermeiro ESMP durante o período de estágio, foi definida a metodologia do plano de cuidados de Enfermagem.

O plano de cuidados de Enfermagem é um tipo de metodologia científica, na medida em que segue uma abordagem sistemática e organizada para a resolução de problemas e para a prestação de cuidados à pessoa. Baseia-se no processo de Enfermagem, que é, por sua vez, um método científico (Ackley Betty et al., 2020).

O processo de Enfermagem centra-se na observação, na recolha de dados, na elaboração de um plano ou hipótese, na implementação de ações e na avaliação dos resultados.

Apesar de utilizar uma abordagem sistemática e passo a passo para a resolução de problemas, que é uma característica da metodologia científica, também integra elementos de cuidado humano, intuição, empatia e compreensão holística do utente, que inclui elementos psicológicos, socioculturais e espirituais, e não apenas condições físicas (Ackley Betty et al., 2020).

A prestação de cuidados em contexto estágio foi assim baseada nas várias fases do processo de Enfermagem:

- Avaliação: Colheita, validação e análise dos dados da pessoa;
- Diagnóstico: Julgamento clínico sobre a resposta da pessoa a condições ou necessidades de saúde reais ou potenciais;
- Planeamento: Estabelecimento de objetivos alcançáveis e mensuráveis, desenvolvimento de um plano de ação e identificação de intervenções de Enfermagem adequadas.
- Implementação: Execução ou delegação das intervenções planeadas;
- Avaliação: Avaliação da resposta da pessoa às intervenções e até que ponto os objetivos foram alcançados (Ackley Betty et al., 2020).

O plano de cuidados de Enfermagem é de extrema importância para os utentes devido às suas várias funções na gestão e facilitação de cuidados de elevada qualidade. Gonçalves et al. (2020) refere ainda que, a sua utilização evita a realização de inferências por parte do enfermeiro e a sua abordagem de forma estruturada permite que o enfermeiro considere um maior número de possibilidades, sem que se precipite para uma conclusão não fundamentada (Gonçalves et al., 2020).

Acima de tudo, o plano de cuidados é adaptado exclusivamente às necessidades individuais do utente, com base no seu estado de saúde, preferências pessoais e antecedentes culturais. E isto assegura que os cuidados prestados são os mais adequados às necessidades específicas do utente. Para além disso, serve como uma ferramenta de comunicação essencial entre os membros da equipa de cuidados de saúde, assegurando uma visão clara e concisa do estado de saúde do utente, dos objetivos dos cuidados e das estratégias a implementar, garantindo que todos os membros da equipa estão em sintonia. Uma vez que são estabelecidos objetivos proporciona uma base para avaliar a eficácia das intervenções de Enfermagem (Alligood, 2018). Permite ainda que os enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde avaliem se o estado do utente está a melhorar e se são necessárias alterações ao plano de cuidados.

Consiste ainda num instrumento que facilita o planeamento e a organização dos cuidados de Enfermagem assegurando que nenhum aspeto significativo dos cuidados é descurado e que as intervenções são bem coordenadas. Ao identificar riscos potenciais e estabelecer medidas preventivas, pode ser considerado uma ajuda na garantia da segurança do utente (Ackley Betty et al., 2020).

O plano de cuidados de Enfermagem pode ainda funcionar como um registo legal dos cuidados planeados e prestados ao utente, servindo como prova da qualidade e natureza dos cuidados prestados em questões legais.

Em suma, desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados de elevada qualidade e centrados na pessoa, constituindo uma ferramenta indispensável para os enfermeiros.

Os objetivos de ambos os Estágios foram definidos em função na metodologia adotada, assim como o trabalho desenvolvido no contexto da aquisição das competências do enfermeiro ESMP e que se encontra descrito nos capítulos seguintes.

O sistema de informação de Enfermagem adotado em ambos os locais de estágio como linguagem comum é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e será esse o instrumento de referência a ser utilizado ao longo deste relatório.

4. CONTEXTO DE ESTÁGIO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

De acordo com o plano curricular deste curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do Instituto Politécnico de Setúbal, o estágio I foi realizado no contexto comunitário, onde o foco de atuação incidu a nível dos problemas de Enfermagem relacionados com a reabilitação psicossocial do DMG assim como à sua família e comunidade, num total de 144 horas, tendo decorrido entre 22 de Maio e 30 de Junho de 2022. O estágio II foi realizado em contexto hospitalar num Serviço de Internamento de Psiquiatria e num Serviço de Hospital de Dia num total de 336 horas entre 19 de Setembro de 2022 e 27 de Janeiro de 2023.

Ambos os estágios decorreram no mesmo Departamento de Psiquiatria, que se encontra integrado num Centro Hospitalar. Este departamento é composto pelas seguintes valências: Serviço de Internamento, Hospital de Dia, Serviço de Urgência, Consulta Externa e Equipa Comunitária de Saúde Mental.

4.1. Estágio I - Equipa Comunitária de Saúde Mental

A nível nacional, desde a década de 60, com a desinstitucionalização dos indivíduos com doença mental, inicia-se um processo que proporcionou um aumento de estruturas na comunidade e de profissionais envolvidos, tornando necessária a coordenação de várias respostas. O Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) preconiza uma prestação comunitária de cuidados de saúde, centrada nas necessidades específicas dos indivíduos, no contexto menos restritivo possível, com as unidades de internamento localizadas preferencialmente em hospitais gerais (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2019).

No âmbito da Saúde Mental Comunitária surge a intervenção das Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM), com a figura do Terapeuta de Referência (TR) que surge especificamente ligado ao Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de

Pessoas com Doença Mental Grave (CIR), (OE, 2021) tendo-se verificado o desenvolvimento de vários modelos de gestão de casos e a criação de programas mais estruturados (Gago, 2012) em que a prestação de cuidados de saúde mental deve ser baseada na comunidade com os recursos técnicos necessários para desenvolver a sua atividade, em articulação com os hospitais gerais, com os Cuidados de Saúde Primários e com os Cuidados Continuados (CNS, 2019).

As ECSM foram criadas com o objetivo de assegurar a prestação de cuidados a uma população de 50 000 a 100 000 habitantes, pela qual assumem responsabilidade, dando resposta às suas necessidades, em estreita articulação com os utentes e respetivas famílias e com os elementos significativos da comunidade. Deverão garantir o atendimento contínuo, especializado e diferenciado, abrangendo avaliação de necessidades, diagnóstico, consulta, intervenções terapêuticas, visitas domiciliárias e intervenções de reabilitação, tendo como objetivo a recuperação global da pessoa com doença mental (Decreto-Lei n.º 113/2021).

Os utentes com DMG, na sua grande maioria com o diagnóstico de esquizofrenia, devem seguir um plano de tratamento documentado e centrado na pessoa que permita delinear um conjunto de intervenções destinadas a melhorar o funcionamento, reduzir os sintomas positivos e negativos, e abordar sintomas ou distúrbios psiquiátricos ocorridos. Em qualquer um destes casos, é essencial considerar, quer a abordagem não farmacológica quer a farmacológica, e reconhecer que uma combinação de ambas será provavelmente necessária para otimizar os resultados (APA, 2021).

A definição de um plano de tratamento ajuda a desenvolver uma relação terapêutica, evidenciando as preferências do utente, permitindo a educação sobre as várias possibilidades, estabelecendo expectativas de tratamento, e estabelecendo um quadro para a tomada de decisões partilhadas. Esta documentação promove uma comunicação clara entre todos aqueles que cuidam da pessoa com doença mental e pode servir como um lembrete de discussão prévia sobre o tratamento (APA, 2021).

O enfermeiro especialista em ESMP tem um papel muito relevante no tratamento de pessoas com DMG. Este pode desenvolver intervenções que procurem contribuir para a adaptação da pessoa doença mental e família face às necessidades específicas relacionadas com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação, stress

do cuidador, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e promover a sua recuperação, inserção social e qualidade de vida de toda a família (Regulamento n.º 356/2015).

Para além do trabalho desenvolvido diretamente com a pessoa com doença mental, o enfermeiro deve procurar desenvolver competências pessoais e profissionais que permitam ver a pessoa como ser único inserido numa família e no seu ambiente comunitário, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, considerando-o um parceiro ativo, capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e ser corresponsável em todo o processo de cuidados (Regulamento n.º 356/2015).

O enfermeiro especialista em ESMP, enquanto TR, desempenha um papel fundamental prestação de cuidados com base comunitária, na capacitação da pessoa, promovendo o seu potencial para a mudança com o desenvolvimento de habilidades e competências que lhe permitam (re)adquirir a sensação de vivência plena da sua vida (OE, 2021).

Os utentes atribuídos à ECSM, onde decorreu o Estágio I, estão incluídos no programa CIR, sendo a maioria acompanhados nas unidades de saúde, e os restantes em contexto domiciliário. A equipa multidisciplinar é constituída por médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros especialistas em ESMP, enfermeiros generalistas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

A referenciação dos utentes pode ser efetuada através do médico de família, médico psiquiatra após ida ao Serviço de Urgência ou após a alta do Serviço de Internamento. A deslocação da ECSM aos centros de saúde é efetuada através de transporte hospitalar com motorista e dedica aos utentes de cada uma destas unidades de saúde um dia da semana, que é fixo. As visitas domiciliárias são realizadas quando a pessoa com doença mental apresenta incapacidade física ou psíquica grave, carência económica ou recusa do tratamento.

Os objetivos principais da equipa são garantir respostas integradas e especializadas de proximidade, assegurar a integração da psiquiatria e saúde mental nas estruturas locais, promover a redução do número de internamentos e facilitar o acompanhamento após a alta, fomentar a prevenção da estigmatização da doença mental, assegurar uma melhor adesão terapêutica, nomeadamente à terapêutica com antipsicóticos de libertação

prolongada e promover a humanização dos cuidados prestados em psiquiatria e saúde mental.

A consulta de Enfermagem tem como objetivos promover a autonomia da pessoa, ajudá-lo na gestão da medicação, na melhoria da adesão, promover a aceitação da doença e a autonomia do seu projeto terapêutico. Uma vez que grande parte dos utentes se encontram em tratamento compulsivo em regime ambulatorio é necessário realizar o seu acompanhamento, gestão e monitorização.

No âmbito do programa CIR são utilizadas diversas estratégias e intervenções psicoterapêuticas pelo enfermeiro especialista em ESMP que vão ao encontro das competências a desenvolver em contexto de estágio, entre as quais se destacam as estratégias psicoeducacionais, modificação do comportamento e a reestruturação cognitiva. Enquanto as estratégias educacionais estão orientadas para providenciar às pessoas a informação essencial sobre a natureza da recuperação, da doença mental e seu tratamento, bem como os métodos para reduzir e lidar com os sintomas. A reestruturação cognitiva é fundamental para promover o funcionamento cognitivo desejável, auxiliando a pessoa a alterar padrões de pensamentos distorcidos questionando ideias e crenças relacionadas consigo e com o mundo, tornando-as mais realistas (B. Santos et al., 2020). Esta intervenção permite à pessoa desenvolver métodos efetivos para estabelecer e alcançar objetivos pessoais relacionados com a recuperação, utilizar a medicação de forma eficaz, prevenir as recaídas, e desenvolver competências para lidar com os sintomas. Relativamente à modificação do comportamento consiste numa intervenção que permite a substituição de comportamentos desajustados por comportamentos mais adequados e usa com recurso um conjunto de técnicas com o reforço positivo, treino do autocontrolo, contrato terapêutico, entre outras (Sequeira & Sampaio, 2020b)

A experiência neste contexto de estágio foi bastante enriquecedora tendo contribuído muito para o desenvolvimento de várias competências específicas em simultâneo, sobretudo no que diz respeito à ajuda prestada à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupo e comunidade na recuperação da saúde mental e à prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde do utente.

O enfermeiro especialista em ESMP, pelo contacto de proximidade e relação estabelecida, desenvolve um conhecimento profundo não só das necessidades da população à qual dá resposta, como utiliza as competências mais adequadas às necessidades do DMG, desde habilidades de avaliação diagnóstica até planeamento competente dos cuidados e intervenções a desenvolver de forma a concentrar-se na pessoa com doença mental/família. Quando inserido na comunidade o enfermeiro especialista em ESMP tem mais oportunidades de avaliar, não só o indivíduo, mas também o seu contexto social e familiar. Consoante as diferentes fases da doença deverá ter competência para delinear intervenções psicoterapêuticas para a promoção do bem-estar da pessoa, sendo a sua intervenção a mais diferenciada possível.

Muitas foram as estratégias apreendidas, desde a comunicação verbal e não verbal, a postura, as técnicas de comunicação utilizadas e as intervenções psicoterapêuticas adotadas em cada situação em particular.

Uma das aprendizagens mais ricas foi verificar a relação terapêutica que se constrói com os indivíduos da ESMC, resultante do contacto continuado com o TR. Esta interação enfermeiro-utente, que em muitos casos já tem vários anos de existência, proporciona um conhecimento muito profundo da pessoa, permitindo um trabalho de parceria baseado numa abordagem muito centrada na individualidade de cada pessoa e nas suas reais necessidades. Por esta razão, nas primeiras semanas de estágio houve alguma dificuldade em estabelecer uma comunicação eficaz com estes utentes. Tendo em conta a complexidade da doença mental grave, nem sempre foi fácil estabelecer uma relação empática e de confiança com a pessoa e sua família. Tal como descrito na bibliografia (Brito, 2021), o fator tempo e a continuidade dos contactos e da relação são imprescindíveis para que os indivíduos se envolvam com o profissional de saúde, partilhando a sua experiência de doença. Em algumas situações experienciadas estabelecer uma relação terapêutica constituiu um verdadeiro desafio, onde só com alguma persistência e paciência se conseguiu estabelecer uma relação de confiança.

Uma das grandes problemáticas associadas ao trabalho do enfermeiro especialista em ESMP é a questão da adesão ao tratamento. A adesão ao tratamento implica, para além do cumprimento do regime medicamentoso de forma apropriada, de outras ações como a marcação e comparência às consultas de cuidados de saúde, alterações ao estilo de vida,

assim como outros comportamentos que melhorem a sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

No decurso deste estágio foi importante compreender como o estabelecimento de uma relação terapêutica através da relação de ajuda, empática, geradora de confiança e segurança era um aliado fundamental nas questões da adesão ao tratamento.

Tal como descrito por Beck (2005), a relação terapêutica estabelecida é uma das estratégias utilizada para lidar eficazmente com as reações emocionais dos utentes que não querem colaborar com o tratamento prescrito (Beck, 2005). Em contexto prático foram várias as situações onde a consulta de Enfermagem era iniciada na presença de uma pessoa que expressava recusa e resistência à adesão à manutenção do tratamento, inclusive ao regime medicamentoso. Através da escuta ativa e da presença empática por parte do enfermeiro, conseguia-se que este partilhasse sentimentos associados à vivência da doença e esse processo auxiliava-a a integrar essa condição e a começar a (re)encontrar um sentido à vida. O processo de consciencialização e a aceitação do seu estado de saúde foram fatores benéficos para a adesão ao tratamento.

Na prática, compreendemos que aprender a valorizar o que a pessoa sente como um problema para si e ajudá-la na gestão do mesmo é fulcral, independentemente de todos os problemas e diagnósticos que necessitam de intervenção. O cuidado centrado na pessoa e nas suas necessidades são fundamentais para que esta se sinta escutada e valorizada enquanto pessoa e é também através deste cuidado que essa relação se vai fomentando.

Para além das competências específicas do enfermeiro ESMP mencionadas anteriormente, também houve espaço para desenvolver a competência específica F1.1, aumentando a capacidade sobre o conhecimento e a consciência de nós mesmos, enquanto pessoa e enfermeiro. Perante algumas situações, houve necessidade de refletir sobre a tomada de consciência na relação com o outro, tendo contribuído para aprender a identificar situações de transferência e contratransferência. Um exemplo dessas situações foi a criação de expectativas relativamente a um utente da ECSM, que não tendo agido de acordo com aquilo que esperávamos foi-nos difícil compreender empaticamente os motivos desse comportamento, tendo afetado a relação terapêutica que se tinha construído.

A intervenção familiar também está bastante evidenciada neste contexto, e estas famílias são acompanhadas neste processo através do acolhimento, acompanhamento, orientação em situação de agudização dos sintomas, recusa de tratamento e/ou em processo de internamento. Esta intervenção é realizada pelo enfermeiro especialista em ESMP e consiste essencialmente na promoção da saúde mental e na diminuição da sobrecarga dos familiares da pessoa com doença mental grave (L. G. de Pinho, 2020).

