



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

**O Processo de *Recovery* na pessoa com
experiência de doença mental**

Cláudia Paciência Santos

**Lisboa
2020**

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

**O Processo de *Recovery* na pessoa com
experiência de doença mental**

Cláudia Paciência Santos



Orientador: Professora Doutora Luísa Maria Correia de Azevedo
d'Espiney



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Luísa d'Espiney, pela disponibilidade e entrega na orientação pedagógica, pela partilha de conhecimentos, pela motivação e por me guiar nesta longa jornada.

À Enfermeira Martina e à Enfermeira Cristina, pela disponibilidade, pela entrega e partilha de conhecimento.

Aos clientes, pela disponibilidade de partilha e pelas oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram.

Aos colegas de Mestrado, pelo companheirismo, pela alegria e motivação.

Aos meus pais, pelo apoio constante nos momentos mais difíceis, pelo seu amor incondicional e porque sem eles não seria possível este caminho.

Ao meu namorado, pelo apoio diário e motivação e porque sem ele não teria sido possível este caminho.

A todos o meu Muito Obrigado!

Há sempre flores para quem quer vê-las.

Henri Matisse

RESUMO

O presente relatório centra-se na pessoa com experiência de doença mental e no seu processo de *recovery*. A temática subjacente ao relatório surge da necessidade de promover o processo de recuperação pessoal das pessoas com experiência de doença mental. A experiência de doença mental frequentemente conduz a sofrimento, incapacidade na realização de atividades de vida diária, diminuição da capacidade de trabalho e conduz a alterações na capacidade de as pessoas se relacionarem com os outros e com o ambiente. O *recovery* é o trabalho que o próprio realiza sobre si próprio tendo em vista melhorar a sua capacidade de realização enquanto pessoa.

Assim, surge a necessidade de compreender como é que o enfermeiro promove o processo de *recovery* da pessoa com experiência de doença mental. Para dar resposta a este objetivo geral realizei dois estágios, cada um deles com a duração de nove semanas, um num serviço de internamento de psiquiatria e outro num serviço de psiquiatria na comunidade. Ao longo dos estágios foram aprofundados os conhecimentos acerca do processo de *recovery*, foram mobilizadas estratégias de intervenção de enfermagem promotoras do processo de *recovery* e realizada a avaliação das potencialidades das pessoas com experiência de doença mental. Com vista à concretização destes objetivos desenvolvi intervenções psicoterapêuticas individuais e de grupo, realizei e observei entrevistas de ajuda, participei em entrevistas familiares e em visitas domiciliárias. Para avaliação das intervenções utilizei a observação e a comunicação verbal e não verbal com as pessoas.

O estágio permitiu perceber que os cuidados centrados sobretudo nos sinais e sintomas da doença e na correção do defeito não promovem o processo de recuperação pessoal. Contudo, o estágio e as diferentes experiências de relação permitiram perceber a importância e as potencialidades da abordagem centrada no cliente e nas suas capacidades, habilidades e forças.

A experiência das diferentes relações com pessoas com experiência de doença mental permitiu perceber as potencialidades de uma intervenção que investe nas relações, na aliança terapêutica, na família, na esperança, na inclusão, na vida com propósito e significado, na recuperação do controlo e decisão sobre a própria vida, na tomada de risco positiva e na identidade como partes indissociáveis da pessoa e essenciais ao seu processo de recuperação pessoal.

O *recovery* é um processo individual que é conduzido pelo próprio, e para quem o enfermeiro é um parceiro que ajuda a pessoa a reencontrar-se e a redescobrir-se

para uma vida além da experiência de doença mental. Contudo, sem que os enfermeiros e os profissionais de saúde assumam os cuidados centrados na pessoa este trabalho torna-se num processo muito difícil.

PALAVRAS-CHAVE: *Recovery*, Enfermagem, Experiência de Doença Mental

ABSTRACT

This report has its focus on the person that experiences mental disease and its recovery process.

The theme underlying this report borrows on the necessity of promoting the recovery process of people experiencing mental illness. Mental illness experience often causes suffering, inability to perform daily life activities, decrease on work capability and leads to changes in the person's ability to relate with others and with its environment.

Recovery is the work that one does with himself, aiming to improve its ability to perform as a person.

Therefore, the need to understand how the nurse promotes the recovery process of the person experiencing mental illness arises. To meet this general objective, two clinical practices were carried out, one in a psychiatric inpatient ward and the other in a psychiatric community service, each lasting nine weeks. Throughout the clinical practices, knowledge about the recovery process was deepened, nursing intervention strategies promoting the recovery process were mobilized and the potentialities of people with mental illness experience were assessed. In order to achieve these goals, I developed individual and group psychotherapeutic interventions, observed and conducted help interviews, and participated in family interviews and home visits. To assess the intervention's results, I used observation and verbal and non-verbal communication.

This clinical practice allowed the realization that all nursing care centered mainly in disease's signs and symptoms or in the correction of defect do not promote recovery personal process.

However, the same clinical practice plus the different relation experiences allowed the understanding of the importance and potential of the client-centered approach, regarding its capabilities, skills and strengths.

The experience of different relations with people experiencing mental illness allowed the perception of the potential in an intervention that invests in nurse-client relations, therapeutic alliances, family, hope, inclusion, in a life with purpose and meaning, in regaining control and decision about one's own life, in positive risk taking and in identity, as one's inseparable parts and essential to one's personal recovery process.

Recovery is an individual process that must be always conducted by the person himself, in which the nurse is a partner who helps in the rediscovery of himself for a life

beyond mental illness experience. However, this work is not feasible if nurses do not assume person-centered care.

KEYWORDS: Nursing; Recovery; Mental Illness Experience

LISTA DE ABREVIATURAS

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. A EXPERIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL.....	12
2. O PROCESSO DE RECOVERY NA PESSOA COM EXPERIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL.....	14
2.1. Saúde Mental.....	14
2.2. O Processo de Recovery.....	15
2.3. Intervenção do EESMP na promoção do <i>Recovery</i>	23
3. PROMOÇÃO DO PROCESSO DE RECOVERY	30
3.1. Estágio em contexto de internamento	30
3.2. Estágio em contexto comunitário	34
3.3. Estratégias para a promoção do Processo de Recovery.....	36
3.4. Pessoas com experiência de doença mental	36
3.5. Promover o Recovery	38
3.6. Aquisição e desenvolvimento de Competências do EESMP	54
REFLEXÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
APÊNDICES	
APÊNDICE 1 - <i>Tidal Model</i> : Os 10 Compromissos e as 20 Competências	
APÊNDICE 2 – Estrela do <i>Recovery</i>	
APÊNDICE 3 – Avaliar as Forças	
APÊNDICE 4 – Guião de Entrevista	
APÊNDICE 5 – Programa de Intervenção Psicoterapêutica em Grupo	

INTRODUÇÃO

Ao longo do meu percurso profissional como enfermeira na área de saúde mental deparei-me frequentemente com um cuidar centrado nos défices da pessoa, na sua doença e nas limitações que a experiência de doença mental traz aos clientes. Perante isto, senti a necessidade de focar as minhas intervenções naquelas que eram as potencialidades da pessoa. Trabalho num serviço de longo internamento de psiquiatria e o que vivencio é uma experiência de pessoas que face às dificuldades que apresentam na realização das atividades de vida diária, na relação com o outro e a nível cognitivo acabam por ficar institucionalizadas vários anos ou toda a vida, sem um processo reabilitativo focado e centrado nelas próprias, conduzindo a um nível baixo de bem-estar e de qualidade de vida (Blomqvist, et al, 2018).

Perante a ausência de intervenções focadas na reabilitação destas pessoas senti necessidade de procurar respostas para as minhas preocupações e questionei-me acerca do meu papel enquanto enfermeira na reabilitação psicossocial da pessoa com experiência de doença mental.

Neste sentido, surge o *recovery*, que tem como enfoque alcançar uma existência com significado apesar das incapacidades permanentes (Saraiva & Cerejeira, 2014), contribuindo para o bem-estar, redução de estigma e autoestigma da doença, melhoria da autoestima e promoção do *empowerment* (Carvalho & Cordeiro, 2018).

Tendo em consideração a importância da minimização do impacto da doença mental no cliente e a revisão da literatura efetuada acerca do processo de *recovery*, ao longo dos estágios optou-se por intervir ajudando as pessoas no desenvolvimento de uma identidade positiva, apoiá-las no seu caminho, empoderá-las, dando ênfase sobretudo aos relacionamentos com os pares, profissionais, familiares e recursos da comunidade (Slade, 2011; Stickley et al., 2016). Para tal, utilizei como referencial teórico o “Cuidar Baseado nas Forças” de Laurie Gottlieb - esta é uma abordagem que considera a totalidade da pessoa, centrada no que está a trabalhar e a funcionar bem, no que a pessoa faz de melhor, e nos recursos de que os indivíduos dispõem e que os ajudam a lidar mais eficazmente com a sua vida, saúde e desafios dos cuidados de saúde.” (Gottlieb, 2016, p.1) – e o Tidal Model – que nos diz que tudo o que uma pessoa pode ser é “história” e que só conhecemos quem as pessoas são pelas histórias em que falam de si mesmas ou pelas histórias que outras pessoas contam sobre elas. Neste sentido, o crescimento e desenvolvimento das pessoas é realizado

através de narrativas como meio pelo qual as pessoas se conhecem e sabem melhor o que as incomoda (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Para ambos os estágios definiu-se como objetivo geral: compreender como é que o enfermeiro promove o processo de *recovery* da pessoa com experiência de doença mental e como objetivos específicos: 1) Aprofundar os conhecimentos acerca processo de *recovery*; 2) Mobilizar estratégias de intervenção de enfermagem promotoras do processo de *recovery*; 3) Avaliar as potencialidades da intervenção baseada no *recovery* das pessoas com experiência de doença mental.

Para a concretização destes objetivos realizei revisão da literatura acerca do processo de *recovery* e acerca de intervenções do EESMP promotoras do mesmo; realizei entrevistas com recurso ao guião de entrevista do Tidal Model (Apêndice 5) centrando-me na história pessoal dos clientes, elaborei dois estudos de caso, um em internamento e um na comunidade; implementei estratégias de intervenção psicoterapêuticas baseadas no *recovery* que visam a autoexploração, autodescoberta do cliente, das suas forças e potencialidades; e desenvolvi intervenções psicoterapêuticas em grupo numa perspetiva de *recovery*, no contexto de estágio na comunidade.

Para atingir os objetivos definidos foi essencial um processo de reflexão crítica constante, que foi possível através realização de notas de campo, de jornais de aprendizagem e de reuniões com docente e com enfermeiro orientador.

A realização dos estágios teve também como finalidade o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. Contudo, tendo em consideração a problemática apresentada foquei-me maioritariamente no meu desenvolvimento enquanto instrumento terapêutico, na aplicação de intervenções psicoterapêuticas e na promoção da reabilitação psicossocial da pessoa com experiência de doença mental (Regulamento n.º 140/2019).

Para a realização dos estágios definiram-se os seguintes objetivos específicos: 1) Desenvolver conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeiro e a capacidade de mobilização de mim mesma como instrumento terapêutico; 2) Desenvolver conhecimentos que me permitam aplicar técnicas psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas; 3) Desenvolver competências que me permitam promover a máxima autonomia da pessoa com doença mental, funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social.

O presente relatório encontra-se dividido em dois capítulos: 1) o enquadramento conceptual e a promoção do processo de *recovery*. No capítulo 1 define-se a problemática e os conceitos teóricos essenciais para dar resposta ao objetivo geral do estágio. No capítulo 2 é feita uma breve descrição dos locais de estágio e das atividades desenvolvidas em cada contexto. Neste capítulo optei por descrever o trabalho desenvolvido com duas pessoas com experiência de doença mental (o Pedro e o João), os quais pude acompanhar ao longo de ambos os estágios, em contexto de internamento e em contexto comunitário. Descrevo ainda o trabalho desenvolvido com o Tiago que acompanhei em contexto comunitário e o percurso de relação com a Maria, que acompanhei apenas no internamento, pelo significado que esta relação teve no meu crescimento. Note-se que os nomes utilizados são nomes fictícios, por forma a proteger a identidade dos clientes. Por último, é realizada uma reflexão acerca da aquisição e desenvolvimento de competências de EESMP e comuns de enfermeiro especialista.

1. A EXPERIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL

As diversas doenças mentais surgem como contraposição a um estado saúde mental positivo ou de bem-estar mental e têm “um impacto altamente gravoso em vários domínios da vida das pessoas, famílias e sociedade” (Almeida, 2018, p.55).

O impacto que a doença tem traduz-se em sofrimento psíquico, em níveis elevados de incapacidade nas atividades de vida diária, no trabalho, e perturba as capacidades relacionais e produtivas das pessoas. Este impacto traduz-se também em dificuldades em lidar com as limitações, sintomatologia e estigma associados à condição de pessoa com experiência de doença mental (Almeida, 2018; Carvalho & Cordeiro, 2018).

Muitas pessoas com experiência de doença mental vivem agora na comunidade. O fecho de hospitais psiquiátricos aumentou o seu número, mas muitas dessas pessoas vivem isoladas. Muitos serviços de saúde e a própria comunidade falharam no *empowerment* dos seus clientes, no envolvimento dos mesmos com a vizinhança local e em viver em parceria com as comunidades e no reconhecimento do seu potencial enquanto pessoa, independentemente da presença de uma doença mental (Jacob, 2015).

As pessoas com experiência de doença mental grave continuam ainda a ter sintomas positivos residuais da sua doença, sintomas negativos significativos e défices cognitivos marcados. Um número significativo de pessoas com experiência de doença mental grave não atinge o seu nível de funcionalidade pré-mórbido, conduzindo a incapacidade para manter o emprego e a uma funcionalidade muito abaixo do seu potencial anterior. Algumas destas pessoas parecem estar a viver em comunidade, mas não se encontram a viver uma vida com objetivo e propósito e muitas são incapazes de voltar a encontrar esse mesmo propósito e objetivos de vida (Jacob, 2015).

De acordo com o OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde) os transtornos mentais são muito prevalentes na Europa e têm um impacto francamente significativo na vida de cada pessoa e na sociedade. Os transtornos mentais representam cerca de 22% da carga de incapacidade em toda a União Europeia, medida em anos vividos com incapacidade. Já em Portugal, os números são também preocupantes, uma vez que 23,8% dos anos vividos com incapacidade associados à presença de doenças, correspondem a doenças mentais ou do comportamento (OPSS, 2019).

Neste sentido, as pessoas com experiência de doença mental grave têm dificuldades e limitações na sua vida quotidiana e experienciam um nível baixo de bem-estar e de qualidade de vida (Blomqvist, et al, 2018).

De acordo com Blomqvist, et al (2018), as pessoas com experiência de doença mental referem que ser capaz de sair de casa, ter algo para fazer no exterior, sair para trabalhar se possível e socializar com outras pessoas, ter amigos, família e profissionais que sejam um suporte é essencial para promover uma vida saudável.

Neste sentido, de acordo com o mesmo autor, a existência de profissionais que sejam capazes de ver as pessoas de forma individualizada e na sua totalidade, que mostrem um interesse genuíno nelas, na sua saúde e no viver saudável, é essencial para o bem-estar na vida quotidiana da pessoa com experiência doença mental grave (Blomqvist, et al, 2018 cit. Gunnmo & Fatouros- Bergman, 2011).

Assim, para dar resposta a esta problemática e às preocupações que advêm da minha experiência profissional surge o processo de *recovery*.

O *recovery* encontra-se definido como:

“a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even within the limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.” (Anthony, 1993, p.20).

Este processo de *recovery* sustenta-se na parceria, esperança, otimismo sobre o futuro, identidade, vida com significado e empoderamento e baseia-se também no princípio de que a pessoa pode não ter controlo total sobre os seus sintomas, mas poderá ter controlo sobre a sua vida. O objetivo deste processo é que a pessoa veja além dos problemas associados à experiência de doença mental, reconhecendo e fomentando as suas capacidades, interesses e sonhos (Townsend & Morgan, 2018; Jacob, 2015).

Neste sentido, perante a problemática, surge a seguinte questão: Como é que o EESMP promove o processo de *recovery* da pessoa com doença mental grave?

2. O PROCESSO DE RECOVERY NA PESSOA COM EXPERIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL

2.1. Saúde Mental

A saúde mental de acordo com a WHO (2018) corresponde a “um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades próprias, pode manejar as dificuldades da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutuosa, e é capaz de prestar uma contribuição para a sua comunidade”.

A este conceito de saúde mental encontra-se inerente o conceito de bem-estar e de saúde mental positiva. O conceito de bem-estar encontra-se relacionado com “sentimentos de satisfação com a vida, emoções positivas, ausência de emoções negativas, sensação de realização pessoal e de produtividade, bem como sentimentos de vitalidade e energia, ligados a bem-estar físico” (Almeida, 2018, p.27). Relativamente ao conceito de saúde mental positiva este dá um maior ênfase aos recursos pessoais necessários para uma capacidade positiva e criativa face aos desafios da vida e na capacidade para ter relações interpessoais satisfatórias (Almeida, 2018).

Pode afirmar-se que, geralmente, o conceito de saúde mental se encontra associado à ausência de doença mental. Contudo, apesar da ausência de doença contribuir para a saúde mental, não assegura, por si só, uma boa saúde mental. Assim, a saúde mental não corresponde diretamente a uma ausência de doença mental (Almeida, 2018 cit OMS, 2006), uma vez que uma pessoa com doença mental pode ter saúde mental (Almeida, 2018).

No entanto, as diversas doenças mentais surgem como contraposição a este estado saúde mental positivo ou bem-estar mental, conduzindo a sofrimento psíquico e perturbando as capacidades relacionais e produtivas das pessoas com experiência de doença mental (Almeida, 2018).

De acordo com outro autor, as pessoas com experiência doença mental grave têm dificuldades e limitações na sua vida quotidiana e experienciam um nível baixo de bem-estar e qualidade de vida (Blomqvist, et al, 2018). Neste sentido, para que as mesmas atinjam uma vida saudável é necessário que sejam reconhecidas no seu todo, pois só através desta visão - em vez de uma visão centrada na doença mental - é possível identificar, reconhecer e satisfazer as necessidades da pessoa no seu quotidiano (Blomqvist, et al, 2018).

De acordo com o estudo realizado por Blomqvist, et al (2018), os participantes referiram que ser capaz de sair de casa, ter algo para fazer no exterior, sair para trabalhar se possível e socializar com outras pessoas são aspetos importantes da vida convencional que gostariam de viver. Ter boas relações e uma vida social fora de casa foi descrito como sendo vital para o bem-estar. No mesmo estudo, os participantes referiram também que ter amigos, família e profissionais que sejam um suporte é essencial para promover uma vida saudável (Blomqvist, et al, 2018).

Ainda no que diz respeito ao bem-estar das pessoas com experiência de doença mental, a existência de profissionais que sejam capazes de ver as pessoas de forma individualizada e como uma pessoa no seu todo, e que mostrem um interesse genuíno nela, na sua saúde e no viver saudável, é considerada pelas mesmas significativo. Assim, ser ouvido, visto e reconhecido como indivíduo e numa relação de confiança é essencial para o bem-estar na vida quotidiana da pessoa com experiência de doença mental (Blomqvist, et al, 2018 cit. Gunnmo & Fatouros-Bergman, 2011).

2.2. O Processo de Recovery

De acordo com a OMS (2001) a Reabilitação Psicossocial é “um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados ou incapacitados devido a perturbação mental a oportunidade de atingir o seu potencial de funcionamento, na comunidade, o que envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais” (p. 62).

