

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

Autoconceito comprometido: Cuidar em Parceria

Luís Miguel Mateus Gens dos Santos

**Lisboa
2021**



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

Autoconceito comprometido: Cuidar em Parceria

Luís Miguel Mateus Gens dos Santos



Orientadora: Maria Isabel Costa e Silva



**Lisboa
2021**

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer ao Senhor, por ter tornado mais fácil, o que era difícil.

Quero agradecer à minha esposa por todo o apoio que me deu para que pudesse integrar e conciliar este percurso académico com todas as actividades que me são importantes. Agradecer-lhe também pela motivação nos momentos difíceis, pela confiança e estima.

Quero agradecer aos meus pais e irmãos por me incentivarem a levar este desafio até ao fim.

Agradeço à professora Isabel, pela disponibilidade e prontidão com que respondeu aos meus pedidos de ajuda, pela serenidade e confiança que frutificaram esta experiência.

Agradeço por fim aos Enfermeiros Daniel e Cátia, pela humildade, confiança e por tudo o que me ensinaram.

*“Ainda que eu tenha o dom da profecia,
saiba todos os mistérios e tenha todo o conhecimento,
se não tiver amor, nada serei...”*

(1 Coríntios 13, 2)

ABREVIATURAS

APA – *American Psychiatric Association*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICN – *International Council of Nurses*

NIC – *Nursing Interventions Classification*

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PDESMP – Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

RNAO – *Registered Nurses Association of Ontario*

SPA – Serviço de Psiquiatria Agudos

UCPSM – Unidade Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental

RESUMO

O autoconceito é um indicador de saúde mental e um foco de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica podendo estar comprometido no cliente com doença mental. Este foco de intervenção é visto pelos profissionais de saúde como um elemento crítico para a compreensão das pessoas e do seu comportamento. Uma alteração do autoconceito impacta em todos os aspectos da vida do cliente.

Este estágio teve como finalidade a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e desenvolveu-se em contexto comunitário e hospitalar, em serviços de saúde mental dirigidos a adultos a viverem processos de crise e/ou doença mental. Teve início no dia 23 de Novembro e decorreu ao longo de 18 semanas, 9 semanas em cada contexto.

Na avaliação diagnóstica foram utilizados instrumentos de avaliação da *Nursing Outcomes Classification* tanto no início como no final da intervenção.

Foram realizadas intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional em grupo e individuais, assentes na construção de relações interpessoais terapêuticas em parceria entre cliente e enfermeiro.

Dos principais resultados obtidos destacam-se os ganhos ao nível da auto-estima e identidade para a maior parte dos clientes.

Compreender o autoconceito do cliente é assim essencial para o processo de cuidar em saúde mental desenvolvido pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras-chave: Auto-estima; Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental; Doença mental

ABSTRACT

Self-concept is a mental health indicator and a focus of intervention by the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, which may be compromised in the client with mental illness. This focus of intervention is seen by health professionals as a critical element for understanding people and their behavior. A change in self-concept impacts every aspect of a client's life.

This internship aimed to acquire and develop the skills of Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing and was developed in a community and hospital context, both in mental health services for adults experiencing crisis and/or mental illness processes. It started on the 23rd of November and ran over 18 weeks, 9 weeks in each context.

In the diagnostic evaluation, assessment instruments of the Nursing Outcomes Classification were used both at the beginning and at the end of the intervention.

Group and individual psychotherapeutic and psychoeducational interventions were carried out, based on the construction of therapeutic interpersonal relationships in partnership between client and nurse.

Among the main results obtained, the gains in terms of self-esteem and identity stand out for most clients.

Understanding the client's self-concept is thus essential for the mental health care process developed by the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Key-words: Self-concept; Psychiatric Nursing; Mental Health; Mental Disorders.

ÍNDICE

LISTA DE QUADROS	9
INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. Autoconceito no adulto com doença mental.....	14
1.2. Intervenções de enfermagem – Teoria das relações interpessoais de Peplau ..	17
2. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS.....	28
2.1. Contexto Comunitário	29
2.1.1. Caracterização da Unidade Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental ...	29
2.1.2. Intervenções desenvolvidas em Contexto Comunitário	31
2.2. Contexto Hospitalar	41
2.2.1. Caracterização do Serviço de Psiquiatria Agudos.....	41
2.2.2. Intervenções desenvolvidas em contexto hospitalar	42
2.3. Aquisição de competências como EEESMP.....	52
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICE 1 – Orientação e Guião para Entrevista	69
APÊNDICE 2 – Grelha de Indicadores NOC - Autoconceito	72
APÊNDICE 3 – Ficha de Avaliação da Sessão	75

LISTA DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 - Resultados globais da intervenção no autoconceito – Contexto internamento

45

INTRODUÇÃO

Este relatório tem como objectivo dar a conhecer o percurso efectuado durante o estágio para a aquisição e consolidação de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EEESMP). Este documento constitui-se como uma reflexão, descrição e análise das actividades desenvolvidas ao longo de todo o percurso de estágio.

O foco de intervenção foi o autoconceito que “pode ser definido de uma forma simples, como a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si” (Serra, 1988, p.101) e que quando comprometido, interfere nas relações interpessoais. Constitui-se assim “como um elemento crítico para a compreensão da pessoa e dos seus comportamentos” (Stuart & Laraia, 2001, p.351).

O autoconceito é um indicador de saúde mental ao qual o enfermeiro deverá estar atento, nomeadamente no que concerne à avaliação de comportamentos associados à baixa auto-estima, à difusão da identidade ou à despersonalização. Pode estar alterado na pessoa com doença mental – autoconceito comprometido – “afectando todos os aspectos da vida do individuo” (Stuart & Laraia, 2001, p.365).

Compreender e intervir no autoconceito de um cliente, para que este possa “obter um nível máximo de auto-realização concretizando o seu potencial” (Stuart & Laraia, 2001, p.365), é assim uma componente essencial do trabalho desenvolvido pelo EEESMP.

Apesar de vinculado a um estabelecimento que assiste a pessoa com doença mental, a prestação directa de cuidados de enfermagem não integra o meu quotidiano profissional. Torna-se, porém, fundamental, que me desenvolva nesta área de intervenção, permitindo uma maior sensibilização das equipas de enfermagem que coordeno a uma intervenção efectiva no autoconceito.

Especificamente, para o estágio e em articulação com o Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE), defini os seguintes objectivos:

- Demonstrar um elevado nível de autoconhecimento e tomada de consciência de mim mesmo no processo relacional enfermeiro-cliente;
- Executar a apreciação de modo a assegurar uma descrição clara e compreensão da história de saúde do cliente, em especial da história de saúde mental, nos contextos de estágio;

- Implementar um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, nos contextos de estágio;
- Implementar intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional na pessoa com doença mental e auto-conceito comprometido, nos contextos de estágio;

No estágio, propus-me implementar um cuidar em parceria, fundamental na intervenção especializada de enfermagem, sustentado no modelo teórico de Peplau (1990) sobre as relações interpessoais. Neste modelo, a autora destaca a relação interpessoal entre enfermeiro e cliente, onde não é só o cliente que se desenvolve, mas também o enfermeiro, num processo dinâmico que deve ocorrer durante o momento em que o cliente é assistido. Este conceito afigura-se favorável ao desenvolvimento de competências de EEESMP.

O estágio decorreu numa Unidade Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental (UCPSM) no período de 23 de Novembro de 2020 a 5 de Fevereiro de 2021 e num Serviço de Psiquiatria Agudos (SPA) no período de 8 de Fevereiro a 16 de Abril de 2021. Será realizado um relato e reflexão sobre as actividades e aprendizagens desenvolvidas nos dois locais de estágio.

Numa vertente comunitária desenvolvi competências reflexivas relativamente às políticas de saúde, às respostas comunitárias e às necessidades em saúde mental da comunidade. Identifiquei factores protectores e promotores do bem-estar e saúde mental assim como os factores predisponentes da perturbação mental na comunidade e ainda, implementei um projecto que promoveu o bem-estar e saúde mental dos clientes visados, ainda que em número reduzido pelas limitações pandémicas.

Numa vertente hospitalar desenvolvi, entre outras, intervenções em grupo, acompanhadas de um intenso processo reflexivo que demonstrou uma tomada de consciência de mim mesmo não só durante a relação terapêutica, como durante a realização das intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas previstas. Executei uma avaliação das necessidades em saúde mental de um grupo, num contexto tão específico como o prisional e coordenei, implementei e desenvolvi um projeto de promoção e proteção da saúde mental com enfoque no autoconceito.

Este relatório encontra-se organizado em três partes. Numa primeira parte será feito um enquadramento conceptual da problemática com um quadro de referência

que suportou as intervenções de enfermagem desenvolvidas em estágio. Numa segunda parte serão apresentadas as experiências vividas, as reflexões mais significativas, os resultados das intervenções de enfermagem e as competências de EEESMP mobilizadas e adquiridas. Numa terceira parte serão apresentadas as conclusões e considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo irei desenvolver o enquadramento teórico que fundamenta este trabalho, começando por definir o autoconceito, suas características e componentes, assim como a sua problemática na pessoa com doença mental. Por fim, será abordada a enfermagem enquanto disciplina do cuidar, com intervenções especializadas que promovem o autoconceito quando este se encontra comprometido, ancoradas no modelo teórico de Peplau.

No processo de execução do enquadramento teórico, foram utilizados fundamentalmente os centros de documentação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). O acesso à literatura cinzenta foi complementado com recurso a motores de busca digitais.

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE. Nessa pesquisa utilizei os descritores em língua portuguesa (autoconceito; enfermagem; doença mental) e em língua inglesa (*self concept; nursing; psychiatric nursing; nursing practice; nursing interventions; nurse's role; nursing role; mental disease*; mental disorder; mental ill*; mental disturb*; psychiatr* disorder; psychiatr* disease*; psychiatr* disturb*; psychiatr* ill**).

Foram incluídos artigos disponibilizados em português ou inglês, em texto integral, com data de publicação posterior a 2016 e referentes a adultos na faixa etária dos 19 aos 64 anos. Foram excluídos artigos não disponibilizados gratuitamente.

Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão obtive um total de 36 artigos sobre autoconceito e doença mental, dos quais 8 abordavam o autoconceito, enfermagem e a doença mental, contudo apenas um destes artigos era de livre acesso, um estudo do autor Kunikata, H. *et al* (2016), intitulado “*Nurse-led cognitive-behavioral group therapy for recovery of self-esteem in patients with mental disorders: A pilot study.*”

Apesar da multiplicidade de estudos realizados no âmbito do autoconceito, poucos se encontram relacionados com a prestação de cuidados especializados de enfermagem na pessoa com doença mental. Desta forma, perante a ausência de estudos recentes sobre a intervenção de enfermagem no autoconceito, será sucintamente abordada a temática do autoconceito no adulto com doença mental e

ainda as intervenções do EEESMP no âmbito da pessoa com autoconceito comprometido, fundamentadas na bibliografia mais recente disponível.

1.1. Autoconceito no adulto com doença mental

O conceito de saúde mental é definido de uma forma diversificada, consoante a cultura, abrangendo o bem-estar subjectivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Assim, numa perspectiva transcultural, é muito difícil definir saúde mental, podendo concordar-se, genericamente, que a saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais (OMS, 2001).

É assim relevante que se desenvolva uma compreensão da saúde e do funcionamento mental pois aí reside a base sobre a qual se formará uma compreensão do desenvolvimento das perturbações mentais e comportamentais. As novas informações do campo da neurociência e da medicina do comportamento tornam mais claro que o funcionamento mental tem um substrato fisiológico e está ligado ao funcionamento físico, social e aos ganhos em saúde (OMS, 2001).

Um dos indicadores de saúde mental é o autoconceito, descrito por um continuum de respostas que podem ser adaptadas ou desadaptadas. Na pessoa com doença mental o autoconceito está geralmente comprometido e leva a respostas desadaptadas.

Para Serra (1988) o autoconceito pode ser influenciado pelo modo como os outros observam o indivíduo, pela noção que o indivíduo guarda do seu desempenho em ocasiões específicas, pelo confronto entre a conduta de um indivíduo e a dos seus pares, com quem se identifica, e por último, pela avaliação de um comportamento específico em função de valores veiculados por grupos normativos.

O autoconceito pode ser classificado de autoconceito real, quando a pessoa se descreve, ou autoconceito ideal, quando a descrição representa o que a pessoa desejaria ser. Estes podem estar próximos ou afastados entre si e a diferença entre ambos pode ser um indicador da autoaceitação (Serra, 1988).

“O autoconceito é uma componente cognitiva do *self* composto pela imagem corporal, identidade pessoal e a autoestima” (Townsend, 2011, p.250).

A imagem corporal diz respeito à percepção subjectiva da própria aparência física, com base não só na autoavaliação como também em reações e respostas de outros (Townsend, 2011).

A identidade pessoal engloba um aglomerado de elementos distintos tais como: o *self* moral-ético, a consciência do *self* e o *self* ideal ou expectativa do *self* (Townsend, 2011).

Por fim, a autoestima é definida como um “grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e é uma medida do valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos” (Townsend, 2011, p.250). É um elemento *sine qua non* para a auto-realização da pessoa e é “largamente influenciado pelas percepções de como o indivíduo é visto pelas pessoas significativas” (Townsend, 2011, p.250).

A auto-estima é a componente afectiva ou emocional de si mesmo (Huitt, 2004), e é de tal forma significativa que a observância de um valor próprio positivo na pessoa, permite uma adaptação bem-sucedida às crises situacionais e de desenvolvimento que ocorrem no ciclo vital (Townsend, 2011). É provavelmente a componente “de maior realce sob ponto de vista clínico”. (Serra, 1988, p.102).

A autoestima está exposta a desafios subsequentes das alterações no ambiente em que o indivíduo se encontra inserido. Kunikata *et al* (2016) citando Deegan (1988) refere que a auto-estima é uma componente crítica para atingir a recuperação em pessoas com doença mental.

Estes desafios ocorrem durante o desenvolvimento da pessoa, onde esta necessita de se sentir aceite, autónoma e competente para que se proporcione a formação de um autoconceito positivo, fundamental para o bom funcionamento pessoal, para a resolução de problemas, desempenho de tarefas e outros procedimentos integrativos e adaptativos. Essas mensagens positivas deverão ser-lhe transmitidas no processo de educação, pelos seus pares, outras pessoas significativas e pelo meio envolvente (Sequeira, 2006). Neste sentido, de acordo com Stuart & Laraia (2001) para a maior parte dos teóricos o autoconceito não existe desde o nascimento, mas pelo contrário, vai-se desenvolvendo em função das experiências sociais acumuladas.