Apesar da grande maioria das consultas de Enfermagem serem efetuadas apenas aos indivíduos, algumas também foram realizadas em conjunto com os seus familiares. Conhecer a pessoa, família e contexto que os envolve foi muito revelador das necessidades e problemas que estes vivenciam, fruto da experiência de doença mental do familiar. Assim, este estágio em contexto comunitário contribuiu para o desenvolvimento da competência específica do ESMP relativa à assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade, uma vez que nos apresentou oportunidade de novas aprendizagens relativas aos cuidados especializados à família.

Ao longo destas seis semanas, foi possível conhecer as dificuldades que os familiares dos utentes com doença mental grave enfrentam, sendo que muitas vão ao encontro do descrito na literatura. Estas famílias deparam-se com inúmeros desafios como: o estigma associado à doença mental, a sobrecarga dos cuidadores ligada à exaustão física e emocional, o esforço financeiro e ainda a falta de informação e apoio por parte dos profissionais de saúde e comunidade (Brito, 2021; Kuhney et al., 2023). Infelizmente o curto tempo de estágio impossibilitou-nos de acompanhar os indivíduos relativamente aos seus progressos, sucessos, ganhos ou dificuldades.

Esta experiência conduziu-nos a uma aprendizagem fundamental: as estratégias que os indivíduos e famílias adotam como fruto das suas habilidades e capacidades são as que melhor resultam, quer para a pessoa, quer para a família, desde que ajustadas à situação. Muitas das vivências partilhadas foram ao encontro do descrito na literatura (Brito, 2021), como falta de conhecimentos sobre o processo de doença do familiar, dificuldades relacionadas com o contexto da própria família, ou simplesmente não existir ninguém para os ouvir e ajudar a aliviar a vertente psicológica e emocional de um processo que é longo, que é o de cuidar de um familiar com DMG. Este contacto permitiu-nos entender o papel importante do enfermeiro especialista em ESMP que incide

essencialmente sobre as suas competências psicoeducacionais.

No decurso do estágio foi perceptível o grau de exaustão emocional, física e económica dos familiares. Apesar de existirem instrumentos de medida apropriados para a avaliação da sobrecarga familiar, estes não são aplicados, o que impossibilita uma avaliação objetiva e documentada das reais necessidades destes cuidadores, que são um recurso muito importante a nível da comunidade para as pessoas com doença mental. Portanto, identificámos uma das áreas de onde o enfermeiro especialista em ESMP poderia, no âmbito das suas competências específicas, dar o seu contributo no futuro.

As visitas domiciliárias também proporcionaram um conjunto de aprendizagens interessantes. Estas eram realizadas com o objetivo de administrar terapêutica, mantendo a adesão ao tratamento das pessoas que não podem deslocar-se ao espaço físico onde decorrem as consultas. Estas visitas também permitem fazer uma avaliação do espaço e das condições em que a pessoa vive, assim como o contexto em que se encontram inseridos. É possível também realizar uma avaliação da família enquanto sistema, das suas dificuldades, necessidades, recursos e capacidades.

Estas visitas domiciliárias foram essenciais para compreender o impacto que a experiência de doença mental tem na pessoa, na sua funcionalidade e autonomia como também as estratégias que a pessoa desenvolveu e as capacidades, habilidades, forças e recursos que detém para lidar com a experiência de doença mental, ou seja, apenas através de uma avaliação da pessoa no seu contexto é possível fazer uma avaliação verdadeiramente global da pessoa.

A organização de respostas adequadas e estruturadas é fundamental para facilitar quer o acesso, quer o acompanhamento destes indivíduos. Apesar da ESMC seguir o programa CIR não exercia as suas funções de acordo com nenhuma planificação estruturada. Em cada consulta de Enfermagem eram realizadas as intervenções que iam ao encontro das necessidades daquela pessoa, de forma a atingir determinado objetivo terapêutico. As áreas de intervenção eram maioritariamente, a adesão ao projeto terapêutico, as relações sociais, a ocupação, o sono, os objetivos a curto/médio e longo prazo, propósito de vida, entre outras questões específicas para cada indivíduo.

Idealmente, este programa de intervenção na comunidade deveria conter um planeamento diário das intervenções e respetivos objetivos para cada utente, assim como

um esquema funcional de visitas ao domicílio que dê resposta às necessidades tanto dos indivíduos como da própria família ou dos cuidadores informais. Seria oportuno que esse programa fosse desenvolvido com indicadores relevantes como forma de avaliar das ações realizadas e através de instrumentos previamente testados e adaptados à população portuguesa. Esta opinião é também reforçada por José Santos, que sugere que é preciso produzir indicadores mensuráveis sobre os cuidados que são prestados, para que a visibilidade e valorização da nossa profissão seja garantida (J. Santos, 2020), e que esses dados revelem a importância do papel dos enfermeiros nos serviços de saúde (Sequeira & Sampaio, 2020a).

Nesse sentido, foi aplicado, durante a realização deste estágio a alguns indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia, o instrumento *Schizophrenia Functioning Core Set* com o objetivo de avaliar a funcionalidade de alguns indivíduos com DMG. Este instrumento é uma componente da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) desenvolvida pela OMS, e destina-se a avaliar aspetos essenciais da funcionalidade em diferentes condições de saúde (WHO, 2001). O *Schizophrenia Functioning Core Set* foi desenvolvido para proporcionar uma forma padronizada de avaliar e documentar o impacto funcional da esquizofrenia na vida de um indivíduo através da interação entre as várias dimensões da saúde (biológica, individual e social) refletindo a interação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais; fatores ambientais (ex. físico, atitudinal, social) e fatores pessoais (ex. sexo, raça e estilo de vida). Estes fatores podem ser considerados facilitadores ou barreiras para a funcionalidade do indivíduo. Na perspetiva social, a funcionalidade é representada pelas atividades de participação, em oposição à restrição à participação que revelam como a pessoa exerce as suas atividades de vida diária; como se relaciona socialmente; como se processam a sua aprendizagem e aplicação do conhecimento; as suas relações e interações interpessoais; a educação e o trabalho; a autossuficiência económica e a sua participação na vida comunitária (L. Pinho & Lopes, 2022).

A sua aplicação permitiu-nos verificar que a avaliação obtida difere de pessoa para pessoa (duas pessoas com a mesma condição de saúde podem ter níveis de funcionalidade diferentes, assim como o mesmo nível de funcionalidade não tem de corresponder ao mesmo nível de saúde). Compreender as interações entre a pessoa e o ambiente é essencial, uma vez que permite identificar mais facilmente as necessidades dos indivíduos,

assim como permite avaliar o seu percurso evolutivo ao longo do período de recuperação. Consideramos que o uso desta escala no contexto das ESCM seria muito útil, uma vez que permitiria obter uma grande variedade de informações com um único instrumento. Para além da avaliação clínica do indivíduo, permitiria uma monitorização do tratamento do ao longo do tempo, assim como a possibilidade de identificar áreas específicas de comprometimento funcional que precisam ser abordadas.

Apesar dos cuidados desenvolvidos pelo enfermeiro especialista em ESMP não seguirem nenhuma planificação formal, as respostas disponibilizadas eram baseadas em valores da humanização e personalização da prestação de cuidados, conseguindo assim um impacto positivo na melhoria da adesão ao tratamento e qualidade de vida dos indivíduos.

Uma das sugestões apontadas relativamente a esta situação é a elaboração de um plano individual de cuidados, de preferência de registo informático. O plano individual de cuidados é essencial para um adequado planeamento e programação das intervenções para cada utente. Deve ser construído com base na identificação e avaliação das necessidades da pessoa no domicílio e na comunidade seguido da definição de objetivos terapêuticos, assim como a apresentação das intervenções, devidamente estruturadas e limitadas temporalmente (Brito, 2021). A sua concretização, no contexto deste estágio, iria permitir consultar a evolução da recuperação destes indivíduos, o acesso fácil a todos os profissionais de saúde, alcançando ganhos em saúde ainda maiores do que na atualidade.

Para além disso, a prestação de cuidados de Enfermagem especializados deveria ter maior regularidade, uma vez que a visita semanal não permite um trabalho continuado que vá ao encontro das atuais necessidades como o apoio emocional, a orientação para a realidade, a psicoeducação, o treino de competências sociais ou a promoção da gestão/adesão terapêutico, de modo a mantê-los no seu domicílio o maior tempo possível e com qualidade de vida.

As situações acima descritas verificam-se porque os recursos humanos são uma das lacunas do sistema de cuidados de saúde desta região. Os meios disponíveis são insuficientes ou pelo menos, quase nunca chegam a ser os desejáveis. No entanto, observou-se que mesmo com poucos recursos, a equipa de Enfermagem conseguia dar algumas respostas às necessidades do DMG. A existência da ESMC pode considerar-se um trunfo importante na redução das despesas com a saúde mental, e além disso, na melhoria

do acesso aos cuidados de saúde (Gago, 2012).

Apesar de tudo, este estágio permitiu-nos conhecer o trabalho em equipa que é continuamente realizado no sentido do desenvolvimento de competências sociais e cognitivas, com o objetivo de devolver a autonomia da pessoa e a sua reintegração na comunidade.

Do ponto de vista pessoal, permitiu-nos conhecer de perto as dificuldades da pessoa com doença mental grave na realização das diversas atividades, bem como os esforços por parte da equipa em minorar as mesmas.

Para finalizar, é fundamental entender-se que o trabalho reabilitativo não se esgota com o desenvolvimento de uma só vertente, mas sim com a articulação de vários componentes em simultâneo, desde a construção de estruturas de apoio na comunidade (residências, unidades sócio-ocupacionais, equipas de apoio domiciliário), a disponibilidade de ferramentas ou a maior flexibilidade das medidas legais já existentes, em áreas como o emprego (emprego apoiado e formação profissional), a habitação, assim como na integração de profissionais competentes e motivados. Só desta forma se pode criar oportunidades de recuperação da pessoa com DMG, para melhorar a sua qualidade de vida, trabalhar capacidades remanescentes e evitar a deterioração psicossocial.

4.2. Estágio II - Serviço de Internamento de Agudos

Este estágio decorreu no Serviço de Internamento de Agudos onde são admitidos utentes em crise ou recidiva para estabilização psicopatológica. O objetivo deste serviço de internamento é proporcionar um ambiente seguro e controlado à pessoa que representa um risco para si própria ou para os outros, ou que necessitam de apoio e tratamento intensivos. É constituído por uma equipa multidisciplinar composta por psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e nutricionista.

Esta unidade destina-se a adultos com várias perturbações de saúde mental. Durante o período que decorreu este estágio foi realizado um diagnóstico de situação, tendo-se verificado verificou-se a seguinte prevalência de patologias psiquiátricas:

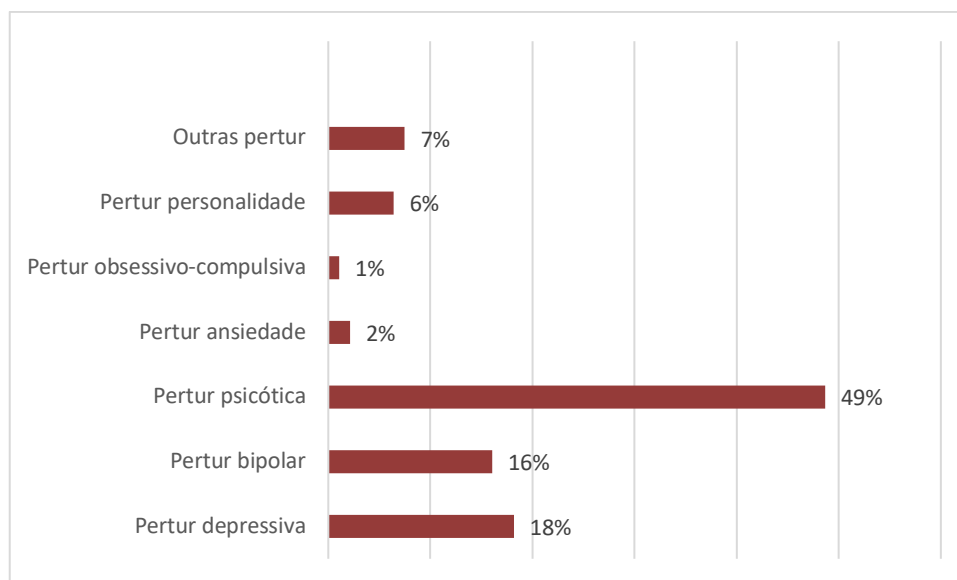


Gráfico 1 - Taxa de prevalência dos utentes internados do Serviço de Internamento de Agudos no decurso do Estágio II

Como se pode observar no gráfico, as perturbações psicóticas são as mais prevalentes, contabilizando 49% (91 indivíduos) de um total de 187 internamentos. Seguidamente verificam-se as perturbações depressiva e bipolar, com 18 e 16% dos internamentos neste período.

O internamento pode ter vários objetivos, nomeadamente a possibilidade de uma curta intervenção em crise, de internamento para compensação e tratamento integral de doença psiquiátrica aguda e crónica. Dá resposta às situações que requerem tratamento de curta duração de utentes que não possam obter resposta suficiente em tratamento ambulatório, quer pela natureza e/ou intensidade dos sintomas que necessitam de tratamento intensivo sob cuidados permanentes, quer pela eventual inexistência de suporte adequado no exterior. A opção pelo internamento é tomada se for considerada necessária após observação por um médico psiquiatra no serviço de urgência ou em consulta programada, pressupondo sempre a constatação de que o tratamento ambulatório seja insuficiente ou inadequado.

Para além das situações descritas anteriormente, este serviço mantém um pequeno número de vagas destinadas a utentes crónicos, que por diversos motivos permanecem durante anos internadas neste serviço, sem terem sido integrados noutra tipo de instituições mais adequadas para a situação. A criação de estruturas multidisciplinares de

cuidados continuados integrados de saúde mental está prevista na legislação desde 2010 e, prevê a criação de um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinadas à pessoa com doença mental que se encontre simultaneamente em situação de incapacidade psicossocial e dependência (Decreto-Lei n.º 8/2010). No entanto, na localização geográfica onde este estágio decorreu, apenas em 2020 se iniciaram as primeiras experiências-piloto com as tipologias de equipas de apoio domiciliário e unidades socio-ocupacionais (perfazendo um total de 28 vagas), sem que tenha sido considerada qualquer unidade residencial (Administração Regional de Saúde [ARS] Algarve, 2020).

Para além destes utentes verem a sua reabilitação comprometida por não se encontrarem integrados num local apropriado à sua condição clínica crónica, também retiram capacidade ao serviço de internamento, que lida diariamente com a dificuldade de gerir vagas para os utentes em condição aguda. Durante o período de estágio, percebemos que este contexto leva a ocorrência de altas mais precoces, de internamentos mais protelados, ficando estes utentes mais dias em ambulatório do que podiam, e conseqüentemente a profissionais de saúde mais exaustos e menos disponíveis para a prestação de cuidados.

Durante as primeiras semanas foi possível conhecer as características e as necessidades de cuidados dos indivíduos com doença mental que integram o serviço de internamento, assim como a metodologia de trabalho da equipa de Enfermagem, especialmente do enfermeiro especialista em ESMP. Ao longo do estágio procurou-se adquirir e experienciar o maior número de situações que proporcionassem uma aprendizagem rica e variada, por forma a desenvolver da melhor forma possível as competências específicas do enfermeiro especialista em ESMP.

Em traços muito gerais, foram desenvolvidas competências na avaliação diagnóstica, planeamento e intervenção psicoterapêutica do enfermeiro especialista em ESMP, através de um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao indivíduo e sua família. A linguagem utilizada para a realização do plano de cuidados de Enfermagem é a CIPE recorrendo aos diferentes menus de informação em Enfermagem que se encontravam parametrizados. Apesar de alguns diagnósticos e intervenções de Enfermagem serem semelhantes aos restantes serviços hospitalares, grande parte são

específicos dos problemas e necessidades dos indivíduos aí internados, assim como outros referentes à atuação, exclusivamente, do enfermeiro especialista em ESMP.

Tendo em conta que a experiência prévia na prestação de cuidados de Enfermagem não contemplava a pessoa com doença mental, houve também neste estágio uma necessidade acrescida de obter um conhecimento profundo, e de teor prático, de uma série de condições de saúde mental, sintomas, comportamentos associados e tratamentos recomendados. Esta aprendizagem também se estendeu à psicofarmacologia, pela perceção das intervenções psicofarmacológicas mais usuais, incluindo as ações, os efeitos secundários e potenciais interações dos vários medicamentos psiquiátricos, essencial para monitorizar a eficácia do tratamento e gerir os potenciais efeitos secundários. Estas aquisições foram essenciais para a avaliação, diagnóstico e implementação de intervenções apropriadas aos utentes.