O termo reabilitação surgiu na década de 70 do século XX, embora alguns dos seus valores e princípios datem de há mais de 150 anos (Saraiva & Cerejeira, 2014).

A Reabilitação Psicossocial é considerada uma componente essencial da reabilitação em saúde mental, que visa recuperar ou adquirir capacidades para a vida em comunidade, através do desenvolvimento e treino de competências pessoais e sociais (Marques & Queirós, 2012).

No contexto da reabilitação tem sido desenvolvido o conceito de *recovery*, que é utilizado como uma forma de designar uma nova abordagem, um modelo, uma filosofia ou um paradigma. Essencialmente este conceito assenta numa ideia de otimismo em relação ao futuro (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Recovery não é uma nova palavra para definir reabilitação. A reabilitação é ainda frequentemente praticada e encontra-se associada ao modelo biomédico, uma

vez que não colocam a pessoa e os seus objetivos no centro de cuidados (WHO, 2017).

O conceito de *Recovery* não é fácil de definir. O mesmo foi sendo desenvolvido ao longo dos últimos anos e teve origem no chamado movimento de *empowerment* da pessoa (Saraiva & Cerejeira, 2014). De acordo com Stickley et al (2016), Deegan (1988) vê o *recovery* como um processo no qual a pessoa reconhece as suas incapacidades a nível social associadas aos seus problemas de saúde mental e reencontra um novo sentido do *self*. Anthony (1993) considera o *recovery* como:

“um processo único e profundamente pessoal de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, competências e papéis. É uma forma de viver uma vida satisfatória e esperançosa, ainda que com as limitações causadas pela doença. Recovery envolve a descoberta de um novo significado e propósito de vida, à medida que se vai além dos efeitos catastróficos da doença mental.” (Saraiva & Cerejeira, 2014, p.128)

Segundo o mesmo autor, o processo de *Recovery* pode prosseguir mesmo sem cura da doença e apesar da presença de sintomas e incapacidades. Neste sentido, a doença e o bem-estar da pessoa podem ser considerados variáveis independentes, ou seja, a saúde de uma pessoa não é determinada pela ausência ou presença de doença (Saraiva & Cerejeira, 2014).

O processo de *Recovery* tem como enfoque alcançar uma existência com significado apesar das incapacidades permanentes. Este processo encontra-se baseado numa filosofia humanista, e no coração desta filosofia está uma crença firme no potencial de todas as pessoas. Assim, o processo de *recovery* exige respeito pela singularidade de cada indivíduo e pela sua dignidade, através de uma atitude empática e de uma manutenção incondicional de uma atitude positiva perante a pessoa (Stickley et al., 2016; Saraiva & Cerejeira, 2014).

Os modelos de *recovery* assentam essencialmente nos princípios de otimismo, *empowerment* da pessoa com doença mental, tomada de decisão partilhada e combate ao estigma, promovendo um compromisso entre clientes e profissionais de saúde (Barker, Sanderson & Challen, 2014).

Este processo providencia uma visão holística da pessoa com experiência de doença mental que se foca na própria pessoa e não nos seus sintomas (Jacob, 2015).

Indo ao encontro deste pressuposto, de acordo com a WHO (2017) o processo de *recovery* não é sobre “ficar curado”, é sobre a pessoa ganhar controlo sobre a sua

identidade pessoal e sobre a sua vida. É também sobre ter esperança na sua vida e viver uma vida que tenha um significado para o próprio. Este processo pode ser desenvolvido através de trabalho, relações pessoais ou envolvimento na comunidade (WHO, 2017).

Enquanto a pessoa pode não ter controlo total sobre os seus sintomas poderá ter controlo sobre a sua vida. O objetivo deste processo não é a pessoa “livrar-se” dos seus problemas associados à experiência de doença mental, mas ver além deles, reconhecendo e fomentando as suas capacidades, interesses e sonhos. Esta visão surge em oposição ao conceito tradicional de doença mental e a algumas atitudes sociais que com frequência impõem limites e limitações à pessoa com experiência de doença mental (Jacob, 2015).

Neste sentido, o que importa perante este processo é se a pessoa vive a vida que quer viver, se atinge os seus objetivos pessoais, se tem amigos e se tem ligações com a comunidade. Assim, pode afirmar-se que o *recovery* acontece quando a pessoa se encontra a viver bem, independentemente da presença de doença mental e das consequências que a mesma lhe trouxe como por exemplo o isolamento, a pobreza, o desemprego ou discriminação (WHO, 2017).

Assim, o processo de *recovery* é profundamente influenciado pelas expectativas e atitudes da pessoa com experiência de doença mental e requer um sistema de suporte bem organizado que inclui a família, os amigos e/ou profissionais (Jacob, 2015).

Este processo poderá ser também definido como uma viagem de autodescoberta e crescimento pessoal em que a experiência de doença mental poderá providenciar oportunidades de mudança, reflexão, descoberta de novos valores, habilidades e interesses pessoais (Jacob, 2015).

Embora o *recovery* seja definido como um processo de descoberta, isto não significa que tenha um término. O *recovery* deve ser visto como uma jornada vitalícia de crescimento, aprendizagem, desenvolvimento de resiliência, gestão de obstáculos e celebração de sucessos (WHO, 2017).

Este é um processo individual e único para cada pessoa, e poderão existir momentos em que a pessoa se sentirá menos bem ou experienciar uma crise, mas uma abordagem centrada no *recovery* capacita a pessoa para aprender e desenvolver experiência a partir desses obstáculos e usar as suas habilidades desenvolvidas para a ajudar a atingir os seus objetivos (WHO, 2017).

Perante o presente conceito importa definir os componentes chave inerentes ao processo de *recovery*, que são: a inclusão, as relações, a esperança, a crença, a identidade, vida com propósito e significado, controlo e decisão sobre a própria vida, gerir altos e baixos e tomada de risco positiva (WHO, 2017).

A inclusão surge como elemento chave uma vez que é necessário que a pessoa seja capaz de aceder às mesmas oportunidades, serviços e recursos da comunidade como qualquer outra pessoa. É necessário também que a comunidade e a sociedade no seu todo assistam a pessoa na sua inclusão (WHO, 2017).

No que diz respeito às relações, estas são essenciais na vida de todas as pessoas. Ter amigos, companheiros, famílias, profissionais de saúde, equipa de suporte e grupo de pares tem um papel central no suporte da pessoa em *recovery* (WHO, 2017).

A esperança é considerada chave do processo de *recovery*, uma vez que sem esperança a pessoa poderá desistir do seu próprio processo de *recovery*. Esta esperança é frequentemente retirada da pessoa quando lhe é dito que tem uma doença crónica e que precisa de desistir de grande parte das suas atividades e expectativas. Acreditar que a mudança é possível é central para o *recovery*, e essa mudança pode ser fomentada através de relacionamentos inspiradores de esperança, em que amigos, companheiros, famílias, profissionais de saúde e equipa de suporte valorizam o sucesso e encorajam sonhos e aspirações (WHO, 2017).

A identidade é definida como a pessoa se vê como indivíduo e na relação com os outros e com a comunidade em que se insere. Quando a pessoa recebe um diagnóstico poderá perder o sentido de si mesma. O *recovery* surge como suporte para a pessoa reconstruir e redefinir a sua identidade, tal como para ultrapassar o seu autoestigma que poderá colocar em causa a sua identidade (WHO, 2017).

Ter uma vida com significado e propósito é essencial neste processo. O *recovery* surge como forma de a pessoa reconstruir ou encontrar significado e propósito para a sua vida. Os sonhos e aspirações surgem como forma de empoderar e suportar a pessoa nesta procura de significado e realização nas suas vidas (WHO, 2017).

O *empowerment* encontra-se inerente ao processo de *recovery* e empodera a pessoa e devolve-lhe o controlo para que a pessoa possa fazer escolhas e tomar decisões sobre a sua própria vida. A pessoa com experiência de doença mental é frequentemente retirada da decisão sobre o seu processo de tratamento. Uma

abordagem centrada no *recovery* respeita o direito de a pessoa exercer o seu direito legal de fazer as suas próprias escolhas. Este processo encoraja as pessoas a desenvolver e a fortalecer capacidades que as ajudam a compreender e a tomar controlo sobre a sua vida e bem-estar e dá suporte à pessoa para desenvolver capacidades que lhe permitam gerir momentos altos e baixos que interfiram com o seu bem-estar (WHO, 2017).

Para que ocorra um processo de *recovery* a pessoa deverá ser livre para correr os mesmos riscos e cometer erros como todas as outras pessoas. Este facto permite que a pessoa aprenda e cresça com as suas experiências. É importante que quando a pessoa embarca na tomada de risco positiva seja suportada pelos amigos, família ou profissionais (WHO, 2017).

Assim, a recuperação pessoal envolve a minimização do impacto da doença mental, através do seu enquadramento e autogestão e maximização do bem-estar através do desenvolvimento de uma identidade positiva, papéis sociais valorizados e relacionamentos interpessoais. O papel dos profissionais perante a recuperação pessoal do indivíduo é apoiá-lo no seu caminho (Slade, 2011).

Trabalhar para a recuperação da pessoa começa com o princípio fundamental de que as pessoas com doença mental são pessoas. Os valores nos quais assenta este processo são: apoiar a recuperação pessoal; ações dos profissionais centradas na identificação, desenvolvimento e suporte de medidas de aproximação às metas do indivíduo e princípio de que as pessoas são responsáveis pelas suas vidas. Assim, é necessário encontrar um equilíbrio no sentido de assumir responsabilidades com a pessoa em vez de pela pessoa, o que significa negociar e trabalhar numa relação de parceria transitando do *fazer por*, para *fazer em colaboração com*, até a pessoa ter a capacidade de fazer por si própria (Slade, 2011).

Perante este processo poderão surgir alguns obstáculos, nomeadamente, os estereótipos, o estigma e a discriminação, a pobreza, falta de qualidade nos serviços de saúde, falta de independência e controlo da pessoa com experiência de doença mental sobre a sua vida e falta de serviços e de apoios na comunidade (WHO, 2017).

Como fatores facilitadores para o processo de *recovery* surgem as relações interpessoais e o ambiente que envolve a pessoa e que inclui a comunidade, a sociedade e os serviços que lhe dão apoio. Estes fatores são considerados facilitadores quando providenciam esperança, *empowerment*, escolhas e

oportunidades para que a pessoa atinja todo o seu potencial enquanto indivíduo e enquanto membro da comunidade (WHO, 2017).

Assim, inerentes aos fatores anteriores surgem vários outros fatores facilitadores do processo de *recovery*, entre quais: confiança, esperança e otimismo; autoaceitação; responsabilidade; crença e estima; autoeficácia; autoconsciência; crescimento para além dos rótulos; recuperação de poder e autodeterminação; sentimento de pertença a uma cultura, sociedade ou comunidade; ser ativo; presença de espiritualidade; ter estratégias de *coping* e ter controlo sobre a vida e sobre tomadas de decisão. As relações de amizade, relações familiares de apoio, relacionamentos íntimos, parentalidade, relacionamento com os pares, ter animais de estimação, ter um profissional de saúde de referência, ter confiança e reconhecimento mútuos nas relações e relacionamentos esperançosos são considerados também fatores de facilitadores do processo de *recovery* (WHO, 2017).

Ser valorizado, comprometer-se com papéis significativos, fazer voluntariado, ter um emprego, uma carreira ou estudar, aprender sobre si e sobre a sua condição, pertencer a uma comunidade ou sociedade, ter conhecimento acerca de experiências semelhantes de outras pessoas são fatores facilitadores na medida em que permitem um envolvimento na procura por uma vida com propósito e significado (WHO, 2017).

Os serviços e apoios existentes na comunidade poderão ser também fatores facilitadores desde que sejam capazes de: proporcionar flexibilidade e continuidade nos cuidados, proporcionar tratamentos e terapias, dar sentimento de segurança, proporcionar apoio entre pares, proporcionar apoio na habitação e na comunidade, promover o apoio entre pares e proporcionar segurança financeira (WHO, 2017).

Destacam-se também:

A importância da intervenção familiar

De acordo com Pinho & Pereira (2015) o envolvimento ativo da família no processo de *recovery* do cliente com doença mental grave é de extrema importância.

“A família vivencia uma situação de desgaste psíquico devido a vários fatores como: o impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação a uma nova realidade, o estigma social, a dependência e as implicações da cronicidade da doença psiquiátrica que podem produzir sobrecarga, conflitos, sentimentos de incredulidade, perda do controlo, stress e medo de recaídas e do comportamento do doente durante as crises” (Pinho & Pereira, 2015, p.16).

Tendo em consideração a cronicidade da doença mental, os familiares encontram-se sujeitos a um fator stressor prolongado no tempo que se prende com a experiência de cuidar diariamente da pessoa com experiência de doença mental. De acordo com

os mesmos autores vários estudos têm comprovado que a presença de uma pessoa com experiência de doença mental na família conduz a uma elevada sobrecarga para os seus membros (Pinho & Pereira, 2015).

A intervenção familiar, nomeadamente através da psicoeducação, tem-se revelado muito eficaz na prevenção de recaídas e de reinternamentos dos clientes com experiência de doença mental e contribui para a promoção da recuperação das pessoas com experiência de doença mental e para preservar a saúde e a qualidade de vida dos membros da família, reduzindo a sobrecarga familiar e a emoção expressa (Pinho & Pereira, 2015).

Além da importância de uma avaliação do cliente e dos membros familiares, apenas através de uma abordagem sistémica familiar é possível intervir de uma forma eficaz e ajudar o cliente e a própria família no processo de recovery (Townsend & Morgan, 2018; Johnson & Ray, 2016).

A importância da aliança terapêutica

De acordo com Kvrjic et al (2013) a aliança terapêutica é definida como um vínculo afetivo e de parceria existente entre um terapeuta e o cliente. A aliança terapêutica compreende parceria, vínculo afetivo entre o cliente e o terapeuta e capacidade do cliente e do terapeuta trabalharem em concordância e em parceria relativamente aos objetivos, metas e aspirações do cliente em relação ao seu processo de recovery. A qualidade da própria aliança terapêutica é um fator preditivo da adesão ao projeto terapêutico e encontra-se também associado a um melhor funcionamento psicossocial, menor gravidade de sintomas e melhor qualidade de vida do cliente (Kvrjic et al, 2013).

Assim, para promover o processo de recovery é necessário investir na qualidade da relação terapêutica. É essencial que o enfermeiro aceite o cliente como ele é, com todas as suas qualidades e defeitos, e o incentive a viver a sua própria vida, apoiando-o nas suas decisões, ajudando-o no seu crescimento e desenvolvimento pessoal e a “tornar-se ele próprio”. (Melo, 2019, p.215). E é neste contexto que me dou conta de que para ajudar o cliente é necessário gostar dele, “o amor no cuidar em enfermagem é uma força motriz que nos compele a fazer o melhor pelo outro, promovendo o seu valor mais elevado.” (Pereira, 2015, p.217). Perante este investimento na relação terapêutica, os clientes ao sentirem-se aceites, compreendidos e fruto de investimento

pelos enfermeiros mais facilmente se comprometem com o seu processo de recovery (Gotllieb, 2016).

A importância do emprego

De acordo com a literatura, o emprego pode ser considerado fundamental para o ser humano, uma vez que, além de proporcionar sustento exerce um papel importante para a autorrealização, desenvolvimento da identidade, possibilita atingir metas e objetivos de vida, permite demonstrar habilidades e é importante para a sociabilidade do ser humano (Neves et al, 2018).

O emprego pode também trazer prestígio, possibilita ao ser humano manter-se em atividade, manter o contacto social e estabelecer relações interpessoais, além do sentimento de utilidade e de pertença. Todos estes fatores associados em emprego traduzem-se no seu conjunto em motivação e satisfação pessoal (Neves et al, 2018)

Ter um emprego é, assim, associado pelos clientes a uma sensação de normalidade, de independência financeira e é visto como extremamente valioso para a sua saúde, que reflete a importância de controlar não só os sintomas como de viver uma vida satisfatória e com significado para a saúde mental (Bevan et al, 2013).

A importância da psicoeducação

A psicoeducação é uma técnica de intervenção psicoterapêutica que se define através de informação sistemática, estruturada e didática acerca da doença e do seu tratamento e que integra aspetos emocionais com vista a capacitar os clientes e os membros familiares a lidar com a experiência de doença mental. Esta técnica de intervenção psicoterapêutica tem imensas potencialidades na redução das taxas de recaídas e reinternamentos de pessoas com experiência de doença mental e de redução de custos associados a estas recaídas. Ao fortalecer estratégias de *coping*, a comunicação e a capacidade de resolução de problemas do cliente e da família, é esperado que o bem-estar e a capacidade de adaptação da pessoa e dos membros familiares melhorem (Srivastava & Panday, 2016).

Quando os indivíduos com experiência de doença mental aprendem mais sobre a doença e as estratégias para reduzir os seus efeitos podem ocorrer diversas mudanças positivas: menos reinternamentos e recaídas, diminuição do estigma, sentimento de maior controlo sobre a sua vida, melhor adesão ao regime terapêutico,

melhor funcionamento social e familiar e menos situações de doença mental dos cuidadores e sobrecarga dos mesmos (Srivastava & Panday, 2016).

2.3. Intervenção do EESMP na promoção do *Recovery*

A pessoa no decurso do seu projeto de vida e de saúde depara-se frequentemente com vários stressores, perante os quais as suas capacidades de adaptação ditam o seu sucesso na sua reconstituição enquanto sistema (Regulamento nº 356/2015; Freese, 2004).

Neste sentido, pode afirmar-se que existem pessoas que mediante a presença de *stressores* que poderiam conduzir a incapacidade desenvolveram processos adaptativos eficazes e outras que perante a presença de *stressores* não conseguem desenvolver processos adaptativos eficazes (Regulamento nº 356/2015).

O EESMP tem como objetivo através das suas intervenções contribuir para melhorar a adequação das respostas adaptativas da pessoa e da sua família face aos problemas relacionados com a doença mental, evitando o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa com doença mental. As intervenções do EESMP terão ainda como objetivo promover a recuperação pessoal e melhorar a qualidade de vida da pessoa e da sua família (Regulamento nº 356/2015).

Para que estes objetivos se concretizem é necessária uma relação enfermeiro-cliente de parceria e “a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (Regulamento nº 356/2015, p. 17034), ajudando a pessoa a aumentar o *insight* sobre os seus problemas, limitações, potencialidades e capacidades para encontrar novas formas para a resolução dos seus problemas (Regulamento nº 356/2015).

A relação interpessoal entre enfermeiro e cliente, de acordo com Barker & Buchanan-Barker (2005) sustentando-se na Teoria das Relações Interpessoais desenvolvida por Peplau, é fulcral no processo de *recovery*, na medida em que através da mesma é possível proporcionar à pessoa um processo extraordinário de aprendizagens, conduzindo a que pessoa aprenda cada vez mais sobre si e sobre como chegou a determinada situação e também com ajuda possa aprender novos caminhos no sentido do seu *empowerment*.

Tendo em consideração o conceito de saúde mental e de *recovery* torna-se pertinente também uma abordagem centrada nas forças/potencialidades da pessoa, uma vez que esta é uma abordagem que considera a totalidade da pessoa. Neste

sentido surge o “Cuidar Baseado nas Forças”, “uma abordagem que considera a totalidade da pessoa, centra-se no que está a trabalhar e a funcionar bem, no que a pessoa faz de melhor, e nos recursos de que os indivíduos dispõem e que os ajuda a lidar mais eficazmente com a sua vida, saúde e desafios dos cuidados de saúde.” (Gottlieb, 2016, p.1).