Segundo Sequeira (2006), o autoconceito encontra-se ligado a traços da personalidade, às características da relação interpessoal, e a áreas importantes das necessidades e da motivação. Este explica-nos porque é que alguém inibe ou exhibe

um dado comportamento, estando também relacionado com aspectos do autocontrolo e as emoções. Na mesma perspectiva Serra (1988, p.109) refere que este “ajuda a compreender aspectos importantes do comportamento humano”.

O autoconceito positivo é assim resultado de experiências positivas que induzem o indivíduo a perceber-se como competente. Este indivíduo, pelo aporte de aceitação e experiências positivas, pode explorar de forma honesta e aberta o mundo (Stuart, G. & Laraia, M., 2001). São pessoas com respeito próprio, com reduzidos sentimentos de ameaça perante tarefas difíceis, relacionando-se e trabalhando de forma mais efectiva e confortável junto dos outros, com menor distorção da percepção do mundo e da realidade (Sequeira, 2006). O autoconceito apresenta uma correlação positiva e muito significativa com as estratégias de *coping* (Serra, 2001). “Um bom autoconceito e estratégias de *coping* adequadas são preditores de uma boa saúde mental” (Serra, 2001, p.17)

Por outro lado, um autoconceito pobre e fraco pode influenciar de forma negativa a carreira profissional e prejudicar as relações interpessoais ou interferir na adoção de comportamentos saudáveis ou de risco (Melo, 2005). Perturbações emocionais, ansiedade social elevada, stress, insucesso escolar são algumas das alterações relacionadas com o autoconceito pobre (Serra, 1986).

A DSM-5 (APA, 2014) indica-nos que o autoconceito encontra-se geralmente comprometido na pessoa com perturbação mental, nomeadamente na pessoa com perturbação da personalidade grave. Esta pode apresentar um autoconceito fraco, propensão a emoções negativas e desreguladas, capacidade deficiente para o funcionamento interpessoal e comportamento social mal-adaptativo. Como exemplo, na pessoa com perturbação da personalidade antissocial, poderá verificar-se um autoconceito inflado e arrogante, e nas pessoas com perturbação da personalidade esquizotípica, uma distorção do conceito de si mesmo.

Ainda de acordo com o DSM-5 (APA, 2014), o autoconceito encontra-se prejudicado na pessoa com perturbações neuróticas e psicóticas. Posavac (2020) refere observar-se uma falta de clareza e estabilidade no autoconceito em adultos com perturbação da ansiedade e que a ausência de um contexto securizante pode levar, em determinadas circunstâncias, a um prejuízo no autoconceito.

Este comprometimento do autoconceito é em parte explicado por Rézette (2010), através de processos de identificação e identidade prejudicados. A

identificação é um processo inconsciente que permite a constituição da personalidade e que é influenciado pelos outros. No seu curso, este processo dará origem ao reconhecimento de si mesmo e à formação de uma identidade, de um ego unificado. Para o mesmo autor (2010), na psicose, poderá haver uma ausência no reconhecimento de si mesmo, numa fase inicial do desenvolvimento, deixando um ego fragmentado que levará a dificuldades na constituição de uma unidade corporal, uma individualidade distinta do outro. Em consequência, se a pessoa não se reconhece a si mesma, será difícil distinguir-se dos outros, levando a compromissos não só no autoconceito como também nas relações interpessoais.

O autoconceito é, segundo Serra (1988), um construto crucial para a compreensão de numerosos fenómenos psicopatológicos, de forma mais evidente as perturbações emocionais. Este autor (1988) destaca a necessidade de atenção ao autoconceito e aos esforços que levem à sua melhoria, para que, de forma indubitável, possa ser verificado um maior bem-estar e saúde mental no indivíduo.

Um dos principais objectivos do enfermeiro, enquanto profissional de saúde, é o de melhorar o bem-estar e o estado de saúde da pessoa a quem presta cuidados. O autoconceito, no qual se inserem a auto-estima, identidade e imagem corporal torna-se assim um foco de intervenção do enfermeiro, em especial do EEESMP, como se evidencia na Classificação internacional para a Prática de Enfermagem, na sua versão de 2015 (ICN, 2016).

1.2. Intervenções de enfermagem – Teoria das relações interpessoais de Peplau

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é, segundo a Ordem dos Enfermeiros, “a área especializada dentro da disciplina e profissão de enfermagem, que acresce à prática de enfermagem de cuidados gerais, uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia” (OE, 2015).

A abordagem atende às capacidades e necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades e é suportada na relação de ajuda (OE, 2015). É uma prática clínica que permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente (OE, 2018)

onde se observa uma colaboração entre duas (enfermeiro e cliente) ou mais pessoas (família, grupo ou comunidade) com vista à satisfação de um objectivo comum.

A parceria é entendida como “um processo dinâmico, negociado em conjunto por duas partes doentes/famílias e enfermeiros, aproveitando saberes, querer e sentir de cada um, respeitando as crenças e saberes, no intuito de querer alcançar um objectivo comum.” (Gomes, 2002, p.210).

Para existir parceria, “há necessidade de estabelecer uma verdadeira interação entre os parceiros, o que implica, à partida, o conhecimento do Outro e a atenção para com ele, de modo a serem criadas sinergias entre ações e decisões que possam beneficiar os intervenientes” (Gomes, 2013, p.79-80).

Os cuidados de enfermagem envolvem assim um processo relacional. O conceito de relação, etimologicamente, é um acto de informar com detalhe através do diálogo. Torna-se perceptível que este conceito de relação represente um processo ou construção humana complexa já que envolve um laço com o outro, diferenciado, que pode suscitar vários conflitos. Assim sendo, qualquer relação é difícil e ambígua, e o enfermeiro, enquanto pessoa, deve investir no seu autoconhecimento, analisando-se na relação, também a nível pulsional e afectivo.

A relação é o meio através do qual o enfermeiro especialista presta cuidados especializados, que diminuem significativamente o grau de incapacidade que a doença mental origina. Os cuidados especializados revelam compreensão dos processos de sofrimento, da alteração e perturbação mental do cliente, das implicações para o seu projecto de vida, do potencial de recuperação, e da forma como a saúde mental é afectada pelos contextos. Os cuidados especializados de enfermagem permitem o estabelecimento de relações de confiança e parceria com o cliente assim como um aumento potencial do seu *insight* sobre os problemas e capacidade de encontrar novas soluções (OE, 2018a).

Como referi anteriormente, um autoconceito comprometido prejudica no cliente o desenvolvimento de relações interpessoais. Porém, é através da relação terapêutica que o enfermeiro especialista desenvolve a sua abordagem, compreendendo e intervindo no processo de sofrimento do cliente.

Tendo em consideração este pensamento, e porque o autoconceito tem na base da sua formação as relações interpessoais estabelecidas, optei por recorrer ao modelo teórico de Hildegard Peplau – A teorias das relações interpessoais – que

aponta para esta necessidade de que as relações interpessoais sejam construídas, afim de o cliente poder alcançar, em parceria com o enfermeiro, o seu desenvolvimento e crescimento pessoais (Peplau, 1990), no caso específico deste projecto de estágio, a promoção do autoconceito da pessoa com doença mental.

Peplau (1990) destaca a componente interpessoal da enfermagem que envolve a interação entre dois ou mais indivíduos com um objectivo comum entre eles. O enfermeiro e o cliente empreendem esforços em conjunto para que ambos se desenvolvam e consciencializem no processo de cuidados.

Por outro lado, a identificação das intervenções de enfermagem teve por base as orientações descritas no documento - Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (PDESMP) (OE, 2018b). Neste documento da OE surge o “autoconceito comprometido” como um diagnóstico de enfermagem com intervenções específicas do EEESMP. Para este diagnóstico de enfermagem os dados definidores são: a opinião ou imagem mental de si próprio em dissonância com a realidade; os pensamentos negativos sobre si e/ou sobre o seu desempenho; a desvalorização das percepções positivas referidas por outras pessoas. Estes são considerados dados obrigatórios a estar presente para que se possa identificar este diagnóstico de enfermagem.

Ainda de acordo com este documento (OE, 2018b), existem dados opcionais a recolher que complementam, suportam ou reforçam os dados obrigatórios, tais como o valor da Escala de Autoestima de Rosenberg, os indicadores *Nursing Outcomes Classification* (NOC) de resultado para a autoestima, e os indicadores NOC de resultado para a imagem corporal.

Para este diagnóstico de enfermagem foram sugeridas no PDESMP (OE,2018b) diversas intervenções executadas por EEESMP das quais privilegiei: 1) Executar relação de ajuda; 2) Executar apoio emocional; 3) Executar intervenção para autopercepção positiva e autoconsciencialização; 4) Vigiar autoconceito.

Executar Relação de Ajuda – Como referi, a intervenção do enfermeiro especialista é suportada no processo relacional. No que concerne ao autoconceito, a relação de ajuda pode interferir de forma positiva já que pode promover uma auto-imagem mais positiva sobre si mesmo, um olhar a vida de forma mais confiante e mais positiva, com maior autonomia e capacidade de adaptação (Phaneuf, 2005).

Chalifour (2008, p.33) define a relação de ajuda como “uma interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adopta um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal, em função dos objectivos a alcançar. Os objectivos estão ligados ao pedido do cliente e á compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.”

Para o cliente, a consciência de si e do seu ambiente permite o reconhecimento das suas necessidades não satisfeitas. Perante desequilíbrios internos ou a impossibilidade de fazer escolhas satisfatórias, surge um pedido de ajuda, na esperança de que se observe uma redução do desconforto (Chalifour, 2008).

Para Peplau (1990), no contexto de relação, o cliente que pede ajuda pode ser considerado como um sistema aberto composto por características únicas, e, qualquer que seja a dificuldade apresentada pelo cliente, deve ser considerada no conjunto das suas características.

Peplau (1990) propõe que a relação se desenvolve em 4 fases. São elas a fase da orientação, a fase da identificação, a fase da exploração e fase da resolução que serão abordadas seguidamente.

O pedido de ajuda inicia a fase de orientação, onde o enfermeiro e o cliente se encontram e iniciam a relação interpessoal. O enfermeiro assume o papel de estranho, ajudando o cliente a reconhecer e compreender o seu problema (Peplau, 1990). Acolhe e aceita a pessoa num clima de respeito, autenticidade e interesse, isenta de juízos de valor, realizando uma avaliação inicial das suas expectativas, necessidades e informações sobre o problema que está a vivenciar.

Nesta fase, a colheita de dados favorecerá a determinação de um diagnóstico do problema e a proposta de um plano de cuidados (Smith, 2020). Se o pedido de ajuda se encontra relacionado com um frágil conhecimento e consciência de si mesmo, o enfermeiro utilizará uma terapia expressiva que favorecerá esta maior consciência-de-si (Chalifour, 2008).

No decurso no processo relacional, segundo Peplau, o cliente identificar-se-á com quem o pode ajudar (fase da identificação) e o enfermeiro permitirá a exploração desses sentimentos por forma a ajudar o cliente a viver o processo de doença como uma experiência que reorienta (Peplau, 1990). Nesta segunda fase, o enfermeiro e cliente conhecem-se melhor e fortalecem a confiança mútua.

Como o enfermeiro tem um conhecimento mais aprofundado do cliente, é capaz de utilizar estratégias psicoterapêuticas específicas. Nesta fase observa-se um envolvimento afectivo e o enfermeiro poderá assumir o papel de conselheiro, de pessoa de recurso (que fornece respostas específicas às questões), de líder (que coopera e participa activamente na ajuda ao cumprimento de tarefas do cliente) ou de substituto (o enfermeiro cria modelações de sentimentos no doente que reactivam sentimentos de uma relação anterior).

Nesta fase, o cliente começa a sentir-se capaz de lidar com o seu problema diminuindo o sentimento de desesperança ou de ausência de ajuda para esse problema e apresenta maior coragem para tomar decisões sobre mudanças na sua vida. O enfermeiro deverá apresentar elevados conhecimentos e consciência de si-mesmo, do seu papel, dos processos em curso na relação de ajuda e nas intervenções psicoterapêuticas, e dos fundamentos teóricos da sua prática (Smith, 2020).

Na terceira fase, fase da exploração, existe um fortalecimento e exploração da relação enfermeiro-cliente para que este alcance os melhores resultados ao nível da independência e utilização de serviços. O enfermeiro encoraja o cliente a novas aprendizagens e modificação de hábitos de vida e a pessoa sente-se parte integrante do processo de cuidados experimentando e consolidando as aprendizagens realizadas. Segundo Peplau (1990) nesta fase o enfermeiro pode adotar qualquer um dos papéis anteriores de acordo com a situação.

Por fim, numa quarta e última fase, denominada fase da resolução, verifica-se a conclusão da relação profissional entre o enfermeiro e o cliente, o que leva a um afastamento gradual e quebra de laços com o enfermeiro que o ajudou na capacitação para a total independência e autonomia (Smith, 2020). São comunicadas e partilhadas as vivências entre ambos neste processo, o cliente assume novos objectivos e o enfermeiro deverá assumir um papel facilitador do processo de transição para a sua situação futura. Numa intervenção de curta duração, a avaliação deve centrar-se nos objectivos inicialmente definidos e só depois os aspectos relacionais (Chalifour, 2008).

O desenvolvimento das fases acima decorre num dado espaço de tempo. Chalifour (2008, p.120) refere que “quando uma intervenção profissional se desenvolve ao longo de um dado tempo, podemos observar uma evolução na relação, sobretudo se a intervenção é de natureza psicoterapêutica. Este progresso marca o

conteúdo das trocas, as características da própria relação e os papéis assumidos pelas pessoas”.

A intervenção profissional do enfermeiro caracteriza-se pela qualidade da relação que é estabelecida. O enfermeiro deve reconhecer e interpretar as mensagens comunicadas na relação (Chalifour, 2008 cit. Peavy, 1981) e transmitir as suas próprias mensagens, o que o obriga a estar sensível ao que comunica, avaliando se é o apropriado (Chalifour, 2008).