A prática vivenciada em contexto de estágio sobre a capacidade de construir relações terapêuticas com os utentes vai ao encontro do descrito na literatura por Peplau. A relação que se estabelece entre o enfermeiro especialista em ESMP a pessoa é tão importante que está no centro das diversas intervenções psicoterapêuticas (Peplau, 1988). É uma competência fundamental que envolve a aquisição de determinados conhecimentos, capacidades e atitudes desde escuta ativa, empatia, respeito, estratégias de comunicação não-verbal entre outras.

O contato com uma grande variedade de patologias psiquiátricas também foi muito enriquecedor relativamente ao desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em ESMP, onde foi possível colocar em prática muitas das intervenções psicoterapêuticas estudadas em contexto de aula, como é o caso da intervenção em situação de crise, relaxamento ou treino metacognitivo.

Das intervenções referidas acima a que causou mais impacto foi a intervenção em crise, uma vez que foi o primeiro contacto com este tipo de situação. Um dos casos era associado ao diagnóstico de agitação de psicomotora desencadeado por sintomatologia psicótica. Aprender a interagir com os utentes neste contexto requer algum treino, com necessidade de se fazer uma rápida avaliação do indivíduo e situação, eliminando fatores de risco. A primeira sensação foi de impotência pela incapacidade de utilizar estratégias de comunicação que permitissem ajudar aquela pessoa a sentir-se seguro e compreendido.

Para além disso, associado a esta necessidade de desenvolver habilidades para lidar com a situação surge também o receio pela segurança dos próprios enfermeiros.

Para além da implementação de intervenções psicoterapêuticas individuais também houve oportunidade de implementar intervenções em grupo, com pequenos grupos de indivíduos, cuidadosamente selecionados. De um modo geral, foram perceptíveis os benefícios terapêuticos da sua realização, permitindo promover o treino de competências sociais e a aprendizagem com as experiências e estratégias de sobrevivência dos outros. Uma destas intervenções ocorria semanalmente, onde os utentes eram convidados a participar numa reunião comunitária e partilhavam a sua experiência de doença e estratégias utilizadas para ultrapassar a situação de internamento

As primeiras intervenções foram essencialmente de observação, até porque a quantidade de estratégias de comunicação verbal e não verbal que se precisa dominar para conduzir uma intervenção parece complexa. Junto da enfermeira orientadora foi possível aprender a dirigir uma intervenção, gerir as participações dos indivíduos, respeitar os silêncios, responder assertivamente, manter uma postura corporal recetiva e descontraída, entre muitas outras. Com o decorrer do estágio, estas técnicas foram sendo assimiladas e reproduzidas gradualmente, permitindo executá-las autonomamente após algumas semanas de aprendizagem.

Ao longo do estágio desenvolveram-se competências psicoeducacionais ao indivíduo e família, na promoção do conhecimento, compreensão e gestão dos problemas relacionados com a doença mental como a gestão do regime medicamentoso, medicação, estratégias de autocuidado e recursos disponíveis na comunidade.

De forma a manter uma boa articulação com a ECSM foram desenvolvidas competências na área da reabilitação psicossocial do indivíduo e família através da promoção da autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social.

Outra das valências deste departamento é o Hospital de Dia, que proporciona um ambiente terapêutico e estruturado em regime de ambulatório a pessoas com doença mental, sem a necessidade de internamento hospitalar, permitindo que estes regressem ao seu domicílio à noite. A grande maioria dos utentes que frequentavam esta valência transitaram do Serviço de Internamento de Agudos, com o objetivo de lhes ser proporcionado mais apoio, antes de serem novamente integrados na comunidade.

O número total de utentes nesta valência era reduzido (cerca de 10), pela carência de profissionais de saúde, apenas com uma equipa multidisciplinar composta por um médico, um enfermeiro e um terapeuta ocupacional. As atividades realizadas eram sessões em grupo, onde eram trabalhados temas como o desenvolvimento de competências para lidar com determinada situação, gestão de sintomas, intervenções psicoeducacionais relacionadas com a condição de doença e respetivo tratamento, atividades criativas com fins terapêuticos, sessões de relaxamento, entre outros.

Da experiência obtida, uma das grandes vantagens da permanência destes utentes no hospital de dia relaciona-se com o ambiente estruturado que este proporciona, podendo ser bastante estabilizador para a maioria dos utentes. Para além disso, permite realização de intervenções psicoterapêuticas com maior frequência e mais variadas, comparativamente com o internamento e o ambulatório. A permanência destes utentes no hospital de dia servia como um patamar para que estes se adaptassem à sua vida fora do hospital, permitindo consolidar algumas competências que ainda não tinham sido adquiridas durante o internamento. Apesar do serviço não comportar um aumento do número de utentes, seria vantajoso para o departamento que esse investimento fosse feito, não só pelos inúmeros benefícios para os utentes já mencionados, mas provavelmente pelo menor custo associado à permanência no hospital de dia comparativamente com o serviço de internamento.

No decurso do estágio foi também desenvolvido um projeto de intervenção para a implementação de um programa de intervenção psicoterapêutica enquanto enfermeiro especialista em ESMP. Para além da sua implementação, permitiu desenvolver a competência de avaliação dos resultados em saúde através dos ganhos obtidos pelos indivíduos participantes.

Para a sua elaboração foi auscultada a equipa multidisciplinar, havendo preocupação de abranger todos os profissionais, inclusive os próprios indivíduos internados. Uma das nossas preocupações era a necessidade de criar um projeto adequável às necessidades dos utentes do serviço de Internamento de Psiquiatria de Agudos.

Apesar de se tratar de uma equipa aparentemente desmotivada e exausta, a grande maioria demonstrou recetividade à realização do projeto. A opinião foi unânime acerca da

necessidade de incrementar a oferta de intervenções psicoterapêuticas em grupo às pessoas internadas no serviço.

4.3. Reflexão Final

Ao longo de ambos os períodos de estágio, o contacto com esta nova realidade de cuidados de enfermagem especializados foi muito enriquecedor. Para além de exaustiva, pela inexperiência nesta área de prestação de cuidados de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, foi igualmente desafiante, pela aquisição de novos conhecimentos, experiências e vivências.

O contacto com o circuito da pessoa com DMG, permitiu compreender a dimensão abrangente e variada de cuidados de enfermagem especializados que podem ser proporcionados a estes utentes, desde o início do processo de doença em contexto hospitalar até ao acompanhamento de forma continuada em contexto comunitário, assim como a importância do papel que o enfermeiro especialista em ESMP desempenha nesta problemática.

Reconhecemos que existe ainda muito trabalho a desenvolver até que seja atingido um nível de cuidados próximo do desejável, desde recursos humanos especializados a equipamentos e materiais, sendo que na grande maioria das situações não está dependente da responsabilidade da profissão de Enfermagem. No entanto, a respeito desta disciplina, existe uma grande lacuna entre aquilo que se preconiza na teoria e aquilo que é realizado na prática diária dos cuidados, como a aplicação de instrumentos de medida, realização de intervenções estruturadas, planeamento de cuidados de enfermagem com resultados esperados mensuráveis, realização de investigação, que representa um conjunto de oportunidades ainda inexploradas.

Se este contacto proporcionou experiências positivas e enriquecedoras, também evidenciou uma realidade associada às más condições de vida, à dificuldade de acesso a serviços na comunidade, ao estigma ligado à doença mental, que se imaginavam ultrapassados pelos tempos modernos em que vivemos.

Julgamos ter atingido os objetivos a que nos propusemos inicialmente, e estes estágios permitiram que, gradualmente, através da aquisição de novos conhecimentos, capacidades e estratégias para lidar com a pessoa em situação de doença mental, as competências do enfermeiro especialista em ESMP também fossem adquiridas. Este facto apenas foi possível pelo entendimento desta problemática da saúde/doença mental suportada pelo componente teórico e pela evidência científica na área da enfermagem.

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO

ExpressArte – utilização de mediadores artístico-expressivos pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Tal como já referido anteriormente, o impacto crescente da depressão em todo o mundo é evidente, tendo esta condição sido reconhecida como uma “crise global” pela World Federation For Mental Health [WFMH] já em 2012 (World Federation for Mental Health, 2012). Atualmente considerada a segunda doença mais incapacitante do mundo depois das doenças cardíacas (GBD Collaborators, 2022), com sérias implicações para os indivíduos, suas famílias e sociedades, incluindo uma carga económica crescente (NICE, 2022).

Caraterizada por sentimentos de falta de sentido que afetam toda a existência e o gosto pela vida, a depressão é uma síndrome complexa com causas variadas, e por vezes pouco claras, com uma influência considerável no bem-estar psíquico do indivíduo, na sua autoimagem e na sua capacidade de funcionar em qualquer contexto social, estando por isso ligada a fatores sociais, psicológicos e biológicos (Blomdahl et al., 2018). Assim, para refletir a sua apresentação complexa, o tratamento da depressão requer uma abordagem adequadamente holística e individual, muitas vezes combinando intervenções farmacológicas, psicossociais e psicológicas para refletir as diferentes necessidades daqueles que sofrem de depressão (Zubala et al., 2017).

As opções de tratamento geralmente disponíveis – farmacológicas e não farmacológicas podem não oferecer soluções universais para todos aqueles que sofrem de depressão, motivo pelo qual podem ser exploradas outras opções de tratamento. Ao considerar a comunicação não-verbal no processo terapêutico, a utilização dos mediadores artístico-expressivos (MA-E) podem oferecer uma alternativa valiosa relativamente às outras intervenções, especialmente para aqueles que podem achar difícil ou impossível o envolvimento a nível verbal (Zubala et al., 2017).

A utilização do MA-E é considerada uma estratégia abrangente que utiliza princípios da psicoterapia e processos de criação artística, tais como teatro, música, movimentos de dança, e desenho para promover a saúde e o bem-estar. Considerada uma intervenção de expressão que pode trazer muitos benefícios, tais como encorajar a comunicação e expressar emoções, promover a catarse emocional e experimentar emoções positivas, aumentar os comportamentos positivos, e melhorar a qualidade de vida da pessoa e a sua autoestima (Zubala et al., 2017).

O processo de criação artística através dos MA-E proporciona um meio através do qual diferentes realidades, atitudes e sentimentos podem ser expressos, examinados e experimentados, permitindo aos indivíduos utilizar a arte para se exprimirem criativamente. Assim, desempenham um papel positivo no alívio de muitas condições de saúde mental e física, entre as quais a depressão (Liu et al., 2021).

Os MA-E são utilizados com o objetivo da mudança terapêutica, sendo que no centro desta estratégia está a relação terapêutica, centrada na pessoa. Esta abordagem permite ao enfermeiro especialista em ESMP oferecer a intervenção mais apropriada e aceitável na altura certa. Este aspeto permite que o utente e o enfermeiro colaborem acerca da decisão de qual a abordagem que funcionará melhor para ele individualmente, sem adesão a uma teoria universalmente válida, podendo combinar intervenções psicoterapêuticas motivacionais, cognitivo-comportamentais ou psicoeducacionais (Parsons et al., 2020).

Gradualmente tem-se reconhecido a importância da utilização dos MA-E na depressão tendo sido este o motivo que pela qual se desenvolveu este projeto de intervenção psicoterapêutica como uma competência do enfermeiro especialista em ESMP.

Este projeto, intitulado “**ExpressArte**: a utilização de mediadores artístico-expressivos em Saúde Mental e Psiquiátrica, foi desenvolvido com o principal objetivo de sistematizar o recurso a esta ferramenta que pode ser utilizada durante a implementação de uma intervenção psicoterapêutica por parte dos enfermeiros especialistas em ESMP. No caso particular deste projeto de intervenção foi aplicada à pessoa adulta que sofre de depressão moderada a severa, em contexto de internamento agudo. Foi baseado na estrutura do modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem desenvolvido por

Sampaio, Sequeira e Lluch Canut permitindo suportar e sistematizar esta intervenção da competência do enfermeiro especialista em ESMP (Sampaio et al., 2018).

Salientam-se assim os seguintes objetivos específicos:

- fornecer uma base teórica e especializada da intervenção;
- identificar diagnósticos de enfermagem relacionados com manifestações mais frequentes da pessoa com depressão;
- apresentar uma estrutura de cada fase do projeto de intervenção, assim como para cada sessão da intervenção psicoterapêutica;
- promover a análise e a reflexão geral do grupo e da situação particular de cada um dos participantes, ao longo de cada sessão e da totalidade da intervenção no seu todo;
- avaliar a eficácia da intervenção psicoterapêutica;

Enquadramento da Intervenção Psicoterapêutica

Os princípios fundamentais do uso dos MA-E como uma intervenção psicoterapêutica do enfermeiro especialista em ESMP tende geralmente a provir de uma série de tradições psicoterapêuticas e filosóficas, como as correntes psicodinâmicas e humanistas. Ambas as correntes se baseiam numa abordagem centrada na pessoa (na medida em que seja possível num contexto de grupo).

A abordagem centrada na pessoa, defendida por Rogers (anos 40) e difundida pela tradição humanista, tem sido amplamente valorizada na abordagem de problemas de saúde mental, como também tem sido reconhecida como um conceito muito mais amplo, uma abordagem que pode ser introduzida em todos os contextos dos cuidados de saúde (O. Nunes et al., 2006).

São aplicados a esta intervenção psicoterapêutica os seguintes princípios humanistas:

- os seres humanos têm um potencial natural para se desenvolverem, na procura pela auto-realização;
- a auto-expressão e a criatividade desempenham um papel importante na vida de todas as pessoas e, por conseguinte, devem ser encorajadas no processo psicoterapêutico;

- a terapia de grupo oferece um espaço seguro para os participantes interagirem e facilita a consciência do outro;
- o sentido da intervenção é dirigido para o crescimento, destacando aspetos positivos e mais saudáveis do eu (O. Nunes et al., 2006).

Também se entende que a abordagem centrada na pessoa se manifesta na relação terapêutica com o enfermeiro. Espera-se que inclua qualidades listadas por Rogers como a aceitação, genuinidade e empatia (O. Nunes et al., 2006). Espera-se ao longo da implementação deste projeto, desenvolver uma comunicação honesta com a pessoa baseada na compreensão do outro sem julgamentos.

Podem ainda mencionar-se, neste projeto, alguns princípios psicodinâmicos aplicados à expressão artística:

- o inconsciente manifesta-se no âmbito das artes;
- a intervenção visa facilitar a perceção;
- a relação entre o utente, o enfermeiro e a criação artística são dinâmicas e cruciais para o processo terapêutico;
- as relações com o eu e os outros refletem-se nas relações dentro do grupo;
- enquanto os MA-E oferecem uma oportunidade única de expressão e partilha através de meios artísticos, a componente verbal continua a ser importante para a intervenção (Trigo Miguel, 2006).

Considerando as implicações positivas de uma intervenção em grupo, este projeto foi desenvolvido para ser aplicado a um grupo de pequenas dimensões (4-6 participantes em cada grupo) com o propósito de oferecer benefícios adicionais não alcançáveis na terapia individual e especialmente relevante para a pessoa sofre de depressão, como a oportunidade de partilhar experiências, de receber *feedback* e de praticar a relação com outros num ambiente seguro e acolhedor.

Apesar do trabalho em grupo poder ser especialmente útil na abordagem de alguns aspetos da depressão, também pode ser mais desafiante para os utentes do que as intervenções individuais. O grande potencial do processo de grupo requer possivelmente mais esforço e determinação do lado da pessoa, pois um dos paradoxos da depressão precisa de ser desafiado: a necessidade de se relacionar e envolver-se *versus* o evitar dos outros e a tendência para o isolamento (Zubala et al., 2017).

Independentemente deste requisito prevê-se que cada indivíduo tenha oportunidade de tempo e espaço para o desenvolvimento individual da sua criação artística, com posterior partilha e discussão verbal da mesma.

Tendo em conta a duração média de internamento destes utentes (17 dias) houve necessidade elaborar um projeto breve (no mínimo 5 sessões) com duração de 1-2 semanas, exigindo por isso uma abordagem mais ativa por parte do enfermeiro.

Estrutura e atividades da sessão

A existência de uma intervenção estruturada pode aliviar a ansiedade, levando a um maior envolvimento com o processo da intervenção, em oposição à preocupação com os próprios medos e tensões. Além disso, a estrutura leva a um uso mais significativo do tempo, com o qual os que sofrem de depressão muitas vezes lutam, tendo dificuldades em fazer escolhas (Parsons et al., 2020).