O cuidar baseado nas forças centra-se em quatro abordagens: 1) Cuidar centrado na pessoa; 2) Movimento de *empowerment*; 3) Promoção da saúde, prevenção da doença e autocuidado e 4) Parceria colaborativa nos cuidados. Importa referir que, embora cada abordagem seja discutida separadamente, estas encontram-se interrelacionadas e derivam das mesmas crenças e valores fundamentais sobre a pessoa, o papel da pessoa no sistema de saúde e as relações da pessoa com os prestadores de cuidados” (Gottlieb, 2016, p.17).

Para que o cuidado seja centrado nas forças é necessário que os enfermeiros se centrem nas raízes do cuidar do ser humano, na personalidade e na humanidade, encarando os rostos e a singularidade de cada indivíduo e não apenas as doenças, exigindo assim uma nova orientação de cuidados. Nesta perspetiva o enfermeiro pode ajudar as pessoas trabalhando com elas, “fortalecendo os seus pontos fortes, ajudando-as a lidar com as suas preocupações, encontrar soluções para os seus problemas e escolher viver com eles” (p.2) em vez de centrar-se nos seus problemas e tentar corrigi-los (Gottlieb, 2016).

Assim, a relação interpessoal baseada no processo de *recovery* deve ter como característica subjacente a escuta e compreensão em oposição à coerção e tratamento. Neste sentido, os enfermeiros necessitam de desenvolver a sua autoconsciência e autoconhecimento para conseguir manter nas relações terapêuticas estes valores e acomodar em si esta mudança da sua atitude nas relações, transformando a sua perceção da “pessoa como doente” para “pessoa como pessoa” (Stickley et al., 2016 cit. Spander and Stickley, 2011; Stickley and Wright, 2011, Wharne et al., 2012; Freshwater and Stickley, 2004).

Tidal Model

Indo ao encontro do cuidar baseado nas forças como base para a intervenção do EESMP no processo de *recovery* da pessoa com experiência de doença mental, surge o *Tidal Model*.

Este modelo foi desenvolvido por Phil Barker e por Poppy Buchanan-Barker. É um modelo de enfermagem que pode ser usado como base para os cuidados em saúde mental. Este modelo usa uma abordagem centrada na pessoa para ajudá-la a lidar com os seus problemas.

As características chave deste modelo e que o diferenciam de outros modelos são: 1) é baseado nas histórias pessoais da pessoa com experiência de doença mental; 2) é um modelo holístico; 3) promove a autogestão e o *recovery*; 4) é baseado em “cuidar com” e não em “cuidar por”; e 5) promove o conceito de “experiência terapêutica” e em vez de “contenção” (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Como princípios chave deste modelo, encontram-se definidos os seguintes princípios: 1) as pessoas vivem num “oceano de experiência” (a sua vida) e a doença mental surge apenas como uma coisa entre muitas outras que de forma metafórica as ameaça “afogar” - o objetivo dos cuidados em saúde mental é fazer as pessoas retornarem ao seu oceano de experiência para que possam continuar a sua vida. Neste sentido, o primeiro foco terapêutico é a comunidade; 2) a mudança é um processo constante em andamento - o *Tidal Model* tem como objetivo que a pessoa desenvolva consciência acerca das pequenas mudanças que desenvolveu ultimamente e do efeito significativo que as mesmas têm nas suas vidas.; 3) O *empowerment* surge como o coração no processo de cuidar - os enfermeiros ajudam as pessoas a identificar como podem assumir uma maior responsabilidade pelas suas vidas; 4) A relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa deverá ser como os bailarinos numa dança, ambos os intervenientes devem agir em uníssono - prestar cuidados de enfermagem envolve “cuidar com” e não o “cuidar de” ou “cuidar por” (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Através deste modelo encontra-se definido que tudo o que uma pessoa pode ser é “história”. Só conhecemos quem as pessoas são pelas histórias em que falam de si mesmas ou pelas histórias que outras pessoas contam sobre elas. Neste sentido, o crescimento e desenvolvimento das pessoas é realizado através de narrativas como meio pelo qual as pessoas se conhecem e sabem melhor o que as incomoda (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

O modelo foca-se assim na história pessoal da pessoa, uma vez que é na mesma que surgem os seus problemas e é onde algum crescimento, potencialidades ou o *recovery* podem ser encontrados (Townsend & Morgan, 2018 cit. Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Este modelo encontra-se também sustentado em dez valores essenciais, denominados como “*Tidal Commitments*” associados a vinte “*Tidal Competencies*” (Apêndice I) que conduzem a prática profissional na procura por empoderar a pessoa a fazer as suas próprias mudanças de vida em vez de ser o profissional a tentar gerir ou controlar os “sintomas” da pessoa (Townsend & Morgan, 2018 cit. Barker & Buchanan-Barker, 2005; Barker & Buchanan-Barker, 2008).

De acordo com Townsend & Morgan (2018) sustentando-se em Young (2010), este não é um modelo comum com diagramas para seguir. Em vez disso, é uma forma de pensar e um paradigma para oferecer cuidados centrados na pessoa, baseados nas forças, no empoderamento e na relação.

O *Tidal Model* na prática clínica foca-se em processos individuais e de grupo específicos e envolve esforços com o objetivo de que as pessoas recuperem da sua história pessoal de experiência de angústia, dificuldade ou crise. Neste modelo a pessoa é representada vivendo em três domínios: *self*, mundo e outros. No domínio do *self* a pessoa mantém todas as suas experiências privadas como pensamentos, sentimentos ou crenças. No domínio do mundo as pessoas trazem experiências privadas para o mundo, partilhando-as através de histórias, de forma seletiva com os outros. No domínio dos outros as pessoas agem fora do seu estilo de vida com os outros, influenciando-os e sendo influenciados por estes, num número infinito de encontros sociais (Barker & Buchanan-Barker, 2011).

Quando a pessoa entra no serviço, o foco no domínio do mundo é ajudá-las a contar a história de como chegaram até aos cuidados de saúde mental. Esta narrativa é facilitada através de uma avaliação da pessoa na sua totalidade, mediante uma conversa com o objetivo de explorar e descrever o que aconteceu e começar a discutir o que pode ser necessário para começar a resolver esses problemas (Barker & Buchanan-Barker, 2011).

Isto conduz o EESMP a concentrar-se em ajudar a pessoa a identificar e discutir questões, problemas e dificuldades comuns, a identificar o que a pessoa pode fazer e que ajuda pode ser recebida de outras pessoas para que a pessoa possa começar a abordá-las (Barker & Buchanan-Barker, 2011).

Se a pessoa representa uma ameaça para si mesma ou para os outros no domínio *self*, serão conduzidas avaliações de segurança detalhadas como preparação para o desenvolvimento de um plano de segurança pessoal centrado na pessoa que

identifica os seus recursos pessoais e interpessoais que pode usar para abordar ameaças à sua identidade pessoal (Barker & Buchanan-Barker, 2011).

Os três últimos processos do *Tidal Model* encontram-se inerentes ao domínio dos outros. Perante este domínio o objetivo é ajudar as pessoas a recuperar o seu poder pessoal, identificar forças pessoais e interpessoais conduzindo ao fortalecimento da coesão social e capacidades para a vida em comunidade. Neste domínio são discutidos aspetos da experiência de vida que moldaram quem são e o que são, ajudando-os a apreciar a sua própria diversidade através da diversidade dos outros. Os participantes são encorajados a discutir assuntos atuais e problemas de tal forma que o grupo, e não o terapeuta, ajude a pessoa a olhar para os seus problemas de maneira diferente e pensar no que será necessário para resolver os seus problemas ou ajustar-se a eles (Barker & Buchanan-Barker, 2011).

Recursos terapêuticos

Como recursos terapêuticos optou-se pela estimulação da narrativa e por intervenções psicoterapêuticas estruturadas.

A Narrativa

“Sharing your story makes recovery real. It’s not a story of recovery until you tell someone else. Until that happens, it is just a hope inside you” (Boll, 2015).

A partilha de experiências através de histórias tornou-se uma prática central nos cuidados direcionados para o processo de *recovery* e tem sido utilizada para aumentar a empatia e a compreensão dos profissionais de saúde e como mecanismo de apoio entre pares. Além disso a narrativa em si mesma é um meio que permite à pessoa compreender a sua experiência e sentir-se escutada pelos outros (Llewellyn-Beardsley, et al, 2019).

Assim, as narrativas desempenham um papel central na orientação do processo de *recovery*. Ainda de acordo com o mesmo autor “Narratives and recovery can be seen as “sister paradigms” in their ontological, epistemological and methodological overlaps” (Llewellyn-Beardsley, et al, 2019, p.31).

Este recurso pode ser visto como forma de elaborar “apresentações do eu”, estando sujeito a influências como a deseabilidade social. Por outro lado, pode também ser visto como um recurso utilizado de forma consciente ou não para enquadrar ou moldar identidades em contextos particulares. Os profissionais de saúde

que trabalham com abordagens psicodinâmicas veem a escuta das narrativas como forma de obter acesso a temas como os relacionamentos ou outros conteúdos inconscientes (Llewellyn-Beardsley, et al, 2019).

O uso das narrativas associadas ao processo de *recovery* da pessoa com experiência de doença mental é considerado amplamente estrutural para este processo, uma vez que o modo como as pessoas narram as suas experiências e o tipo de narrativas que são construídas pelas mesmas podem oferecer uma compreensão importante do processo de *recovery* da pessoa. Assim, as narrativas tal como afirmam Barker & Buchanan-Barker (2005), tornam-se o foco central do processo de *recovery*. (Llewellyn-Beardsley, et al, 2019).

Importa referir que as narrativas associadas ao processo de *recovery* são emocionalmente carregadas e de facto é esse o seu poder e o seu propósito. A narrativa emerge de um lugar de muito sofrimento e requer trabalho emocional na sua produção e execução. Por outro lado, encontram-se profundamente relacionadas com a vida da pessoa, com as suas esperanças e com a sua dor e são envolvidas em discursos em torno do *empowerment* (Woods, et al, 2019).

A narrativa é um recurso que permite documentar maneiras diferentes de entender e enquadrar a natureza e origem do sofrimento mental, através da mesma sugerem-se vários caminhos para a recuperação e permite também o dar-se conta da profundidade das mudanças ou transformações realizadas (Woods, et al, 2019).

Assim, as intervenções psicoterapêuticas utilizando a narrativa como recurso procuram ajudar as pessoas a resolver ou reestruturar o seu sofrimento emocional através da construção de novos tipos de histórias com o profissional de saúde como testemunha, intérprete, diretor, editor ou coautor, Neste sentido, a identidade da pessoa é ativamente reencontrada ou reconstruída pelo ato de contar histórias, proporcionando oportunidades para mudar a visão que a pessoa tem da sua realidade (Llewellyn-Beardsley, et al, 2019).

Mediadores Expressivos

Em conjunto com a narrativa poderão ser utilizados alguns mediadores ou ferramentas, como os mediadores expressivos. A utilização de mediadores expressivos como recurso terapêutico foi descrita inicialmente por Margaret Neumburg em 1940, com o intuito de promover a recuperação e o bem-estar da pessoa com doença mental (Martins, 2012; Sousa, 2005). Através da utilização de mediadores artísticos é possível tornar a vida interior do indivíduo visível mediante a

criação de uma imagem interna, promovendo assim o conhecimento da pessoa e da sua própria condição (Blomdahl et. al., 2018). Através da utilização de técnicas expressivas como a expressão plástica, recorrendo por exemplo à pintura e ao desenho, o acesso ao simbólico traduz-se num processo essencial à identificação e clarificação de processos internos, permitindo a descodificação emocional e o desenvolvimento pessoal (Martins, 2012; Blomdahl et. al.,2018). A utilização de técnicas expressivas estimula a pessoa a interessar-se pelo seu processo de autodescoberta possibilitando desta forma uma mudança intrapessoal (Pearson & Wilson, 2009).

As atividades desenvolvidas com recurso a mediadores expressivos têm como princípios: criar conexões através da aliança terapêutica; promover a autoconsciência; processar as emoções através da sua externalização por meio do desenho, música ou símbolos; transformar a aprendizagem pessoal através do uso de símbolos e metáforas; melhorar a autoestima; capacitar o cliente a desenvolver habilidades internas no caminho para a gestão emocional e promover competências intra e interpessoais (Pearson & Wilson, 2009).

3. PROMOÇÃO DO PROCESSO DE RECOVERY

O estágio desenvolvido em contexto de internamento e comunitário decorreu entre 23 de setembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020. A realização do estágio em ambos os contextos contribuiu para compreender como o EESMP promove o recovery da pessoa com experiência de doença mental e também para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EESMP.

Importa referir que ao longo do relatório irei utilizar nomes fictícios, por forma a proteger a identidade dos clientes.

3.1. Estágio em contexto de internamento

O estágio desenvolvido em contexto de internamento decorreu entre 23 de setembro de 2019 e 22 de novembro de 2019 num serviço de psiquiatria de um hospital da área metropolitana de Lisboa. Este serviço é composto por 30 camas distribuídas em enfermarias de 2 ou 3 camas, tem duas salas de estar com televisão e um pátio interior com algum equipamento com vista a autorrecreação dos clientes, como uma mesa de ténis, máquinas de ginásio e uma mesa de jardim. O serviço apresenta uma equipa constituída por enfermeiros, psiquiatras e uma terapeuta ocupacional e assistentes sociais que se articulam entre o internamento e as equipas comunitárias.

O serviço funciona em regime de portas fechadas, os clientes apenas saem do serviço para realizar algum exame complementar de diagnóstico, permanecendo assim durante todo o internamento confinados ao espaço no serviço. Não podem usar roupa própria a não ser pijamas, caso não tenham pijama próprio na unidade usam pijamas do serviço, que por vezes não se encontram nas melhores condições. Podem realizar uma chamada telefónica por dia, caso não tenham recebido qualquer visita. Não é permitido fumar em todo serviço. Em alternativa é oferecido aos clientes terapêutica de substituição de nicotina.

Relativamente ao funcionamento e dinâmicas do serviço, o dia inicia-se com os cuidados de higiene dos clientes, posteriormente, cerca das 9h, é servido o pequeno-almoço e é administrada terapêutica, ao longo da manhã todos os doentes com capacidade para participar em atividades de cariz psicoterapêutico são integrados num grupo e participam em atividades planeadas pela terapeuta ocupacional. Os

doentes sem capacidade para participar nestas atividades permanecem no serviço sem qualquer ocupação, deambulando pelo serviço, permanecendo na sala de estar, no pátio ou no leito. Cerca das 13h é servido o almoço e é administrada terapêutica. E no período da tarde os doentes com capacidade participam novamente nas atividades terapêuticas com a terapeuta ocupacional. Cerca das 14h30 iniciam-se as visitas, sendo que cada pessoa apenas recebe uma visita de cada vez. As visitas terminam cerca das 19h. Por vezes é solicitado à família que permaneça e auxilie na refeição. Às 18h inicia-se o período de uma hora em que todas as pessoas internadas que não tiveram visitas têm direito a apenas uma chamada. Às 19h é servido o jantar e é administrada terapêutica. Posteriormente são prestados cuidados de higiene e conforto a todos os clientes que necessitam de ajuda e cerca das 21h30 é fornecida a ceia e administrada a terapêutica.

São realizadas reuniões semanais para a discussão dos casos clínicos dos utentes internados nas quais participam toda a equipa de psiquiatras, a terapeuta ocupacional e a enfermeira chefe.

Ainda semanalmente, são realizadas reuniões com cada equipa comunitária nas quais são discutidos os casos clínicos dos clientes internados que pertencem a essa mesma equipa. Nestas reuniões participam o psiquiatra responsável pelo internamento dos clientes cujos cuidados são afetos àquela equipa e todos os elementos da equipa comunitária: psiquiatras, enfermeiras, assistente social, psicóloga e terapeuta ocupacional. Nestas reuniões não participa qualquer membro da equipa de enfermagem do serviço de internamento.

Integrei a prestação de cuidados de enfermagem gerais inseridos não só no plano de cuidados para os clientes por quem fiquei responsável como também todos os outros clientes em regime de internamento no serviço. Prestei cuidados no âmbito da promoção do autocuidado nos quais se integram os cuidados de higiene, vestir e despir e a alimentação. A prestação de cuidados gerais permitiu o desenvolvimento de relações terapêuticas e ajudou a conhecer os clientes de uma forma mais global. Prestei cuidados no âmbito da promoção da interação social, ocupação e autorrecreação através da realização de atividades terapêuticas em grupo com recurso ao desenho como mediador artístico, realização de jogos lúdicos em grupo, como dominó, cartas ou jogos de tabuleiro e pinguepongue e promoção da leitura. Promovi junto dos clientes o conhecimento acerca de saúde/doença mental, dando sobretudo ênfase aos sintomas da doença e aos efeitos terapêuticos e secundários

dos psicofármacos, que eram as temáticas que mais preocupavam os clientes e condicionavam a adesão ao projeto terapêutico e consequente processo de recuperação pessoal.

Ao longo do estágio participei nas reuniões multidisciplinares nas quais foram discutidos vários casos clínicos relativos ao internamento. Nesta reunião a equipa de psiquiatras encontrava-se presente quase na sua totalidade, bem como a terapeuta ocupacional e o enfermeiro chefe, que posteriormente transmite a informação à equipa de enfermagem. Os enfermeiros não participam diretamente nestas sessões.

Participei também na formação semanal organizada pelo serviço, na qual foram discutidos alguns casos clínicos e foi realizada formação sobre patologias ou sintomas pouco frequentes.

No final do estágio promovi uma formação em serviço sobre o processo de *recovery*. Através desta formação partilhei com a equipa de enfermagem e com os estudantes o trabalho por mim realizado no âmbito desta temática, modelos nos quais baseei a minha intervenção e recursos terapêuticos que podem ser mobilizados. Esta formação sobre o processo de *recovery* da pessoa com experiência de doença mental foi realizada com o objetivo de contribuir para o aprofundamento do conhecimento dos enfermeiros acerca desta temática, promover práticas de cuidados mais centradas no cliente, combater a cultura biomédica predominante no serviço e promover cuidados direcionados para a reabilitação psicossocial da pessoa com experiência de doença mental.

Atividades desenvolvidas em contexto de internamento

Ao longo do estágio em contexto de internamento foram diversas as atividades desenvolvidas no âmbito dos cuidados ao cliente numa perspetiva de promoção do seu processo de *recovery*.

Inicialmente tive um período de integração no serviço, no qual observei as intervenções da equipa multidisciplinar e interagi com os clientes nos espaços comuns com o objetivo de compreender de que forma se comportavam, se recreavam e interagiam e também com o objetivo de começar a conhecê-los e a conhecer as suas necessidades e capacidades. Este facto facilitou o estabelecimento de relações de confiança com os clientes, o conhecimento do modo de funcionamento do serviço, práticas de cuidados e modelos subjacentes.

Abordar a pessoa com experiência de doença mental e valorizar a sua história

Foram utilizados a estrela do recovery (Apêndice 2), a avaliação das forças (Apêndice 3) e a narrativa como recursos terapêuticos de forma a auxiliar a pessoa na definição das suas metas e objetivos valorizando o processo de consciencialização das potencialidades, recursos e capacidades que possuem e que os auxiliaram no passado. A consciencialização das capacidades permite ajudar a superar dificuldades e limitações associadas à experiência de doença mental.

No internamento fiquei responsável pelo Pedro, e a avaliação inicial foi realizada com recurso a uma entrevista com base no guião de entrevista “*Holistic Assesement*” (Apêndice 4) integrada no *Tidal Model*. Não utilizei o guião de uma forma rígida, mas baseei as questões nesse guião por forma a conduzir a entrevista centrada na experiência da pessoa nos seus problemas, necessidades, saúde e sofrimento, reconhecendo-a como perito nos seus problemas ou necessidades e tornando a avaliação realizada na voz do cliente e não do profissional.