A complexidade deste processo implica o desenvolvimento de um conjunto de habilidades e atitudes próprias da relação de ajuda que dependem amplamente do seu desenvolvimento pessoal e profissional. São referidas pelo autor (2008) atitudes essenciais e atitudes facilitadoras: as primeiras são a compaixão e a esperança e as segundas a compreensão empática, a autenticidade e o respeito caloroso.

A relação de ajuda desenvolve-se num determinado ambiente e contexto. Os objectivos, a estrutura e o resultado das trocas são directamente influenciados por estas duas componentes. O enfermeiro deve ponderar o ambiente e contexto, adaptando-se e por vezes modificando aspectos que fragilizam a relação (Chalifour, 2008). É fundamental o estabelecimento de um clima de confiança, de calor e respeito, que favoreça uma participação otimizada do cliente, assegure que o cliente se sente compreendido, e torne esta experiência relacional um contributo para o desenvolvimento do outro, atingindo os efeitos terapêuticos pretendidos (Chalifour, 2008).

Enquanto pessoa, o enfermeiro possui as mesmas características humanas que o cliente, porém, apresenta conhecimentos, habilidade e atitudes que o diferenciam, ligadas ao seu papel profissional. Também as suas expectativas pessoais e profissionais repercutir-se-ão na qualidade da relação (Chalifour, 2008).

O enfermeiro ao apoiar o cliente na compreensão e reconhecimento do seu problema, numa fase de orientação, através de uma atitude de acolhimento, aceitação e compreensão empática, sem juízos de valor, favorecerá um autoconceito positivo no cliente.

Numa relação onde esteja presente a compreensão empática, autenticidade e a consideração positiva, o cliente, apesar dos seus receios partilhará aquilo que vai descobrindo sobre si mesmo, ampliando o conhecimento e consciência de si-mesmo, ficando mais apto para tomar decisões sobre a sua vida (Chalifour, 2008).

Coelho, Sampaio e Sequeira (2020) reforçam que “tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), focos de atenção como a autoestima e a autoimagem podem originar diagnósticos de enfermagem passíveis de prescrição desta intervenção psicoterapêutica.

A relação de ajuda torna-se assim uma intervenção autônoma e psicoterapêutica realizada por EEESMP de importante relevância no domínio da Enfermagem.

Executar apoio emocional – O principal objectivo desta intervenção é o de oferecer segurança, aceitação e encorajamento ao cliente durante períodos de desequilíbrio emocional (NIC, 2010). Ao transmitir uma atitude de aceitação, encorajando a expressar-se abertamente e assistindo na exploração dos sentimentos, o enfermeiro favorece a auto-estima do cliente, e por sua vez, o seu autoconceito (Townsend, 2011).

A intervenção prevê uma análise, com o cliente, das suas experiências emocionais, das consequências de não lidar com os sentimentos, determinando o que desencadeia essas emoções e reduzindo, se necessário, esta resposta emocional, através do diálogo ou choro. O enfermeiro deve encorajar e assistir o cliente no reconhecimento dos seus sentimentos e da forma como estes se expressam. Deve oferecer apoio por expressão oral, realizando afirmações empáticas e de suporte, e recorrendo quando adequado, ao toque terapêutico ou ao abraço. (NIC, 2010).

Quando se verifica um compromisso do autoconceito, Bolander (1998) destaca a importância de validar e realçar as experiências do cliente, reconhecendo o valor dessas experiências neste processo interventivo.

Intervenção para autopercepção positiva e autoconsciencialização - Para a promoção do autoconceito, é importante que o indivíduo se sinta aceite, autónomo e competente no seio dos seus pares, pessoas significativas e meio envolvente, sendo este um indicador de saúde mental tal como refere Stuart e Laraia (2001).

Este é um processo contínuo, beneficiado pela auto-percepção de competência nas áreas valorizadas pelo indivíduo e pela sociedade, pela auto-realização ou realização do seu verdadeiro potencial e pelas experiências interpessoais e culturais que geram sensações positivas e um senso de valor (Sequeira, 2006). O recurso ao

reforço positivo é fundamental como estímulo para melhorar o autoconceito (Melo, 2005).

O enfermeiro deve apoiar o cliente na identificação das suas capacidades, das respostas positivas dos outros, deve encorajar uma apreciação positiva acerca do próprio comportamento e explorar com o cliente as razões para um autocrítico (Sequeira, 2006).

Num âmbito de autoconsciencialização, a NIC (2010) sugere que a pessoa seja encorajada a reconhecer e a discutir os seus pensamentos, sentimentos, identificando os seus padrões normais de resposta. Sugere ainda que seja ajudada a identificar os valores que contribuem para o autoconceito e as prioridades da sua vida.

O relaxamento e a utilização de terapias expressivas são técnicas que favorecem a autoconsciencialização e a autopercepção positiva.

O relaxamento é uma técnica que promove no cliente um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz, alívio de tensão, ansiedade e medo (Payne, 2003), e no qual se experienciam sensações agradáveis e se afastam pensamentos perturbadores ou geradores de stress (Payne, 2000; Coelho, 2020).

O relaxamento facilita o acesso pelo cliente a informação positiva armazenada na sua memória (Peveler & Johnston, 1986 cit. Payne, 2003) favorecendo desta forma uma autopercepção mais positiva e neste sentido uma técnica a usar no início da sessão com vista à promoção do autoconceito.

No relaxamento, verificam-se alterações na actividade cerebral e o cliente experiencia uma alteração na actividade do nível de consciência que passa de beta para alfa (David, Eshelman e McKay, 2008). Os benefícios associados à obtenção deste estado de consciência alfa incluem o aumento da memória e da capacidade de concentração (Townsend, 2011).

O relaxamento deve ocorrer num espaço calmo, ameno e livre de perturbações. Existem, porém, defensores de que deve ocorrer num contexto mais próximo do quotidiano do cliente para que as técnicas aprendidas possam ser facilmente transferidas para a vida real. Um ambiente com ligeiros sons exteriores é o ambiente proposto por Payne (2003). A confidencialidade deve ser assegurada. A posição deve ser a mais confortável para o participante e se necessário devem ser disponibilizados

materiais de apoio. A manutenção dos olhos abertos ou fechados deve ser da escolha dos participantes (Payne, 2003).

Deve ser realizada uma introdução que descreva o método utilizado e a justificação da sua escolha por forma a aumentar o interesse, motivação e afastar medos dos participantes. A finalização da sessão pretende um regresso gradual ao estado de vigília e à actividade do quotidiano (Payne, 2003).

Existem diversos métodos para obter o relaxamento, um dos quais a ideação orientada. O facto deste método facilitar a orientação para pensamentos positivos motivou a sua selecção. Em contexto de grupo, o enfermeiro deve decidir sobre uma cena particular e sugerir a sua estrutura básica. Pede-se a cada participante do grupo que repare nos odores, nos sons, e no aspecto da paisagem ou cenário. A quantidade de informação fornecida é definida pelo enfermeiro que orienta a sessão. Ao participante cabe a imaginação dos detalhes. Esta é uma técnica segura e não invasiva que foi considerada eficaz para a redução da ansiedade e stress (Payne, 2003), afastando pensamentos perturbadores, facilitando o acesso a informação mais positiva e por sua vez, promovendo a auto-estima e autoconceito.

No desenvolvimento das intervenções para o autoconceito comprometido podem também ser utilizadas técnicas expressivas. Estas técnicas promovem expressão do “eu” com recurso a diversos meios e utilizando os seus sentidos (Ferraz, 2009).

A criatividade é estimulada o que favorece uma viagem interior que permite a expressão de emoções que de outra forma não seria possível serem expressas. A experiência artística torna-se assim um palco para a projecção do *self*, e neste sentido, do autoconceito.

Ao criar uma obra que não requer preocupação estética, o cliente partilha uma imagem do seu mundo interno. Exprime sentimentos interiores através da criação de formas exteriores. O enfermeiro convidá-lo-á a falar sobre si mesmo e a prestar atenção particular ao que se passa no seu interior, promovendo que tome gradualmente consciência daquilo que realmente é, de si, das suas semelhanças e diferenças em relação aos outros e dos seus limites (Ferraz, 2009) e desta forma favorece o seu autoconceito.

A mesma autora (2009) refere que durante este processo é necessária a criação de um ambiente de tranquilidade, segurança e contenção, favorável à

expressão, em liberdade reforçando, com o cliente, que a dimensão estética não é o objectivo mas antes a criação do que quiser, sem juízos de valor.

O “eu” é assim projectado nas obras artísticas, um reflexo não apenas do seu autoconceito, mas também do seu conceito acerca dos outros. É desenvolvida ainda uma projecção do seu ambiente tal como o próprio o vê, sem qualquer influencia externa subjectiva (Moschini, 2005).

Segundo a American Art Therapy Association (2004), estas obras podem reflectir, entre outros, interesses, preocupações e conflitos, promovendo a autoconsciência e a auto-estima.

Nestas terapias expressivas, o EEESMP recorre aos mediadores expressivos com uma finalidade terapêutica, promovendo que a pessoa se veja e reveja através de formas de expressão artística e de comunicação.

Por mediador expressivo entende-se “toda a ação, atividade, instrumento, técnica ou consigna proposta a um cliente ou participante, para o levar a se expressar livremente” (Ferraz, 2009, p. 19). A expressão plástica, a expressão corporal, a expressão vocal, a expressão dramática, a expressão musical, a expressão escrita, a utilização de técnicas projectivas são exemplos de mediadores expressivos artísticos (Ferraz, 2009).

Estas intervenções de enfermagem relacionadas com o autoconceito podem ser realizadas individualmente ou em grupo. Quando realizadas em grupo permitem a partilha de sentimentos, ideias, opiniões, experiências, favorecendo uma aprendizagem e descoberta em conjunto, as próprias interações sociais, a promoção da auto-estima, a estabilidade emocional e as relações de suporte (Amaral, 2020).

Também no que concerne ao apoio emocional, a intervenção em grupo adquire uma posição enquanto estratégia terapêutica. O ambiente de grupo proporciona a cada pessoa o apoio emocional, não só através das interações entre os seus elementos como também pela aplicação de técnicas psicoterapêuticas (Dochterman & Bulechek, 2008; Amaral, 2020), neste contexto, pelo EEESMP.

Um dos factores a atender na estruturação de uma intervenção em grupo, é o *setting* físico. Este deverá assegurar a privacidade e promover a atenção, livre de interrupções ou outras distrações. Os participantes deverão estar em círculo para que se possam observar uns aos outros. A utilização da estratégia de sentar em volta de

uma mesa é desaconselhada pois não facilitará que os membros se observem uns aos outros no encontro (Yalom & Leszcz, 2005).

O tamanho para um grupo orientado para interação interpessoal e participação activa dos membros, em internamento, é de pelo menos 4 até um máximo de 12 membros. A duração sugerida para cada sessão é de 45 a 60 minutos para uma população com baixo nível de funcionamento, atenção comprometida e com tolerância limitada para estímulos sociais. Esta curta duração permite que o grupo se mantenha coeso, focado nas questões que lhe são colocadas, sem esgotar as capacidades dos participantes mais frágeis. Quanto à frequência, e tratando-se de um contexto de internamento, sugere-se a periodicidade de três a seis vezes por semana. (Vinogradov & Yalom, 1992).

Vigiar o autoconceito - A vigilância do autoconceito é uma intervenção realizada pelo EEESMP. O Padrão de Documentação de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018b) refere que esta vigilância pode ocorrer através da monitorização de indicadores de resultados NOC para as componentes do autoconceito nomeadamente no que concerne à manifestação de sentimentos de autovalorização, verbalização de autoaceitação, de afirmações de identidade pessoal ou de confiança em si mesmo; e ainda pela observação de manifestações de satisfação com a aparência corporal.

Para uma avaliação do autoconceito, pode ser utilizada a NOC por se tratar de um sistema de classificação abrangente, de fácil aplicabilidade, baseado em pesquisa e na prática clínica, que otimiza informações para avaliar a eficácia das intervenções, monitorizando a extensão do progresso ou a ausência deste. A escala de medida utilizada permite avaliar o estado actual do cliente e projectar metas de resultado. (Johnson, M.; Mass, M.; Moorhead, S., 2004).

Esta classificação foi utilizada no estágio tendo sido construída uma grelha de avaliação que contempla indicadores NOC para o autoconceito. Como referido, a grelha será aplicada no processo de avaliação inicial para conhecer o estado actual e projectar metas de resultados, e no final das intervenções por forma a conhecer a extensão do progresso.

2. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS

Neste capítulo serão descritas as actividades realizadas nos locais de estágio seguindo-se a análise das mesmas e a avaliação dos resultados obtidos. Em primeiro lugar será abordado o contexto comunitário, que foi o primeiro local de estágio, seguindo-se depois o contexto hospitalar. Em cada um dos contextos iniciarei com uma breve caracterização dos mesmos.

Este momento formativo apresentou ainda limitações e constrangimentos transversais, uns que foram ultrapassados com alguma criatividade e adaptabilidade e outros que foram mais difíceis de ultrapassar, embora entenda ambos como oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional.

Uma limitação importante teve que ver com a impossibilidade de previamente ao estágio me deslocar aos serviços para os conhecer, reunir com os enfermeiros orientadores, responsáveis de unidades, proceder à apresentação e discussão do projecto e adaptá-lo, por fim, às necessidades dos serviços e da população assistida. Esta limitação provocou constrangimentos em ambos os estágios já que houve necessidade, numa fase inicial, de proceder a ajustes nas actividades, para que os objectivos fossem atingidos.

Uma outra limitação teve que ver com a aplicação do Inventário Clínico do Autoconceito. Observou-se que as características da população assistida, nomeadamente no que concerne às competências cognitivas e o nível de literacia, não permitiram uma “leitura cuidada” (Serra, 1986, p.72) nem a compreensão de um número muito significativo das questões, assim como da atribuição de uma “resposta rápida e espontânea” (Serra, 1986, p.72) a cada uma delas como é indicado pelo autor (Serra, 1986, p.72).

O maior constrangimento observado esteve relacionado com o estado de emergência e de calamidade decretados. O estágio foi realizado durante a pandemia COVID o que levou a limitações no acesso aos clientes e suas famílias, especialmente nas visitas domiciliárias e no desenvolvimento de intervenções de grupo em contexto comunitário.