As características e parâmetros gerais da intervenção psicoterapêutica e de cada sessão apresentaram uma estrutura e conteúdo bem organizados, de forma que participantes pudessem estar concentrados nos seus objetivos, com um ponto de referência para iniciar o processo terapêutico. Apesar de salvaguardado este aspecto, a intervenção ocorreu de forma flexível e adaptada ao grupo de participantes, tanto durante a intervenção como fora dela (trabalhos de casa, autonomia nas tarefas, sessões individuais) oferecendo a oportunidade de os membros do grupo poderem fazer escolhas em todos os momentos.

O projeto de intervenção foi composto por três fases:

- **Início**

Esta fase correspondeu à avaliação diagnóstica do utente, onde através de uma entrevista inicial foi realizada uma avaliação do seu estado mental, verificando se o mesmo não apresentava nenhum dos critérios de exclusão que o impossibilitasse de participar no projeto, como estado confusional, défice cognitivo grave, agitação psicomotora ou recusa em participar (Sampaio et al., 2018). Esta fase permitiu recolher informação pertinente sobre a utente assegurando a sua participação no projeto de intervenção em grupo.

Neste primeiro contacto foi crucial a atenção disponibilizada por parte do enfermeiro EESMP e, concentrou-se sobretudo no desenvolvimento de uma aliança terapêutica positiva, facilitando todo o trabalho posterior.

O desenvolvimento de uma comunicação eficaz entre o enfermeiro e o utente antes do início das sessões foi considerada determinante, permitindo identificar e compreender mais rapidamente as principais áreas problemáticas dos utentes a serem trabalhadas, assim como uma preparação prévia das sessões.

Foi ainda apresentada a estrutura do projeto, clarificando o número de sessões, as datas e horas das sessões. É nesta ocasião que se obteve o consentimento informado para a aplicação dos instrumentos e participação no projeto (Apêndice I - Termo de Consentimento Informado)).

Foram aplicados dois instrumentos de medida construídos com base no DSM-V e validados para a população portuguesa – PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) (Torres et al., 2016) e GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder 7-item*) (Sousa et al., 2015), com o intuito de medir a frequência de vários sintomas associados à depressão e ansiedade, respetivamente, permitindo assim monitorizar a evolução e resposta à intervenção efetuada.

A avaliação diagnóstica efetuada no decurso da entrevista inicial, conseguida através da observação dos participantes, avaliação do seu estado mental e da aplicação dos instrumentos de medida, permitiu-nos recolher dados suficientes para fazer diagnósticos de Enfermagem. Cada indivíduo apresentou necessidades de saúde reais e/ou potenciais particulares que, permitiram estabelecer determinados objetivos e elaborar um plano individual com intervenções de Enfermagem adequadas para cada participante (Apêndice II – Guião para a Entrevista Inicial).

Estas intervenções de Enfermagem foram selecionadas tendo em conta a identificação e a avaliação dos problemas e necessidades para aquela pessoa, permitindo apresentar um conjunto de intervenções estruturadas, de forma sequencial e dinâmica, de acordo com a variedade de competências da equipa multidisciplinar. Desta forma, no decurso desta avaliação, foram considerados os utentes que poderiam beneficiar da sua inclusão neste projeto.

Para além dos diagnósticos de Enfermagem associados à área de cuidados gerais e transversais à maior parte dos internamentos, foram identificados os seguintes diagnósticos de Enfermagem específicos da área de cuidados da saúde mental e psiquiatria, como:

Foco	Diagnóstico	Resultados Esperados
Adaptação	Adaptação comprometida	Capacidade de adaptação melhorada
Ansiedade	Ansiedade presente	Ansiedade diminuída (pela melhoria do nível de ansiedade obtido da aplicação do instrumento de medida ou melhoria do comportamento)
Autoestima	Baixa autoestima	Autoestima melhorada
Comunicação	Comunicação comprometida	Comunicação eficaz
Humor	Humor depressivo	Humor melhorado
Interação social	Interação social comprometida	Interação social melhorada
Vontade de viver	Vontade de viver comprometida	Vontade de viver melhorada

- **Sessões com recurso aos MA-E (mínimo 3 sessões)**

As intervenções adotadas durante a realização das sessões de expressões artísticas pretenderam dar resposta aos diagnósticos de Enfermagem identificados nesta fase de avaliação da pessoa com depressão, assim como o resultado que se espera alcançar (Sampaio et al., 2018).

Uma vez que os registos de Enfermagem informatizados ainda não contemplavam a avaliação das intervenções específicas do EEESSSMP, estas foram introduzidas através de notas escritas para que todos os elementos da equipa multidisciplinar pudessem ter acesso. Assim, a intervenção psicoterapêutica era avaliada em relação aos seguintes itens: necessidade de incentivo para a realização da atividade, avaliação do comportamento durante a atividade, cumprimento dos objetivos da atividade e avaliação do utente sobre a sua participação.

Deu-se início ao desenvolvimento da intervenção psicoterapêutica, aplicada em grupo, com duração mínima de 3 sessões de aproximadamente 60 minutos cada, assistida

pelo menos por 2 enfermeiros especialistas em ESMP (Apêndice III – Resumo da estrutura e conteúdo teórico das sessões da intervenção).

O início da sessão centrou-se no estabelecimento de regras básicas (servindo como contrato terapêutico) e na manutenção de limites, para os quais os participantes foram encorajados a contribuir e a discutir. Foram também apresentados os objetivos e uma explicação da tarefa da sessão.

Apesar da necessidade de identificação prévia dos principais diagnósticos de Enfermagem, as suas necessidades, até certo ponto, estiveram presentes em torno da depressão, e coincidiram com as necessidades identificadas no grupo.

Com base nesse pressuposto, definimos algumas intervenções mais específicas da competência do enfermeiro especialista em ESMP para abordar nas sessões com recurso aos MA-E:

1. Promoção da esperança (em resposta a uma motivação geralmente baixa, para encorajar a recuperação);
2. Melhoria da autoestima;
3. Apoio à tomada de decisão (como forma de desenvolver a criatividade e a espontaneidade, fomentando a liberdade para tomar decisões e experimentar);
4. Técnica de relaxamento;
5. Treino da assertividade;
6. Melhoria da socialização (em resposta ao isolamento, dificuldade com relação ou partilha);
7. Modificação do comportamento.

Embora estas intervenções visassem oferecer uma resposta aos problemas esperados em adultos deprimidos, a sua aplicação dependeu dos objetivos terapêuticos reais para os elementos do grupo, tendo sido naturalmente escolhidos de acordo com a situação psicológica individual dos participantes, tendo evoluído durante o trabalho em grupo desenvolvido nas sessões.

Definiu-se que cada sessão deve servir um propósito específico enquanto a sequência de sessões precisava de oferecer um sentido com início e fim bem definidos. As intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas neste projeto resultaram na

compreensão de que de a mudança pode ser benéfica e a pessoa preparadana preparação da pessoa para enfrentar o período pós-alta. É importante que a pessoa termine as sessões deste projeto com mais conhecimento sobre si próprio e com a capacidade de continuar a trabalhar para a auto-descoberta sem a necessidade deste espaço. As três sessões de expressão artística, foram dirigidas com temas distintos pela seguinte ordem de concretização: “O agora”, “A origem do problema” e “A mudança”.

Na primeira sessão foram atingidos os primeiros objetivos e oferecida uma base segura para uma posterior exploração. A promoção da esperança e motivação foram cruciais para as sessões seguintes, embora no final da primeira sessão os participantes compreenderam que os enfermeiros respeitavam os seus sentimentos.

A tensão esperada no início da sessão foi aliviada através de um ambiente seguro e acolhedor (embora as tensões tenham reaparecido no início de todas as sessões, mas foram, contudo, aliviadas até ao ponto em que foi possível um envolvimento significativo com o grupo e com os MA-E). Foi importante abordar a construção da confiança na primeira sessão, no entanto esta continuou a ser um objetivo para todo o curso do projeto. O grau de confiança conseguido pelo apoio no grupo, sentimento de segurança e união igualmente explorados desde o início até ao final das sessões.

O foco do enfermeiro especialista em ESMP durante a realização da intervenção foi no que estava a acontecer no seio do grupo, e requereu atenção constante, e capacidade para analisar e responder imediatamente às necessidades atuais do grupo. Os participantes perceberam que os seus sentimentos poderiam ser expressos em segurança num ambiente terapêutico e aceites sem qualquer julgamento. Além disso, os elementos do grupo sentiram que o enfermeiro estava lá para os apoiar, embora o processo terapêutico exigisse algum esforço e poderia não ser sempre agradável.

As sessões terminaram com uma reflexão baseada quer no processo quer no produto artístico.

Os temas mais significativos e difíceis surgiram a partir da segunda sessão. Este foi o momento em que se exploraram alguns problemas subjacentes à depressão. Adicionalmente, após cada sessão, foi dado espaço individual a cada participante, para analisar os significados atribuídos. Foi dado tempo e atenção suficientes à última fase do

projeto, quando o foco se deslocou para o significado e para lidar com a fase final do projeto.

- **Fim**

No final deste projeto, o momento da entrevista final em formato individual, centrou-se na revisão dos aspetos abordados, tendo oferecido uma perspetiva global (Apêndice IV – Guião para a entrevista final).

Os utentes terminaram este projeto com um claro sentido de realização, tendo sido apoiada no processo de revisão pelo enfermeiro especialista em ESMP terminando com a avaliação da realização pessoal de cada participante (que foi definida no momento da entrevista inicial), e que facilitou a tomada de decisão sobre o que havia a ser feito no contexto da recuperação.

A fase final do projeto ainda abordou a promoção da autonomia e responsabilidade, tentando que a pessoa refletisse sobre o sentido de independência, encorajado por todo o processo de desenvolvimento experienciado neste projeto, sobretudo no que diz respeito à confiança e aceitação

5.1. Apresentação dos Resultados

De forma a evitar que os participantes possam ser identificados, as características sociodemográficas foram ocultadas.

Grupo I

- Participante A – Seguido pela ESMC por episódio depressivo, com internamento prévio em 2022. Internado por agravamento do quadro depressivo com episódio ingestão medicamentosa voluntária. Identifica como fatores precipitantes a situação económica precária com desemprego e as dificuldades financeiras.
- Participante B – Num relacionamento há 4 meses, mas no momento com múltiplos conflitos com o ex-companheiro, que motivou o agravamento de sintomas depressivos. Internada por ideação suicida.

- Participante C – Com história prévia de seguimento em Psiquiatria por 2 tentativas de suicídio sem necessidade de internamento. Internada por isolamento social com agravamento progressivo, inclusive afastamento da família. Foi encontrada na sua residência em más condições de higiene e nutricionais.
- Participante D – Seguido pela Pedopsiquiatria por ideação suicida. Internado por comportamento autolesivos.
- Participante E – Seguida pelo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM desde 2018 com internamento prévio por episódio depressivo com sintomatologia psicótica. Apesar de estabilizada, com remissão dos sintomas, por abandono terapêutico é reinternada com o mesmo diagnóstico.

Este grupo foi o inaugural deste projeto de intervenção, e por esse motivo pode apresentar algumas diferenças comparativamente com os seguintes, uma vez que posteriormente à sua implementação foram feitos alguns ajustes e aperfeiçoamentos.

Uma das alterações efetuadas foi no decurso da primeira entrevista, tendo-se incluído a questão sobre que objetivo os participantes pretendiam alcançar durante o projeto.

Este grupo foi o mais difícil de controlar gerir relativamente ao número de participantes e à participação nas sessões. A participante B teve alta após a primeira sessão e o participante D manifestou vontade em fazer parte do projeto e entrou apenas na 2ª sessão.

Tal como se previa, a primeira sessão foi aquela em que sentimos maior resistência por parte dos participantes em criarem algo e de o partilharem connosco e com os outros. A participante B, que apenas esteve presente nesta sessão, manifestou alguma recusa em produzir e comunicar, e de uma maneira geral essa postura influenciou o grupo. Apesar dos vários incentivos obtivemos respostas como ... *não consigo, a minha cabeça não dá para mais...* ou *não me escorre nada, não consigo fazer nada de jeito...* ou ainda ... *é muito difícil pintar certos sentimentos, são difíceis de passar para o papel... não sei o que vou pintar...*

A partir da 2ª sessão com a introdução do participante D, que apresentava uma grande facilidade em verbalizar emoções e sentimentos e, que se encontrava numa fase

mais desenvolvida relativamente à sua autopercepção e autoconsciência, surgiu como um incentivo para que os restantes pudessem mostrar-se mais motivados e recetivos, procurando desenvolver a sua criatividade e a partilhar o resultado, surgindo o certo apoio e confiança relativamente aos outros no grupo.

Relativamente ao desenho que fez referente ao tema “A Origem do Problema” o participante D disse: *vou explicar o simbolismo do meu desenho – no centro estou eu, com os meus pensamentos suicidários, estou envolto por este círculo a preto, que representa a minha depressão e que me impede de aproveitar a vida e todas as coisas boas que estão disponíveis à minha volta. O que me pode ajudar? Medicação associado ao apoio da minha família e a algumas terapias que posso frequentar.*



Figura 1 – A Origem do Problema, desenhado pelo participante D

Ao longo das 3 sessões os temas centrais da nossa intervenção psicoterapêutica abordaram os seguintes objetivos: a promoção da esperança e aumento da motivação; estimular o desenvolvimento da criatividade e da liberdade para tomar decisões e experimentar; incentivar a expressão de sentimentos e emoções; desenvolver a capacidade de apoio social e confiança relativamente aos outros elementos do grupo com a partilha de problemas e experiências; e desenvolver a percepção e autoconsciência.

Um dos momentos mais significativos da nossa intervenção aconteceu no final da última sessão, onde a Participante E, que até então tinha adotado uma postura de resistência a produzir, necessitando sempre de muito incentivo e reforço para participar, partilha com todo o grupo o acontecimento que esteve na origem da sua depressão e tem sido o motivo de todo o sofrimento até àquele momento. Esta partilha foi um ganho muito importante para ela, resultando como um momento de catarse, e para os enfermeiros envolvidos foi o reconhecimento de que os nossos esforços tinham tido algum impacto. Após esta sessão houve necessidade de continuar a intervir com ela a utente sobre este episódio, embora em contexto individual, beneficiando da relação de confiança já estabelecida com ela.

Figura 2 -



A Mudança,
desenhado pela
participante E

Apesar de ter sido o grupo que sentimos maior dificuldade numa fase inicial, sentimos que ao longo da implementação deste projeto estabeleceu-se uma boa relação de confiança entre enfermeiro-utente. Com alguns elementos em particular mostraram-se

muito recetivos aos nossos desafios, procurando realizar os trabalhos de casa entre sessões e manifestando desenvolvimento da autoconsciência e definição de objetivos futuros. De uma maneira geral, os participantes tinham expectativas muito baixas acerca da intervenção com a utilização dos MA-E, mas que durante as sessões sentiam bem-estar e alívio pela partilha de sentimentos conseguindo esquecer durante aquele momento os pensamentos negativos e as ideias ruminantes. Foi referido por uma das participantes que um dos aspetos mais positivos da intervenção é realizar-se em grupo. Todos eles manifestaram vontade em continuar com as sessões e recomendaram a outras pessoas na mesma situação.

Figura 3 - A Mudança, desenhado pelo participante D





Figura 4 - A Mudança, desenhado pela participante C



Figura 5 - A Mudança, desenhado pelo participante A

Grupo II

- Participante F – Internada por ideação suicida.
- Participante G – Antecedentes pessoais de asma, esquizofrenia e diabetes *mellitus*, seguida em ESCM. Internada no contexto de uma pneumonia, mas durante o internamento surge descompensação psicótica, motivo pelo qual foi transferida para o Serviço de Psiquiatria. Apresenta melhoria da sintomatologia psicótica, embora manifeste progressivamente humor deprimido.
- Participante H – Internada por alterações comportamentais e delírio persecutório dirigido ao marido. Apresenta humor lábil e tristeza profunda. Internada para esclarecimento diagnóstico.

Considerámos este grupo o mais homogêneo de todos, constituído por elementos bastante participativos, com facilidade em expressar as suas emoções e sentimentos e já com algum grau de consciência relativamente ao seu problema e necessidade de aprender estratégias para lidar com essa situação.

Na entrevista inicial foram definidos objetivos a atingir para durante a implementação deste projeto, que considerámos possíveis de atingir dentro do curto tempo de intervenção.

Este grupo estabeleceu desde a primeira sessão uma grande facilidade em partilhar problemas, experiências e perceções com os restantes elementos, e entre eles desenvolveu-se uma aliança calorosa e de apoio que se verificou para além do ambiente das sessões.