A avaliação, planeamento e prestação de cuidados ao Pedro desenvolveram-se numa dinâmica de constante reajuste de metas e objetivos de acordo com as necessidades do cliente e em parceria com o mesmo.

Importa referir que além do Pedro fiquei responsável por outros doentes cuja intervenção se centrou neles, nas suas necessidades e no seu processo de *recovery*, tendo recorrido a modelos e recursos terapêuticos semelhantes embora ajustados a cada cliente.

Intervenção psicoterapêutica em grupo

Concebi e organizei um conjunto de quatro sessões de cariz psicoterapêutico em grupo, nas quais foi utilizado o desenho como mediador artístico/expressivo (Apêndice 5). As sessões de intervenção psicoterapêutica através do desenho como mediador artístico foram realizadas com o objetivo geral de que a pessoa identificasse forças, esperanças, desejos e recursos pessoais que contribuíssem para a construção de uma imagem positiva de si. Pretendia-se estimular o diálogo interior; promover a autoexploração; promover a expressão verbal e não verbal; promover a compreensão e explicação das experiências emocionais; promover a conexão entre o consciente e o inconsciente; estimular a criatividade, imaginação e competências para resolução de problemas e promover a relação corpo/mente (Blomdahl, et al, 2018).

3.2. Estágio em contexto comunitário

O estágio na comunidade decorreu de 25/11/2019 a 7/2/2020 numa equipa comunitária da região metropolitana de Lisboa. Este serviço é constituído por uma equipa de enfermeiras, psiquiatras, assistente social, psicóloga e terapeuta ocupacional. Tem como objetivos promover a saúde mental, prevenir e tratar doenças psiquiátricas, promover a reabilitação psicossocial e reinserção social. Apresenta como princípios orientadores da prática profissional o modelo holístico, uma abordagem centrada na pessoa, em cuidados humanizados e na construção de alianças terapêuticas.

Os clientes chegam ao serviço por referência intra ou extra-hospitalar por profissionais de saúde, a pedido do próprio cliente, família ou pessoa de referência ou encaminhados pela autoridade de saúde pública. A consulta de enfermagem tem como objetivos promover a autonomia do cliente, ajudá-lo na gestão da terapêutica, na promoção da adesão e autonomia no seu projeto terapêutico. São utilizadas diversas estratégias e técnicas psicoterapêuticas pelo enfermeiro, entre as quais se destaca a psicoeducação. Nesta consulta é também realizado o acompanhamento, gestão e monitorização de clientes em tratamento compulsivo em regime ambulatorio. A intervenção familiar é também realizada neste contexto, sendo que na equipa não existe qualquer programa ou projeto estruturado. As famílias são acompanhadas neste processo através do acolhimento, acompanhamento e orientação em situação de agudização dos sintomas recusa de tratamento e/ou em processo de internamento. Faz-se o acompanhamento de famílias e cuidadores em sobrecarga e a promoção de saúde mental nos filhos de pessoas com experiência de doença mental. É realizado acolhimento, gestão e encaminhamento de utentes e família em situação de crise e/ou agudização da doença e sinalização e acompanhamento nas várias estruturas (Unidade de Vida Protegida, centros de dia, lares, cuidados de saúde primários, serviços de urgência, consultas de outras especialidades). No âmbito da consulta de enfermagem são também realizadas consultas no domicílio se o cliente apresentar incapacidade física ou psíquica grave, carência económica ou recusa do tratamento.

Atividades desenvolvidas em contexto comunitário

No início do estágio tive um período de integração ao longo do qual observei as consultas realizadas pela enfermeira orientadora. Pude observar toda a interação

entre a enfermeira e os clientes, a comunicação verbal e não verbal, a postura, as técnicas de comunicação utilizadas e as intervenções psicoterapêuticas em cada consulta. Pude também conhecer o tipo de solicitações mais frequentes, o impacto da comunicação e as intervenções do enfermeiro. Através desta observação pude também constatar as dificuldades e limitações que a pessoa com experiência de doença mental experiencia mais frequentemente e também os sucessos, capacidades e habilidades que possui e utiliza para o seu processo de recovery.

Este período de integração permitiu-me observar na prática o trabalho do enfermeiro na promoção do recovery das pessoas e famílias através do estabelecimento de autênticas relações de parceria sustentadas numa visão de cuidados centrada na pessoa.

Ao longo do estágio observei várias consultas realizadas a familiares e a clientes e familiares em simultâneo, as quais foram reveladoras das necessidades e problemas que as famílias vivenciam fruto também da experiência de doença mental do familiar.

Visitas domiciliárias

Realizei ao longo do estágio em contexto comunitário seis visitas domiciliárias, quatro destas com o objetivo de manter a adesão ao tratamento das pessoas que não podem deslocar-se ao espaço físico onde decorrem as consultas. Outra das visitas domiciliárias foi realizada com o objetivo de avaliar o espaço onde vive uma cliente e otimizá-lo para a ajudar a superar as suas dificuldades. Foi também realizada uma visita domiciliária a uma pessoa por abandono de terapêutica e isolamento social.

Consultas de Enfermagem

Realizei também consultas programadas e não programadas de clientes que se dirigem à equipa comunitária para solicitar ajuda. Nestas avaliei o estado mental da pessoa, os progressos, sucessos, ganhos ou conquistas dos clientes e as dificuldades que sentiram e que estratégias utilizaram. Ao longo das consultas avaliei 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 pessoa.

Defini em parceria com a pessoa objetivos e estratégias para ultrapassar as dificuldades e limitações que sente. Valorizei os ganhos dos clientes para o seu

processo de *recovery* e auxiliiei-os na descoberta de recursos e estratégias pessoais que os podem auxiliar na recuperação pessoal. Administrei terapêutica injetável e preparei com a pessoa terapêutica oral semanal, quinzenal ou mensal.

Posto isto, importa agora aprofundar o modo como foram conduzidas estas situações individualmente com cada cliente.

Ao longo deste estágio acompanhei a enfermeira especialista no desenvolvimento das suas atividades diárias de atendimento aos doentes, na realização de entrevistas, administração de medicação, e ainda de visitaçã domiciliaria.

3.3. Estratégias para a promoção do Processo de *Recovery*

Ao longo deste subcapítulo irei apresentar várias reflexões críticas acerca das estratégias que utilizei ao longo dos estágios em contexto de internamento e em contexto comunitário para a promoção do processo de *recovery*.

Importa referir que este processo apresenta vários componentes que lhe são inerentes e que ao serem trabalhados em conjunto promovem a recuperação pessoal do cliente. Neste sentido irei refletir acerca de como trabalhei com o cliente estes diferentes componentes e como cada um contribuiu para o *recovery* do cliente.

3.4. Pessoas com experiência de doença mental

Para uma melhor compreensão do leitor acerca das experiências por mim vivenciadas em contexto de estágio irei realizar um pequeno resumo da história e contexto em que se inserem quatro clientes que foram essenciais ao meu processo de aprendizagem. Irei utilizar nomes fictícios por forma a proteger a identidade dos clientes.

Ao longo do estágio destacam-se o Tiago, a Maria, o João e o Pedro.

TIAGO

É um adulto com cerca de 55 anos, teve vários internamentos anteriores na sequência do diagnóstico de esquizofrenia. Atualmente encontra-se reformado por invalidez e necessita de supervisão em algumas atividades de vida diária, tais como: confeção de alimentos, preparação das refeições, lida da casa, cuidados da roupa, cuidados de higiene e gestão de dinheiro e tabaco. Devido às dificuldades que apresenta passou a viver em casa da irmã e a ser apoiado por ela. Em casa auxilia

em algumas tarefas pouco complexas, tais como limpar e arrumar o quarto e lavar a louça. Passa os dias a deambular pela zona onde vive, vai ao café e ocupa-se a ver televisão e ouvir rádio.

É acompanhado na equipa comunitária à qual se dirige mensalmente para lhe ser administrada terapêutica injetável mensal.

Segundo a irmã do Tiago nos últimos tempos tem-se acentuado o conflito entre ambos: “está a ser difícil lidar com o comportamento do meu irmão, que nem sempre colabora nas tarefas em casa, não chega a horas às refeições, pede dinheiro e tabaco aos vizinhos e sai de casa sem tomar o pequeno-almoço”(sic). A irmã sente que não está a conseguir ajudar o irmão e quer que ele saia da sua casa para um anexo da mesma ou para uma instituição. O Tiago manifesta tristeza e angústia associada a esta situação.

MARIA

É uma senhora de 36 anos, licenciada. Passou cerca de dois anos noutra zona do país a viver com familiares, contudo os sintomas de doença mental exacerbaram-se e voltou para casa da mãe, com a qual vive atualmente, apesar de ter casa própria.

Atualmente encontra-se internada no serviço de psiquiatria devido a sintomatologia depressiva e psicótica. Este é o seu segundo internamento. Apresenta sintomatologia psicótica, nomeadamente delírios de autorreferência e persecutórios com marcado sofrimento associado, humor depressivo, choro fácil, fácies triste, desesperança e angústia marcadas.

Desde o seu primeiro internamento, há cerca de dois anos, encontra-se desempregada, sem qualquer fonte de rendimento. Não tem relações familiares que a apoiem neste processo de recuperação pessoal. A relação com a mãe é conflituosa e a relação com outros familiares é muito distante. Apresenta interação social comprometida, com dificuldade em frequentar espaços na comunidade devido aos sintomas da doença, mas tem juízo crítico para a doença e sintomas. Tem falta de conhecimentos sobre a doença, sintomas e tratamento. Vivenciou situação semelhante no passado, que conseguiu ultrapassar até ao surgimento de nova crise.

JOÃO

É um jovem de 29 anos, acompanhado em psiquiatria há vários anos por doença bipolar tipo I com consumo de substâncias psicoativas associado. Teve vários internamentos anteriores. Encontrava-se internado no serviço de psiquiatria, teve alta clínica e atualmente é acompanhado na equipa comunitária. Encontra-se

desempregado, teve vários empregos nos últimos anos, contudo, sem conseguir mantê-los. Apresenta bom apoio familiar, vivia sozinho, e após alta clínica voltou a viver com a mãe. Encontra-se atualmente a frequentar a equipa comunitária, na qual quinzenalmente tem consulta de enfermagem. O desemprego é uma situação que o preocupa e lhe traz sofrimento, por se sentir dependente da família. Adere bem ao projeto terapêutico e está motivado para abstinência de consumo de substâncias psicoativas. Tem conhecimentos sobre a doença, sintomatologia e tratamento, procura ativamente informação sobre a sua doença. Tem juízo crítico sobre a sua situação.

PEDRO

É um jovem adulto de 22 anos, que é acompanhado em psiquiatria há vários anos por sintomatologia psicótica associada a consumo de substâncias psicoativas. Encontrava-se internado no serviço de psiquiatria e teve alta clínica, passando a ser acompanhado na equipa comunitária à qual se dirige quinzenalmente para consulta de enfermagem. Vive com os pais, contudo a relação com estes é conflituosa devido à presença de sintomatologia psicótica que se relaciona com estes. Está desempregado, ocupa os dias no café, com os amigos, com os quais mantém hábitos de consumo de canabinóides.

Não tem juízo crítico sobre a sua sintomatologia nem sobre a necessidade de tratamento, pelo que não adere ao projeto terapêutico, fator que se deve sobretudo aos efeitos secundários da terapêutica. Revela poucos conhecimentos sobre a doença, sintomas e tratamento. Possui estrutura familiar de suporte. Atualmente desempregado, sem qualquer fonte de rendimento, revela desesperança face ao futuro e culpabiliza os familiares pelas limitações que a experiência de doença mental lhe trouxe. Encontra-se motivado para um projeto de recuperação pessoal que se centre em si, na necessidade de ter um emprego e de se tornar independente e autónomo com capacidade para tomar as próprias decisões e deter controlo sobre a sua vida e que não se foque nos sintomas, doença ou internamento.

3.5. Promover o Recovery

Ao longo deste capítulo irei descrever e refletir acerca de como foram promovidos/trabalhados vários elementos essenciais ao processo de *recovery*.

A importância da aliança terapêutica

Estabelecer uma aliança terapêutica foi o ponto de partida da minha relação com estes clientes. A Maria foi um bom exemplo deste trabalho.

A Maria no início do internamento isolava-se, permanecia durante todo o tempo deitada no leito, visivelmente angustiada e recusava-se a verbalizar o motivo da sua angústia. Ao longo do internamento da cliente fui mostrando interesse nela e no seu sofrimento. Nos primeiros dias incentivei-a ao autocuidado, auxiliiei-a nos cuidados de higiene, acompanhei-a até ao refeitório para se alimentar. Este apoio diário foi fortalecendo a relação e a cliente foi ganhando confiança em mim. A presença tranquila e constante permitiu que se abrisse caminho a pensar sobre o que sente e à partilha de vivências pessoais e dos seus medos. “Não vai compreender o que sinto, ninguém compreende” (sic). A partir deste momento, tendo em conta as suas emoções, a vergonha, o sentir-se incompreendida e a angústia marcada, as minhas intervenções eram essencialmente psicoeducativas. Ajudá-la a compreender o que sente, o que pensa, o que é real ou não, a compreender e identificar os seus sintomas, revelando um interesse genuíno da minha parte, contribuiu para o estabelecimento da confiança essencial à criação de uma aliança terapêutica.

A Maria partilhou o seu receio de poder não conseguir voltar a exercer a sua profissão, de voltar a sua casa e a mãe não a ajudar e impedi-la de ter controlo sobre a sua vida. Partilhou também os seus medos e as limitações que a doença e os sintomas lhe trazem no dia a dia, tais como: “Não consigo ir sozinha até ao café perto da minha casa, fico paralisada no meio da rua” (sic); “Quando vejo pessoas tenho de mudar para o outro lado da estrada, se não sinto que algo de mal pode acontecer” (sic), “Gostava de ir a um centro comercial, mas tem muitas pessoas” (sic), “Se vou ao supermercado esqueço-me de muitas coisas que a minha mãe me pede” (sic), “estou muito lenta e parada, ninguém me vai dar emprego” (sic). A partir deste momento foi como se a relação terapêutica tomasse um rumo diferente. Os pedidos de ajuda eram centrados nela, nas suas vivências pessoais e no que a doença a limitava no dia a dia. Era, pois, necessário evoluir para a projeção do futuro.

Construir a aliança terapêutica foi um processo lento que obrigou à oferta de uma presença tranquila e aceitante para que o outro começasse a partilhar as suas preocupações.

Promover a autonomia e trabalhar a imagem de si

Elaborei com a Maria uma “agenda”, onde esta definiu os seus objetivos a curto, médio e longo prazo, tais como: sair para o exterior; ir a um centro comercial; limpar

a sua própria casa; elaborar o seu currículo vitae e procurar emprego. Auxiliei a cliente na descoberta de forças e capacidades que a ajudariam a alcançar os seus objetivos, para tal foi mobilizada a experiência prévia. “Depois do último internamento consegui ir sozinha ao café perto da minha casa” (sic), “Às vezes a minha mãe ia comigo ao supermercado e eu sentia-me mais segura” (sic), “Consegui ir uma vez sozinha ao centro comercial, até apanhei o autocarro”(sic), “sei fazer o meu currículo” (sic); “para já não consigo exercer a minha profissão mas posso trabalhar em algo mais simples para me sustentar” (sic); “antes deste internamento fazia pilates e sentia-me bem” (sic).

A conquista da aliança terapêutica foi ao longo do internamento o que permitiu promover com maior sucesso o processo de *recovery* da Maria. Que se mostrou empenhada e comprometida com o projeto de futuro.

Não foi possível avaliar o resultado desta intervenção uma vez que a cliente não experienciou as atividades que se propôs fazer ao longo do internamento e mudou de equipa de referência na comunidade aquando da alta clínica. Contudo, foi avaliado o processo de construção de uma alternativa para a Maria e que foi importante para a minha aprendizagem.

Apoiar as famílias

Ajudar o cliente e a sua família a desenvolver uma relação positiva satisfatória revelou-se uma dimensão relevante que exige que se trabalhe com ambos o desenvolvimento de um conjunto de estratégias que contribuam efetivamente para superar as dificuldades com que se deparam. O Tiago já apresentado anteriormente, (55 anos, a viver com a irmã, cunhado e sobrinhas) dirige-se quinzenalmente à equipa comunitária sempre acompanhado pela irmã, que aguarda pelo término da consulta na sala de estar.

Numa consulta surge com um fâcies triste, dificuldade em manter o contacto ocular, postura cabisbaixa, com discurso pobre e provocado. Quando questionado acerca da relação com a irmã verbalizou: “às vezes ela chateia-se comigo” (sic). Ao explorar o assunto com o Tiago ele referiu: “ela chateia-se porque não faço as coisas bem, mas tenho de tentar aprender porque me querem pôr num anexo ou no Júlio de Matos por não fazer as coisas bem” (sic).

Perante este problema decidiu-se de imediato realizar uma reunião familiar com a irmã e com o Tiago. A irmã foi chamada ao gabinete de enfermagem.

Na reunião familiar foi possível explorar a situação com a irmã e perceber-se a dinâmica instalada na família. “u amo o meu irmão, há muitos anos que o tento ajudar e estou muito cansada. Ele não faz o que lhe peço, não nos ajuda e assim não consigo tê-lo mais na minha casa. Ele sai de casa e anda durante horas por aí, depois vai ao café e anda a pedir dinheiro e tabaco a toda a gente. O que vão dizer de nós que cuidamos dele?” (sic). Enquanto expunha as suas preocupações e os seus problemas, a irmã apresentava um fâcies triste, com períodos de choro, tom de voz muito elevado e com débito do discurso acelerado. Através da entrevista compreende-se que este comportamento familiar era inconsciente e que se encontrava relacionado com a dificuldade da família em encontrar estratégias para lidar com os problemas associados às limitações do Tiago tais como: a presença de alterações cognitivas, dificuldade na gestão de dinheiro e de tabaco, dificuldade em cumprir horários, abulia e anedonia, e dificuldade em realizar tarefas complexas.

A irmã teve a oportunidade de expressar as dificuldades que sentia na relação e no dia a dia com o Tiago, expressou também as suas emoções e a sua dificuldade na gestão das mesmas. Perante isto foi realizada intervenção psicoeducativa relacionada com o défice de conhecimento acerca da doença e dos sintomas e também acerca das emoções e da gestão das mesmas. Foram exploradas em parceria com o cliente e com a irmã estratégias que ajudassem ambos a lidar com as dificuldades da relação e a reaproximarem-se. Acordaram que a irmã iria racionar o tabaco e o dinheiro ao longo do dia para que o cliente não sentisse necessidade de pedir tabaco, cafés e dinheiro aos vizinhos; que iria tentar valorizar o que o Tiago consegue fazer e tentar não se centrar apenas nas limitações; o Tiago concordou em tomar o pequeno almoço com a família e em ajudar na arrumação e limpeza do seu quarto. A entrevista também ajudou a família a dar-se conta de que há muito esforço do Tiago para corresponder às expectativas da família apesar das suas dificuldades e que o Tiago também tem expectativas face à família.

No final da entrevista a irmã apresentava um fâcies mais sorridente, tinha o tom de voz mais baixo e o débito do discurso menos acelerado e também o irmão apresentava um fâcies mais sorridente e dirigia o olhar tanto às enfermeiras como à irmã.

Esta intervenção, quando o problema estava a conduzir a um possível afastamento do cliente em relação à família, foi essencial. Promover o conhecimento da família acerca da doença e das alterações a nível comportamental, funcional e

social que a mesma traz para o cliente, tentar encontrar, em parceria com ambos, estratégias que os ajudem a gerir as dificuldades de relacionamento, promover a aceitação do cliente com as suas limitações e ajudar a família e o próprio a reconhecerem as suas capacidades, por forma a ajudar o cliente a manter-se a viver em comunidade e no seio familiar com a maior qualidade de vida possível é essencial para a promoção do processo de *recovery* do cliente.