A comunicação verbal e não verbal foi, por conseguinte, um processo também prejudicado com a introdução de medidas de controlo pandémico como a utilização de máscara e o distanciamento. Em associação, no que concerne à comunicação verbal, estas duas medidas levaram à necessidade de projecção de voz tanto pelos clientes como por mim, desgastando o processo comunicacional. Já no que concerne à comunicação não verbal, dizer que a utilização permanente de máscara facial constituiu-se como uma limitação à observação da expressão facial.

O distanciamento limitou ainda a avaliação do próprio conceito de territorialidade do cliente, dos limites de espaço pessoal que o cliente reserva para sua protecção.

Todos estes constrangimentos levaram ao replaneamento do Projecto de Estágio limitando significativamente os momentos de contacto com os clientes da UCPSM.

O sistema de classificação utilizado foi a CIPE versão 2015 (ICN, 2016).

2.1. Contexto Comunitário

O primeiro contexto de estágio foi o comunitário e decorreu numa Unidade Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo de 23 de Novembro de 2020 a 5 de Fevereiro de 2021.

2.1.1. Caracterização da Unidade Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental

Nesta Unidade são admitidos clientes enviados pelo médico de família, por hospitais ou por médicos a exercer medicina privada. Pretende-se um acompanhamento diferenciado, regular, que promova a estabilidade, a qualidade de vida e a inclusão social e familiar, evitando o internamento e crise. Esta unidade responde à missão do Programa Nacional de Saúde Mental que destaca a necessidade de reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações, promovendo um acesso equitativo aos cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental, especialmente as de grupos vulneráveis, descentralizando os serviços de saúde

mental.

A Unidade dispõe de consulta de psiquiatria geral do adulto, consulta de psicologia, consulta de enfermagem, visita domiciliária e atendimento de serviço social, desde que solicitados pelo psiquiatra assistente. A consulta de enfermagem constitui-se como um momento que assegura uma avaliação e diagnóstico de enfermagem bem como uma intervenção especializada de enfermagem nos três níveis de prevenção.

A UCPSM apresenta reduzido espaço físico, o que só permite a realização de quatro consultas das diversas disciplinas, em simultâneo. Dispõe ainda de uma sala de visitas que, por restrições associadas à pandemia, apenas permite um lugar para espera. Face a esta limitação, a equipa que integrei sempre procurou sensibilizar os clientes para o cumprimento do horário de marcação de consultas afim de impedir a aglomeração junto à entrada da UCPSM. Apesar disso, os clientes marcaram presença 30 a 40 min antes da hora marcada, o que em dias de chuva, levantava riscos para a sua saúde.

A equipa multidisciplinar é composta por um EEESMP, por quatro médicos psiquiatras, uma psicóloga e uma assistente social.

Os clientes desta unidade apresentavam como área de residência os concelhos limítrofes ao concelho onde a UCPSM se encontra inserida. Não se apresentou uma evidente predominância de género. A idade dos clientes inseriu-se na faixa etária dos 18 aos 80 anos de idade.

Devido às normas de segurança relacionadas com o COVID, no período de estágio verificou-se um ajuste na operacionalização das consultas de enfermagem e visitas domiciliárias, o que implicou uma redução do tempo de contacto com os clientes encaminhados. Observou-se ainda a suspensão das actividades de grupo.

Esta vivência pandémica promoveu uma reflexão inicial sobre a suspensão das actividades de grupo, e das suas implicações na saúde mental dos clientes. Numa reflexão conjunta com o enfermeiro orientador, foi referido que esta suspensão se deveu a: 1) dificuldades na acessibilidade devido à diminuição de oferta nos transportes; 2) Indisponibilidade dos familiares no acompanhamento dadas as responsabilidades laborais; 3) Baixa motivação para participar em momentos de partilha sobre a doença e dificuldades dos outros; 4) Receio em expor a doença mental a outros elementos da comunidade, pelo estigma que se observa.

No que concerne à alta, a equipa refere que não é habitual ocorrer, tendo lugar um acompanhamento regular e permanente dos clientes. Observa-se que as pessoas com doença mental em acompanhamento, não reúnem condições para manter a estabilidade sem o acompanhamento da equipa de saúde. Desta forma, é realizado um ajuste no agendamento das consultas ou visitas domiciliárias em acordo com a avaliação da equipa multidisciplinar.

2.1.2. Intervenções desenvolvidas em Contexto Comunitário

O estágio foi iniciado com o conhecimento da estrutura da UCPSM, da equipa multidisciplinar, com quem estabeleci uma relação de parceria, do apoio prestado à população, actividades e intervenções de enfermagem desenvolvidas e restantes dinâmicas organizacionais. Seguiu-se a apresentação do meu projecto de estágio ao enfermeiro orientador com o qual analisei e discuti a sua exequibilidade e adaptabilidade.

Conheci as necessidades em saúde mental dos clientes assistidos, em especial num contexto pandémico, avaliando repercussões na dinâmica familiar e no acesso aos recursos comunitários, em especial recursos ocupacionais e recreativos.

Identifiquei que parte dos clientes assistidos se sentem incapacitados de integrar uma actividade laboral e de lazer. Referem que o estigma associado à doença mental prejudica o acesso ao mercado de trabalho sendo ainda escassas as respostas ocupacionais adaptadas às suas capacidades. Partilharam ainda a preocupação por não poderem responder integralmente às suas responsabilidades e precisarem do apoio da família, sobrecarregando-a.

Esta avaliação potenciou momentos de discussão e análise, com a equipa multidisciplinar, sobre os factores promotores de bem-estar e saúde mental que se encontram genericamente comprometidos, assim como os factores protectores de saúde e bem-estar dos clientes acompanhados na UCPSM.

Foi reconhecido como fundamental, o desenvolvimento de uma intervenção familiar multidisciplinar que acompanhe e apoie a família na identificação de estratégias que: a) aliviem os custos financeiros associados ao acompanhamento da pessoa com doença mental; b) permitam uma gestão saudável das reações

emocionais à doença e ao stress, em consequência de um comportamento perturbado do cliente, da disrupção da rotina doméstica e da restrição das actividades sociais.

Relativamente às respostas ocupacionais na comunidade, que favoreçam o desenvolvimento de competências profissionais e sociais, são muito inferiores às necessidades identificadas nas consultas de enfermagem.

Envolvido nesta problemática, procedi ao planeamento das actividades, que garantissem a implementação do projecto de estágio e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP. Não foi possível conhecer o local antes do início do estágio o que levou a um esforço e adaptação acrescidos com a revisão do projecto. Por sugestão do enfermeiro orientador, cumprindo com as orientações institucionais, adaptei o projecto programando as actividades e intervenções para serem desenvolvidas na consulta de enfermagem. Foi-me permitido integrar ainda a visitação domiciliária.

Seguiu-se a implementação das actividades alinhadas com os objectivos de estágio e a metodologia utilizada foi o processo de enfermagem. Este processo exige uma etapa inicial de apreciação de enfermagem, aqui com enfoque na saúde mental dos clientes. Desenvolvi actividades que proporcionaram a recolha de informação disponível sobre os clientes, consultando fontes de informação como o cliente, a equipa multidisciplinar, o processo clínico e quando possível a família. O enfoque na saúde mental determinou a realização de uma avaliação do estado mental, com recurso a instrumentos como a observação sistematizada e a entrevista. O treino da observação favoreceu a identificação de factores internos, pessoais, que a influenciavam negativamente. A tomada de consciência destes factores permitiu a adoção de estratégias que os viriam a atenuar.

As entrevistas com os clientes facilitaram a recolha e análise de informação. Foi elaborado um guião de orientação para entrevista semi-estruturada (Apêndice 1), aplicado no âmbito da intervenção no autoconceito da pessoa com doença mental e que foi apresentado e discutido com o enfermeiro orientador. Desenvolvi competências na técnica da entrevista à pessoa com doença mental, pouco utilizada no meu quotidiano profissional, pois treinei com supervisão este instrumento de enfermagem.

Os diagnósticos de enfermagem estabelecidos foram discutidos com o enfermeiro orientador e resultaram da análise dos dados de avaliação recolhidos. Esta

análise estendeu-se às complicações físicas que decorrem dos efeitos secundários dos psicofármacos que levam muitas vezes os clientes a ponderar o abandono do esquema terapêutico farmacológico.

Os principais diagnósticos identificados nos clientes que contactei estiveram relacionados com o autoconceito comprometido, *coping* ineficaz, interação social diminuída, gestão ineficaz do regime terapêutico, dependência para o autocuidado de recreação e relação dinâmica ineficaz.

No processo de diagnóstico é necessário diferenciar se o problema advém de uma perturbação orgânica ou de alterações específicas de um problema de saúde mental. A minha experiência profissional na prestação de cuidados à pessoa com experiência de doença mental revelou-se benéfica, contribuindo favoravelmente para a diferenciação entre as duas realidades. Ainda assim, tive a oportunidade de me desenvolver neste campo, por contactar com diferentes apresentações da perturbação mental.

Na implementação do projecto de estágio, o meu enfoque foi o problema do autoconceito comprometido. Na avaliação diagnóstica não foi necessário o recurso à aplicação do Inventário Clínico do Autoconceito e à Escala de Auto-estima de Rosenberg já que nas clientes intervencionadas estavam presentes todos os dados obrigatórios para diagnóstico, propostos no PDESMP para o autoconceito comprometido. Na apreciação inicial optei por utilizar os indicadores NOC para componentes do autoconceito – a autoestima, a identidade e a imagem corporal – que foram compilados numa grelha que criei para o efeito (Apêndice 2), e que foi aplicada no início e no final do programa de intervenção. É uma escala do tipo *likert* preenchida pelo avaliador.

O meu contacto com a grande maioria dos clientes ficou reduzido a um ou dois momentos já que a significativa maioria das consultas de enfermagem tinha uma periodicidade mensal ou trimestral, coincidentes com a administração de terapêutica injectável. Esta realidade influenciou o número de participantes com quem tive um contacto mais prolongado, ficando o mesmo reduzido a duas clientes.

As duas participantes, doravante denominadas Sr^a A. e Sr^a B., ambas com compromisso do autoconceito, foram acompanhadas em consultas quinzenais. Ainda assim, não foi possível realizar mais que quatro a cinco contactos por limitações de

agenda. Nestes contactos dei continuidade ao trabalho desenvolvido pelo enfermeiro orientador e desenvolvi o projecto de estágio.

Tendo por base o modelo teórico de Peplau, nos momentos iniciais de contacto com as clientes assumi o papel de estranho. O trato obedeceu à cortesia comum, a atitude em relação absteve-se de julgamentos e enriqueceu-se de aceitação do outro.

O pedido de ajuda inicial foi distinto. A Sr^a A. necessitava que a apoiasse na administração do injetável. A Sr^a B., de partilhar as dificuldades na gestão do ambiente familiar disfuncional. A resposta específica que dei aos pedidos permitiu-me assumir um papel de pessoa de recurso que favoreceu a transposição da relação para uma fase de identificação. A definição de metas ou resultados esperados teve em consideração as clientes, a sua motivação, capacidades e o tempo útil para intervenção no âmbito deste estágio.

Os planos de cuidados foram personalizados, em parceria com as clientes, e discutidos com o enfermeiro orientador. Desenvolvi uma abordagem centrada na pessoa, promovendo um ambiente propício à autenticidade, onde a pessoa se sentisse compreendida e aceite, e facilitasse a identificação de soluções para o seu problema através dos recursos ao seu alcance.

Durante as consultas de enfermagem fui desenvolvendo a autonomia que me permitiu uma posição mais activa, assumindo em algumas consultas a sua gestão, dando continuidade ao seguimento já iniciado pela equipa multidisciplinar, encorajando a relação de ajuda e desenvolvendo intervenções tais como a autopercepção positiva, autoconsciencialização e apoio emocional. A maior autonomia por mim demonstrada favoreceu, no processo de relação, a que fosse identificado enquanto recurso que as poderia apoiar na resposta ao pedido de ajuda.

As consultas de enfermagem foram um espaço privilegiado para o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas. A literatura sugere que devem ser de breve a média duração, num total de 3 a 12 sessões, com uma duração compreendida entre os 45 a 60 minutos e devem apresentar, de base, um diagnóstico de enfermagem ao qual se pretende dar resposta (Sampaio, Araújo, Sequeira, Lluch-Canut & Martins, 2018). Neste contexto houve necessidade de adaptar o número de sessões a 2 ou 3, salvaguardando a apreciação inicial, e ajustar a sua duração a 25 minutos dadas as limitações pandémicas já referidas.

Durante as consultas de enfermagem, e especialmente com a Sr^a A. e Sr^a B. desenvolvi intervenções de autopercepção positiva e autoconsciencialização, apoio emocional e psicoeducação e educação para a saúde, planeadas e prescritas no âmbito do diagnóstico de autoconceito comprometido.

Um dos momentos significativos da relação com a Sr^a A., de 53 anos de idade, ocorreu numa das consultas de enfermagem que realizei. Em determinado momento e perante a minha questão “O que considera fazer bem?”, esta fez silêncio, desviou o olhar, e demorando respondeu “Cozinho bem e faço croché”. Em análise posterior com o orientador, constatou-se que o silêncio da Sr^a. A. estaria relacionado com o facto de nunca se questionar sobre o que fazia bem feito. Na mesma consulta foi colocada uma outra questão sobre as experiências positivas vividas pela cliente nessa semana. Após uns segundos de impasse iniciou a sua avaliação da semana, tendo observado um sorriso quando as descrevia com detalhe. Nesta fase de identificação assumi um papel de liderança, estimulando activamente o cumprimento das actividades de finalidade terapêutica.

Executar apoio emocional foi uma intervenção que fui desenvolvendo, numa fase inicial através da observação, análise e discussão da técnica do orientador. Com a Sr. A., encorajei o diálogo, a expressão de sentimentos, pensamentos e crenças. Na medida em que lhe ia transmitindo uma atitude de interesse e confiança, observava uma partilha mais espontânea e aberta sobre as suas experiências emocionais, as quais eu valorizava, numa atitude de empatia. Neste âmbito, quando senti adequado, partilhei com a Sr^a A. observações sobre o seu estado emocional, sempre ponderando a relação terapêutica já estabelecida, por forma a apoiá-la no reconhecimento dessas emoções.