Alguns dos temas mais abordados recaíram sobre o aumento da consciência sobre si próprio e sobre a depressão e a relação entre estes conceitos e os outros. Foi também abordada a necessidade de aprender a gerir e a equilibrar emoções, embora o tema central deste grupo recaiu sobre como lidar com o estigma dos outros, surgindo a necessidade de trabalhar essencialmente o auto-estigma.

Sobre a sessão “A Origem do Problema” a Participante F partilha ... *porque aqui eu possa ser eu mesma. Tal como estamos nas sessões com a psicóloga. Eu sei que posso dizer o que penso, o que sento, que não me julgam e compreendem aquilo que eu estou a dizer... Nos outros sítios quase que não consigo ser eu mesma porque ao meu lado ... já estou a pensar nos julgamentos que me estão a fazer...*



Figura 6 - A Origem do Problema, desenhado pela participante H

A origem do problema.
é Raiva que ficou fechada durante muito tempo e que de uma vez foi explodir e me magoou.
é quando nós não estamos bem.
Estamos presas na maldade.
Estamos focadas muitas vezes
em coisas que nos magoa.
Para mudar isso temos que
nos concentrar nas coisas boas.
Todas nós temos Raiva cada um tem Raiva a sua maneira a minha é fazer mal a mim
própria.



Figura 7 – A Origem do Problema, desenhado pela participante G

Na última sessão, sobre “A Mudança” uma das participantes concluiu a sua comunicação com a seguinte frase – *Todos somos agentes de mudança!*

The image shows a hand-drawn message in Portuguese. The text is written in a bold, expressive, and somewhat messy style using various colors. The first line reads "NAO!!! TOPAS AS VEZES" and the second line reads "QUE E' PRECISO". The colors used are black, blue, green, yellow, and red.

Figura 8 - A Mudança, desenhado pela participante H

Sobre a figura anterior, a utente complementou: *É bom dizer que não, é difícil, mas soube bem. Quando chegar lá fora vou dizer não aos outros...porque eu sempre disse que sim. Sinto que estou a preparar o meu regresso a casa.*

Uma das particularidades deste grupo foi o gosto unânime pela escrita como meio de expressar sentimentos e emoções, tendo-se incentivado as participantes a começar a escrever o seu diário, que lhes foi facultado ainda durante o internamento.

Na apreciação final das atividades, este grupo que inicialmente tinha manifestado curiosidade sobre o conteúdo e a forma das intervenções, referiu ter valorizado bastante a oportunidade de participar neste projeto, pela forma como através de uma intervenção agradável foi possível pensar, refletir e aprender novas formas de se exprimirem. Sentem que foi o primeiro passo para continuarem a trabalhar após a alta. Referem gostar de continuar após o término do projeto e recomendam a outras pessoas na mesma situação.

Grupo III

- Participante I – Internado por sintomatologia depressiva.
- Participante J – Antecedentes prévios de depressão sem necessidade de internamento, tendo cumprido tratamento farmacológico e psicoterapia. Internada por agravamento dos sintomas e ideação suicida.
- Participante K – Apresenta história de depressão há vários anos com alguns episódios de internamento, reinternada pelo mesmo motivo.

O trabalho com este grupo também foi muito enriquecedor. Para além de ser composto por elementos com características muito distintas foi muito interessante o trabalho desenvolvido.



Figura 9 - A Mudança, desenhado pela participante J

Os temas mais trabalhados neste grupo foram a necessidade de promover a esperança e aumentar a motivação em resposta à baixa autoestima, assim como o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões autonomamente.

As duas participantes mais interventivas, desenvolveram uma relação de amizade e confiança que se iniciou com este projeto, mas se estendeu para lá do período de internamento. A Participante J manifestou desde sempre um elevado desenvolvimento da sua consciência e discernimento sobre a doença reconhecendo a necessidade de

reaprender a gerir-se a si própria. Por outro lado, a Participante K demonstrou muita resistência à sua participação em praticamente todas as intervenções realizadas no projeto embora manifesta-se vontade em estar presente. Apesar de ter produzido pouco artisticamente intervinha frequentemente com um discurso muito negativista, o que tornou este grupo tão desafiante. Deste cenário nasceu uma relação de entreaajuda durante o período de internamento, que penso ter sido proveitosa para ambas as partes.

Apesar desta relação de amizade que se criou entre as participantes, os enfermeiros tiveram bastante dificuldade em lidar com o grupo na última sessão, porque a Participante J tinha recebido a notícia de que ia ter alta naquele dia. Esta notícia foi particularmente mal recebida pela Participante K, que apesar de se mostrar satisfeita pela amiga poder regressar a casa, desencadeou grande tristeza e labilidade emocional com esta perda.

Esta situação exigiu algum trabalho posterior, individualmente, com necessidade de gerir os sentimentos e emoções vividas por ambas durante aquela sessão.

A apreciação final também foi bastante satisfatória, onde foram alcançados os objetivos a que se propuseram inicialmente.

5.2. Discussão dos Resultados

As entrevistas iniciais permitiram compreender as características dos participantes como indivíduos e como um grupo de adultos que partilhavam dificuldades de saúde mental semelhantes. A grande maioria dos participantes descreveram a natureza da sua depressão como sendo caracterizada por: humor baixo, pouca concentração, falta de motivação, afastamento dos contactos sociais, cansaço, problemas com o sono, aumento da raiva, pensamentos suicidas ou de auto-mutilação e sentimentos de culpa. É importante notar que apesar destes sintomas serem mencionados pelos participantes com facilidade, apenas uma pequena parte se autodiagnosticava com depressão, utilizando termos mais vagos como *...não estou boa da cabeça...*

Grande parte dos participantes localizaram o início da sua depressão em alguma fase de transição da sua vida que não foi bem solucionada, tendo consciência que esta condição surgiu mais tarde na vida.

Alguns participantes manifestaram ter uma boa percepção de si próprios e essa imagem do eu ideal foi uma grande ajuda para compreenderem melhor a natureza dos seus problemas e estabelecer objetivos de tratamento. Estes participantes desejavam ser mais confiantes, mais aventureiros, menos zangados, sentir mais significado e leveza nas suas vidas e ter relações significativas e satisfatórias com outras pessoas.

As entrevistas permitiram compreender melhor as estratégias e os recursos habituais de que os participantes dispõem para lidar com a situação. A maioria apercebeu-se de que o envolvimento em atividades satisfatórias ao longo do dia ajudava a aliviar a sua depressão, mas muitas vezes tinham dificuldade em empenhar-se devido a uma baixa motivação.

Praticamente todos os participantes tinham recebido algum tipo de apoio profissional de saúde mental em determinados momentos no passado (desde apoio médico, acompanhamento psicológico e quase todos tratamento farmacológico) com efeitos variáveis. Nenhum dos participantes tinha tido experiência do uso com MA-E antes do projeto.

Para além dos diagnósticos efetuados pela equipa de Enfermagem, resultantes da avaliação diagnóstica dos participantes, estes também estipularam alguns objetivos para atingir durante o período de internamento, com o contributo da sua participação neste projeto de intervenção, como:

- *Sentir-me mais segura;*
- *Voltar para junto da família depressa;*
- *Arrumar as gavetas;*
- *Voltar ao trabalho;*
- *Aprender alguma coisa, evoluir mentalmente e esquecer as dores;*
- *Quero sair daqui com um pensamento diferente, pensamento focado nos filhos e na família e em que está ao nosso lado. Pensar em viver!*

Resultante da aplicação dos questionários em períodos distintos do internamento, pretendia-se estabelecer um objetivo mensurável, quer do nível de depressão, quer do nível de ansiedade, com melhoria das pontuações obtidas.

Após a implementação do projeto de intervenção, pretendeu-se efetuar a avaliação do mesmo através, quer da resposta do utente às intervenções desenvolvidas, à concretização dos objetivos estipulados pelos próprios, e ainda do resultado do questionário de satisfação sobre a participação no projeto, aplicado na entrevista final.

Assim, foram obtidos os seguintes resultados da aplicação dos instrumentos de medida:

	Participantes	Avaliação inicial		Avaliação final	
		PHQ-9	GAD-7	PHQ-9	GAD-7
Grupo I	A	18	20	2	15
	B	2	2	2	2
	C	21	15	14	12
	D	20	1	7	2
	E	20	10	9	1
Grupo II	F	14	12	3	3
	G	16	10	3	3
	H	4	9	3	3
Grupo III	I	15	7	1	1
	J	19	21	1	1
	K	2	2	2	2

PHQ-9	GAD-7
0-4 – Mínima	0-4 – Normal
5-9 – Ligeira	5 – 9 – Ligeira
10-14 – Moderada	10-14 – Moderada
15-19 – Moderada/Severa	15-21 – Severa
20-27 – Grave	

1 – Não foi possível aplicar 2 – Recusa da pessoa em colaborar 3 – Alta prévia à data prevista

Tabela 1 – Resultados Obtidos com a aplicação dos instrumentos de medida, PHQ-9 e GAD-7

Pela observação da tabela podemos analisar que, apesar dos instrumentos de medida terem sido aplicados a praticamente todos os participantes numa fase inicial, as pontuações obtidas após a realização da entrevista final foram escassas pelos motivos apresentados em cima. Por esse motivo apenas é possível efetuar comparação de algumas pontuações.

Apesar desta situação, para as pontuações disponíveis na tabela é possível verificar, por avaliação visual imediata, que houve uma tendência para obter pontuações que representam um nível de gravidade menor na avaliação final, quer para a depressão quer para a ansiedade, comparativamente com a avaliação inicial.

Com os escassos dados que dispomos, em relação ao instrumento de medida PHQ-9, verifica-se que os participantes apresentam depressão grave aquando da avaliação inicial, e que esta melhora no final do internamento, para depressão moderada a ligeira. Quando ao instrumento de medida GAD-7, também se verifica uma melhoria, embora não

tão expressiva como no caso anterior. Os participantes inicialmente apresentam um nível de ansiedade severa, tendo-se num dos casos mantido severa, mas no limiar inferior do intervalo da ansiedade severa, e noutro caso, progride de ansiedade severa para moderada.

Antes de mais gostaríamos de ressaltar que uma das maiores dificuldades de implementação deste projeto foi a criação dos grupos de participantes. Para além da perturbação depressiva não ser a patologia mais prevalente neste serviço de internamento, os utentes não poderiam ser selecionados apenas pela presença do diagnóstico, há um conjunto de fatores que tem influência no sucesso da intervenção psicoterapêutica, entre elas o tempo de internamento. Habitualmente nos primeiros dias de internamento encontravam-se muito adinâmicos, pouco reativos e comunicativos passando maior parte do tempo confinados ao leito. Para além desta condicionante, após a primeira semana de internamento, havendo manifestações de melhoria dos sintomas, era grande a probabilidade de alta por uma questão de gestão de camas, ficando o projeto a meio.

Esta situação poderia ser ultrapassada, se a comunicação interdisciplinar fosse mais eficaz, nomeadamente entre médicos e enfermeiros. Apesar dos esforços feitos durante este estágio para colmatar esta lacuna, nem todos os profissionais de ambas as classes mostravam interesse em colaborar. Por este motivo, algumas das pessoas internadas tinham alta não programada, após a visita médica, levando a que o processo de cuidados de Enfermagem fosse interrompido, sem grande margem para ajustes, e muitas das intervenções em curso não eram terminadas.

Uma das sugestões que apresentamos para esta problemática, é a possibilidade das intervenções mais relevantes, especialmente as desenvolvidas pelo enfermeiro especialista em ESMP, poderem continuar a ser aplicadas, após o internamento. Relativamente a este projeto em concreto, julgamos que seria bastante pertinente mantê-lo em regime de hospital de dia ou na ESCM, como forma de acompanhar a adaptação dos participantes ao seu domicílio e ambiente familiar, assim como a integração dos conceitos explorados no projeto num ambiente exterior ao internamento.

Os utentes verbalizaram que a sua participação nesta intervenção foi muito desafiante, embora mais uma experiência de aprendizagem e uma oportunidade para relaxar, *não falar, apenas fazer*. Esperavam que as sessões oferecessem um escape para as

emoções, bem como novas perspectivas e descobertas. Embora parecessem existir expectativas específicas, alguns participantes falaram sobre a sua incerteza e, na sua maioria, evitaram admitir expectativas.

Em algumas sessões também os enfermeiros presentes na sala produziam artisticamente ao lado de utentes, verificámos que foi útil, facilitador da comunicação, para além de permitir um aumento na confiança do enfermeiro. Produzir em conjunto com os utentes permitiu que estes percebessem que qualquer pessoa pode fazê-lo e não é uma atividade restrita aos problemas de saúde mental. Além disso, procurámos fazer da observação uma forma de incentivo, para os participantes poderem observar, participar e aprender o que poderiam desenvolver, sem que qualquer um de nós tivesse experiência com os meios de expressão artística que tinham ao dispor.

Certos momentos da intervenção psicoterapêutica foram identificados pelos participantes como tendo mais significado do que outros. Esses momentos significativos e mais bem lembrados diziam respeito a momentos em que um determinado em que uma determinada percepção pessoal era obtida (por exemplo, aspetos redescobertos de si próprio) ou quando ocorria uma ligação ou troca significativa entre os membros do grupo (normalmente desencadeada pelo envolvimento em discussões após a realização de trabalhos artísticos). Muitas vezes, os momentos mais memoráveis indicavam momentos em que se registavam progressos para aquela pessoa.

Na maioria dos casos, os resultados obtidos das sessões não eram imediatamente óbvios para os participantes, que relataram incerteza quanto aos benefícios da intervenção e dúvidas quanto ao facto de terem sido úteis. No entanto, na entrevista final as respostas revelaram diversas áreas em que os participantes reconheceram mudanças. Entre estas, contam-se: maior consciência e apreço pelos outros; maior autoconsciência/conhecimento de si próprio/realização das suas próprias necessidades; um sentimento de realização; vontade e disponibilidade para explorar mais a sua criatividade fora das sessões deste projeto; amizade nascida no seio do grupo; e melhoria dos sintomas físicos (melhor sono, menos dores de cabeça).

Estar e trabalhar em grupo parece ter sido a experiência mais recordada e valorizada e, simultaneamente, a mais angustiante e indesejada. Para a maioria dos participantes, foi difícil fazer arte à frente dos outros e partilhar sentimentos na discussão

no final das sessões. Por isso, estar em grupo foi identificado como um dos maiores desafios que os participantes experimentaram, a par das dificuldades com a autoexpressão e a criatividade espontânea (ou seja, dificuldades em ser espontâneo na utilização de materiais artísticos e em decidir o conteúdo do seu trabalho).

O sentimento de ambiguidade associado à necessidade de explorar mais profundamente a natureza da depressão combinado com a ansiedade e o receio de partilhar experiências dolorosas com os outros, foi evidente em praticamente todos os grupos.

Por fim, a maioria dos participantes estava inclinada a refletir sobre as experiências vividas durante a implementação da intervenção e reconheceu que tinha tido significado para eles, embora muitas vezes não conseguissem localizar com precisão o significado no contexto. O potencial do uso dos MA-E para aumentar a criatividade e a motivação foi considerado especialmente relevante para a depressão. Maioritariamente despoletaram novos conhecimentos acerca da abertura aos outros e aos seus problemas, assim como novas ideias sobre a essência da criatividade e da espontaneidade e como esta pode ser utilizada como uma estratégia para a reflexão acerca da expressão e a consciência das emoções.

Uma das limitações à implementação deste projeto já identificadas está relacionada com o curto período de tempo decorrido entre a entrevista inicial e a entrevista final podendo não permitir a consolidação das experiências e impossibilitado uma compreensão mais profunda da intervenção psicoterapêutica. Sentimos que para a maioria dos participantes, o significado desta intervenção poderia tornar-se mais claro com uma participação continuada no tempo, uma vez que os resultados imediatos foram menos óbvios.

Nas entrevistas finais, a maioria dos participantes sentiu que a realidade desta intervenção psicoterapêutica foi diferente do que tinham esperado. No entanto, a análise dos comentários nas entrevistas finais mostrou que algumas, ou a maioria, das expectativas iniciais foram satisfeitas e mesmo superadas. Os participantes descreveram a sua experiência na intervenção com recurso aos MA-E como valiosa, interessante e desafiante e partilharam o que gostaram e não gostaram no processo. Também foram mencionados sentimentos de realização e alívio. Apesar de ter sido atribuídas inicialmente conotações

pejorativas ao estar em grupo, no final do projeto a grande maioria dos participantes considerou ser um aspecto positivo.