Também a experiência de relação entre o Pedro e os seus pais foi reveladora da importância da intervenção familiar e do espaço de intervenção que os enfermeiros podem desenvolver neste âmbito. Aquando de uma visita do pai, na altura do internamento do Pedro, foi proporcionado ao pai do Pedro a possibilidade de falar sobre as suas preocupações. Este foi questionado acerca de como se sente perante o internamento e a experiência de doença mental do filho. O pai expressou a sua angústia e as suas preocupações: “eu não sei o que hei de fazer se ele voltar a ter aqueles comportamentos” (sic), “não sei se devo forçá-lo a ficar em casa, ou se lhe posso dar liberdade...e se ele sai e for fumar drogas outra vez?” (sic), “não sei como hei de ajudar o meu filho” (sic), “eu vivo com medo de que ele me faça mal, nunca o posso contrariar quando ele fica pior (sic)”. “Agora ele está bem, já não o via assim há muito tempo, mas e se ele deixa de tomar a medicação outra vez?” (sic).

Na sequência destas preocupações foi realizada intervenção psicoeducativa ao pai. Foram explorados os sentimentos e emoções face à situação e face ao comportamento do filho. Foi-lhe explicada a origem das alterações de comportamento do seu filho, e o motivo pelo qual é tão difícil relacionarem-se com ele quando existe um agravamento dos sintomas psicóticos. Foi informado acerca do plano terapêutico para o seu filho, no qual se inclui terapêutica injetável para diminuir o risco de não adesão ao regime medicamentoso e consequentemente ajudá-lo na manutenção dos sintomas e do seu comportamento. O pai foi informado que além da equipa de enfermagem no internamento poderia também recorrer à enfermeira de referência na equipa comunitária. Foram abordadas com o pai as expectativas do cliente face à alta clínica e alguns objetivos pessoais do cliente, como querer passar uns dias numa casa de campo da família ou ingressar num curso profissional. Esta intervenção teve como objetivo que os próprios pais pudessem ir ao encontro das necessidades e objetivos do filho. Aquando da alta clínica para a comunidade os pais dirigiram-se espontaneamente à equipa comunitária para esclarecerem algumas dúvidas e encontrarem estratégias para ajudarem o seu filho e melhorarem a relação familiar

entre eles. Após a alta clínica o Pedro cumpriu um dos seus objetivos, foi com os pais uns dias para uma casa no campo e ajudou o pai a cuidar da área envolvente, que era um objetivo seu. Ao longo das sucessivas consultas foi possível observar as melhorias na relação do Pedro com os pais, que o próprio verbalizava: “agora as coisas estão bem lá em casa, não temos discutido” (sic). Na impossibilidade de a mãe estar presente para uma entrevista familiar, foi contactada por via telefónica e verbalizou também que a relação entre ambos se encontra melhor e que o comportamento do Pedro está muito mais adequado - e que inclusivamente irá começar a trabalhar com um familiar. Já na equipa comunitária e ao longo das consultas o Pedro referiu sempre que a relação com os pais estava bem e que estes o conseguiram ajudar a encontrar um emprego. Através da ajuda dos pais o Pedro conseguiu um emprego protegido, uma vez que trabalha com um familiar que o conhece bem e do qual é muito próximo.

Este trabalho na criação de redes de suporte através do reforço dos laços familiares constitui-se como uma estratégia de intervenção fundamental para apoiar a gestão do curso de vida das pessoas com experiência de doença mental. A continuidade do suporte que a enfermeira na comunidade oferece possibilita a criação de uma rede de apoio ao doente e família que se revelou fundamental na manutenção do bom relacionamento que permitiu ao Pedro avançar para o novo projeto de trabalho.

A inclusão social, a independência económica e a satisfação pessoal

O trabalho constitui um dos valores fundamentais do ser humano e mais do que dar sustento à pessoa, exerce um papel essencial à autorrealização e contribui para o desenvolvimento de sua identidade. Trabalho envolve participação, sentido de pertença, ser útil e contribuir para uma causa maior. É neste sentido que o trabalho se torna essencial para a satisfação pessoal (Neves, et al., 2017).

O João é um senhor com cerca de 29 anos que vive com a mãe e é acompanhado numa equipa comunitária. Face à sua situação de desemprego, ao longo do internamento questionava: “acha que vou voltar a trabalhar? Preciso da minha independência, preciso de ganhar dinheiro” (sic). Após alta clínica do internamento e em contexto de consulta de enfermagem afirma: “É muito difícil voltar a viver com a minha mãe e estar sempre a pedir-lhe dinheiro, preciso mesmo de um emprego” (sic), “Passo os dias em casa no sofá ou na cama, às vezes saio e vou

correr ou passear o cão, mas não é suficiente” (sic). À observação, o João encontra-se deprimido e muito angustiado com esta situação. O próprio cliente afirma que estar desempregado o faz sentir-se ainda mais deprimido, porque tem dificuldade em encontrar uma forma para se ocupar ao longo do dia e se sentir útil. A relação entre o João e a mãe antes do último internamento era difícil, a mãe tinha dificuldade em lidar com o comportamento do João e o João em aceitar as regras impostas pela mãe para ele viver com ela. A expectativa do João era de entrar em conflito com a mãe. No projeto de apoio ao João percebi que ele precisava de apoio para gerir a situação de desemprego em conjunto com a mãe e que a intervenção seria importante para ajudar a mãe a reconhecer as capacidades do João. Assim, em discussão com o João e a enfermeira orientadora na terceira consulta decidiu-se iniciar uma intervenção familiar no sentido de o João e a mãe adotarem estratégias para lidar com a situação de desemprego do João. As primeira, segunda e quinta consultas foram realizadas individualmente com o João e a terceira consulta foi realizada com o João presencialmente e com a mãe por via telefónica por não poder estar presente. A quarta consulta foi realizada na presença do João e da mãe. Nas consultas em que a mãe estava presente presencialmente ou por via telefónica a relação entre ambos era afetuosa e aparentemente sem conflitos, embora ambos verbalizassem sentimentos e emoções negativas perante as dificuldades face à experiência de doença mental, ao desemprego e dependência económica do João face à mãe. Ajudei-os na descoberta de recursos, capacidades e forças pessoais para a definição de estratégias para a procura de emprego como: realizar curriculum vitae, definir áreas onde gostaria de trabalhar, definir locais onde irá entregar o currículo, contactar amigos e familiares que possam ajudar a encontrar emprego. Para lidar com a situação de desemprego e melhorar o sentido de vida preenchida e com significado tendo em consideração o seu gosto pela música e uma carreira na área da música como um projeto pessoal antigo, definiu-se como estratégia: tocar um instrumento como hobby, tocar instrumento na igreja onde pratica a sua fé semanalmente, ensinar pessoas carenciadas a aprender a tocar um instrumento.

Após cerca de dois meses da alta clínica e após intervenção individual e familiar, o João foi a uma entrevista e conseguiu o emprego. Apesar de não ter conseguido encontrar um emprego em *full-time*, refere que o *part-time* lhe veio trazer uma nova esperança e motivação para prosseguir com a adesão ao projeto terapêutico. “Sinto-me muito melhor desde que me ligaram a confirmar o meu lugar

na empresa, sinto que vou ser útil, vou ganhar o meu dinheiro e vou poder ajudar a minha mãe com as despesas” (sic). À observação e perante o que o João verbalizou o emprego veio trazer um novo propósito e significado para a sua vida. Além disso, ele frequentemente referia a dependência financeira da mãe, a ausência de um sentimento de utilidade e de inserção na sociedade, o isolamento social e o risco de voltar a consumir substâncias psicoativas como problemas secundários ao desemprego. Perante o novo emprego o cliente sentiu que encontrara uma solução e motivação para superar estes problemas e prosseguir no seu percurso de recuperação pessoal.

Tendo em consideração que no passado o João teve múltiplos empregos, com dificuldade em mantê-los, o desafio agora é manter o emprego. Para tal, o João manterá o acompanhamento na equipa comunitária e a equipa irá manter o apoio à família, nas consultas irá ser trabalhada a adesão ao projeto terapêutico, nomeadamente a manutenção do emprego, a adesão terapêutica e o consumo de substâncias psicoativas e também as relações familiares e sociais.

Ainda no âmbito desta temática importa referir que a equipa comunitária tem como estratégias para a procura de emprego a inscrição no centro de emprego e na realização de cursos profissionais, apoio na manutenção dos empregos, projeto terapêutico pelo qual estão responsáveis uma terapeuta ocupacional e uma psicomotricista que tem como objetivo promover a reabilitação psicossocial da pessoa com experiência de doença mental.

Ao longo do estágio, em ambos os contextos, fui-me dando conta da importância que ter um emprego tem para a saúde mental e bem-estar dos clientes e sobretudo para uma vida com propósito e significado.

Promover Esperança

Ao longo do estágio no internamento realizei intervenções psicoterapêuticas de grupo (Apêndice 5) com recurso ao desenho como mediador artístico, as quais visavam contribuir para a promoção de esperança entre os participantes.

As sessões de intervenção psicoterapêutica através do desenho como mediador artístico tiveram como objetivo geral promover a identificação, clarificação e compreensão das emoções da pessoa com experiência de doença mental, identificação e clarificação de processos internos, descodificação emocional e o desenvolvimento pessoal.

Por ter permanecido no internamento ao longo de todo o meu estágio e de em todas as sessões reunir condições para participar, a Maria foi um elemento constante nas sessões de intervenção psicoterapêutica de grupo. Na segunda sessão foi distribuída uma folha A4 a todos os clientes e solicitado que desenhassem de forma livre utilizando a cor que define o estado de espírito atual; após isso foi solicitado que escolhessem uma cor oposta da primeira e que posteriormente desenhassem com várias cores intermédias das duas escolhidas. Após todos terminarem foi solicitado que cada um mostrasse ou partilhasse o que fez se assim pretendesse.

A Maria estava muito renitente em participar na atividade, encontrava-se deprimida com uma anedonia e avolia marcadas, começou a atividade com um fâcies triste, uma postura retraída, mas colaborou e empenhou-se na sessão. Escolheu a cor vermelha para definir o seu estado de espírito nesse momento, desenhou uma árvore, preencheu o tronco com a cor vermelha e deixou a copa por preencher. Refere que deixou a copa vazia uma vez que é como se sente e “é onde estão os pensamentos” (sic) e pintou o tronco da árvore: “simboliza a ligação forte com a terra que é como quero estar” (sic). De seguida escolheu a cor verde como cor oposta e que simboliza para a própria a esperança. Como cor intermédia escolheu o amarelo e optou por pintar a zona inferior da copa da árvore, referindo: “Pintei a zona inferior da copa porque me quero aproximar da terra, estar com os pés mais assentes na terra e organizar-me” (sic). No final da sessão os clientes descreveram a sessão com as seguintes palavras: esperança, introspeção, partilha e “ficar bem”. Sendo que a Maria definiu a sessão com a palavra “esperança”. A Maria no final da sessão referiu que se sentia melhor e que ter ouvido as partilhas dos colegas tinha sido muito bom, porque se identificava com elas. O momento de partilha permitiu que a Maria se identificasse com as dificuldades e limitações dos outros e também com os seus desejos e objetivos, nomeadamente com a sensação de desorganização que outro cliente descreveu, com a esperança na reorganização do pensamento e também com os receios de outro cliente após a alta clínica, como o receio de ficar desempregado e dependente da família. Por outro lado, um dos clientes partilhou que no passado já passara pela mesma situação e que conseguiu voltar a desempenhar as funções no seu emprego. Esta partilha despertou o interesse da Maria, visto ela identificar-se com o mesmo. No final das sessões era visível nos clientes, inclusivamente na Maria, uma postura menos tensa, maior contacto ocular, expressão facial mais sorridente e maior interação entre os participantes. Foi importante perceber que, ao identificarem-se com

as partilhas dos outros, os clientes se sentem mais apoiados, sendo também um fator promotor da esperança e do *recovery*.

A importância dos pares

No contexto de internamento, aquando de uma admissão houve necessidade de reestruturar a organização das camas no serviço e a cliente que foi admitida ficou na mesma enfermaria que a Maria. No dia seguinte, quando cheguei ao serviço, a Maria encontrava-se muito sorridente, tinha passado toda a manhã fora do quarto, permaneceu nos espaços sociais e interagiu com outros clientes. Fiz um reforço positivo acerca do seu comportamento naquele dia e a Maria partilhou comigo que “estar no quarto com aquela senhora” a tinha ajudado. Ontem estivémos a conversar e percebi que ela, apesar de ter a doença há muito tempo, tem filhos, é casada e mantém-se a trabalhar. Saber que ela consegue fazer tudo isto motiva-me para não desistir dos meus sonhos. Se ela é capaz de superar a doença, então eu também sou.” (sic). Promover a partilha de experiências e vivências pessoais relacionadas com a experiência de doença mental entre pares é assim um fator promotor de esperança.

O João, já apresentado anteriormente, através de uma sugestão da mãe participou num retiro espiritual, que foi essencial ao seu processo de *recovery*, o que se deveu sobretudo à partilha de experiências entre pares.

A partilha entre pares revelou-se promotora de esperança, uma vez que ao olhar para o outro numa condição semelhante, com dificuldades e limitações semelhantes, a pessoa revê-se. Simultaneamente, ao ver as capacidades e conquistas do outro surge a possibilidade de também ele próprio “ser capaz de”. Assim surge a possibilidade de olhar para o caminho que o outro percorre e perceber que também ele próprio pode construir o seu caminho.

Ao longo do internamento foram vários os momentos de partilha entre pares que decorreram de uma forma informal e sem a intervenção de profissionais e que decerto, tal como o episódio anterior, contribuíram para o processo de *recovery* de muitas pessoas com experiência de doença mental. Contudo, poucos foram os momentos de partilha entre pares promovidos pelos profissionais de saúde. Sabendo da importância desta partilha, cabe aos profissionais de saúde proporcionar estes momentos entre pares ao longo do internamento para que se possa promover a partilha de experiências e vivências pessoais com as quais várias pessoas se podem

identificar e às quais poderá trazer esperança para o seu futuro e ajudar no seu processo de *recovery*.

Encontrar uma vida com significado e propósito

Na segunda consulta de enfermagem após alta clínica, o João chegou muito sonolento, com déficit no autocuidado, com lentificação psicomotora, dificuldade em manter contacto ocular e verbalizou: “estou à procura novamente do equilíbrio na minha vida, mas é difícil estar dependente da minha mãe, não ter emprego e passar os dias em casa” (sic). Na entrevista foram exploradas estratégias para que se sentisse mais útil e mais motivado para atingir os seus objetivos pessoais, tais como: encontrar emprego, manter uma boa relação com a mãe, não voltar a consumir substâncias psicoativas. O João dispôs-se a entregar currículos, a fazer caminhadas e a ajudar a mãe em casa com tarefas domésticas para se sentir mais útil e se ocupar durante o dia. Na consulta seguinte o João não apareceu, mas contactou-se a mãe, que informou que ele tinha encontrado um local onde vários jovens com experiências semelhantes de doença mental faziam retiros espirituais e que tinha encaminhado o seu filho para passar lá o fim de semana.

Na consulta seguinte, o João apresentava um aspeto mais cuidado, humor eutímico, fâcies sorridente e referiu: “Sabem que fui a um retiro espiritual? A minha mãe falou convosco? Eu cumpri tudo, tomei a terapêutica como devia, tenho dormido bem e sinto-me muito melhor” (sic). “Esta experiência foi muito boa, se pudesse ficava lá mais tempo” (sic). Referiu também: “Foi muito bom estar com pessoas que têm a mesma doença que eu tenho e que me compreendem. Também aprendi muito sobre a minha doença e os meus sintomas. A agora é para seguir em frente e ficar bem de uma vez por todas, não posso voltar a ter mais crises” (sic).

Em discussão com o João e a enfermeira orientadora por iniciativa da equipa decidiu iniciar-se intervenção familiar no sentido de o João e a mãe adotarem estratégias para lidar com a situação de desemprego do João, para ajudar a mãe a reconhecer as capacidades do João e para ajudar na manutenção da relação do João com a mãe. Assim, na consulta seguinte foi realizada reunião familiar, na qual estava presente o João, a mãe, eu e a enfermeira orientadora, e foram discutidas estratégias para a promoção processo de *recovery*, entre as quais voltar a realizar o retiro espiritual e encontrar um emprego.

Esta experiência tinha-lhe devolvido a esperança no futuro e nele próprio. Através deste retiro encontrou o significado e propósito da sua vida e encontrava-se agora motivado para continuar o seu caminho de recuperação.

Ressalvo aqui a importância da família como elemento-chave no processo de *recovery* do cliente. A família enquanto sistema e o próprio cliente são quem melhor se conhece e conhece o cliente nas suas limitações e nas suas necessidades e também os seus gostos, recursos e estratégias que lhe podem devolver este sentimento de vida com propósito e significado. A família revela-se assim essencial no processo de recuperação do cliente, e trabalhar em parceria com a mesma poderá trazer resultados positivos e de extrema importância para o cliente e para o sistema familiar.

Empowerment

Ao longo dos estágios, especialmente em regime de internamento, deparei-me com vários clientes que pouco ou nada sabiam acerca da doença ou sintomatologia que apresentavam, o que condicionava o seu processo de recuperação. Além dos clientes, os familiares também não detinham conhecimento acerca da doença, o que prejudicava a relação com o cliente, o funcionamento familiar e o próprio processo de *recovery* do cliente.

Um dos problemas que os clientes mais verbalizavam e que era fator de sofrimento para os mesmos é o dos efeitos secundários da terapêutica. Além disso os clientes verbalizavam ou demonstravam também o grande impacto da doença, não só a nível emocional, funcional e social como na forma como o cliente se vê enquanto pessoa e como a doença ameaça a sua própria identidade.

Ao longo dos estágios em ambos os contextos pude constatar que o empoderamento do cliente através de informação acerca da doença e de estratégias para lidar com as limitações e para encontrar forças e recursos em si próprio revelou-se de extrema importância para o processo de *recovery* dos clientes, o que pude avaliar através do feedback verbal e não-verbal dos clientes e também através das alterações comportamentais e relacionais que fui observando.

Perante esta temática destaco o Pedro, jovem adulto com cerca de 20 anos, desempregado, não concluiu o 12º ano, vive com os pais, e não apresenta juízo crítico ou insight para a sua sintomatologia ou necessidade de tratamento. Esta situação é agravada pelos efeitos secundários da terapêutica, o que conduzia frequentemente a

abandono da terapêutica e levou ao atual internamento. Apesar de aceitar a terapêutica em contexto de internamento, o Pedro questionava frequentemente qual era a terapêutica que lhe estava a ser administrada e qual o motivo pelo qual tinha de a tomar. Frequentemente referia: “isso faz-me mal, já disse que não posso continuar a tomar isto, em casa deixei de tomar porque até o peito me doía, dormia demais e mal me conseguia mexer” (sic). Perante estas queixas decidi intervir, escutei-o e tentei compreender o real motivo pelo qual ele não aceitava a terapêutica. O Pedro afirmou: “desde que aumentaram a dosagem da clozapina sinto-me novamente muito pior...quase como quando estava em casa, o meu corpo dói-me, é como se os meus músculos estivessem presos” (sic). À observação apresentava lentificação psicomotora, rigidez muscular e hipomímia facial, inclusivamente com dificuldades na mastigação. Perante isto expus a situação à equipa de enfermagem e à psiquiatra responsável pelo internamento do Pedro. O cliente iniciou biperideno e após a primeira toma verbalizou: “Já me sinto muito melhor desde que tomei aquele comprimido” (sic). A par com o ajuste da terapêutica e com a redução visível dos efeitos extrapiramidais, o cliente começou a interagir mais com o grupo, a permanecer durante mais tempo nos espaços sociais e a aceitar o regime medicamentoso. Após esta intervenção o próprio cliente começou a ser mais proativo e a envolver-se mais no seu projeto terapêutico, que incluía “encontrar um emprego, ganhar dinheiro e tornar-se independente dos pais” (sic), não consumir canabinóides e manter a adesão à terapêutica. Embora sempre sem *insight* para a necessidade da terapêutica, o que o preocupava no momento eram os efeitos extrapiramidais, ou seja, era apenas isso que ele não queria sentir. E a partir do momento em que deixou de os sentir de uma forma tão intensa acabou por aceitar melhor a necessidade de tomar terapêutica. Assim, através da mudança do comportamento e das atitudes do cliente foi possível compreender a importância de valorizar as queixas dos clientes e de os ajudar na procura do seu bem-estar.