No desenvolvimento das consultas de enfermagem, a relação foi sendo enriquecida por ambos, transitando para uma fase de exploração. O meu papel de líder foi menos evidente nesta fase e a Sr^a A. manifestava uma vontade de usufruir destes momentos de intervenção, enriquecendo a relação com partilhas de vida que lhe transmitiam emoções positivas, de sucesso, observando no enfermeiro aceitação, valorização e reconhecimento. O convite à partilha e expressão das suas emoções e sentimentos foi ocorrendo na medida em que eu observava que as resistências iam sendo eliminadas. Num dos momentos de contacto, a Sr. A. partilhara o quanto valorizava os seus pais, a sua infância, as atitudes e actividades que desenvolvera nesse período, afirmando “Já não me lembrava do valor da minha infância” (sic).

Esboçando um sorriso propôs que partilhássemos com ela, na consulta seguinte, um momento para a visualização das fotografias das viagens que realizou com os pais.

Observei que a fraca rede de suporte familiar e social levava a que, em alguns casos, a consulta de enfermagem se constituísse como o momento de reconhecimento e valorização da pessoa, dada a atitude de escuta ativa, interesse, respeito e aceitação incondicional apresentada pelo enfermeiro. Este facto torna-se evidente quando refere na última consulta “*Gosto de vir. Vocês valorizam-me*” (sic).

Ainda que os momentos de contacto fossem diminutos, foi notória a construção de um quadro de maior satisfação pessoal e de maior desenvolvimento da relação terapêutica. Esta observação foi um motivo de satisfação profissional, reconhecida e valorizada pelo orientador.

Acompanhei ainda a Sr^a B., com compromisso do autoconceito. Nela observavam-se com regularidade auto-enunciados negativos, potenciados pelo contexto familiar, que exigiram intervenções de suporte emocional e psicoeducativas, abordando a gestão da doença, das emoções e as suas expectativas face à doença. Sensibilizei-a para os próprios direitos e promovi a alteração da visão de si mesma como vítima. Como sugere Heron (2001), apenas transmiti, verbalmente, a informação relevante, recapitulando, validando a sua compreensão e encorajando a que numa próxima consulta pudessemos verificar dúvidas.

Assumi claramente com a Sr. B., numa fase de identificação, um papel de liderança, promovendo o desenvolvimento da relação, utilizando todas as oportunidades para lhe demonstrar interesse e disponibilidade, evidenciando uma atitude de cooperação e participação activa neste processo de recuperação.

Com o apoio do orientador, envolvi também a equipa no desenvolvimento de estratégias que favorecessem a reabilitação psicossocial da Sr^a B.. Uma destas estratégias permitiu esclarecê-la sobre o desenvolvimento do processo de avaliação para o estatuto de maior acompanhado do filho, um estatuto que, neste caso, tornaria evidente a necessidade institucionalização, o que levaria a uma mudança muito significativa no seu ambiente familiar e social, favorecendo a sua reabilitação. Paralelamente foi promovido o desenvolvimento de competências individuais de autopercepção positiva, autoconsciencialização e de recreação. Foi apoiada na identificação dos seus direitos, dos seus atributos positivos, na identificação de prioridades de vida, no reconhecimento dos próprios pensamentos, sentimentos e

valores que contribuem para o seu autoconceito, e foram valorizadas as respostas no seu papel de mãe, de filha, de trabalhadora e de amiga.

Com o desenvolvimento da relação, numa fase de exploração, a Sr. B. manifestava a intenção de responder às novas soluções que lhe permitiriam experienciar um ambiente familiar mais funcional.

Já no final do estágio, pela primeira vez nos últimos 4 anos, a Sr^a B. fez um passeio à beira-mar, actividade que gostava e que deixou de fazer pelo contexto familiar absorvente, ausente de gestos de valorização e pela ausência do autorreconhecimento de alguns dos seus direitos. Os auto enunciados negativos foram diminuindo nas consultas de enfermagem. Este foi um dado que entendi como início da resolução do problema.

Colaborei ainda no desenvolvimento de intervenções psicoeducativas individuais que pretendiam esclarecer os clientes, num dos casos também os seus familiares, acerca da doença e do seu tratamento, favorecendo a literacia em saúde mental e a compreensão para a gestão da doença.

As principais intervenções desenvolvidas nesta UCPSM foram: a) disponibilizar presença; b) estabelecer relação de ajuda; c) escutar activamente; d) ensinar o indivíduo; e) promover a auto-percepção positiva; f) aliviar ansiedade; g) apoiar a família; h) promover a auto-responsabilização;

Como referi, a escuta activa foi uma intervenção relevante neste estágio. Esta assume-se, segundo Lazure (1994), como uma intervenção que permite compreender a necessidade do cliente, através de uma atitude de interesse, respeito e aceitação incondicional. Rezétte (2010, p.42) descreve-a como um “estado activo que exige uma atenção particular, (...) aceitar expor-se a receber a mensagem, a sentir o descontentamento ou a alegria, (...) em entrar em relação com um outro diferenciado, sem o julgar, mas tentando compreender o que ele vai dizer”.

A escuta activa decorreu em todas as consultas de enfermagem e estimulou a apresentação do pedido de ajuda, a expressão de sentimentos e pensamentos dos clientes. Foi-se desenvolvendo e fortalecendo num contexto compreensivo e de empatia, sem censura ou juízos de valor, ao longo de todos os momentos de contacto.

A manifestação de interesse na mensagem que os clientes me transmitiam, de forma verbal e não verbal, foi um importante desafio. Aprimorei a capacidade de me

abstrair de julgamentos pessoais face ao que estava a ser dito. Utilizei ainda o silêncio como estratégia para encorajar a expressão de emoções e sentimentos.

Atendendo às características da pessoa, sintomas e manifestações da doença mental, houve necessidade, em diferentes momentos da consulta, de introduzir questões que encorajassem o cliente a partilhar os seus pensamentos, sentimentos ou crenças, especialmente nos clientes com sintomatologia negativa muito presente.

É igualmente importante referir que em termos pessoais, atender concomitantemente à comunicação verbal e não verbal foi um verdadeiro desafio, superado pelo treino, apoio, discussão com o enfermeiro orientador. Com o investimento na pesquisa e treino sobre a escuta activa, consegui melhorar a compreensão do problema dos clientes que cuidei, assim como promover a sua confiança e a relação terapêutica.

Avaliar o progresso do cliente em acordo com as metas ou resultados esperados permite conhecer a eficácia dos cuidados de enfermagem (Townsend, 2011). Assim teve lugar uma avaliação final do resultado das intervenções desenvolvidas, com recurso à grelha de indicadores NOC para as componentes do autoconceito, comparando os resultados da avaliação inicial com os dados da avaliação final.

Os resultados obtidos demonstram que se verificaram ganhos para as duas participantes após o desenvolvimento de intervenções especializadas de enfermagem para o autoconceito, em particular ao nível da auto-estima e identidade. É, porém, uma amostra pouco expressiva dadas as limitações já referidas.

No que concerne aos indicadores NOC para a *Auto-estima*, dependendo dos participantes, verificaram-se ganhos: a) na verbalização de sentimentos de auto-valorização; b) na auto-descrição; c) na descrição de orgulho próprio; d) na manutenção do contacto ocular; e) na comunicação aberta. Já para a *Identidade*, verificaram-se ganhos na “verbalização de confiança em si mesmo” e no “estabelecimento de limites pessoais”. Não se verificaram ganhos na *Imagem corporal* já que era uma dimensão não comprometida em ambas as clientes.

É esperado que o EEESMP incorpore conhecimentos sobre intervenções farmacológicas. Apesar de toda a minha experiência profissional no cuidado à pessoa com experiência de doença mental, contactei com novos fármacos que me estimularam à pesquisa e aprofundamento de conhecimentos. Num âmbito não

farmacológico, tive oportunidade de assistir pela primeira vez a uma sessão de relaxamento, adaptada ao espaço físico disponível, que me sensibilizou para a necessária criatividade do EEESMP no decurso do seu exercício profissional.

A reflexão crítica com recurso ao Ciclo de Gibbs foi uma actividade muito presente neste primeiro estágio. Iniciava-se no local, com o enfermeiro orientador, e era continuada e aprofundada em casa, por vezes em suporte escrito, obedecendo ao modelo proposto por Gibbs (1988). Foram desenvolvidas reflexões críticas sobre a minha vivência das técnicas psicoterapêuticas, em especial, das características pessoais que interferiram de forma positiva e negativa na relação terapêutica e nos resultados esperados. Uma dessas reflexões foi específica para o fenómeno de contra-transferência ocorrido numa fase final, em que soube gerir adequadamente mantendo os limites da relação profissional.

Outras reflexões foram desenvolvidas num âmbito das políticas de saúde e sociais, e dou como exemplo a reflexão sobre o tratamento compulsivo em regime ambulatorio, sobre o acesso a serviços comunitários, sobre o estigma e as dificuldades na inclusão social da pessoa com experiência de doença mental, entre outras. Teve ainda lugar uma especial reflexão sobre a problemática do envelhecimento do cuidador da pessoa com doença mental, da angústia vivida pelas famílias e das respostas sociais existentes, assim como da dificuldade no encaminhamento para essas instituições.

Tomar consciência de mim mesmo na relação foi um processo contínuo neste estágio. Reconheço-me um Ser em desenvolvimento, com uma história de vida e uma hereditariedade que me faz ser e estar de um modo único. Aliado a este desenvolvimento está o autoconhecimento, o papel do cliente e dos orientadores neste processo. Neste estágio, atribuo-lhes a devida significância na tomada de consciência de muitas das minhas características reacionais e emocionais, do que já sei, e do que desejo num plano pessoal e profissional.

O registo de interações acompanhou este estágio e permitiu registar informalmente as observações e avaliações relevantes que enriqueceram os diários de aprendizagem e alimentaram os processos reflexivos individuais.

Os diários de aprendizagem, informais, estimularam um olhar distanciado das experiências vividas, favorecendo a reflexão, a pesquisa bibliográfica e a subsequente sedimentação do que foi aprendido.

As reuniões multidisciplinares também se encontravam suspensas por orientações institucionais. Como forma de ultrapassar esta limitação, procedeu-se à articulação multidisciplinar, em acordo com a agenda da UCPSM. A participação nestas formas de articulação, presencial ou telefónica, permitiu enriquecer a informação que já dispunha dos clientes, que influiu na eficiência das intervenções, e permitiu experienciar a relevância da presença do enfermeiro especialista na discussão do projecto terapêutico para cada cliente, pelos contributos da relação terapêutica promovida.

As reuniões com o orientador ocorreram com uma frequência significativa. No final de cada consulta e sempre no final de cada dia de intervenção, reunia com o orientador e partilhava o que senti, pensei, avaliei nos clientes e, por vezes, avaliei na minha forma de estar e proceder. Obtive a validação, avaliação, propostas de melhoria e linhas orientadoras para desenvolver a minha pesquisa bibliográfica, o que culminou num processo formativo bem-sucedido.

Neste primeiro contexto de estágio, ocorreram dois momentos de orientação tutorial e vários momentos de orientação pelo enfermeiro orientador e professora orientadora, que promoveram em mim o desenvolvimento do autoconhecimento e por sua vez, influenciaram a abordagem psicoterapêutica.

A primeira reunião tutorial promoveu a reflexão sobre a primeira competência do EEESMP relacionada com a tomada de consciência de mim mesmo. A reflexão e partilha de experiências de outros colegas e os contributos dos professores induziram uma reflexão sobre a minha experiência de estágio, sobre o percurso e ferramentas que pretendo utilizar para o meu desenvolvimento pessoal.

A segunda reunião tutorial incidiu sobre a segunda competência do EEESMP e forma como era desenvolvida em estágio. Esta reunião permitiu um momento de partilha de grupo alargado e um momento de partilha e reflexão em pequenos grupos que estimulou o meu pensamento crítico sobre novas perspetivas e abordagens que, apesar de no meu estágio não se revelarem adequadas, foram transportadas para o meu quotidiano profissional.

As aprendizagens mais significativas neste primeiro contexto de estágio estão relacionadas com o maior reconhecimento das minhas atitudes na relação, nomeadamente nos fenómenos transferenciais e contra-transferenciais, que foram facilitados pelo acompanhamento individualizado do orientador. Desenvolvi atitudes

de autenticidade, empatia e escuta activa, otimizei a técnica de observação e entrevista no âmbito da consulta especializada de enfermagem e, fundamentalmente, aprendi a respeitar o tempo do outro centrando a minha intervenção nas suas necessidades e não nas minhas.

Por fim, desenvolvi uma maior sensibilidade para as repercussões que a dificuldade no acesso aos recursos comunitários, em especial ocupacionais e recreativos, pode ter no processo de reabilitação psicossocial ou na protecção da saúde mental da pessoa em acompanhamento.

2.2. Contexto Hospitalar

O segundo estágio decorreu num SPA do distrito de Lisboa de 23 de Novembro de 2020 a 5 de Fevereiro de 2021.

2.2.1. Caracterização do Serviço de Psiquiatria Agudos

Este SPA tem por missão a prestação de cuidados de saúde especializados à população reclusa assegurando uma assistência clínica aos que apresentem distúrbios do foro psiquiátrico. O SPA dispõe de dezoito camas para homens, 8 camas para mulheres e um quarto de isolamento com uma cama. O serviço está organizado em duas zonas estruturalmente opostas e independentes, impedindo qualquer contacto entre homens e mulheres. As enfermarias masculinas são duas, com 9 camas cada, isoladas dos restantes espaços técnicos por um gradeamento longitudinal. Os quartos femininos são dois, com quatro camas cada. Cada enfermaria e cada quarto pode ser isolado dos restantes através de uma porta de segurança.

O SPA apresenta vários gabinetes técnicos, um espaço para tratamentos, sala de enfermagem, espaços de arrumação, biblioteca e sala de actividades. A equipa multidisciplinar é composta por médicos de clínica geral, médicos psiquiatras, EEESMP, enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social.

Os clientes internados são provenientes de todo o país, excetuando a Região Autónoma da Madeira. A idade insere-se na faixa etária dos 20 aos 60 anos de idade.

2.2.2. Intervenções desenvolvidas em contexto hospitalar

Neste segundo local de estágio, apesar de não estar inicialmente previsto, foi planeada a introdução de actividades que envolvessem a utilização de mediadores expressivos como ferramentas para as intervenções desenvolvidas em grupo.