Em jeito de reflexão, podemos verificar que houve uma boa aceitação à implementação desta intervenção psicoterapêutica, quer pela equipa de multidisciplinar quer pelos participantes, e pode potencialmente permitir uma série de benefícios, incluindo uma diminuição dos sintomas de depressão e uma melhoria no bem-estar.

A avaliação dos resultados obtidos, bem como a experiência dos participantes, foi crucial para uma avaliação do potencial do uso dos MA-E no tratamento da depressão permitindo concluir que este tipo de intervenção em grupo, pode ser utilizado pelo enfermeiro especialista em ESMP como uma intervenção segura, aceitável e valiosa para adultos que sofrem desta perturbação.

Admitimos que este tipo de intervenção para a depressão foi bastante exigente e trouxe desafios tanto para os enfermeiros como para os utentes. Por isso, foi importante compreender os conceitos centrais da depressão e suscetíveis de desempenhar um papel vital no processo terapêutico.

Reconhecemos que não podemos tirar conclusões abrangentes ou que outros fatores não possam ter sido responsáveis pelas alterações observadas, no entanto, por todos os aspetos descritos anteriormente e essencialmente pelo feedback promissor dos participantes relativamente à sua implementação, abre uma área passível de ser explorada através de uma investigação em grande escala, alargada em tamanho e âmbito no futuro.

6. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

6.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Para além de se reconhecer ao enfermeiro especialista em ESMP a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem no contexto desta área de especialidade, existem um conjunto de competências comuns, emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, que são transversais a qualquer área de especialidade e que dizem respeito ao conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades aplicáveis em todos os contextos da prestação de cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Assim, ao longo deste percurso formativo foram alcançadas um conjunto de competências comuns que vão ao encontro dos 4 domínios definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Ser um enfermeiro especialista exige mais do que competências clínicas e conhecimentos técnicos. Requer também fortes valores éticos, uma atitude profissional e uma compreensão dos aspetos legais dos cuidados de saúde.

A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

O enfermeiro pela sua formação base, deve ter a capacidade de respeitar os princípios éticos, a deontologia profissional e as normas legais. No entanto, durante este processo formativo, desenvolvemos a capacidade de integrar a experiência e prática profissional acumuladas com estes conceitos. Para além de permitir relembrar conhecimentos, estes puderam ser atualizados e agora analisados segundo um olhar mais experiente e conhecedor do contexto da prestação de cuidados.

A nosso entender, todos estes conhecimentos sedimentaram a aquisição das competências éticas sobretudo para a tomada de decisões. Isso implicou analisar e

compreender determinados dilemas éticos e tomar decisões mais refletidas e conscienciosas. A nossa experiência desencadeou uma prática mais reflexiva com a capacidade de olhar para trás, para as ações e experiências do dia a dia, com o intuito de aprender e melhorar, mas ainda mais importante, de identificar lapsos éticos e de ter a capacidade de tomar medidas para os retificar, revelando um crescimento e maturidade que até então era tao evidente. Com o desenvolvimento desta competência, compreendemos que, como enfermeira especialista, é possível implementar cuidados da mais elevada qualidade aos utentes.

A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

O enfermeiro especialista tem um papel crucial na promoção e proteção dos direitos humanos, que são fundamentais para a prestação de cuidados de saúde dignos, respeitadores e equitativos. Durante o período de estágio, houve uma preocupação constante em promover a qualidade dos cuidados prestados através do entendimento dos princípios dos direitos humanos, pela defesa dos utentes, pelo reconhecimento e pelo respeito pela sua diversidade cultural.

Uma das situações mais constrangedoras vivenciadas neste período de estágio foi aprender a lidar com as condições proporcionadas às pessoas internadas. Sentimos, por diversas vezes, que o nosso dever era denunciar as condições estruturais e físicas em que estas pessoas estavam internadas. Comparativamente com as condições oferecidas a outros serviços de internamento do mesmo hospital, para além de ser uma violação dos direitos humanos, era sem dúvida um problema de desigualdade e de discriminação.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

A governação clínica consiste numa abordagem sistemática para manter e melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes num sistema de saúde. Os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados de saúde, desempenham um papel crucial na implementação e desenvolvimento destas práticas.

Durante este período de estágio foi possível perceber como o enfermeiro especialista desempenha um papel substancial ao estar envolvido em todas as fases da tomada de decisões relacionadas com a governação clínica. Ambos os enfermeiros orientadores desempenhavam funções na área da governação clínica e foi possível participarmos e estar envolvidas no acompanhamento de alguns projetos na área da qualidade, que se encontravam a decorrer naquele momento no serviço. Permitiu reconhecer que a experiência do enfermeiro especialista e os conhecimentos que detém da prática clínica podem contribuir com estratégias eficazes como a gestão de equipas e a resolução de problemas.

Além disso, esta experiência permitiu-nos reconhecer que o enfermeiro especialista é uma peça essencial na promoção de uma cultura de aprendizagem contínua, com dever de incentivar os outros enfermeiros a prosseguirem na sua educação e formação contínuas, para se manterem atualizados sobre as melhores práticas, promover a investigação e desenvolver e rever protocolos.

Apesar da nossa participação em alguns projetos que se encontravam a decorrer no serviço, a aquisição desta competência em contexto de estágio é muito difícil de conseguir, uma vez que o estágio tem um período limitado e para o seu ideal desenvolvimento é necessário pertencer a uma equipa há tempo suficiente para conhecer bem os seus elementos e existir uma confiança mútua entre eles.

Da nossa aprendizagem sobressaem os aspetos que considero muito importantes na aquisição desta competência: o reconhecimento e a valorização dos contributos dos enfermeiros numa equipa, e o incentivo a uma comunicação aberta, onde os enfermeiros possam expressar as suas preocupações e ideias. O enfermeiro especialista, a nosso entender, deve dar extraordinária importância a estes aspetos uma vez que fomentam a satisfação profissional e a motivação de outros colegas em colaborar em iniciativas de governação.

B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

Os programas de melhoria contínua nos cuidados de saúde têm como objetivo melhorar continuamente a qualidade e a eficiência dos cuidados. Pela sua proximidade

com os utentes e o seu envolvimento em várias fases do processo de prestação de cuidados, os enfermeiros especialistas desempenham um papel crucial nestes programas.

Ao longo do período de estágio procurámos obter formação contínua e busca constante sobre as melhores práticas de Enfermagem e mais atuais nesta área de especialidade, desde congressos, cursos e aprendizagem autónoma. Para além de assinalarmos a nossa presença num congresso da área da ESMP com apresentação de uma comunicação oral, também assistimos a formação específica no âmbito do projeto de intervenção e frequentámos um Curso de Treino Metacognitivo.

Apesar de considerar que a participação em iniciativas de melhoria contínua é difícil de alcançar em contexto de estágio, procurámos envolver-nos, em conjunto com a enfermeira orientadora, na identificação de áreas a melhorar tendo surgido a oportunidade de desenvolver e implementar o projeto de intervenção. Durante a sua implementação, houve uma necessidade em envolver outros elementos da equipa de Enfermagem, que se mostraram recetivos, tendo sido um aspeto facilitador na elaboração do projeto, assim na sua implementação e monitorização dos resultados.

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro

A criação de um ambiente seguro e terapêutico é fundamental para os cuidados de Enfermagem, particularmente importante para o enfermeiro especialista em ESMP, uma vez que fomenta não só a segurança física, mas também o bem-estar emocional, psicológico e social dos indivíduos que cuida. A gestão do ambiente terapêutico já era uma competência do enfermeiro generalista, mas sinto que nesta fase de desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, providenciar um ambiente terapêutico que atenda às necessidades emocionais e psicossociais da pessoa internada foi sentido com outro compromisso.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

C1 - Gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

Os enfermeiros são frequentemente a espinha dorsal das equipas de saúde, na prestação de cuidados diretos aos utentes, mas também na coordenação de serviços e de

outros profissionais de saúde. O seu papel é fundamental para otimizar a resposta da equipa de saúde e garantir um bom funcionamento.

O desenvolvimento desta competência, em contexto de estágio, foi alcançado pela observação e colaboração com ambos os enfermeiros orientadores, uma vez que ambos desempenhavam, para além das suas funções na prestação de cuidados, a coordenação de equipas. Gerir eficazmente os cuidados de Enfermagem e a articulação de equipas pode ser um desafio, e deste contacto retirámos alguns aspetos mais importantes, como: uma comunicação clara e concisa com a equipa de Enfermagem e outros profissionais de saúde; a liderança e a delegação de tarefas noutros elementos da equipa; a importância da colaboração interdisciplinar e a tomada de decisões partilhadas; a organização e o planeamento da equipa de Enfermagem; e ainda a mediação de conflitos que podem surgir no seio da equipa de Enfermagem.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;

A liderança em Enfermagem e a gestão de recursos são fundamentais para garantir cuidados de qualidade, especialmente em ambientes de cuidados de saúde complexos e em constante mudança.

Durante o estágio II tivemos oportunidade de experienciar diariamente a importância desta competência do enfermeiro especialista, uma vez que a enfermeira orientadora também desempenhava funções de gestão. De entre os vários aspetos identificados no desenvolvimento desta competência destaco alguns que me permitiram refletir as estratégias de liderança e a gestão de recursos utilizadas. Uma delas foi a necessidade de o estilo de liderança ter de se adaptar de acordo com as situações vivenciadas. Outra das situações foi a defesa dos interesses junto dos profissionais e a defesa dos interesses da instituição, que na grande maioria das vezes apresentam posições tão antagonistas. Mas mais difícil de tudo, por perceberem o quão difícil é manter uma estratégia de gestão que vá ao encontro das duas partes garantindo cuidados de qualidade à pessoa internada.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Os enfermeiros trabalham frequentemente em ambientes exigentes e de elevado stress, pelo que desenvolver o e a assertividade pode ser crucial para manter o seu bem-estar e prestar cuidados eficazes aos utentes. Esta competência pode ser aperfeiçoada através de alguns ingredientes como a autorreflexão, que pode ajudar a compreender melhor os nossos pontos fortes, pontos fracos, emoções e valores. Em contexto de estágio sentimos que para o desenvolvimento desta competência foi importante registar diariamente os acontecimentos mais significativos e tentar reservar algum tempo para a introspeção.

Outro dos aspetos que pode promover o desenvolvimento desta capacidade é procurar e aceitar regularmente feedback construtivo de colegas, superiores e utentes, que permitiu ao longo deste estágio, fornecer informações valiosas sobre o nosso desempenho e as áreas a melhorar.

Uma das aprendizagens mais importantes foi a importância atribuída ao autocuidado, a influência de uma atividade física regular, uma dieta saudável, um sono adequado e tempo para relaxamento e lazer podem ajudar a manter a saúde física e mental, o que, por sua vez, pode melhorar o autoconhecimento e a assertividade.

Estes aspetos foram aqueles que me nos permitiram compreender melhor e defender as nossas necessidades, a gerir o bem-estar emocional e comunicar de forma mais eficaz na nossa prática profissional, contribuindo para o desenvolvimento do nosso autoconhecimento e assertividade.

D2 – Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica

Os enfermeiros especialistas devem basear a sua prática clínica através da resolução de problemas que permite a incorporação das melhores provas de investigação disponíveis com os conhecimentos clínicos e os valores dos utentes.

Durante o processo de desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção, foram desenvolvidas capacidades para ir ao encontro desta competência. Apesar não estarmos perante um estudo de investigação, foi utilizada uma metodologia científica para sistematizar todo o processo desde a procura de evidência atualizada e

fiável, a avaliação acerca da sua aplicabilidade no serviço de internamento, a sua integração com os conhecimentos da equipa e as preferências dos indivíduos internados, a sua implementação, a avaliação dos resultados e por último, a divulgação dos resultados obtidos entre os pares.

De todo este processo, a disseminação dos resultados obtidos não foi totalmente atingida em contexto de estágio, embora esperamos poder no futuro partilhar esta experiência junto dos pares e divulgar a experiência e os resultados obtidos com a implementação deste projeto de intervenção a toda a comunidade de Enfermagem.

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

Os cuidados de Enfermagem de saúde mental são um domínio especializado que exige um conjunto distinto de competências. De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, espera-se que o enfermeiro especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica tenha formação e conhecimentos diferenciados para atuar na promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico e intervenção em perturbações e tratamentos de saúde mental, bem como competências interpessoais únicas (Regulamento n.º 515/2018). Estas competências permitem aos enfermeiros especialistas prestar cuidados eficazes, baseados em dados concretos e centrados na pessoa, a indivíduos com perturbações de saúde mental.

1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

O desenvolvimento e a manutenção de um elevado nível de conhecimento e de autoconsciência são essenciais para que o enfermeiro especialista preste cuidados eficazes e empáticos. Tal como já referido nas competências comuns do enfermeiro especialista (competência comum D1) existem algumas estratégias que podem ser aprendidas e utilizadas para cultivar e manter o desenvolvimento pessoal e profissional. Para além da

prática reflexiva, que nos leva a uma compreensão mais profunda das nossas próprias emoções, respostas e ações, um dos aspetos que mais ajudou no último estágio foi a interação regular com outros colegas de especialidade, permitindo partilhar e refletir conhecimentos sobre as aprendizagens e experiências em contexto de estágio e crescer no sentido desta competência.

O desenvolvimento de habilidades que permitam estabelecer uma relação terapêutica e uma boa preparação para a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais eficazes impõem que o enfermeiro especialista em ESMP que desenvolva de várias formas a sua autoconsciência.

No nosso ponto de vista, um dos aspetos mais complexos e difíceis de alcançar é o reconhecimento de preconceitos e crenças pessoais. Identificar e reconhecer os próprios preconceitos e crenças e a compreensão da forma como estes podem influenciar as interações com os indivíduos é trabalhoso e desafiante. Implica admitir que temos esses preconceitos e posteriormente refletir sobre as nossas interações com os utentes procurando analisar os nossos próprios comportamentos, pensamentos e sentimentos.

Reconhecer este processo ajudou a compreender o impacto do nosso comportamento na relação terapêutica, embora o mais complexo tenha sido efetuar algumas alterações necessárias para melhorar neste campo. Outra das dificuldades encontradas foi o desenvolvimento da atenção plena à pessoa, uma vez que implica estar presente e disponível para escutar o que aquela pessoa naquele momento tem para partilhar connosco, mas simultaneamente manter uma consciência sem julgamentos dos nossos próprios sentimentos e pensamentos, mantendo uma abordagem profissional e terapêutica.

Só com o desenvolvimento desta competência é possível melhorar as relações terapêuticas com os utentes e realizar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais que garantam que os cuidados prestados são centrados na pessoa, empáticos e de mais elevada qualidade.

Em suma, apesar dos aspetos já referidos que envolvem a aprendizagem contínua, a autorreflexão e o compromisso com o crescimento pessoal e profissional, estes não terminam nem se esgotam com a realização desta especialidade. Sentimos que esta etapa foi apenas um processo de reconhecimento e valorização desta competência, mas que

ainda existe muito trabalho a fazer para se atingir um elevado nível de conhecimentos e de autoconsciência.

2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

O enfermeiro especialista em ESMP desempenha um papel fundamental na promoção da saúde mental ao longo do ciclo de vida, e a sua abordagem holística estende-se frequentemente às famílias, grupos e comunidades. O contexto de ambos os estágios apenas permitiram experienciar o contacto com a pessoa adulta, no entanto a nossa intervenção era extensível a toda a família e por isso abarcou todas as idades. Para além disso, a pessoa com doença mental passa de igual forma por várias transições na sua vida adulta que podem requerer a atenção e atuação do enfermeiro especialista.

Acerca desta competência, um dos aspetos mais importantes a desenvolver pelo enfermeiro especialista é a identificação precoce de problemas de saúde mental ao longo da vida, desde a infância até à velhice. Em contexto de estágio na ESMC foi possível entender e desenvolver esta habilidade, através do contacto próximo e regular com a pessoa com doença mental e sua família. Grande parte das intervenções passaram por fornecer informações sobre perturbações de saúde mental, opções de tratamento e mecanismos saudáveis para que estes possam lidar com os seus problemas e encaminhá-los atempadamente para serviços de saúde mental adequados, quando necessário.

Uma das lacunas mais sentidas foi a iliteracia na área da saúde mental, e em várias situações surgiu a necessidade de realizar intervenções psicoeducacionais relacionadas com a gestão de determinadas condições de saúde mental, técnicas de gestão de stress, estigma associado à saúde mental, entre outros.