Após a alta clínica, em contexto comunitário, a melhoria do Pedro resultante da adesão ao projeto terapêutico era evidente, e o seu envolvimento no processo de recuperação pessoal era notório. Além de aceitar a necessidade da terapêutica, negoceia com os técnicos a medicação que deve tomar face aos efeitos que sente. Não voltou a consumir canabinóides, encontrou um emprego (protegido - trabalha com um familiar) pela primeira vez desde os primeiros sintomas de doença mental, a relação com os pais tinha melhorado muito e começou a envolver-se ainda mais no

seu projeto terapêutico em vez de o abandonar. Apesar de não ter juízo crítico para a necessidade de tomar terapêutica e de ser acompanhado em psiquiatria, afirmava que pela primeira vez a sua vida estava a melhorar e conseguia visualizar no futuro a sua independência financeira, que era o que mais queria. Na última consulta em contexto comunitário esboçou pela primeira vez algum juízo crítico, não para a necessidade de tratamento, mas para a sintomatologia que o levava a ser internado.

O projeto terapêutico a longo prazo para o Pedro centrava-se sobretudo na adesão ao regime medicamentoso, manter o emprego e não consumir canabinóides. Agora é necessário dar continuidade a este processo, manter a esperança e o acreditar no Pedro, manter o apoio e a disponibilidade da equipa e a valorização das capacidades e forças do Pedro para que este processo de empoderamento continue a evoluir positivamente e a contribuir para o processo de *recovery*.

Assim, o empoderamento do Pedro através da valorização das suas queixas, do conhecimento sobre a doença, os sintomas, os medicamentos e os efeitos secundários ajudaram-no a envolver-se mais no seu projeto terapêutico e a aderir melhor ao mesmo, uma vez que lhe deram alguma capacidade para compreender o que se passava consigo e para simultaneamente ser capaz de solicitar uma ajuda adequada a profissionais de referência.

Associado ao *empowerment* surge a tomada de risco positiva. Em contexto comunitário surgem vários clientes que pretendem mudar de emprego, emigrar, ser mães, mudar de casa, entre outras tomadas de decisão que podem ser de risco. Perante estas tomadas de decisão em contexto comunitário o que presenciei sempre foi o apoio por parte dos profissionais na concretização dos objetivos e desejos dos clientes, ajudando-os na definição de estratégias para a concretização dos mesmos. Além disso, observei e foram-me relatados pelos profissionais diversos casos de sucesso e da importância que teve o apoio dos profissionais para uma tomada de risco positiva. Alguns dos clientes emigraram e mantêm-se em contacto com a enfermeira de referência via telefónica ou via correio eletrónico, outros foram pais e agradecem o apoio dos profissionais de referência nas suas tomadas de decisão. Assim, a importância de um apoio constante dos profissionais aos clientes, concorde ou não com as suas decisões, é crucial para o sucesso do processo de *recovery* de cada um.

Identidade

A identidade é definida como a pessoa se vê como indivíduo e na relação com os outros e com a comunidade em que se insere. Quando a pessoa recebe um diagnóstico poderá perder o sentido de si mesma. O *recovery* surge como suporte para a pessoa reconstruir e redefinir a sua identidade, tal como para ultrapassar o seu autoestigma que poderá colocar em causa a sua identidade (WHO, 2017).

Através da elaboração da estrela do *recovery* (Apêndice 2) foi possível que vários clientes descrevessem quais os seus objetivos no que diz respeito à sua identidade pessoal.

Quando questionado acerca da sua identidade, o Pedro afirma: “quero que me deixem ser eu próprio, ter a minha vida, estar com quem quero, fazer o que quero” (sic). Perante esta afirmação, verifica-se que, face à presença de doença mental, o Pedro sente a sua identidade ameaçada. Como não tem juízo crítico para a sua doença, atribui o que se passa com ele aos seus pais e ao tribunal, por ser internado em regime compulsivo. A afirmar “quero que me deixem ser eu próprio” (sic) refere-se a uma ideia que ele tem acerca de quem ele seria se nunca tivesse sido internado. “Olhe os anos eu já perdi porque me obrigaram a vir para aqui, tenho a minha vida parada há três anos” (sic), afirmou ele várias vezes.

Perante isto explorei com o cliente quem é o Pedro, o que lhe faz sentir a sua identidade ameaçada, os seus objetivos, explorei as suas forças e capacidades, mas trabalhar a sua identidade e a consciência de si e as relações consigo, com os outros e com o mundo foi muito difícil, mesmo através destas intervenções individuais e num curto prazo. Acompanhei o Pedro desde o início do internamento até à alta clínica para regime ambulatorio. Acompanhei-o na equipa comunitária, e realizei quatro consultas de enfermagem ao cliente. Pude constatar que à medida que eram trabalhados outros fatores inerentes ao processo de *recovery* - como as relações familiares, o emprego, a independência económica, o *empowerment* -, a imagem positiva de si ia sendo reconstruída. Destaco a melhoria da relação com os pais, a adesão ao projeto terapêutico, a existência de relação de confiança com a enfermeira de referência, o desenvolvimento de esperança acerca do seu futuro, sentir que os pais confiam nele e o apoiam, a definição de objetivos e a concretização de alguns deles a curto prazo, como praticar desporto, estar com alguns amigos, encontrar emprego e sentir o apoio familiar, sentir-se mais independente a nível financeiro e autónomo na tomada de decisões.

Perante o cliente consegui observar a reconstrução e o crescimento do Pedro enquanto pessoa sobretudo na relação com os pais e com os profissionais de saúde de referência e também na relação com a comunidade. Tornar-se responsável pelo seu próprio projeto terapêutico, envolver-se, discutir com os profissionais os ganhos que adquiriu de consulta para consulta e expressar as suas emoções associadas a esses ganhos ou as limitações ou frustrações que sente foi como estar presente na construção de um “puzzle” (a identidade do Pedro). A cada consulta existia uma nova peça encaixada que ajudava o Pedro a reconstruir-se e a reencontrar-se consigo próprio. À medida que mais peças se encaixavam mais sentido dava ao processo de *recovery* e mais claro ficava para o Pedro quem ele era para si próprio e para os outros.

Quanto ao João, viu a sua identidade ameaçada ao sentir-se dependente da sua mãe, sobretudo a nível financeiro. Não ter emprego, voltar a viver em casa da mãe sob determinadas regras e afastar-se do grupo de amigos com os quais mantinha hábito de consumo de substâncias psicoativas foram os fatores que mais contribuíram para que sentisse a sua identidade ameaçada.

Ao longo do internamento foi visível que o João detinha um elevado autoconhecimento, o que o ajudou a reencontrar-se consigo próprio e a definir o seu caminho e objetivos para o seu processo de *recovery*. O progresso que fez ao longo das consultas em contexto comunitário foi notável. À semelhança do Pedro, à medida que vários fatores inerentes ao processo de *recovery* foram melhorando ele foi-se reencontrando consigo próprio. O que mais contribuiu para que o João reencontrasse o sentido de si foi o retiro espiritual e a partilha entre pares que este retiro lhe proporcionou. Foi este o *trigger* para que o João começasse a investir em si próprio. Após ter participado nesse retiro começou a sair mais de casa, arranjou um *hobbie*, começou a ajudar a mãe nas tarefas domésticas e a procurar emprego. A partir do momento em que arranjou emprego foi visível a grande mudança em relação a si próprio. Começou a cuidar mais de si, o seu aspeto geral passou a ser muito mais cuidado, com vestuário mais adequado. As partilhas centravam-se mais em coisas positivas do que negativas, nomeadamente começou a partilhar momentos em família, sobretudo com os sobrinhos e que eram momentos que considerava muito felizes. Começou a preocupar-se mais com o seu sono e com o impacto dos efeitos secundários da medicação no seu dia a dia e a negociá-la com a equipa para que se pudesse sentir melhor consigo próprio e no seu trabalho.

Mais uma vez era notável o progresso da pessoa desde o início do internamento até à última consulta em que estive presente. Era como se existissem duas pessoas completamente diferentes, uma que não sabia quem era e estava perdida em relação a si própria e ao que o rodeava e outra que ao final de 5 meses tinha objetivos realistas em relação ao seu futuro, procurava conhecer-se melhor e conhecer as suas qualidades, habilidades e capacidades e que investia em relações esperanças.

A Maria, por seu turno, no início do internamento encontrava-se muito alheada da realidade, estava muito centrada nos delírios e alucinações e todo o seu comportamento estava relacionado com a atividade delirante e alucinatória. À medida que estes sintomas foram ficando menos presentes a Maria foi-se dando conta de si e das suas necessidades. A situação que melhor exemplifica isto foi o facto de num dos turnos a Maria começar a preocupar-se com a sua imagem. Num dos turnos a utente dirigiu-se a mim e questionou: “Sabe se existe aí alguma pinça ou cera para que possa fazer a depilação? Já não me sinto bem assim, sinto-me feia” (sic). Furneci os objetos para que pudesse cuidar da sua imagem e após isso a Maria dirigiu-se a mim e disse: “Muito obrigado, já me sinto muito melhor comigo! Sinto-me bonita!” (sic). A partir deste momento a Maria começou a preocupar-se com outras questões relacionadas consigo própria, como ter um emprego, cuidar da sua casa, passear sozinha, combater os seus medos e receios de andar na rua sozinha, ter outras relações pessoais que não só a da mãe, o que futuramente a ajudará na construção da sua identidade.

Em todos os clientes o progresso era semelhante: a cada consulta ou a cada novo turno ao longo do internamento existia um progresso dos clientes em relação a si próprios. Através deste progresso pessoal e individual o conceito de *recovery* ganhava sentido tanto para nós, profissionais, como para os próprios clientes, que se viam confrontados com o reencontro e redescoberta de si próprios e daquilo que os rodeia.

3.6. Aquisição e desenvolvimento de Competências do EESMP

Tendo em consideração a problemática do *recovery* decidi refletir não só acerca da aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista

e específicas do enfermeiro especialista em saúde mental como também acerca do desenvolvimento das vinte competências associadas ao *Tidal Model* (Apêndice 1).

Reflexão com base da aprendizagem

A reflexão acerca do desenvolvimento das competências associadas ao *Tidal Model* surge como forma de auditar a prática na promoção do processo de *recovery*. Perante uma análise acerca do meu percurso, desenvolvi estas competências na sua globalidade e sustentar o meu agir profissional nos dez compromissos e nas vinte competências foi essencial para a promoção do *recovery*, uma vez que sem atingir estas competências não é possível promover adequadamente o processo de *recovery* (Barker & Buchanan-Barker, 2008).

Após o período de integração no estágio em regime de internamento comecei a centrar-me mais no objetivo geral do projeto “Como é que o EESMP promove o processo de *recovery* da pessoa com doença mental grave?”. Inicialmente tentei compreender de que forma o serviço e os profissionais promoviam o *recovery* dos clientes internados e senti que no serviço existiam várias limitações não só para os clientes como também para a minha aprendizagem. Foi neste âmbito que me confrontei com a cultura dominante do serviço, uma prática maioritariamente centrada no que está errado, na identificação dos sintomas e na patologia dos clientes, ignorando muitas das vezes a personalidade e as forças do cliente (Gottlieb, 2016). Estes fatores e algumas situações menos positivas vivenciadas permitiram-me refletir sobre o que deverá ou não ser uma boa prática de cuidados em saúde mental e transportar estas aprendizagens para o meu agir profissional. Além disso, apesar do serviço de internamento não estar focado no processo de *recovery* da pessoa com experiência de doença mental, consegui desenvolver estratégias de aprendizagem nesse âmbito através da relação que estabeleci com os clientes, através de jornais de aprendizagem, das reflexões com as orientadoras e outros elementos da equipa de enfermagem.

Ao longo dos estágios recorri aos jornais de aprendizagem, refleti e partilhei com os enfermeiros orientadores situações em que “no aqui e agora” senti que as minhas emoções, sentimentos ou outras circunstâncias poderiam interferir na relação terapêutica com os clientes.

Tomada de consciência de mim na relação com o outro

Existiram diversas situações que me fizeram desenvolver competências no sentido de me dar conta de mim na relação e que contribuíram para aprender a identificar situações de transferência e contratransferência.

Destaco uma situação que ocorreu em contexto de estágio comunitário. Numa das consultas que observei, um cliente encontrava-se facilmente irritável, com humor disfórico e continuamente projetava na enfermeira a sua revolta e frustração relacionada não só com a administração de terapêutica injetável como também com a própria atividade delirante. Ao longo da consulta foi verbalizando coisas como “se calhar a enfermeira é que precisava de tratamento” (sic) “sabe o que está a fazer?” (sic). Simultaneamente mantinha uma postura tensa, rígida, contacto ríspido e tom de voz altissonante.

A presente situação seria difícil de gerir se fosse eu a enfermeira a realizar a consulta e teria de encontrar estratégias para gerir as minhas emoções. Contudo, sei que não agiria com base no que estava a sentir centrando-me em mim, mas com base no que senti vindo do outro, e no que o que sinto me diz do outro. Uma reação impulsiva e centrada em mim teria desde logo quebrado a confiança do cliente e provavelmente conduziria ao abandono terapêutico do cliente. Toda a raiva e irritabilidade que o cliente demonstra e que eu sinto só existem porque algo o provoca no cliente, e sei que é aí que tenho de intervir, pois só assim o poderei ajudar.

Neste sentido, a situação acima descrita foi um momento chave para a minha aprendizagem, contudo muitas outras situações vivenciadas em contexto de estágio e de trabalho proporcionaram-me oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional ajudando-me no meu autoconhecimento e autoconsciência na relação.

Conhecer a pessoa, a família e o contexto que os envolve

O estágio em contexto comunitário foi o que mais contribui para o desenvolvimento da competência em assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade, uma vez que me apresentou diversas situações novas de aprendizagem como os cuidados à família e as visitas domiciliárias.

As primeiras duas visitas domiciliárias que realizei decorreram no âmbito da manutenção da adesão ao regime medicamentoso. Nessas mesmas visitas domiciliárias, embora o objetivo principal fosse a administração de terapêutica, foi possível realizar uma avaliação do espaço, das condições em que vive o cliente e do contexto em que se encontra inserido. É possível realizar também uma avaliação da

família enquanto sistema, das suas dificuldades, necessidades, recursos e capacidades.

Outra das visitas domiciliárias que efetuei decorreu na sequência de um pedido de ajuda de um familiar cujo filho se encontra em casa isolado há cerca de quatro anos. Esta visita foi de extrema importância não só para o cliente e para a família como para o meu desenvolvimento profissional. A visita domiciliária foi realizada em conjunto com o psiquiatra e teve como intuito avaliar o estado mental do cliente, o impacto que a sintomatologia apresentava no seu quotidiano, qual o perigo que apresentava para si para os outros e avaliar a necessidade de internamento compulsivo. A visita domiciliária foi muito difícil de realizar, uma vez que o cliente não tinha juízo crítico para a sua sintomatologia ou necessidade de tratamento, e porque enquanto profissionais sentimos receio de que o cliente se sentisse ameaçado pela nossa presença no seu meio e que o risco de conflito familiar aumentasse após a visita. Apesar de o cliente não ter confiado em nós e de permanecer muito desconfiado e defensivo perante a nossa presença, o objetivo da visita domiciliária foi cumprido, ou seja, conseguimos avaliar o impacto que a experiência de doença mental tem na sua funcionalidade e autonomia. Esta visita permitiu posteriormente uma tomada de decisão em equipa que conduziu a um internamento compulsivo do cliente.

As 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 do cliente.

Centrar-me no outro enquanto pessoa

No âmbito da avaliação do cliente utilizei pela primeira vez o guião de entrevista “*Holistic Assessment*” (Apêndice 5) integrado no *Tidal Model*. Não utilizei o guião de forma rígida, mas baseei as questões que coloquei ao cliente nesse guião. A forma de olhar e avaliar o cliente subjacente a este modelo foi essencial para o desenvolvimento das minhas competências, sobretudo ao nível do processo de avaliação, no qual se inclui a técnica de entrevista e a observação do comportamento do cliente e dos sistemas abrangentes. Ao basear-me neste guião senti que fui além daquela que era a avaliação inicial do cliente que eu própria realizava anteriormente. Esta avaliação permitiu-me chegar ao outro enquanto pessoa e enquanto um todo, e

não ao outro enquanto doença e sintomatologia, o que apenas foi possível através da valorização da voz e da história da pessoa (Barker & Buchanan-Barker, 2008).

Além de me ter permitido fazer uma avaliação diferente daquela que habitualmente fazia, permitiu-me direcionar as minhas intervenções para o *recovery* delineando com o cliente objetivos a curto e longo prazo para a sua recuperação pessoal, tendo sempre em consideração aquilo que o cliente identifica como as suas necessidades. Esta avaliação vai ao encontro das competências preconizadas pelo *Tidal Model*, segundo as quais o enfermeiro reconhece a pessoa como especialista na sua história pessoal, na qual o enfermeiro é um aprendiz e é nesta perspetiva que desenvolve um plano de cuidados baseado, sempre que possível, nas necessidades expressas e nos desejos da pessoa, ajudando-a a identificar problemas específicos e o que pode fazer para os resolver (Barker & Buchanan-Barker, 2008).

Esta mudança na forma de questionar o cliente influenciou a forma como eu própria enquanto enfermeira olho para o cliente, conduzindo-me a uma avaliação mais global da pessoa e trazendo para a relação um cuidado mais humano e mais pessoal. Além disso, embora a avaliação seja um processo contínuo, e a utilização destas questões seja apenas um guia para orientar a minha avaliação, a sua utilização teve um enorme impacto no estabelecimento de uma relação de confiança com o cliente que se traduz na qualidade da informação obtida e elaboração de um plano de cuidados em parceria com cliente.

Em suma, a utilização de questões centradas no cliente, explorando com o próprio em que é que o posso ajudar enquanto pessoa - e não enquanto doente - traduz-se desde logo no estabelecimento de uma melhor relação de confiança com o cliente, conduzindo a um plano de cuidados mais centrado naquelas que são as suas necessidades e no seu próprio processo de recuperação pessoal. O *Tidal Model* e o Cuidar Baseado nas Forças revelaram-se elementos chave não só numa perspetiva de cuidados ao cliente como também numa perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional. Senti que ao longo deste percurso existiram diversas pequenas mudanças que tiveram um enorme impacto em mim e na forma como vejo e me relaciono com o outro. Estas mudanças transformaram-me enquanto enfermeira, como se eu própria tivesse mudado de paradigma ao nível da prestação de cuidados.