Foi-me permitido integrar as actividades em desenvolvimento no SPA, adaptadas e enquadradas à realidade pandémica. Tive ainda a oportunidade de desenvolver intervenções no âmbito do projecto de estágio e colaborar nas actividades e reuniões de equipa multidisciplinar, com um envolvimento idêntico ao de um qualquer outro elemento da equipa.

A metodologia utilizada na prestação de cuidados de enfermagem foi igualmente o processo de enfermagem, dinâmico, contínuo e que visou a mudança nas respostas comportamentais do cliente.

Reunir a informação adequada sobre o estado mental do cliente é crucial para o desenvolvimento de um plano de cuidados apropriado e centrado na pessoa (Townsend, 2011). No processo de apreciação, o acesso ao cliente foi mais facilitado do que no estágio na comunidade. As medidas de segurança não permitiram, contudo, o contacto com a família, recurso importante na apreciação de enfermagem.

Este contexto de intervenção tão específico promoveu em mim a identificação de factores pessoais que interferiam com o processo de observação, fosse pela abundância de estímulos, fosse pela minha atitude face à população e emoções geradas, contudo, com o suporte da enfermeira orientadora, pude desenvolver estratégias que facilitaram a otimização da observação.

As entrevistas realizadas com os clientes, facilitaram a recolha e análise de informação útil no âmbito da apreciação de enfermagem e subsequente formulação de diagnósticos de enfermagem.

A formulação de diagnósticos de enfermagem foi discutida com a enfermeira orientadora. Estes forneceram uma base para a selecção das intervenções de enfermagem. Os diagnósticos mais frequentes neste contexto foram: o autoconceito comprometido, *coping* ineficaz, adaptação prejudicada, adesão ineficaz ao regime terapêutico, relação dinâmica ineficaz, autocontrolo de impulsos ineficaz, autocontrolo da agressividade ineficaz, autocontrolo de ansiedade ineficaz e algum risco de tentativa de suicídio.

Tal como no primeiro estágio, procedi à aplicação da grelha de indicadores de avaliação NOC para as componentes do autoconceito nos clientes com diagnóstico de autoconceito comprometido, o que me permitiu avaliar o seu estado actual no que concerne ao autoconceito. Esta grelha foi aplicada no início e no final da intervenção.

A definição dos resultados esperados teve em consideração o cliente, a sua motivação e capacidades, e o tempo útil para intervenção no âmbito deste estágio. Sendo um contexto onde o tempo de contacto é superior ao comunitário, as metas foram ajustadas a esta circunstância.

Os planos de cuidados foram igualmente aferidos com a enfermeira orientadora e contaram com a colaboração dos clientes. As principais intervenções de enfermagem desenvolvidas com os clientes foram: a) disponibilizar presença; b) encorajar relação de ajuda; c) escutar activamente; d) disponibilizar grupo de apoio; e) promover a auto-perceção positiva; f) aliviar ansiedade; g) apoiar na tomada de decisão; h) promover a auto-responsabilização; i) promover a melhoria da imagem corporal;

A prestação directa de cuidados de enfermagem foi o âmago da construção de uma relação terapêutica. Apesar das condicionantes no acesso aos clientes internados, promovi o desenvolvimento de uma relação terapêutica utilizando todas as oportunidades para a demonstração de interesse e disponibilidade para com o outro, fosse permanecendo junto às celas onde estabelecia contacto, fosse colaborando em todos os momentos de prestação de cuidados que as dinâmicas do serviço previam.

Respeitei a metodologia de prestação de cuidados de enfermagem do serviço onde não existe o modelo de enfermeiro de referência. Intevi com maior proximidade e de forma individualizada, em clientes cujas experiências interpessoais e culturais geraram sensações negativas em si mesmos, um senso de desvalor e um comprometimento da auto-realização, com impacto negativo no seu autoconceito. Neste sentido, tal como Sequeira (2006) refere, revela-se nestes indivíduos uma apreensão quando encaram a realidade, uma tendência depressiva, e uma manifestação de ansiedade e tensão nos seus relacionamentos.

A intervenções com os clientes foram individuais e em grupo. Relativamente à intervenção em grupo, a escolha por esta metodologia teve por base um processo de autoconhecimento que permitiu identificar as minhas necessidades de

desenvolvimento profissional na intervenção em grupo pois não tinha experiência nesta metodologia.

As intervenções de âmbito psicoterapêutico em grupo, foram coordenadas por mim com supervisão e apoio da enfermeira orientadora. Foram elas a escuta activa, a relação de ajuda, o apoio emocional, a autopercepção positiva e autoconsciencialização e por fim a vigilância do autoconceito, todas integradas no plano de cuidados individualizado de cada um dos elementos do grupo.

O relaxamento foi uma actividade que desenvolvi com regularidade. Integrado nas sessões de grupo, este antecedia as actividades com técnicas expressivas ou mesmo as sessões de psicoeducação, para que, como refere Payne (2000) através da obtenção de sensações agradáveis, fossem afastados pensamentos perturbadores ou geradores de stress. Foi utilizada a ideação orientada, técnica de relaxamento com recurso a imagens mentais, adaptada ao espaço físico disponível e às dinâmicas institucionais. O objectivo principal foi o de afastar pensamentos geradores de stress, muito referidos pelos clientes internados.

Realizei ainda sessões de psicoeducação que integraram uma componente educativa, dotando os participantes de conhecimentos acerca do autoconceito, e uma componente de suporte, abordando nas sessões a gestão das emoções e das expectativas. Apesar da literatura propor um período de 45 min para as sessões de psicoeducação, estas sessões tiveram uma duração de 20 minutos, num total de 3 sessões que foi o tempo tolerado pelos participantes.

Neste contexto de grupo foram ainda implementadas intervenções de enfermagem com recurso a mediadores expressivos. O processo criativo de cada participante foi estimulado, com respeito pelas respostas dos clientes às suas produções.

Utilizei apenas um mediador expressivo em cada sessão, diversificando entre a representação, estimulação sensorial com alimentos, o desenho, a pintura com materiais diversos, a modelagem e pintura do barro, a música, e a plástica através de recortes e colagens. Em cada sessão o grupo foi desafiado a abordar o tema estimulados pelo recurso a um mediador expressivo. A selecção dos mediadores expressivos foi discutida com o grupo na primeira sessão, conjugando com os recursos materiais disponíveis e sem comprometer as medidas de segurança.

Para a seleção dos elementos a integrar no grupo estabeleci critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão defini: 1) a presença do diagnóstico de enfermagem autoconceito comprometido; 2) motivação para participar nas actividades propostas. Como critérios de exclusão defini: 1) clientes com defeito cognitivo na *Mini Mental State Examination*; 2) clientes com alterações graves do pensamento quanto à forma ou conteúdo. O grupo terapêutico foi composto por 8 homens e 4 mulheres.

Foram realizadas um total de 9 sessões em grupo, com recurso a diferentes medidores expressivos. Comecei por realizar uma sessão por semana com início na 3ª semana de estágio. Numa fase final do estágio, dado o tempo que restava para o final do estágio e por me sentir mais confortável com as sessões de grupo, passei a realizar 2 sessões por semana. Os temas de cada sessão foram: 1ª sessão – Apresentação; 2ª sessão – Autoconceito; 3ª sessão – Qualidades individuais; 4ª sessão – Valores pessoais e prioridades de vida; 5ª sessão – Auto-representação e auto-descrição; 6ª sessão – Sentimentos individuais; 7ª sessão – Os meus pensamentos; 8ª sessão – A música que sou; 9ª sessão – Encerramento. As sessões foram planeadas antecipadamente, contudo, no próprio dia da sessão, observaram-se com regularidade limitações no tempo e espaço associados aos recursos humanos, e que implicaram recorrentes ajustes no tempo de partilha do grupo.

Embora tivesse sentido insegurança na primeira sessão que dinamizei, tal não foi percecionado pela orientadora, através do feedback que me foi dado, o que me deixou confiante para as sessões seguintes. Esta confiança tornou-me mais autêntico e mais confortável em contexto de grupo o que favoreceu os resultados obtidos em cada uma das sessões que se sucederam.

A avaliação final do resultado das intervenções individuais e de grupo foi realizada com recurso à grelha de indicadores NOC (apêndice 2) para as componentes do autoconceito, comparando os resultados da avaliação inicial com os dados da avaliação final.

Quadro 1 - Resultados globais da intervenção no autoconceito – contexto de internamento.

Indicadores NOC	Nº participantes com ganhos nos indicadores	Total de participantes
Auto-estima	7	12
Identidade	6	12
Imagem corporal	2	12

Tal como se pode observar no Quadro 1, os resultados obtidos demonstram que se verificaram ganhos para os clientes participantes após o desenvolvimento de intervenções especializadas de enfermagem relativamente ao autoconceito, nomeadamente ao nível da *Auto-estima* e *Identidade*.

No que concerne à *Auto-estima*, e variando entre clientes, verificaram-se ganhos na frequência com que: a) é verbalizado um juízo de auto-aceitação; b) na demonstração de sentimentos de auto-valorização; c) na auto-descrição; d) na aceitação das auto-limitações; e) a comunicação tornou-se mais aberta. No que diz respeito à *Identidade*, também dependendo do cliente, verificaram-se ganhos: a) na verbalização do próprio sistema de valores; b) na verbalização de confiança em si mesmo; c) na frequência com que se verifica um desafiar das imagens negativas sobre si mesmo; d) no estabelecimento de limites pessoais. Por fim, no que concerne à *Imagem corporal*, verificou-se um aumento na demonstração de satisfação com a aparência pessoal em dois dos clientes.

Em todos os participantes se observaram ganhos em pelo menos uma das componentes do autoconceito, com maior frequência naquela que apresentava menor classificação global nos indicadores NOC.

Tendo como referência Peplau considero que o facto de a minha relação com cada um dos elementos do grupo se encontrar em diferentes fases, exigiu a assunção de diferentes papéis, o que se tornou difícil no contexto de grupo. O desenvolvimento da relação terapêutica decorreu a diferentes velocidades, com avanços e recuos, dependendo da pessoa, na sua individualidade, e das minhas atitudes enquanto enfermeiro. O ritmo a que foram ocorrendo estas trocas poderá ter sido um factor que interferiu nos resultados. Entendo que um maior período de intervenção possa favorecer o desenvolvimento de outras componentes que se encontrem menos prejudicadas, fruto da evolução na relação.

Para a avaliação da satisfação dos participantes face às sessões de grupo foi construído um questionário de avaliação com hipótese de resposta dicotómica, de autopreenchimento e anónimo (ver apêndice 3). Dos resultados obtidos, genericamente, observei que o grupo gostou de participar em todas as sessões. Todas as respostas às questões foram positivas excetuando na sessão de modelagem onde se obtiveram 2 repostas negativas à pergunta “A sessão ajudou-me a pensar as prioridades da minha vida”.

As principais dificuldades que encontrei no desenvolvimento das intervenções em grupo tiveram que ver com a gestão de factores pessoais (nomeadamente a gestão de expectativas) que prejudicavam o meu empenho na dinamização das sessões. Sempre que a sessão era interrompida por outro técnico ou era iniciado um ruído no exterior que não favorecia o silêncio necessário para a dinamização da sessão em particular o relaxamento, vivia sentimentos de frustração.

Senti ainda dificuldades em observar e memorizar todas as afirmações e comportamentos relevantes durante as sessões enquanto as dinamizava. O contributo da orientadora, que assumiu uma função de apoio ao terapeuta, foi fundamental para que muitos dados não se perdessem.

Para além das limitações transversais já referidas, no SPA verificaram-se constrangimentos na acessibilidade aos clientes, na sequência das medidas de segurança implementadas por se tratar de um contexto prisional. Estas medidas limitaram o tempo de intervenção individual e de grupo já que a autorização para o desenvolvimento destas intervenções estava dependente da avaliação do risco e da disponibilidade de guarda prisional que promovesse a segurança de todos, sendo este um critério *sine qua non* para qualquer intervenção no cliente. Foi ainda limitadora a presença permanente da guarda prisional que inibiu a partilha dos clientes nas actividades de grupo e nas actividades individuais tais como a entrevista.

Tornou-se ainda um constrangimento a dificuldade no acesso a materiais para expressão plástica relacionada com o encerramento de estabelecimentos comerciais e que limitou a aquisição destes materiais, desafiando-me a ser criativo e encontrar alternativas.

As principais aprendizagens que destaco têm que ver com estas dificuldades. Aprendi a gerir com maior eficácia os sentimentos de frustração e a pensar planos alternativos que possam ser acionados quando se verificarem interferências externas nas sessões. Aprendi ainda que a integração de um co-terapeuta enriquece as minhas observações da sessão, favorecendo a avaliação individualizada e a eficácia de futuras intervenções.

A realização do estudo de caso foi uma actividade que permitiu conhecer com maior detalhe e profundidade uma cliente, estimulando a reflexão, e identificando oportunidades de melhoria em cada uma das fases desta metodologia científica aplicada à enfermagem. Assim, para além das intervenções em grupo foram

desenvolvidas intervenções individuais, onde destaco a intervenção com a cliente que passo a descrever.

Acompanhei a Sr^a C., uma cliente com 50 anos de idade, diagnóstico de depressão crônica, transferida para uma unidade hospitalar na sequência de um gesto parasuicidário de natureza impulsiva através da intoxicação medicamentosa voluntária. Não participei na admissão da cliente, mas realizei duas entrevistas para apreciação das suas necessidades pessoais, avaliação do estado mental, identificando os seus problemas de saúde física, as suas capacidades internas, os recursos externos disponíveis para manter ou recuperar a sua saúde mental. Avaliei ainda o impacto que a experiência da doença mental teve na sua qualidade de vida e bem-estar, nomeadamente quanto ao sentimento expresso de desesperança, ao comprometimento do autoconceito e à privação de liberdade. A avaliação foi holística nas suas dimensões individual, familiar, social ainda que não fosse possível observar a interacção da cliente com a família.

A avaliação da Sr^a C. não ficou assim concluída na entrevista inicial, mas antes, foi acontecendo em cada interação ao longo do período de estágio, na medida em que as intervenções de enfermagem eram desenvolvidas e os resultados dessas intervenções eram conhecidos.

Nesta fase de orientação, eu e a Sr^a C éramos estranhos. Orientado pelo modelo teórico de Peplau, favoreci o desenvolvimento da confiança, do respeito, da autenticidade e da empatia que transmitam a aceitação do outro, condição essencial para o desenvolvimento da relação terapêutica.