3 - 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;

Ajudar os indivíduos a recuperar a saúde mental é uma parte crucial da prática do enfermeiro especialista. A recuperação da saúde mental é um processo altamente individualizado que envolve não só a gestão dos sintomas, mas também a reconstrução da vida de uma pessoa. A abordagem de Enfermagem orientada para a recuperação envolve

o reconhecimento e a promoção da capacidade de cada pessoa para o crescimento pessoal, a resiliência e o bem-estar.

São vários os aspetos crucialmente importantes para a aquisição e desenvolvimento desta competência, no entanto a prestação de cuidados centrados na pessoa é essencial em todas as fases do processo de cuidados de Enfermagem.

Durante o período de estágio foi possível desenvolver esta competência em dois contextos distintos, inicialmente, com a pessoa que se encontra em processo de reabilitação psicossocial na comunidade e posteriormente, no internamento com a pessoa em fase aguda da doença. Ambas as fases desempenham um papel muito importante no processo de reabilitação da pessoa, e devem desenvolver idealmente o seu trabalho em continuidade.

No âmbito da ESMC foi muito importante perceber como o papel desenvolvido pelo enfermeiro especialista em ESMP se relaciona com a figura do Terapeuta de Referência na recuperação da pessoa com doença mental em contexto comunitário.

Em ambos o contexto de estágio foi possível experienciar que a recuperação em saúde mental, o sucesso da implementação do plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro especialista não depende da grandiosidade ou quantidade das nossas intervenções ou das oportunidades ou recursos mobilizados para aquela pessoa, mas essencialmente da compreensão das suas necessidades, os seus pontos fortes e as preferências únicas de cada pessoa. Os enfermeiros devem assegurar que os planos de cuidados são adaptados ao indivíduo, tendo em conta a sua fase de vida, antecedentes culturais e objetivos pessoais, e não adaptados às necessidades que o enfermeiro e a restante equipa multidisciplinar decidem que ele necessita.

Outro dos aspetos está relacionado com o grau de envolvimento da família e/ou do grupo que está inserido. As famílias e os grupos sociais prestam um apoio vital aos indivíduos que estão a recuperar de problemas de saúde mental, e os enfermeiros têm de desenvolver estratégias para trabalhar com estas famílias e grupos, capacitando-os sobre temas da saúde mental, fornecendo estratégias para apoiar os seus entes queridos e facilitando a comunicação e a compreensão.

Nenhum dos aspetos referidos anteriormente será possível sem o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança e respeito pela pessoa, que é a base do trabalho

do enfermeiro especialista em ESMP. O enfermeiro deve utilizar a sua capacidade de comunicação e de relacionamento interpessoal para construir essas relações, proporcionando apoio emocional, encorajamento e orientação.

4 - 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.

Os enfermeiros especialistas em ESMP têm competência para fornecer uma variedade de intervenções psicoterapêuticas, socio-terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais a indivíduos ao longo do ciclo de vida. Estas intervenções são concebidas para apoiar a saúde mental e o bem-estar e são frequentemente adaptadas às necessidades específicas do indivíduo, da família, do grupo ou da comunidade.

Na nossa opinião, a aquisição desta competência requer complexidade e um trabalho continuado, resultando num acumular de experiências da prática de Enfermagem, que num contexto de estágio é difícil de atingir. São várias as técnicas terapêuticas para apoiar a saúde mental dos indivíduos, desde estratégias cognitivo-comportamentais, entrevistas motivacionais, entre outras, que nem sempre se conseguem experienciar de uma forma estruturada em contexto de estágio.

Nesse sentido, houve uma procura constante para desenvolver a competência e formação necessárias para implementar processos psicoterapêuticos que possam influenciar a recuperação da saúde mental da pessoa. Apesar de existirem algumas práticas que não são adotadas nos serviços onde se realizaram os estágios, houve abertura, disponibilidade e apoio da parte de ambos os orientadores para a realização de alguns procedimentos de avaliação, como é o caso da utilização de instrumentos de avaliação e a realização de entrevistas estruturadas.

Houve oportunidade, sobretudo no estágio II de realizar várias intervenções psicoterapêuticas, quer individuais quer em grupo. Grande parte dos conhecimentos apreendidos foram no contexto da implementação do projeto de intervenção, embora tenha havido participação em outras atividades, como o relaxamento, reuniões

comunitárias, intervenções com recurso à música, utilização do barro como ME, entre outros.

Aquando do estágio na ESMC houve contacto com a prestação de cuidados sócio-terapêuticos, onde foi possível trabalhar com os indivíduos dentro dos seus contextos sociais para apoiar a sua saúde mental. Implicaram essencialmente a facilitação de algumas interações sociais onde foi possível melhorar, quer a capacidade de comunicação quer estímulo que a pessoa necessita para a explorar no seu ambiente social. Um dos obstáculos sentidos é a grande falta de apoios sociais e recursos comunitários que colmatem as suas necessidades psicológicas e sociais da pessoa.

Uma das grandes necessidades identificadas foi a capacitação as pessoas para assumirem um papel ativo na gestão da sua saúde mental, tendo proporcionado várias oportunidades neste estágio de prestar cuidados psicoeducacionais. A nossa atuação neste campo foi para além educar os indivíduos, as famílias ou os grupos acerca da natureza da condição mental e as opções de tratamento, capacitá-los para aprenderem a lidar com essa condição e desenvolver estratégias para facilitar a resolução de problemas em torno desta questão.

Um dos conhecimentos adquiridos nesta área é que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na defesa de recursos de saúde mental na comunidade, que pode começar com a capacitação dos indivíduos para assumirem o controlo da sua saúde, com o apoio das suas famílias e grupos terapêuticos. Apesar disto, a mobilização destes recursos é complexa e difícil de atingir em todas as suas vertentes.

Um dos aspetos necessariamente também muito valorizados durante o estágio foi a prestação de cuidados que respeitem os antecedentes culturais, as crenças e os valores dos indivíduos. Uma vez que quer na ESCM quer no serviço de internamento psiquiatria verificou-se uma grande variabilidade cultural, foi feito esforço para prestar cuidados culturalmente competentes, o que implicou compreender e honrar o contexto cultural único da pessoa.

Entre outras, estas estratégias permitiram-nos, enquanto enfermeiros especialistas prestar cuidados abrangentes que apoiem a saúde mental e o bem-estar dos indivíduos ao longo do ciclo de vida, dentro dos seus contextos sociais e culturais únicos.

6.3. Competências de Mestre

Um mestrado é um grau académico avançado que se segue à obtenção de um diploma de licenciatura, que permite aos estudantes adquirir conhecimentos e competências mais aprofundados numa determinada área de estudo ou profissão, neste caso em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Este curso de mestrado é desenvolvido com base numa componente teórica e prática que requer a aplicação dos conhecimentos e competências aprendidos numa área específica. No entanto, independentemente da especificidade do curso de mestrado este implica também a obtenção de conhecimentos e habilitações transversais a todos os cursos de mestrado (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Com base neste pressuposto é importante demonstrar que estas competências foram igualmente conseguidas, com a realização deste curso, a par do desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em ESMP.

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que se sustente nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

Um mestrado em Enfermagem representa um nível avançado de formação neste domínio, que pode ser demonstrado através de uma prática clínica avançada, requerendo conhecimentos clínicos mais profundos e capacidade de prestar cuidados mais abrangentes a pessoas com condições de saúde mais complexas.

Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que permita e constitua a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

Tal como já foi descrito ao nível das competências comuns do enfermeiro especialista, o grau de mestrado confere ao estudante uma base para o desenvolvimento e a aplicação de conhecimentos, desde a realização de investigação, a sua aplicação à prática com emprego dos conhecimentos e

competências adquiridos ao nível do mestrado na prestação de cuidados. Para além disso, o mestre em Enfermagem confere um conhecimento profundo das teorias de Enfermagem assim como a sua integração na prática. Este estatuto também confere ao enfermeiro o papel de educador dos restantes pares, devendo por isso promover uma cultura de aprendizagem contínua no seu local de trabalho.

- 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;

Outra das características comuns do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem é a capacidade de dotar os enfermeiros de conhecimentos e aptidões que podem ser aplicados na resolução de problemas em situações desconhecidas e em contextos multidisciplinares. O grau de mestre capacita o enfermeiro para que este possa ser capaz de transferir os seus conhecimentos para contextos novos e desconhecidos, com base no pensamento crítico, sendo capaz de identificar problemas, gerar e avaliar potenciais soluções e implementar a melhor opção.

- 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 a responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; Um mestre em Enfermagem não desenvolve apenas as suas competências e conhecimentos específicos na área de especialidade, este também aperfeiçoa a sua capacidade de tomar decisões, de resolver problemas de acordo com uma compreensão profunda dos princípios éticos que orientam a prática de Enfermagem. Estas capacidades avançadas são demonstradas pela capacidade de integrar conhecimentos provenientes de uma variedade de fontes, incluindo a teoria de Enfermagem, a evidência da investigação, a experiência clínica e as

preferências dos utentes, para fundamentar a sua tomada de decisões e a resolução de problemas. O enfermeiro demonstra esta capacidade ao tomar decisões informadas que consideram todas estas facetas, resultando em cuidados centrados na pessoa.

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

A comunicação é uma competência essencial para todos os enfermeiros, e que foi desenvolvida ao longo deste mestrado, não só em contexto de estágio como em contexto académico. O enfermeiro especialista e mestre deve ser capaz de comunicar eficazmente informações complexas a vários públicos, incluindo outros profissionais de saúde, utentes ou familiares.

Para além da comunicação entre profissionais de saúde, atribuímos especial importância a esta competência sobretudo, para a capacidade de o enfermeiro comunicar eficazmente com os utentes, ao assumir o papel de educador. Esta capacidade implica não só a capacidade de traduzir informações médicas complexas, como esta deve fazê-lo adaptando a comunicação ao nível de literacia em saúde da pessoa.

Ainda dentro deste item, o enfermeiro mestre deve desenvolver a sua comunicação escrita, de forma clara e concisa, assim como demonstrar ser capaz de elaborar apresentações em contextos académicos ou nouro tipo de audiências, de forma a apresentar os seus trabalhos e projetos com recurso à tecnologia.

- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo;

O mestre em Enfermagem detém a capacidade necessária para desenvolver aprendizagens ao longo da vida, assumindo essa responsabilidade pelo seu próprio desenvolvimento profissional, procurando oportunidades de aprendizagem e aplicando os novos conhecimentos à sua prática. Este empenho

na aprendizagem contínua garante que permaneçam competentes e eficazes na sua prática, mesmo quando os cuidados de saúde evoluem e avançam.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento da profissão de Enfermagem na área de saúde mental tem sido moldado por uma multiplicidade de fatores históricos, sociais e científicos. Em função disso, o enfermeiro especialista em ESMP tem mantido o seu contributo, desempenhando um conjunto de papéis e responsabilidades, como parte integrante da prestação de cuidados de alta qualidade e centrados na pessoa. Daí a necessidade de assumirem um compromisso de aprendizagem ao longo da vida, e que aqui se reflete em parte com a realização deste relatório, com a expectativa manter o impacto significativo na saúde e bem-estar das pessoas e da comunidade.

Após estes dois anos de aquisição e desenvolvimento de competências nesta área de especialidade podemos verificar que existem três conceitos basilares, a avaliação, a relação e a intervenção.

A avaliação de enfermagem é um primeiro passo crítico no processo de cuidados de enfermagem, uma vez que envolve a recolha de dados para uma posterior identificação de potenciais problemas. Para o domínio deste conceito o enfermeiro especialista em ESMP utiliza uma variedade de ferramentas de avaliação que serve como base para o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado e adaptado às necessidades únicas daquela pessoa.

Também a capacidade de o enfermeiro desenvolver uma relação terapêutica com os seus utentes é a pedra angular dos cuidados de saúde mental, baseada na confiança mútua, na empatia e no respeito, criando um ambiente seguro para que estes se expressem, explorem os seus sentimentos e se envolvam no processo de recuperação.

Por último, as intervenções de enfermagem que têm por objetivo oferecer cuidados holísticos que respondam as necessidades emocionais, psicológicas e físicas da pessoa. Estas intervenções assentam na relação terapêutica estabelecida, após uma avaliação adequada da pessoa, refletindo-se em cuidados centrados na pessoa, com o objetivo de promover o seu bem-estar e/ou recuperação.

Podemos tomar como exemplo disso, o projeto de intervenção apresentado neste relatório, onde foi possível perceber a importância do papel das artes como recurso que começa a ser mais amplamente compreendido, com a identificação da importância de reconhecer que os programas de intervenção das artes podem dar origem a reduções significativas da depressão, da ansiedade e do stress.

Enquanto enfermeiro especialista em ESMP, foram diversas as intervenções aprendidas, sobretudo de carácter psicoterapêutico, nos mais variados contextos e de acordo com as necessidades específicas da pessoa. No entanto, realçam-se as oportunidades em que foi possível utilizar os MA-E, especialmente no contexto do projeto de intervenção, que permitiram o envolvimento da arte e da saúde, visivelmente com ganhos para o bem-estar da pessoa. Relativamente a este projeto, percebemos que é necessário o reconhecimento e o desenvolvimento de investigação robusta que possa apoiar a utilização destas abordagens mais alternativas em saúde mental.

Apesar do percurso de aprendizagem experienciado, descrito neste relatório, o aumento de conhecimento nesta área de especialização não termina nesta etapa nem é apenas resultado do percurso académico. Trata-se de uma evolução contínua, resultado de uma combinação de vários fatores como, a experiência prática cumulativa, a formação recebida no âmbito desta especialização, a necessidade de integrar resultados da evidência científica na prática clínica e a capacidade de refletir sobre a experiência aperfeiçoando o pensamento crítico. Esta integração progressiva de conhecimento, torna-nos mais capacitados para prestar cuidados de qualidade e mais centrados na pessoa, contribuindo para reforçar a visibilidade do enfermeiro especialista em ESMP como elemento diferenciado e fundamental no sistema de saúde, sobretudo nesta área de cuidados.

O impacto social dos problemas e doenças de saúde mental sublinha a necessidade de estratégias de saúde mental proactivas, holísticas e abrangentes. Ao enfrentar estes desafios, as sociedades não só apoiam os indivíduos afetados, como também constroem comunidades mais fortes, resistentes e coesas. Investir na área da saúde mental não é apenas uma questão de bem-estar individual; é fundamental para o bem-estar da sociedade em geral, o que permite incrementar um grau de satisfação a este percurso académico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackley Betty, Ladwing Gail, Makic Mary, Martina-Kratz Marina, & Zanotti, M. (2020). *Nursing Diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care* (12^a). Elsevier.
- Administração Regional do Algarve. (2020, Novembro 16). Rede de Cuidados Continuados Integrados. https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2020/11/Informacao_Vagas_02_11_2020.pdf
- Alligood, M. R. (2018). *Nursing Diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care*. Elsevier.
- Alligood Martha Raile. (2007). Rethinking Empathy in Nursing Education: Shifting to a Developmental View. In C. Sieloff & Frey Maureen (Eds.), *Middle Range Theory Development Using King's Conceptual System* (pp. 287–296). Springer Publishing Company .
- Almeida, J. (2011). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º relatório*.
- American Psychiatric Association. (2023). *Depression*. <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression>.
- Bach, S., & Grant, A. (2009). *Communication and Interpersonal Skills for Nurses* (1st ed.). Learning Matters.
- Barker, P. (2009). *Psychiatric and Mental Health Nursing - The craft of caring* (P. Barker, Ed.; 2nd ed.). Hodder Arnold.
- Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opipari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, 25(7), 509–517. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004315>
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. Guilford Press.
- Blomdahl, C., Guregård, S., Rusner, M., & Wijk, H. (2022). Recovery From Depression—A 6-Month Follow-up of a Randomized Controlled Study of Manual-Based Phenomenological Art Therapy for Persons With Depression. *Art Therapy*, 39(1), 13–23. <https://doi.org/10.1080/07421656.2021.1922328>
- Blomdahl, C., Wijk, H., Guregård, S., & Rusner, M. (2018). Meeting oneself in inner dialogue: a manual-based Phenomenological Art Therapy as experienced by patients diagnosed with moderate to severe depression. *The Arts in Psychotherapy*, 59, 17–24. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.08.006>
- Brito, M. (2021). *O Enfermeiro como Terapeuta de Referência nas Equipas de Saúde Mental Comunitária*. Ordem dos Enfermeiros.
- Chiang, M., Reid-Varley, W. B., & Fan, X. (2019). Creative art therapy for mental illness. *Psychiatry Research*, 275, 129–136. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.025>

- Clark, M. (2015). Co-production in mental health care. *Mental Health Review Journal*, 20(4), 213–219.
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459–470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>
- Decreto-Lei n.º 8/2010 do Ministério da Saúde. (2010). Diário da República, 1.ª série – n.º 19 – 28 de Janeiro de 2010. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/8-2010-616776>
- Druss, B. G., & Mauer, B. J. (2010). Health Care Reform and Care at the Behavioral Health-Primary Care Interface. *Psychiatric Services*, 61(11), 1087–1092. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.11.1087>
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
- Forchuk, C. (2021). From Therapeutic Relationships to Transitional Care: A Theoretical e Practical Roadmap. In C. Forchuk (Ed.), *From Therapeutic Relationships to Transitional Care*. Routledge.
- Global Burden of Disease Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Gonçalves, P., Sampaio, F., & Cerqueira, C. (2020). Processo de Enfermagem, CIPE e Sistemas de Informação. In C. Cerqueira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 87–89). Lidel.
- Haslam, S., Parsons, A., Omylinska-Thurston, J., Nair, K., Harlow, J., Lewis, J., Thurston, S., Griffin, J., Dubrow-Marshall, L., & Karkou, V. (2019). Arts for the Blues – a new creative psychological therapy for depression: a pilot workshop report. *Perspectives in Public Health*, 139(3), 137–146. <https://doi.org/10.1177/1757913919826599>
- Hu, J., Zhang, J., Hu, L., Yu, H., & Xu, J. (2021). Art Therapy: A Complementary Treatment for Mental Disorders. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.686005>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kuhney, F. S., Miklowitz, D. J., Schiffman, J., & Mittal, V. A. (2023). Family-Based Psychosocial Interventions for Severe Mental Illness: Social Barriers and Policy Implications. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 10(1), 59–67. <https://doi.org/10.1177/23727322221128251>
- Leininger, M., & McFarland, M. (2006). *Culture Care Diversity and Universality - a Worldwide Nursing Theory*. Jones and Bartlett Publishers.