Ter esperança no outro e aceitar que ele é quem sabe melhor sobre si

Por forma a trabalhar a esperança no outro, eu própria tenho de fomentá-la em mim para a transmitir aos clientes. Prestar cuidados ao Pedro foi crucial para o desenvolvimento desta aprendizagem. Num dos turnos, após a interação com o Pedro, que se tornava cada vez mais difícil, percebi que eu própria não tinha esperança no seu processo de tratamento e não acreditava naquelas que eram as suas potencialidades. Tal como eu, também o próprio cliente se encontrava sem esperança e ele próprio foi-me transmitindo esta desesperança, que influenciou a forma como me relacionava e intervinha junto dele. Esta situação aconteceu porque o projeto terapêutico não ia ao encontro daquelas que eram as suas necessidades. Valorizar o que o cliente sente como um problema para si e ajudá-lo na gestão do mesmo é fulcral, independentemente de todos os problemas e diagnósticos que necessitam de intervenção. A minha preocupação centrava-se na aquisição de *insight*, que embora seja importante não era o que no momento preocupava o cliente, pelo que as minhas intervenções não conduziam ao resultado esperado, deixando-me frustrada. Ao centrar-me nas preocupações do Pedro o resultado surpreendeu-me, não só a nível da relação terapêutica como da adesão ao projeto terapêutico por parte do cliente. Ao longo do internamento a relação com o Pedro foi muito difícil de estabelecer, recusava constantemente participar nas atividades individuais ou de grupo e permanecia por longos períodos isolado no quarto. Quando passou a frequentar a equipa comunitária a relação com o Pedro mudou bastante, fruto também da mudança na abordagem do Pedro para Pedro enquanto pessoa e não Pedro enquanto doente. Passou a solicitar ajuda, a expor as suas necessidades, medos e receios e também as suas conquistas.

Assim, compreendi na prática que o cliente é quem sabe melhor sobre ele próprio, e que não posso delinear objetivos sustentados naquilo que eu quero para o cliente, mas no que ele quer para si. O cuidado centrado no cliente e nas suas necessidades e potencialidades é fundamental para que ele se sinta escutado e valorizado enquanto pessoa e é também através deste cuidado centrado nele que a esperança se vai desenvolvendo. Além disso, para que o cliente desenvolva sentimentos de esperança é essencial que o enfermeiro tenha e demonstre esse sentimento de esperança no próprio cliente.

Olhar o outro como pessoa com capacidades e forças e ser promotor das mesmas

Para a aquisição de competências a nível da prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional realizei em contexto de internamento sessões de atividades psicoterapêuticas com recurso ao desenho como mediador expressivo em grupo, e que me fizeram sobretudo refletir acerca da importância da expressão das emoções e da partilha entre pares. Utilizei também a psicoeducação sobretudo a nível individual com os clientes, o que me permitiu satisfazer necessidades do cliente, sobretudo a nível da falta de conhecimentos acerca da doença, sintomatologia e terapêutica e que anteriormente contribuía para o seu sofrimento, angústia e várias dúvidas relacionadas com os seus projetos de vida, capacidades e habilidades. Estes cuidados centrados no cliente permitiram-me compreender a importância do autoconhecimento e do conhecimento sobre a doença, terapêutica e sobre o impacto que a doença terá na vida dos clientes e, perante isto, ajudá-los a descobrir forças, habilidades e capacidades para o seu processo de *recovery*.

O estágio em contexto comunitário foi o que mais contribuiu para a aquisição de competências psicoterapêuticas e para competências no âmbito da promoção da reabilitação psicossocial. Poder vivenciar junto do cliente as suas forças, capacidades e habilidades foi sem dúvida motivador e promotor de esperança em mim, o que contribuiu para que me centrasse mais nos clientes e fosse mais eficaz nas minhas intervenções. As intervenções que realizei com clientes e com famílias ou cuidadores foram individuais. A realização destas intervenções permitiu-me compreender o impacto que a doença e sintomas têm no dia a dia e nas relações pessoais. Além disso, conduziu-me a uma aprendizagem fulcral: as estratégias que os clientes e famílias adotam são reflexo das suas habilidades e capacidades e são essas as que melhor resultado têm para o cliente e para a família desde que ajustadas à situação. Esta aprendizagem surgiu de situações como a mãe do João ter encontrado sozinha estratégias que contribuíram para que o filho combatesse a sintomatologia depressiva.

Acompanhar os clientes nos processos de procura ou de manutenção do emprego e de emigração foi crucial para esta aprendizagem, porque ao longo de todo o processo fui-me confrontando com as capacidades de cada um dos clientes e também com a minha capacidade para promover a descoberta dessas mesmas capacidades. Contudo, não podemos esquecer nunca que estes são processos contínuos e que o enfermeiro terá de ter disponibilidade para acompanhar as pessoas ao longo de todo o seu processo de *recovery*.

REFLEXÕES FINAIS

O Mestrado em ESMP permitiu-me desenvolver a minha capacidade crítica e reflexiva face à minha prática e ao meu agir profissional, permitiu experimentar-me na relação com o outro e ajudou-me a descobrir novas formas de aceder ao outro e de intervir.

Após este percurso, a grande mudança e aprendizagem que desenvolvi foi a forma de olhar o outro. Sustentar a minha prática profissional no “Cuidar Baseado nas Forças” e no *Tidal Model* ajudou-me a olhar o outro de uma forma mais humanizada e menos centrada nas limitações associadas à experiência de doença mental e mais centrada na pessoalidade e individualidade de cada um e nas suas capacidades e habilidades.

Indo ao encontro da questão inicial - “Como é que o EESMP promove o processo de *recovery* da pessoa com experiência de doença mental?” - identifiquei um aspeto central, como o ter esperança no outro e acreditar nas suas potencialidades e capacidades e ajudá-lo a redescobrir-se além da experiência de doença mental. Esta mudança foi essencial para que os clientes desenvolvessem essa mesma esperança e descoberta em relação a si próprios que é essencial no processo de *recovery*. Ser genuíno e autêntico na relação e privilegiar a narrativa como recurso terapêutico foi facilitador de todo o processo.

Após todas as vivências em contexto profissional e em contexto de estágio e dando resposta à questão inicial considero que o EESMP apenas promove o processo de *recovery* quando os seus cuidados são centrados no cliente. Centrar-me no cliente implica conhecê-lo, dar-lhe voz e ajudá-lo no seu processo de autoconhecimento. Estar lado a lado com ele no percurso de recuperação mas deixá-lo guiar o caminho. Centrar-me no outro implica centrar-me nas suas necessidades, problemas e também nas capacidades.

As minhas maiores dificuldades prenderam-se comigo, com a minha dificuldade, sobretudo no início do estágio, em centrar-me no outro e nas suas necessidades e não no que eu considerava serem as necessidades dos clientes. A utilização de alguns recursos terapêuticos, essencialmente recursos já estruturados e não individualizados ao cliente, como a estrela do *recovery* e a avaliação das forças, foram por vezes barreiras na comunicação com os clientes, prejudicando a relação terapêutica.

Considero que a cultura dominante no serviço de internamento, centrada na doença e nos seus défices, foi dificultadora da minha aprendizagem, uma vez que não observei uma prática constante de cuidados centrada nos clientes e promotora do processo de *recovery*. Embora fosse um objetivo inicial, não foi possível realizar intervenções de grupo na comunidade, o que teria sido muito enriquecedor para a minha aprendizagem.

Apesar de algumas dificuldades e limitações, o estágio permitiu-me adquirir conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da enfermagem de saúde mental, nomeadamente a promoção o processo de *recovery*, cuidados individualizados, intervenções psicoterapêuticas de grupo, intervenções psicoterapêuticas individuais e intervenção à família.

O Mestrado em EESMP permitiu-me ter uma ação profissional mais humanizada, passei a olhar os clientes de uma forma mais global e a olhar para dimensões para além das relações familiares e do bem-estar. Passei a valorizar mais o real impacto da doença mental nos clientes e também as suas capacidades e forças. A nível profissional conduziu-me a um desejo de mudança de prática e da cultura biomédica dominante do serviço onde exerço funções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J (2018) *A saúde mental dos Portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel do Santos
- Anthony, W. (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.
- Barker, J., Sanderon, A., Challen, K. (2014) Acute inpatient care in UK. Part 1: Recovery-oriented wards. *Mental Health Practise*, 17 (10), 18-24.
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005) *The Tidal Model a Guide for Mental Health Professionals*. London and New York: Routledge.
- Barker, P.; Buchanan-Barker, P. (2008) The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 93–100
- Barker, P.; Buchanan-Barker, P. (2011) Mental Health Nursing and the Politics of Recovery: A Global Reflection. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25 (5), 350–358
- Bevan, S., Gulliford, J., Steadman, K., Thoma, T., Moise, A. (2013). Working with Schizophrenia: Pathways to Employment, Recovery & Inclusion. The Work Foundation: London
- Boll, J. (2015) *The Way Back from Mental Illness: 6 Reasons Why You Should Tell Your Story of Hope and Recovery*. *Resources to Recover: A Website for Families*. Disponível em: <https://www.rtor.org/2015/01/27/the-way-back-from-mental-illness-6-reasons-why-you-should-tell-your-story-of-hope-andrecovery/>
- Blomqvist, M, Sandgren, A., Carlsson, I., Jormfeldt, H. (2018) Enabling healthy living: Experience of people with severe mental illness in psychiatric outpatient services. *International Journal of Mental Health Nursing* 27, 236-246
- 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.

- Carvalho, J. & Cordeiro, R. (2018) Recovery e os cuidados de Enfermagem de Saúde Mental na Comunidade. *Hospitalidade* 12-16
- Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In Tommy, A. & Alligood, M. (Coord.). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. 335-375. Loures: Lusociência
- Gottlieb, L (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. Loures: Lusodidata
- Jacob (2015). Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Aprach to Psychiatric Care. *Indian Journal of Psychological Medicine*. Vol 37 (2): 117-119
- Johnson, B. & Ray, W. (2016). *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Family Studies*, New York, NY: Wiley-Blackwell Publishing, Vol. 2, pp. 782-787.
- Kvrgic, S. et al. (2013), Therapeutic alliance in schizophrenia: The role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Research* 209, 15–20
- Llewellyn-Beardsley, J. et al (2019). Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis. *PLoS ONE* 14(3): 1-31
- Marques, A. & Queirós, C. (2012) *Guia Orientador do Processo de Reabilitação Psiquiátrica*. Porto: Laboratório de Reabilitação Psicossocial da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto e da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto
- Martins, D. (2012). *Arte-Terapia e as Potencialidade Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos*. (Tese de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/10008>
- Melo, J. (2019). *Nascemos Frágeis e Recebemos Ordens para Sermos Fortes – Um olhar sobre o narcisismo e a autoestima*. Bertrand Editora: Lisboa
- Neves, D., Nascimento, R., Felix Jr., M., Silva, F. & Andrade, R (2018). Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. *Cad. EBAPE.BR*, 16 (2, 318-330
- OMS (2001) *RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001 Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. Genebra: World Health Organization.

- OPSS (2019). Saúde Um Direito Humano: Relatório de Primavera 2019. Disponível em: http://opss.pt/wp-content/uploads/2019/07/Alterado-RP_2019.pdf
- Pearson, M. & Wilson, H. (2009). *Using Expressive Arts to Work with Mind, Body and Emotions: Theory and Practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Pereira, P. (2015) O amor na relação terapêutica em enfermagem: experiência vivida do enfermeiro de saúde mental (Tese de Doutoramento). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/20503>
- Pinho, L. & Pereira, A. (2015). Intervenção familiar na esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (14), 15-23.
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26, 06-02-2019) 4744-4750
- Regulamento nº356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2ª série (N.º 122, 25-06-2015) 17034 - 17041
- Saraiva, C. & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidel
- Silva, J. & Carvalho, J. (2017). Pontes para a inclusão: O combate ao estigma na doença mental. *Revista Pró-UniverSUS*. 08 (2): 47-51
- Slade, M. (2011) *100 Modos de Apoiar a Recuperação Pessoal: Um guia para Profissionais de Saúde Mental*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental
- Sousa, A. (2005). *Psicoterapias Ativas (Arte-Terapias)*. Livros Horizonte: Lisboa
- Srivastava P, Panday R (2016), Psychoeducation an Effective Tool as Treatment Modality in Mental Health. *International Journal of Indian Psychology*, 4 (82)
- Stickley et al (2016). From the rhetoric to the real: a critical review of how the concepts of recovery and social inclusion may inform mental health nurse advanced level curricula- The eMenthe project. *Nurse Education Today*. 155-163
- Townsend, M. (2018). *Psychiatric Mental Health Nursing: concepts of care in evidence-based practise*. (9th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company

WHO (2017). *Promoting recovery in mental health and related services: handbook for personal use and teaching – Who QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*. Geneva: World Health Organization

WHO (2018). *Mental health: strengthening our response*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Woods, et al (2019). *The Recovery Narrative: Politics and Possibilities of a Genre. Culture, Medicine and Psychiatry*.

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 - *Tidal Model*: Os 10 Compromissos e as 20
Competências**

TIDAL MODEL: OS 10 COMPROMISSOS E AS 20 COMPETÊNCIAS

(Barker & Buchanan-Barker, 2008)

Compromisso 1: Valorizar a voz

A história da pessoa representa o começo e o final da relação de ajuda, e nela inclui-se o relato do sofrimento da pessoa e também a esperança na sua resolução.

O *Tidal Model* tem como objetivo ajudar as pessoas a desenvolver as suas narrativas únicas, garantindo que todas as avaliações e registos de cuidados sejam escritos na própria voz da pessoa. Contudo, se for incapaz ou se recusar escrever por si própria, então o enfermeiro atua como secretário e regista o que foi acordado na "voz" da pessoa.

Competência 1: O enfermeiro demonstra a capacidade de participar ativamente da história da pessoa.

Competência 2: O enfermeiro demonstra compromisso em ajudar a pessoa a registar sua história nas suas próprias palavras como parte do processo de cuidados.

Compromisso 2: Respeitar a linguagem

As pessoas apresentam formas únicas de expressar as suas histórias de vida, mostrando aos outros aquilo que apenas eles conhecem. A linguagem da história complementada com a sua gramática incomum e com metáforas pessoais, torna-se num recurso ideal para o processo de recovery, em oposição às histórias escritas por profissionais enquadradas pela linguagem técnica. Ao valorizar a linguagem natural da pessoa, o enfermeiro transmite respeito pela pessoa.

Competência 3: O enfermeiro ajuda a pessoa a expressar-se através da sua própria linguagem.

Competência 4: O enfermeiro ajuda a pessoa a expressar a sua compreensão de determinadas experiências através do uso de histórias pessoais ou metáforas.

Compromisso 3: Desenvolver uma curiosidade autêntica

A história de vida da pessoa não é um livro aberto. Ninguém conhece a experiência da outra pessoa. Assim, os enfermeiros têm de expressar um interesse autêntico pela história do outro e refletir melhor naquela experiência única, para que seja possível compreender melhor a pessoa e a sua história.

Competência 5: O enfermeiro mostra interesse na história da pessoa ao incentivar a clarificação de alguns pontos em particular ou ao solicitar exemplos ou detalhes.

Competência 6: O profissional mostra vontade de ajudar a pessoa a desenvolver a sua história.

Compromisso 4: Tornar-se aprendiz

A pessoa é especialista na sua história de vida. Os enfermeiros poderão aprender algo sobre a mesma apenas se se aplicarem de uma forma diligente e respeitosa à tarefa de se tornarem aprendizes. Ninguém conhece a experiência de outra pessoa melhor do que ela própria. É necessário aprender com a pessoa quais as suas necessidades, em vez de a substituir.

Competência 7: O enfermeiro desenvolve um plano de cuidados baseado sempre que possível nas necessidades expressas e nos desejos da pessoa.

Competência 8: O enfermeiro ajuda a pessoa a identificar problemas específicos e o que pode fazer para resolvê-los.

Compromisso 5: Utilizar as ferramentas disponíveis

A história da pessoa contém exemplos do que funcionou no passado ou crenças sobre o que poderá funcionar no futuro. Estas são as principais ferramentas da pessoa para desbloquear e construir o processo de *recovery*.

Competência 9: O enfermeiro ajuda a desenvolver a consciência do que funciona a favor ou contra a pessoa em relação aos seus problemas específicos de vida.

Competência 10: O enfermeiro demonstra interesse em identificar o que a pessoa pensa que pode ser capaz de fazer para ajudá-la a lidar com problemas específicos de vida

Compromisso 6: Capacidade de dar um passo mais além

O enfermeiro e a pessoa trabalham em parceria na construção de uma apreciação daquilo que precisa ser feito no agora. Qualquer primeiro passo é crucial, revelando o poder da mudança e apontando para o objetivo final do *recovery*. Qualquer viagem começa na nossa imaginação e por isso é importante imaginar ou imaginar-se a seguir em frente, para que se possa abordar o que precisa de ser feito para avançar para a etapa seguinte.

Competência 11: O enfermeiro ajuda a pessoa a identificar que mudança poderia representar um passo para a resolução ou afastamento de um problema específico da sua vida.

Competência 12: O enfermeiro ajuda a pessoa a identificar o que tem de acontecer num futuro imediato, para experimentar o "passo positivo" na direção do objetivo desejado.

Compromisso 7: Oferecer tempo

Nada é mais valioso que o tempo de relação entre o cliente e o enfermeiro. Este tempo é promotor da mudança. Embora os profissionais aleguem que nem sempre têm tempo suficiente para trabalhar de forma construtiva com a pessoa, através da atenção criativa os profissionais encontram “tempo” para fazer o que necessita de ser feito.

Competência 13: O enfermeiro ajuda a pessoa a desenvolver a sua consciência de que o tempo dedicado é para atender às suas necessidades específicas.

Competência 14: O enfermeiro reconhece o valor do tempo que a pessoa concede ao processo de avaliação e à prestação de cuidados.

Compromisso 8: Revelar a sabedoria pessoal

Apenas a própria pessoa se pode conhecer. Através da descrição da sua história de vida a pessoa desenvolve uma poderosa sabedoria. É fundamental que o enfermeiro ajude a pessoa a revelar e a valorizar essa sabedoria, para que a possa usar como suporte no seu processo de *recovery*.

Competência 15: O enfermeiro ajuda a pessoa a identificar e desenvolver consciência das suas forças e fraquezas pessoais.

Competência 16: O enfermeiro ajuda a pessoa a desenvolver autoconfiança, promovendo a sua capacidade de se ajudar a si mesma.

Compromisso 9: Saber que a mudança é constante

A mudança é constante e inevitável, contudo o crescimento é opcional. Para que o crescimento ocorra é necessário que sejam feitas escolhas e tomadas decisões. O papel do enfermeiro é desenvolver a consciencialização de como é que a mudança está a acontecer, apoiando sempre a pessoa na tomada de decisões ao longo do processo de *recovery*.

Competência 17: O enfermeiro ajuda a desenvolver consciência acerca das mudanças subtis ao nível dos pensamentos, sentimentos ou ações.

Competência 18: O enfermeiro ajuda a pessoa a desenvolver a consciência de como ela própria, os outros ou determinados eventos influenciaram essas mudanças.

Compromisso 10: Ser transparente

A pessoa e o enfermeiro devem tornar-se numa equipa, na qual o enfermeiro tem uma posição privilegiada, pelo que para desenvolver a confiança devem ser sempre transparentes. Ser transparente com a pessoa ajuda-a a compreender o que está a ser feito e com que objetivo.

Manter o uso da linguagem da pessoa e elaborar o plano de cuidados em parceria torna a relação ainda mais transparente.

Competência 19: O enfermeiro visa assegurar que a pessoa esteja sempre consciente do propósito de todo o seu processo de cuidados.