Preocupe-me em desenvolver a relação, assegurando uma presença física e afectiva que fosse percebida pela cliente e que facilitasse, como indica Peplau (1990), uma identificação com quem a pode ajudar. A estratégia de apoio foi construída com o seu envolvimento, segundo as suas preferências. Assegurei a confidencialidade clarificando que, integrado no âmbito do meu dever profissional, não guardaria informações que pudessem pôr em perigo a sua segurança ou a de outros e clarifiquei o meu papel e a duração da minha presença no serviço. O acesso à cliente encontrava-se limitado, pelas medidas de segurança implementadas pelo sistema prisional.

Um dos principais problemas identificado na Sr^a C. foi a adaptação ineficaz, relacionada com a privação de liberdade e a incapacidade para se adaptar ao contexto

prisional, uma nova realidade na sua vida. Uma das intervenções que desenvolvi visou a promoção da autopercepção positiva, através de actividades expressivas direccionadas para a identificação de atributos positivos e prioridades de vida que ocorreram em contexto de grupo. Paralelamente fui disponibilizando presença, escutando ativamente e apoiando emocionalmente através de um acompanhamento individual.

Outro dos problemas identificados foi o *coping* ineficaz relacionado com a inexistência de recursos eficazes para lidar com as exigências da vida e para garantir uma auto-estima positiva. Procurei encorajar a Sr.^a C à adoção de uma atitude de esperança realista sobre a sua situação analisando com esta as alternativas que dispõe, vantagens e desvantagens de cada uma delas. Procurei ainda otimizar os mecanismos de *coping* por si utilizados, promovendo os que se verificaram mais eficientes e estimulando um processo de autoavaliação dos seus comportamentos e capacidades.

Por fim, identifiquei o problema do autoconceito comprometido, evidente pela expressão reiterada de sentimentos de desvalorização pessoal, verbalização negativa de auto-aceitação, dúvida sobre quem é e sobre o que é capaz. Desenvolvi intervenções de auto-consciencialização e de auto-percepção positiva, encorajando-a a reconhecer e discutir pensamentos e sentimentos através de mediadores expressivos diversificados (desenho, música, modelagem) que facilitaram a comunicação. Promovi a modificação da visão que tinha de si própria como vítima, reforçando a percepção dos seus direitos e apoiando na determinação de metas realistas para os seus objectivos, neste caso o “sair da prisão e estar com os entes queridos” (sic).

Foram priorizadas as intervenções que promoviam a sua reabilitação psicossocial com enfoque no desenvolvimento de competências individuais para uma maior funcionalidade pessoal e familiar.

O ajuste do plano de cuidados ocorreu mediante os resultados da avaliação regular e contínua que se efectivava, e em validação com a orientadora. A discussão e análise contínua da situação da cliente com a orientadora, constituiu-se um momento relevante para o desenvolvimento de competências de apreciação, análise, diagnóstico e planeamento de intervenções de enfermagem.

Inicialmente a Sr^a C. apresentou uma atitude de fraca disponibilidade para participar nas actividades de grupo. Constatei que o meu papel nesta fase da relação deveria ter características de liderança tal como proposto por Peplau (1990). Após as primeiras actividades, observei que a atitude de menor envolvimento foi transitando para uma atitude de valorização e exploração de toda a oferta de intervenção em grupo. Observei iniciativas de esforço individual significativas e entendi que a relação se encontrava numa fase de exploração ou em transição para esta fase.

A Sr^a C. foi reconhecendo aspectos positivos próprios e capacidades individuais que foram reforçados pelo grupo e por mim. Identificou as prioridades de vida e discutiu a melhor estratégia para, adaptando-se ao novo contexto, ultrapassar este momento da sua vida e alcançar o que identificou como prioritário e de maior valor. Quando tomou conhecimento de que seria transferida para outro estabelecimento prisional verbalizou “*Obrigado por tudo. Vou conseguir ultrapassar isto e voltar para o meu filho*” (sic). Esta foi a fase de resolução da relação. Novos objectivos e metas foram estabelecidas tendo lugar a resolução dos laços com o enfermeiro.

Relativamente aos indicadores NOC para a *Auto-estima* verificaram-se ganhos na frequência da “verbalização de auto-aceitação” que raramente demonstrara e passou a demonstrar algumas vezes, e na demonstração de “sentimentos de auto-valorização” que evoluiu de “nunca demonstra” para “raramente demonstra”. Para os indicadores *Identidade* na “verbalização de confiança em si mesma” verificou-se uma evolução de “nunca demonstra” para “raramente demonstra”.

Outra actividade desenvolvida foi a reflexão critica, com recurso ao Ciclo de Gibbs, sobre as experiências vividas nas intervenções de grupo.

Os registos de interação, diários de aprendizagem e reuniões com as orientadoras também foram momentos de reflexão e aprendizagem.

Houve necessidade de realizar revisão bibliográfica sobre psicofarmacologia, técnicas expressivas e relaxamento, que não estavam previstas no projecto inicial. Foi ainda consultada bibliografia sugerida pelos orientadores, específica para o contexto prisional que facilitou uma perceção das suas especificidades.

No que concerne ao trabalho multidisciplinar, apenas tive oportunidade de participar em duas reuniões multidisciplinares, por constrangimentos do serviço e dos horários para orientação. A participação numa primeira reunião permitiu enriquecer a

informação que já dispunha dos clientes internados, o que influenciou na eficiência das intervenções, e permitiu experienciar a relevância da presença de enfermagem especializada, na discussão multidisciplinar do projecto terapêutico para o cliente.

A segunda reunião multidisciplinar em que participei, já numa fase final do estágio, realizou-se num âmbito diferente. Nesta reunião, apresentei uma síntese das actividades e intervenções que desenvolvi no estágio, nomeadamente a intervenção individual e de grupo, onde foram implementadas técnicas expressivas e de relaxamento. A pedido da chefia de enfermagem e coordenação técnica do serviço, foram dadas a conhecer as observações, os resultados e as minhas propostas para inovação no serviço. Foi um importante momento de partilha e discussão que valorizou e deu a conhecer as intervenções desenvolvidas pelo EEESMP.

No decurso deste estágio ocorreram a terceira e quarta reuniões tutoriais com os restantes colegas de estágio na ESEL. A terceira reunião perspectivou a discussão em grupo sobre a terceira competência de enfermagem onde foi realizada a partilha de casos que tivessem sido desafiantes e depois escolhido um a ser analisado através de materiais de expressão plástica. Esta actividade promoveu uma análise individual e em grupo sobre o desenvolvimento da terceira competência do EEESMP.

A quarta reunião tutorial incidiu sobre a quarta competência do EEESMP e o seu desenvolvimento em estágio. Ocorreu um momento de partilha de grupo alargado e um momento de partilha e reflexão em pequenos grupos. Foi estimulado o pensamento crítico sobre outras intervenções desenvolvidas, abrindo novas perspetivas de abordagens que foram transportadas para o meu quotidiano profissional.

Em suma, o estágio neste serviço de internamento permitiu-me tomar consciência de que me sinto confortável na relação com clientes com doença aguda num contexto tão específico como o prisional. Acredito que a minha experiência profissional de intervenção numa população com autocontrolo de impulsos e *coping* ineficazes, contribuiu para uma atitude de maior aceitação e autenticidade, com menos impasses e resistências à relação. Identifiquei factores promotores e protectores da saúde mental neste contexto específico onde a saúde mental está prejudicada e as liberdades individuais estão limitadas. O EEESMP adquire aqui um papel fundamental na compreensão dos processos de sofrimento e implicações para o seu projecto de vida, possibilitando que a pessoa viva experiências gratificantes nas

relações intra e interpessoais. Observei que o enfermeiro, pela relação estabelecida, é reconhecido como o recurso de primeira linha para os processos de sofrimento vividos pelo grupo de clientes internado.

As aprendizagens resultantes da implementação prática da componente teórica para o processo de relação, foram igualmente significativas e já fazem parte do meu quotidiano profissional, seja na intervenção aos clientes com perturbação psiquiátrica seja na intervenção junto das equipas que lidero. A mobilização do modelo teórico de Peplau permitiu-me compreender as fases da relação enfermeiro-cliente e identificar quais os papéis de mudança que devem surgir para cada uma das fases, estruturando a minha intervenção.

Por fim, esta experiência permitiu que desenvolvesse aprendizagens na utilização de técnicas de relaxamento e técnicas expressivas que enriqueceram a prestação de cuidados ao grupo.

2.3. Aquisição de competências como EEESMP

O estágio permitiu o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista assim como as competências específicas do EEESMP.

O desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista foi iniciado e muito desenvolvido na formação teórica do Mestrado, porém, foi no próprio contexto de prestação de cuidados que pude aprofundar os conhecimentos no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no da melhoria contínua da qualidade, no da gestão de cuidados, e no do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Tornei-me num enfermeiro mais consciente da importância de desenvolver uma prática coerente com as normas legais, o que exige de mim uma formação contínua e interessada para a actualização desse conhecimento. Hoje revelo maior espírito dinamizador, no âmbito do meu quotidiano profissional, para o desenvolvimento de iniciativas institucionais que favoreçam o papel estratégico de uma prática de qualidade. Esta formação permitiu ainda o desenvolvimento de competências de liderança na gestão de recursos apesar de o meu quotidiano profissional já promover a criatividade nessa gestão.

Para além das competências comuns do enfermeiro especialista, adquirir competências específicas do EEESMP, descritas no Regulamento nº515/2018 (Diário da República, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018).

Neste percurso formativo destaco como adquirida a primeira competência específica:

“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento nº515/2018);

A importância da capacidade para desenvolver estratégias de autoconhecimento é fundamental para a prática de enfermagem de saúde mental já que condiciona os resultados da prática especializada de enfermagem, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (OE, 2018).

Dos vários momentos reflexivos ao longo de estágio, compreendi que também eu, enquanto interveniente, sou observado pelo outro no processo de relação. Dotado de emoções, sentimentos, expectativas, crenças, uma história de vida e muito mais, intervenho no outro e posso transferir para o outro o que não quero, o que não é terapêutico. Consciencializado da importância da relação no processo de ajuda, incidi as reflexões sobre o meu estar em relação, identificando factores pessoais que interferiam na relação e discutindo estratégias com o orientador que asseguraram o desenvolvimento desta competência.

Estes factores encontravam-se ligados a fenómenos contra-transferenciais que desencadeavam impasses na relação e que foram consciencializados e atenuados ao longo do estágio pela aprendizagem de estratégias para os gerir com eficácia.

Aprendi que o meu próprio autoconceito interfere na minha prestação de cuidados. As convicções que surgem desse autoconceito podem ser encorajadoras ou limitativas (Bolander, 1998). Melo (2005, p. 69) suporta esta ideia referindo que “as competências relacionais de ajuda estão relacionadas com o autoconceito”.

Foi sem dúvida no contexto da consulta de enfermagem e na intervenção em grupo que senti maiores dificuldades. Isto porque, numa fase inicial, me encontrava mais focado nas metas a atingir, que me permitissem obter bons resultados, e menos no caminho a percorrer. Tanto a consulta como a intervenção em grupo foram

experiências novas para mim, cuja vivência prejudicou, numa fase inicial, a minha autenticidade por me sentir mais inseguro pela inexperience na metodologia. Consciencializei-me da importância da autenticidade, e tornei-me mais autêntico na relação e na realização das intervenções psicoterapêuticas com benefícios para ambos.

Relativamente à segunda competência específica do EEESMP:

“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (Regulamento nº515/2018);

Considero que assistir é uma acção que exige ao enfermeiro “fazer parte do trabalho com ou para alguém” (ICN, 2016, p.113). O enfermeiro torna-se assim um parceiro fundamental em todo o ciclo de vida, intervindo com e para a pessoa. Esta constitui-se como uma realidade que ultrapassa as fronteiras hospitalares. A família e a comunidade também se revelam parceiros do processo de cuidar que devem ser integrados pelo EEESMP.

A consulta de enfermagem na UCPSM e a prestação directa de cuidados de enfermagem no SPA foram as actividades que mais favoreceram o desenvolvimento da relação terapêutica, crucial para o processo de assistência em saúde descrito nesta segunda competência.

A identificação das necessidades em saúde mental da pessoa assistida realizou-se através da consulta das diversas fontes de informação, mas também da avaliação do estado mental durante a entrevista e na forma demonstrada de como esta utilizava os recursos comunitários de saúde, profissionais, escolares, recreativos e religiosos. Concomitantemente, eram identificados os impactos que a utilização desses serviços tinha na pessoa, fosse pela confrontação com as dificuldades decorrentes da sua funcionalidade ou pelo próprio estigma social.

Na UCPSM foram desenvolvidas reflexões com o orientador que permitiram identificar nos clientes assistidos, os factores promotores e protectores de bem-estar em saúde mental. Destaco a frequência regular das consultas de saúde mental, a manutenção de rotinas diárias, a participação em actividades recreativas e a integração laboral como os mais relevantes nesta população. Já o ambiente familiar disfuncional e o abuso no consumo de substâncias foram os principais factores predisponentes da perturbação mental identificados.

O tempo limitado para o contacto com as pessoas assistidas, a frágil ou por vezes inexistente acessibilidade à família dificultaram a avaliação global da sua história de saúde dos clientes. Porém, todos os momentos de contacto contribuíram para que a cada dia essa avaliação se fosse enriquecendo.

Na UCPSM articulei-me com o orientador e equipa multidisciplinar afim de conhecer os recursos comunitários disponíveis, analisar a sua pertinência para as necessidades identificadas, e por fim, proceder ao encaminhamento para esses mesmos recursos. Com maior frequência, tal encaminhamento verificou-se para actividades ocupacionais e recreativas que apesar de estarem encerradas pelo contexto COVID, seriam uma resposta adequada a médio prazo. Uma dessas respostas foi a Universidade Sénior que permitia a integração de clientes da UCPSM.

A avaliação do impacto da doença na funcionalidade e autonomia de cada cliente foi constante nas consultas de enfermagem. Num caso em particular foi necessária uma acção preventiva solicitando a intervenção da família no apoio e transporte à consulta e noutros dois casos foi necessária uma intervenção e visita domiciliária que permitisse avaliar esse impacto no contexto habitacional dos clientes.

Outra competência específica adquirida foi:

“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (Regulamento nº515/2018);

Os contributos do EEESMP para que a pessoa recupere a saúde mental devem ser ajustados à pessoa assistida e ao seu contexto social e familiar. Uma avaliação integrada, que identifique as necessidades específicas em saúde mental é indispensável.