- Liu, Z., Yang, Z., Xiao, C., Zhang, K., & Osmani, M. (2021a). An Investigation into Art Therapy Aided Health and Well-Being Research: A 75-Year Bibliometric Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 232. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010232>
- Liu, Z., Yang, Z., Xiao, C., Zhang, K., & Osmani, M. (2021b). An Investigation into Art Therapy Aided Health and Well-Being Research: A 75-Year Bibliometric Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 232. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010232>
- Mcallister, M., Matarasso, B., Dixon, B., & Shepperd, C. (2004). Conversation starters: re-examining and reconstructing first encounters within the therapeutic relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 575–582. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00763.x>
- McCormack, B., & McCance Tanya. (2016). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. Wiley-Blackwell.
- Mechanic, D., & Rochefort, D. A. (1990). Deinstitutionalization: An Appraisal of Reform. *Annual Review of Sociology*, 16(1), 301–327. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.16.080190.001505>
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2022). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Lippincott Williams & Wilkins.
- National Institute of Mental Health. (2023). *Bipolar Disorder*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder>.
- O. Nunes, R. Brites, & J. Hipólito. (2006). Psicoterapia Centrada no Cliente . In I. Leal (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 115–131). Pactor.
- OECD/EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*.
- Oliveira, C. S. D., & Lopes, M. J. (2010). Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 67–74.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros
- Parsons, A., Omylinska-Thurston, J., Karkou, V., Harlow, J., Haslam, S., Hobson, J., Nair, K., Dubrow-Marshall, L., Thurston, S., & Griffin, J. (2020). Arts for the blues – a new creative psychological therapy for depression. *British Journal of Guidance & Counselling*, 48(1), 5–20. <https://doi.org/10.1080/03069885.2019.1633459>
- Pessoa, Fernando (1982). *O Livro do Desassossego*. Tinta da China
- Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Macmillan Education UK. <https://doi.org/10.1007/978-1-349-10109-2>

- Pinho, L. G. de. (2020). Intervenção mFamiliar da Doença Mental Grave. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica Diagnósticos e Intervenções* (pp. 216–219). Lidel.
- Pinho, L., Correia, T., Lopes, M. J., Fonseca, C., Marques, M. do C., Sampaio, F., & do Arco, H. R. (2021). Patient-Centered Care for People with Depression and Anxiety: An Integrative Review Protocol. *Journal of Personalized Medicine*, 11(5), 411. <https://doi.org/10.3390/jpm11050411>
- Pinho, L., & Lopes, M. (2022). Brief ICF Core Set for Schizophrenia: Development of Criteria for Assessing the Degree of Disability. *Portuguese Journal of Public Health*, 40(1), 17–25. <https://doi.org/10.1159/000524422>
- Regulamento n.º 515/2018. (n.d.). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. In *Diário da República, 2ª série n.º 151, 7 Agosto de 2018*, pp. 21427-21430.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário da República, 2ª série, n.º 26, 6 de Fevereiro de 2019*.
- Ruesch, J., & Bateson, G. (2017). *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*. Routledge.
- Solomon, A. (2014). *The noonday demon: An atlas of depression*. Simon and Schuster.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). MODELO DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>
- Santos, B., Gonçalves, P., Sequeira, C., & Curto, P. (2020). Reestruturação cognitiva. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (pp. 186–192). Lidel.
- Santos, J. (2020). Políticas e Programas de Saúde Mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 11–14). Lidel.
- Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., & Whiteford, H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *The Lancet*, 370(9590), 878–889. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61239-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61239-2)
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020a). Classificações e Taxonomias . In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 24–30). Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020b). Modificação do Comportamento. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (pp. 193–198). Lidel.
- Sousa, T. V, Viveiros, V., Chai, M. V, Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, A. C., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the

- Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>
- Torres, A., Monteiro, S., Pereira, A., & Albuquerque, E. (2016). Reliability and Validity of the PH in Portuguese Women with Breast Cancer. *Future Academy*.
- Trigo Miguel. (2006). Psicoterapia Psicodinâmica Breve. In I. Leal (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 67–86). Pactor.
- Varcarolis Elizabeth. (2017). *Essentials of psychiatric mental health nursing: a communication approach to evidence-based care* (3rd ed.). Elsevier.
- Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P., & Merkouris, A. (2015). The ethical dimension of nursing care rationing: A thematic synthesis of qualitative studies. *Nursing Ethics*, 22(8), 881–900. <https://doi.org/10.1177/0969733014551377>
- Watson, J. (2017). *Nursing: The philosophy and science of caring*. University Press of Colorado.
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. World Health Organization.
- World Federation for Mental Health. (2012). *Depression: a Global Crisis - World Mental Health Day*.
<https://www.wfmh.org/2012DOCS/WMHDay%202012%20SMALL%20FILE%20FINAL.Pdf>.
- Zubala, A., MacIntyre, D. J., & Karkou, V. (2017). Evaluation of a brief art psychotherapy group for adults suffering from mild to moderate depression: Pilot pre, post and follow-up study. *International Journal of Art Therapy*, 22(3), 106–117.
<https://doi.org/10.1080/17454832.2016.1250797>

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do projeto de intervenção: **ExpressArte** - utilização de mediadores expressivos em Saúde Mental

Identificação da Mestranda: Gina Baptista, enfermeira no CHUA, a realizar Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

Orientadora do Projeto: Prof^ª. Lara Pinho, docente adjunta na Escola Superior Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora

Para a concretização deste projeto prevê-se a realização de:

- . uma entrevista com aplicação de instrumentos de medida apropriados aos participantes definidos no projeto
- . participação em 3 sessões semanais de expressão artística em grupo (desenho e pintura com utilização de diversos materiais).

Aceitando participar, a autora respeitará as seguintes condições:

- . A sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo, garantindo o anonimato da sua identidade, assim como a confidencialidade das informações transmitidas;
- . Poderá ser obtida captação de imagem através de fotografia para documentação das sessões, com a garantia da não identificação dos participantes;
- . Caso sejam identificadas necessidades clínicas, a autora assume o compromisso de proceder ao devido encaminhamento;
- . Poderá contactar a autora a qualquer momento por e-mail: gbaptista@chua.min-saúde.pt

Informado das condições anteriormente referidas e dos objetivos deste projeto, declaro que aceito participar no mesmo, sendo entrevistado, não tendo sido sujeito a quaisquer pressões para o efeito.

Nome do(a) participante _____

Assinatura do(a) participante _____

Assinatura do enfermeiro _____

Data ___/___/_____

Entrevista inicial	
Informação básica	(Informação sobre: idade, sexo, situação familiar, situação laboral, estado de saúde/medicação, interesses/hobbies)
Estado atual de bem-estar psicológico	<p>Se pudesse usar apenas uma frase para se descrever, qual seria essa frase?</p> <p>Como pensa que os outros o podem descrever?</p> <p>Como é que se sente num dia normal?</p>
Identificação das principais áreas problemáticas e estratégias de sobrevivência	<p>O que é a depressão para si?</p> <p>Como a descreveria?</p> <p>Quando é que começou a sentir-se deprimido (a)?</p> <p>Consegue localizá-la no tempo?</p> <p>Consegue ligá-la a um acontecimento /situação particular?</p> <p>Tem alguma estratégia em particular para quando se sente deprimido? Costuma resultar?</p> <p>Como gostaria de estar?</p> <p>O que precisaria de mudar para que isto acontecesse?</p>
Experiência com utilização de mediadores artístico-expressivos e expectativas	<p>O que pensa sobre iniciar este projeto com recurso à expressão criativa?</p> <p>Teve alguma experiência anterior?</p> <p>Quais são as suas expectativas?</p>
Objetivo a alcançar	O que espera alcançar com este internamento e com a participação neste projeto de intervenção?

Apêndice III - Resumo da estrutura e conteúdo teórico das sessões da intervenção

Tarefa	Descrição	Objetivo terapêuticos
Preparação	Preparar a sala, os materiais Preparar-se e fundamentar-se a si próprio	Conforto e contenção no espaço terapêutico Variedade de conteúdos bem organizada e flexível Preparar-se a si próprio – passar algum tempo a sala para se concentrar, resolver quaisquer incertezas no conteúdo
Introdução	Apresentação dos enfermeiros e dos participantes Apresentação dos limites de tempo Apresentação de uma breve antevisão cronológica do workshop; normalização de quaisquer preocupações do utente sobre a sua competência	Construir uma relação terapêutica e/ou de grupo Permitir a autonomia
Segurança, ética e limpeza	Descrever os efeitos potenciais da intervenção e as precauções de segurança Explicar aos participantes a responsabilidade pela segurança na atividade, o direito de se retirarem e convidar os participantes a exprimirem as suas necessidades iniciais Estabelecer, de forma colaborativa, regras básicas (ou seja, confidencialidade, respeito, atitude de não julgamento) Manutenção do espaço	Criar um ambiente terapêutico seguro e contido Promover a autonomia no âmbito da aliança terapêutica e da coesão do grupo Promover a coesão do grupo Conforto e contenção no espaço ou organização terapêutica
Explicar a depressão e a intervenção	Breve explicação da depressão e dos mecanismos de intervenção	Criar confiança, segurança e esperança na intervenção através de uma explicação clara do processo
Definição de objetivos e partilha	Convidar os participantes a ouvirem os seus corpos (fechando os olhos, opcionalmente) de forma a determinarem um objetivo pequeno e manejável para trabalharem durante a sessão. É importante que o objetivo para esta sessão de tempo limitado não seja demasiado esmagador, angustiante ou simplesmente inatingível dentro do tempo concedido.	Resolução de problemas e planeamento; aumentar a consciência e a perceção Identificar, sentir e exprimir emoções
Expressão criativa	Sensibilizar os participantes para o facto de que irão partilhar a sua expressão criativa. Convidar os participantes a sentirem e a concentrarem-se nas respostas corporais ao seu objetivo e permitir que a sua imaginação evoque imagens, cores, palavras, texturas, ritmos, sons, movimentos, sensações, etc., em resposta a esta experiência Convidar os participantes a trabalharem com a modalidade sugerida para exprimirem e alargarem criativamente esta experiência interior.	Conforto e contenção Identificar, experimentar e exprimir emoções; cultivar a autoestima Desenvolver a autonomia e a atividade Experimentar pensamentos e ações

Apêndice III - Resumo da estrutura e conteúdo teórico das sessões da intervenção

	<p><i>(No início) Fechem os olhos e concentrem-se com o vosso objetivo. Sintonzem-se com isso.</i></p> <p><i>Pode não haver palavras para descrever a forma como o objetivo se relaciona com os seus sentidos corporais, pode ser apenas um sentimento mais geral que não consegue pôr em palavras.</i></p> <p><i>Enquanto se concentra nesta questão, o que é que lhe surge em termos de imagem, cores, palavras, textura, ritmo, som, movimento? Permita que essas imagens, palavras ou movimentos se revelem.</i></p> <p><i>Escolha uma, duas ou todas as três formas de trabalhar e comece a experimentar - faça uma imagem ou escreva palavras que lhe surgir em relação ao seu objetivo.</i></p> <p><i>Deixe-se guiar pela expressão criativa e siga o que surgir sem pensar demasiado nisso.</i></p> <p><i>(A meio) Estamos a meio deste processo. Poderá querer considerar se há alguma coisa que queira acrescentar à expressão, alguma coisa que queira desenvolver mais ou processar de forma diferente, se quer passar para uma forma diferente de expressão, ou construir sobre o que já tem? Está satisfeito com o processo, ou falta alguma coisa? Está de acordo com o que lhe surgiu em relação ao seu objetivo?</i></p> <p><i>(No final) Chegámos ao fim desta parte, por isso, por favor, dedique alguns segundos a encerrar a sua atividade</i></p>	
--	---	--

Apêndice III - Resumo da estrutura e conteúdo teórico das sessões da intervenção

<p>Partilha e criação em todo o grupo</p>	<p>Convidar os participantes a partilhar com os outros a sua expressão criativa e o seu significado pessoal ou como se relaciona com o seu objetivo. Os participantes escolhem o que querem revelar.</p> <p>Convidar os participantes a partilhar a sua experiência da atividade e tudo o que aprenderam com elas, assim como a forma como vão aplicar esta aprendizagem nas suas vidas durante a próxima semana</p> <p>Convidar todos os participantes a exprimirem as suas respostas finais a esta experiência de grupo</p> <p><i>Como é que foi exprimir-se de forma criativa?</i> <i>Como foi partilhar isso com outras pessoas?</i> <i>Como é que foi testemunhar a expressão de outra pessoa? O que aconteceu ao seu objetivo?</i> <i>O que é que os deixa inseguros ou inquietos?</i> <i>O que é que eles vão levar (figurativamente) do workshop? Têm alguma pergunta a fazer?</i></p>	<p>Aumentar o apoio social; fomentar a autonomia e a ação</p> <p>Reunir conhecimentos sobre o passado, o presente e o futuro; integrar uma narrativa pessoal; praticar novas formas de ser; partilhar o trabalho criativo com os outros</p> <p>Colaboração para o desenvolvimento interpessoal; aliança terapêutica com todo o grupo</p> <p>Contemplar as perceções atuais do eu/outro; reunir as perceções do passado, do presente e do futuro; estender-se para o futuro adicionando as lições aprendidas e as capacidades desenvolvidas para uma compreensão coerente do eu</p>
<p>Encerramento</p>	<p>Fornecer aos participantes uma lista de recursos para o caso de se sentirem perturbados após a sessão</p> <p>Permitir tempo extra na sala para o caso de os participantes quiserem ficar e estabelecer contacto uns com os outros ou falar informalmente com os enfermeiros após a sessão</p>	<p>Fornecer uma lista de recursos para o caso de se sentirem perturbados após a sessão</p>

Adaptado de (Parsons et al., 2020)

Entrevista final	
Expectativas e realidade da participação no projeto de intervenção	A experiência de arte foi semelhante ou diferente do que se esperava?
Sentimentos durante e após as sessões de grupo	<p>Consegue lembrar-se de um momento (os) durante as suas sessões de terapia que lhe pareceram particularmente importantes?</p> <p>O que aconteceu?</p> <p>Qual foi a sensação?</p> <p>Como se sentiu após as sessões de grupo?</p> <p>Esses sentimentos eram semelhantes ou diferentes entre as sessões?</p>
Estado atual do bem-estar psicológico	<p>Como se está a sentir agora?</p> <p>É assim que se sente nos últimos dias?</p>
Experiência com a utilização dos mediadores artístico-expressivos	<p>O que mais lhe agradou nas intervenções com expressão artística?</p> <p>Do que é que não gostou?</p> <p>Gostaria de continuar este projeto em particular?</p> <p>Recomendá-lo-ia a outras pessoas que sofrem de depressão?</p> <p>Gostaria de partilhar outros pensamentos/experiências da sua participação neste projeto?</p>