Competência 20: O enfermeiro garante que a pessoa recebe cópia de todos os documentos inerentes ao seu processo de cuidados para a sua própria referência.

APÊNDICE 2 – Estrela do *Recovery*

ESTRELA DO RECOVERY

(Adaptado de *Recovery Star* In WHO (2017))

Inclusão na comunidade

Exemplo: Voltar para o meu trabalho, arranjar a minha própria casa, inscrever-me num curso

Ex: _____

Ex: _____

Esperança

Exemplo: Não perder a esperança nas minhas capacidades

Ex: _____

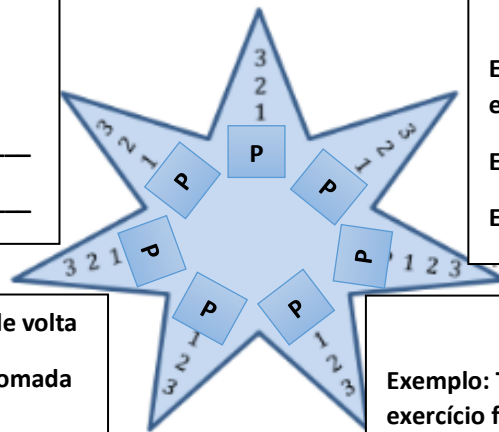
Ex: _____

Significado e propósito na vida

Exemplo: Encontrar significado através da espiritualidade, ir à igreja semanalmente

Ex: _____

Ex: _____



Empoderamento e ganhar controlo de volta

Exemplo: Ser mais independente na tomada de decisões

Ex: _____

Ex: _____

Saúde e Bem-Estar

Exemplo: Ter um sono regular, fazer exercício físico

Ex: _____

Ex: _____

Vida Social

Exemplo: Começar a passar tempo com os meus amigos novamente

Ex: _____

Ex: _____

Manter a identidade

Exemplo: Não deixar que as pessoas me subvalorizem

Ex: _____

Ex: _____

P: Prioridade

1 – Não estou satisfeito

2- Satisfeito

3 – Muito Satisfeito

APÊNDICE 3 – Avaliar as Forças

AVALIAR AS FORÇAS

(Adaptado de Strengths Worksheet in WHO (2017))

ATUALMENTE	DESEJOS E ASPIRAÇÕES	RECURSOS PESSOAIS E SOCIAIS
O que está a acontecer? O que está disponível?	O que é que eu quero?	O que usei no passado?
Vida Diária		
Situação Financeira		
Ocupação		
Suporte Social		
Saúde		

Espiritualidade		
Outras coisas que pretendo acrescentar		

APÊNDICE 4 – Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA – “*THE HOLISTIC ASSESSMENT*”

(Adaptado de Barker & Buchanan-Barker, 2005)

- 1) Como começou tudo?
- 2) Como o afetou?
- 3) Como se sentiu no início?
- 4) Como é que as coisas mudaram ao longo do tempo?
- 5) Que efeito teve nas suas relações pessoais?
- 6) Como se sente agora?
- 7) O que é que tudo isto significa para si?
- 8) O que é que isto diz sobre si como pessoa?
- 9) O que é que desejaria/espera que aconteça agora?
- 10) O que espera que possamos fazer por si?

**APÊNDICE 5 – Programa de Intervenção Psicoterapêutica em
Grupo**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

10º Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Programa de Intervenção Psicoterapêutica em Grupo

Cláudia Paciência Santos

Lisboa



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

10º Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Programa de Intervenção Psicoterapêutica em Grupo

Discente: Cláudia Paciência Santos, nº 8928

Docente: Professora Doutora Luísa Maria Correia de Azevedo D'Espiney

Lisboa,
Outubro de 2019

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS	4
2. MEDIADORES EXPRESSIVOS.....	5
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	5
3.1. Delimitação da problemática.....	5
3.2. Objetivos gerais e específicos.....	6
3.3. Caracterização do Grupo-Alvo	6
3.4. Planificação da Intervenção.....	7
3.5. Resultados Esperados.....	8
3.6. Avaliação do Processo	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

INTRODUÇÃO

A intervenção psicoterapêutica é um processo que se baseia na relação interpessoal e que é desenvolvida entre o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e o utente, no qual o estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite crescimento, desenvolvimento e a construção em parceria de novas explicações e razões para os problemas identificados (Regulamento nº 515/2018).

A intervenção psicoterapêutica através da arte afigura-se como um tratamento psicoterapêutico que utiliza a expressão artística enquanto mediador (Sousa, 2005, p.253).

A utilização de mediadores expressivos como recurso terapêutico foi descrita inicialmente por Margaret Neumburg em 1940, com o intuito de promover a reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental (Martins, 2012; Sousa, 2005).

Apesar de pouco utilizados em Portugal - cerca de 65,30% -, os mediadores artísticos nas técnicas de intervenção psicoterapêutica promovem um conjunto de efeitos terapêuticos, tanto para utentes com perturbação mental, como para utentes com outras patologias (Sampaio et. a., 2014).

O objetivo terapêutico desta técnica assenta no alívio do sofrimento mental, incidindo sobre o processo em si e não com a “designação que se atribui ao processo” (Sousa, 2005, p.253) uma vez que, através da utilização de mediadores artísticos é possível tornar a vida interior do individuo visível mediante a criação de uma imagem interna, promovendo assim o conhecimento da pessoa e da sua própria condição (Blomdahl et. al., 2018).

Em suma, a utilização de técnicas expressivas estimula a pessoa a interessar-se pelo seu processo de autodescoberta, possibilitando desta forma uma mudança intrapessoal, o que se encontra inerente ao processo de recovery (Pearson & Wilson, 2009).

1. INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, a intervenção psicoterapêutica é um processo que se baseia na relação interpessoal e que é desenvolvida entre o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e o utente, no qual o estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite crescimento, desenvolvimento e a construção em parceria de novas explicações e razões para os problemas identificados (Regulamento nº 515/2018).

Em Portugal, de acordo com o Regulamento nº515/2018, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental apresentam competências para prestar “cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais” (Regulamento nº 515/2018, p.21430). Contudo, no mesmo documento não existe qualquer especificação acerca do tipo de intervenções psicoterapêuticas que o enfermeiro pode realizar (Sampaio, et. al 2015).

Considera-se como pilar da realização das mesmas uma relação de ajuda profissional em Enfermagem (Sampaio et. al., 2015 cit. Chalifour, 2008; Lazure, 1994; Phaneuf, 2005).

A ideia da relação interpessoal como pilar de qualquer intervenção psicoterapêutica foi apresentada por Peplau em 1952, e tem sido corroborada por diversos estudos que afirmam que a aliança terapêutica entre terapeuta e cliente é o fator mais importante independentemente do modelo de terapia (Sampaio et. al., 2015).

Em Enfermagem, a intervenção psicoterapêutica consiste numa aplicação informada e intencional de Técnicas Psicoterapêuticas que assenta em diversos princípios: a) é uma intervenção estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial; b) é realizada por um EESMP ou por um enfermeiro de cuidados gerais com formação específica e competências certificadas pela OE; c) é baseada em racionais teóricos de Psicoterapia; d) decorre de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da saúde mental; e) o cliente apresenta um papel ativo e tem necessariamente alguma consciência de si; f) deverá ter entre três e doze sessões; g) tem como base a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre enfermeiro e cliente; h) apresenta como objetivo a mudança ou redução de um estado percebido como negativo pelo cliente através de definição prévia de metas mútuas entre enfermeiro e cliente (Sampaio et. al., 2014).

Em Enfermagem a intervenção psicoterapêutica distingue-se da Psicoterapia “tradicional” por ser mais limitada no tempo; por assentar num diagnóstico de Enfermagem; por poder decorrer noutros *settings* que não o de gabinete ou consultório e por se circunscrever à utilização de técnicas de Psicoterapia sob a forma de intervenções integradas nas taxonomias de Enfermagem como a NANDA ou a CIPE (Sampaio, Sequeira, & Lluç Canut, 2018).

2. MEDIADORES EXPRESSIVOS

Através do Tidal Model encontra-se definido que tudo o que uma pessoa pode ser é “história”. Só conhecemos quem as pessoas são pelas histórias em que falam de si mesmas ou pelas histórias que outras pessoas contam sobre elas. Neste sentido, o crescimento e desenvolvimento das pessoas é realizado através de narrativas como meio pelo qual as pessoas se conhecem e sabem melhor o que as incomoda (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

A utilização de mediadores expressivos como recurso terapêutico foi descrita inicialmente por Margaret Neumburg em 1940, com o intuito de promover o recovery da pessoa com doença mental (Martins, 2012; Sousa, 2005).

Através da utilização de mediadores artísticos é possível tornar a vida interior do indivíduo visível mediante a criação de uma imagem interna, promovendo assim o conhecimento da pessoa e da sua própria condição (Blomdahl et. al., 2018).

Através da utilização de técnicas expressivas como a expressão plástica, nas quais se recorre por exemplo à pintura e ao desenho, o acesso ao simbólico traduz-se num processo essencial à identificação e clarificação de processos internos, permitindo a descodificação emocional e o desenvolvimento pessoal (Martins, 2012; Blomdahl et. al., 2018).

A utilização de técnicas expressivas estimula a pessoa a interessar-se pelo seu processo de autodescoberta, possibilitando desta forma uma mudança intrapessoal (Pearson & Wilson, 2009).

As atividades desenvolvidas com recurso a mediadores expressivos têm como princípios: criar conexões através da aliança terapêutica; promover a autoconsciência; processar as emoções através da sua externalização através do desenho, música ou símbolos; transformar a aprendizagem pessoal através do uso de símbolos e metáforas; melhorar a autoestima; capacitar o cliente a desenvolver habilidades internas no caminho para a gestão emocional e promover competências intra e interpessoais (Pearson & Wilson, 2009).

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3.1. Delimitação da problemática

As diversas doenças mentais surgem como contraposição a um estado de saúde mental positiva ou de bem-estar mental e têm “um impacto altamente gravoso em vários domínios da vida das pessoas, famílias e sociedade” (Almeida, 2018, p.55). O impacto que a doença tem traduz-se em sofrimento psíquico, em níveis elevados de incapacidade nas atividades de vida

diária, no trabalho e perturba as capacidades relacionais e produtivas das pessoas (Almeida, 2018). Por outro lado, dar alta clínica não significa que a pessoa consiga lidar com as suas limitações, sintomatologia, com as dificuldades que a doença lhe causou ou com o estigma associado à sua condição de pessoa com experiência de doença mental (Carvalho & Cordeiro, 2018). Muitas pessoas com experiência de doença mental grave têm dificuldades e limitações na sua vida quotidiana e experienciam um nível baixo de bem-estar e de qualidade de vida (Blomqvist, et al, 2018).

Neste sentido, de acordo com o mesmo autor, a existência de profissionais que sejam capazes de ver as pessoas de forma individualizada e na sua totalidade, que mostrem um interesse genuíno nelas, na sua saúde e no viver saudável, é essencial para o bem-estar na vida quotidiana da pessoa com experiência de doença mental grave (Blomqvist, et al, 2018 cit. Gunnmo & Fatouros- Bergman, 2011). Assim, para dar resposta a esta problemática surge o processo de recovery.

Este processo de recovery sustenta-se na parceria, esperança, otimismo sobre o futuro, identidade, vida com significado e empoderamento e baseia-se também no princípio de que a pessoa pode não ter controlo total sobre os seus sintomas, mas poderá ter controlo sobre a sua vida. O objetivo deste processo é que a pessoa veja além dos problemas associados à experiência de doença mental, reconhecendo e fomentando as suas capacidades, interesses e sonhos (Townsend, 2018; Jacob, 2015).

3.2. Objetivos gerais e específicos

As sessões de intervenção psicoterapêutica através do desenho como mediador artístico têm como objetivo geral que a pessoa com experiência de doença mental identifique forças, esperanças, desejos e recursos pessoais.

Definem-se também como objetivos específicos: estimular o diálogo interior; promover a autoexploração; promover a expressão verbal e não verbal; promover a compreensão e explicação das experiências emocionais; promover a conexão entre o consciente e o inconsciente; estimular a criatividade, imaginação e competências para resolução de problemas e promover a relação corpo/mente (Blomdahl, et al, 2018).

3.3. Caracterização do Grupo-Alvo

A realização das sessões de intervenção psicoterapêutica baseadas no desenho como mediador artístico terá, idealmente, como grupo alvo um grupo de 8 clientes, uma vez que de acordo com Manes (2018) o grupo psicoterapêutico deve ser formado por 8 a 10 pessoas.

Contudo, poderá não ser possível realizar uma sessão com um número de participantes tão elevado devido ao estado mental de cada cliente e à capacidade para realizar as atividades propostas.

Os clientes a integrarem o grupo terão de se encontrar em regime de internamento num serviço de psiquiatria, ter experiência de doença mental e serem adultos. De acordo com a WHO é adulto que tenha uma idade superior a 19 anos, a menos que a legislação nacional defina uma idade inferior, caso de Portugal, em que a pessoa atinge a idade adulta aos 18 anos (WHO, 2013; Decreto-Lei n.º 496/77).

Os participantes serão informados da realização do grupo psicoterapêutico pelos enfermeiros e terão de mostrar interesse em participar nas sessões psicoterapêuticas. Este será um grupo aberto, permitindo que todos os utentes com capacidade para a realização da intervenção possam participar. Por outro lado, visto que o tempo de internamento é muito curto, alguns clientes terão alta clínica ao longo do programa. Por estes motivos a constituição do grupo é diferente de sessão para sessão.

3.4. Planificação da Intervenção

O programa terapêutico será constituído por 4 sessões, cujo planeamento se encontra em Apêndice I. A duração das sessões será de 45 minutos, realizadas semanalmente.

As sessões decorrerão aos sábados ou domingos pelas 11h, na sala de estar do serviço de internamento de psiquiatria.

As diversas sessões têm como objetivos a promoção do autoconhecimento e autoconsciência; a identificação de forças, esperanças, desejos e recursos pessoais e identificação, compreensão e expressão de emoções vivenciadas, bem como o impacto das mesmas em si. A sessão insere-se num programa de intervenção psicoterapêutico para pessoas com experiência de doença mental e com diagnósticos de enfermagem de acordo com taxonomia CIPE: comunicação comprometida; autoconhecimento comprometido; coping comprometido e identidade pessoal comprometida (OE, 2016).

É necessário ter em consideração para a sessão que podem emergir alguns desafios/dificuldades da parte do cliente como: dificuldade no encontro com o seu interior, em aceder ao simbólico, em identificar emoções ou frustração por não conseguir representar o que pretende (Blomdahl et. al. ,2018). Para ajudar o cliente a ultrapassar estes obstáculos é fundamental que o enfermeiro crie um sentimento de segurança, proporcione um ambiente acolhedor e que dê liberdade de expressão do diálogo interior através da expressão de arte.

Após a realização das tarefas artísticas, será dado lugar à exploração dos desenhos com o objetivo de compreender as reações e ações dos participantes e de ajudá-los no seu processo de autorreconhecimento e na identificação e compreensão de emoções, pensamentos e sentimentos.

3.5. Resultados Esperados

Através da intervenção pretende-se que a pessoa com experiência de doença mental verbalize ou que tome consciência das suas capacidades ou habilidades.

3.6. Avaliação do Processo

A avaliação do presente programa será realizada sessão a sessão.

Para a realização da avaliação recorrer-se-á à realização de notas de campo, à observação dos clientes, da sua participação e interação e ao feedback dos clientes em cada sessão.

No final de cada sessão será também solicitado a cada participante que diga uma palavra que caracterize a sessão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J (2018) A saúde mental dos Portugueses. Lisboa: Fundação Francisco Manuel do Santos
- 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.
- 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.
- Carvalho, J. & Cordeiro, R. (2018) Recovery e os cuidados de Enfermagem de Saúde Mental na Comunidade. *Hospitalidade* 12-16
- OE (2016). CIPE versão 2015 - *CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM* Edição Portuguesa. ORDEM DOS ENFERMEIROS
- Decreto-Lei n.º 496/77 (1977). Introduz alterações ao Código Civil. *Diário da República*. 1ª Série (N.º 273/1977, 24-11-1977). 2818-(1) a 2818-(50)
- Jacob (2015). Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care. *Indian Journal of Psychological Medicine*. Vol 37 (2): 117-119
- Manes, S. (2018) 83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupo: Um Manual para psicólogos, professores, animadores socio-culturais. Lisboa: PAULUS
- Martins, D. (2012). Arte-Terapia e as Potencialidades Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos. (Tese de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/10008>
- Pearson, M. & Wilson, H. (2009). *Using Expressive Arts to Work with Mind, Body and Emotions: Theory and Practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Regulamento n.º 515/2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2ª série (N.º 151, 07-08-2018), 21427 a 21430.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 103-108

- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: a review of clinical studies. *Journal of Clinical Nursing*. 1-10
- 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), 77-84
- Sousa, A. (2005). *Psicoterapias Ativas (Arte-Terapias)*. Livros Horizonte: Lisboa
- Townsend, M. (2018). *Psychiatric Mental Health Nursing: concepts of care in evidence-based practise*. (9th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company
- WHO (2013) - Definition of key terms - Consolidated ARV guidelines. Disponível em:<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>

Planeamento do Programa de Intervenção Psicoterapêutica

Número da Sessão	Conteúdo	Objetivos
1	<p>Introdução e Apresentação do Grupo</p> <p>Tema: O meu retrato</p> <p>Tarefa: 1º Escrever o nome e todas as informações que quer dar de si próprio ao grupo, como capacidades, interesses, desejos, aspirações, atividades desportivas e recreativas, relação com os outros; 2º afixar as folhas na parede/quadro 3º Ler as folhas dos outros participantes; 4º comentar o retrato de cada um dos membros</p> <p>Partilha de experiências, dificuldades, emoções e sentimentos em grupo.</p> <p>Verbalizar numa única palavra o significado da atividade.</p>	<p>Promover o autoconhecimento</p> <p>Promover a autoconsciência;</p>
2	<p>Tema: Variações Coloridas</p> <p>Tarefa: 1º - Pintar numa folha, utilizando a cor que define o estado de espírito atual; 2º - Escolher uma cor oposta à primeira; 3º - Pintar numa folha em branco, várias cores intermédias às duas escolhidas.</p> <p>Partilha de experiências, dificuldades, emoções e sentimentos em grupo.</p> <p>Verbalizar numa única palavra o significado da atividade.</p>	<p>Promover o autoconhecimento</p> <p>Identificar várias emoções e promover a sua aceitação</p>

3	<p>Tema: O Escuro</p> <p>Tarefa: 1º - Dividir uma folha branca em duas partes; 2º - Pintar, numa parte da folha como se vê; 3º - Numa outra parte da folha, pintar como julga que os outros o vêem.</p> <p>Partilha de experiências, dificuldades, emoções e sentimentos em grupo. Verbalizar numa única palavra o significado da atividade.</p>	<p>Identificar emoções do estado de espírito atual;</p> <p>Promover o autoconhecimento</p> <p>Promover a autoconsciência;</p>
4	<p>Tema: A Árvore da Vida</p> <p>Tarefa: Pedir ao cliente para desenhar o contorno de uma árvore e solicitar que inclua raízes, troncos e galhos para começar. Frutas e folhas podem ser acrescentadas no início ou posteriormente.</p> <p>Importa explicar também que cada parte da árvore será usada para simbolizar uma parte da vida da pessoa.</p> <p>Partilha de experiências, dificuldades, emoções e sentimentos em grupo. Verbalizar numa única palavra o significado da atividade.</p>	<p>Identificar forças, esperanças, desejos e recursos pessoais.</p>

(Blomdahl et. Al., 2018; Mendes, 2018)