Ao longo de todo o estágio identifiquei problemas em saúde mental nos clientes assistidos dos quais destaco os problemas de gestão do regime medicamentoso, de abuso de substâncias nocivas, autoconceito comprometido (nomeadamente auto-estima), humor depressivo, *coping* ineficaz e auto e heteroagressividade.

Aprimorei competências de diferenciação entre perturbação orgânica e os problemas de saúde mental, que foram por vezes difíceis de distinguir, nomeadamente nos estados confusionais, que foram ultrapassados com o apoio do orientador. A participação numa das sessões clínicas no SPA e nas reuniões de

equipa na UCPSM promoveu a aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências nessas avaliações.

A experiência em contexto de psiquiatria com doentes em situação aguda permitiu desenvolver competências na identificação de situações de emergência psiquiátrica, mais concretamente na identificação de potenciais comportamentos autodestrutivos, com risco para o próprio e para os outros. Foram diversos os momentos em que a avaliação de enfermagem determinou a introdução de ações preventivas de suporte emocional, de negociação com o cliente e de reforço da assistência, com resultados favoráveis.

O recurso à NOC permitiu medir os resultados individualizados da intervenção no autoconceito pois “além do uso da escala de medida para avaliar o estado actual do indivíduo, ela pode ser utilizada para identificar o estado desejado do resultado” (Johnson, Maas & Moorhead , 2004 p.117).

A metodologia de gestão de caso na UCPSM permitiu-me desenvolver competências através da participação no ajuste e supervisão do plano de reabilitação das clientes das quais me constituí terapeuta de referência.

Em ambos os contextos de estágio desenvolvi uma intervenção em parceria com a equipa, promovendo a continuidade do plano de cuidados estabelecido e enriquecendo, quando apropriado, com uma intervenção específica para o autoconceito. Este trabalho em parceria verificou-se também no envolvimento e participação da equipa multidisciplinar na apresentação dos resultados das intervenções desenvolvidas.

Por último, a competência específica:

“Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Regulamento nº515/2018).

Em ambos os contextos fui envolvendo o cliente no seu projecto terapêutico, avaliando e discutindo metas com vista à obtenção dos melhores resultados possíveis em saúde mental. Na prestação de cuidados, na consulta de enfermagem e nas sessões de grupo desenvolvi competências na orientação dos clientes para atitudes promotoras da saúde mental tais como: a) a integração regular de técnicas de

relaxamento; b) a partilha de pensamentos e sentimentos com o enfermeiro; c) a integração de momentos reflexivos sobre os seus valores e as suas prioridades de vida; d) a adoção de estratégias promotoras da auto-estima; e) a adesão ao regime medicamentoso, entre outros.

Desenvolvi competências na promoção do conhecimento, compreensão e gestão de problemas relacionados com a perturbação mental, com destaque para o autoconceito, e ainda ensinando sobre os efeitos desejados e adversos do regime medicamentoso, através de intervenções psicoeducativas. Na SPA verificou-se a necessidade de adaptar os materiais construídos à habilidade e disponibilidade do grupo para aprender, mediante avaliação dos sinais e sintomas psiquiátricos que apresentavam, o que também potenciou desenvolvimento desta competência.

Implementei técnicas psicoterapêuticas de relaxamento, promoção da auto-estima, identidade e imagem corporal centradas no processo de doença mental dos clientes e que facilitaram respostas adaptativas. Com a orientação e supervisão dos orientadores pude desenvolver competências de intervenção psicoterapêutica do EEESMP.

Não foi possível estabelecer o contacto com as famílias no SPA na sequência das medidas de segurança institucionais, porém, esse contacto ocorreu na UCPSM com famílias que acompanhavam os clientes à consulta e que se apresentaram como verdadeiros parceiros para uma continuidade dos cuidados. As intervenções psicoeducacionais ocorreram não só junto do cliente, mas mobilizando a família, sempre que possível, para uma adaptação ou recuperação mais eficazes.

Observei que nestes contextos a rede de suporte familiar é frágil e muitas vezes inexistente, os recursos comunitários são poucos e por vezes inadequados o que fragiliza o processo de reabilitação psicossocial.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho de desenvolvimento pessoal e profissional, iniciado na formação teórica, desenvolveu-se significativamente com a participação nos dois locais de estágio. Este relatório torna-se a súmula das experiências e actividades vividas e desenvolvidas para que as competências de EEESMP fossem adquiridas ou desenvolvidas. Não vai além de uma súmula desse trabalho e recorda que este é um caminho que apenas se está a iniciar.

Neste percurso, esteve presente o modelo de Peplau das relações interpessoais em enfermagem, desenvolvido com base nos metaparadigmas de enfermagem, e que me impeliu ao envolvimento e participação, com os clientes, desenvolvendo esta relação enfermeiro-cliente através das 4 fases propostas pela teórica.

A relação terapêutica, como intervenção primária e central à prática de enfermagem em saúde mental (RNAO, 2002) foi a estratégia e o meio pelo qual o processo de enfermagem se pôde desenvolver, promovendo a eficácia e eficiência em todas as suas etapas. Assume-se como uma intervenção psicoterapêutica, desenvolvida num *setting* específico, propício ao crescimento (Hipólito, 2010) sendo o EEESMP um instrumento chave para que a sua execução ocorra (Phaneuf, 2005) e assegure ganhos em saúde. Elencado à necessidade de desenvolvimento de determinadas intervenções onde me constituí instrumento terapêutico, está o autoconhecimento.

Saliento esta primeira competência do EEESMP, a tomada de consciência de mim mesmo, que desenvolvi, em parceria com os clientes e com os orientadores, pois é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento das suas forças, fragilidades e necessidades. Que as possa gerir em seu benefício, desenvolvendo-se, e em benefício do cliente, desenvolvendo-o.

Destaco a maior sensibilização para a avaliação e intervenção no autoconceito que ficou na UCPSM, em especial na equipa de enfermagem, expressa no, e pelo enfermeiro orientador. Recordo o contributo que dei para o esclarecimento de famílias sobre as respostas da saúde e sociais apropriadas aos casos apresentados e dos procedimentos necessários, fazendo uso do meu conhecimento e experiência de

articulação com unidades hospitalares e com outras instituições. Um contributo significativo teve que ver com o meu apoio na orientação para a obtenção do estatuto de maior acompanhado que facilitaria a gestão de cuidados na comunidade onde a cliente se encontrava inserida. Já no SPA, o desenvolvimento de intervenções e atitudes que construíram a relação terapêutica levaram aos resultados obtidos e posteriormente apresentados à equipa multidisciplinar. Estes resultados reforçaram a posição autónoma, metódica e interventiva do enfermeiro, valorizada e reconhecida pela equipa multidisciplinar que parabenizou e agradeceu esta presença. Ainda no SPA, recordo o momento surpresa de agradecimento organizado pelo grupo de clientes, que me deixou surpreso e ao mesmo tempo agradecido.

Ficou por aprofundar o impacto de uma intervenção contínua e de duração superior aquela que foi observada neste projecto, para o autoconceito, em especial numa vertente comunitária. Ainda ficou por desenvolver a aplicação do inventário clínico para o autoconceito, que se revelou de difícil aplicabilidade para a população com que contactei. No âmbito do projecto, gostaria de ter aprofundado ainda mais a articulação com a equipa multidisciplinar, em especial na área de psicologia e da psiquiatria para que a discussão dos casos pudesse adquirir outra profundidade, facilitando o encaminhamento e enriquecendo a avaliação do cliente por todas essas disciplinas.

O desenvolvimento de competências de EEESMP foi continuado nesta unidade curricular. Seria impreciso se apontasse uma ou outra competência desenvolvida quando todas foram desenvolvidas e observadas pelos enfermeiros orientadores. Destaco, porém, o desenvolvimento de competências relacionadas com a prestação de cuidados psicoterapêuticos, em grupo, pois a intervenção em grupo constituiu-se como uma experiência nova para mim.

O desenvolvimento deste projecto de estágio contribuiu para evidenciar os resultados desta metodologia no desenvolvimento de competências de EEESMP. Contribuiu ainda para tornar evidente que a intervenção de âmbito psicoterapêutico, apoiada no conhecimento científico, influi no autoconceito, promovendo-o, se alicerçada na metodologia do processo de enfermagem. A partilha deste processo, no seio da equipa multidisciplinar, contribuiu significativamente para a valorização do EEESMP e secundariamente, para o reconhecimento e desenvolvimento profissional.

O meu quotidiano profissional não se encontra caracterizado por uma prestação directa de cuidados de enfermagem. Coordenando equipas, perspectivando garantir o envolvimento de outros enfermeiros na definição de projectos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa, e ainda, supervisionar programas de reabilitação de pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada. O conhecimento e olhar diferenciados que aqui desenvolvi, estimulam a maior eficiência e eficácia na gestão de doentes, na gestão de recursos humanos, na gestão de projectos, na colaboração em processos formativos na instituição, e ainda no tornar visível, para órgãos dirigentes, da significância de uma formação especializada em enfermagem de saúde mental, para o bem-estar e qualidade de vida dos clientes internados, sua satisfação e das suas famílias.

A sensibilização da intervenção para este foco de enfermagem no seio das equipas que coordeno é um desafio que pretendo abraçar, ainda mais, sendo um quotidiano que permite uma intervenção continuada e cujos resultados poderão ser mais expressivos. A sensibilização para uma intervenção grupal com recurso a mediadores expressivos será um desafio paralelo a iniciar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aligood, M.; Tomey, A. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e Teorias de Enfermagem*. Lusociência;
- Amaral, C. (2010). *Prescrições de enfermagem em saúde mental - mediante a CIPE*. Lusociência;
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5* (5ª ed.) Artmed Editora;
- Barros, A.; Bispo, G. (2017, Junho 22 – Junho 23). *Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem*. Conferência: I Encontro Internacional do Processo de Enfermagem: raciocínio clínico e a era digital. Campinas, Brasil. [https://www.researchgate.net/publication/324614913 Teorias de enfermagem base para o processo de enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/324614913_Teorias_de_enfermagem_base_para_o_processo_de_enfermagem) ;
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto.;
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem fundamental-abordagem psicofisiológica*. Lusodidacta;
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Lusodidacta;
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica – Estratégias de intervenção* (Vol.2). Lusodidacta;
- Conselho Internacional de Enfermeiros - ICN (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), Versão 2015*. Associação portuguesa de enfermeiros;

- Bulechek, G. M., Butcher, H.K. & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem- NIC* (5ª ed.). Elsevier;
- Direcção Geral de Saúde (2018). *Programa nacional de saúde mental*.
<https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>;
- Ferraz, M. (2009). *Terapias expressivas integradas*. Tuttirév;
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford Brookes University;
- Gomes, I. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso: “O erro de Narciso”*. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta;
- Gomes, I. (2013). *Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio* In Pereira Lopes. O cuidado de enfermagem à pessoa idosa - da investigação à prática. Lusociência;
- Heron, J. (2001). *Helping the client: A creative practical guide* (5th ed.); SAGE publications;
- Huitt, W. (2004). *Self-concept and self-esteem. Educational Psychology Interactive*. Valdosta State University.
<http://www.edpsycinteractive.org/topics/conation/self.html>;
- Johnson, M.; Mass, M.; Moorhead, S. (2004). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (2ª edição). Artmed editora;
- Kunikata, H.; Yoshinaga, N.; Shiraishi, Y.; & Okada, Y. (2016). Nurse-led cognitive-behavioral group therapy for recovery of self-esteem in patients with mental disorders: A pilot study. *Japan Journal of Nursing Science*, (13), 355-364.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jjns.12114>;

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lusodidacta;

Martins, P. (2014). *Escuta activa nos cuidados de enfermagem: uma intervenção confortadora* (Dissertação de mestrado). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18342>;

Melo, Rosa (2005). Autoconceito e desenvolvimento de competências relacionais de ajuda. *Revista Referência* 2(1) 63-71;

Moschini, L. (2005). *Drawing the line: Art therapy with the difficult client*. John Wiley & Sons;

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 356/2015 - *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Diário da República, 2.ª série - N.º 122 - 25 de junho de 2015;

Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Diário da República, 2.ª série - N.º 151 - 7 de agosto de 2018;

Ordem dos Enfermeiros (2018b). *Padrão de documentação em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019;

Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial da saúde – Saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Direcção Geral da Saúde;

Payne, A. (2003). *Técnicas de relaxamento*. Lusociência;

- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería – Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Ediciones científicas y técnicas;
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência;
- Posavac, S.; Posavac, H. (2020). Adult separation anxiety disorder symptomology as a risk factor for thin-ideal internalization: The role of self-concept clarity. *Psychological reports*. 123(3). 674-686. doi.org/10.1177/0033294119829440;
- Registered Nurse's Association of Ontario (2002). *Nursing best practice guideline: Establishing therapeutic relationships*. Registered Nurse's Association of Ontario;
- Rézette, S. (2010). *Psicologia clínica em cuidados de enfermagem*. Lusociência;
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Editora Quarteto;
- Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental – Diagnósticos e intervenções*. Lidel;
- Serra, A. (1986). O inventário clínico do auto-conceito. *Psiquiatria clínica*, 7 (2) 67-84;
- Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise psicológica*, 2 (6) 101-110;
- Serra, A. (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria clínica*, 22 (1) 9-21;
- Smith, M. (2020). *Nursing theories and nursing practice* (5th ed.). FA Davis;
- Stuart, G.; Laraia, M.; (2001). *Enfermagem psiquiátrica – princípios e prática* (6ª ed.) Artmed;

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ªed.). Lusociência;

Vinogradov, S.; Yalom, I. (1992). *Manual de psicoterapia de grupo*. Artes Médicas;

Yalom, I.; Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). Basic Books.

ANEXO 1
Mini Mental State Examination

MINI-MENTAL STATE – MMS

Adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colaboradores (1993)
Laboratório de Estudos da Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Hospital Santa Maria
Original de Folstein et al. (1975)

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Habilitações: _____ Profissão: _____

Avaliador: _____ Data: ____/____/____

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____
Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota : _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota : _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma resposta errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 ____ 24 ____ 21 ____ 18 ____ 15 ____

Nota : _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

"Veja se pode dizer as três palavras que pedi há pouco para recordar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota : _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. *"Como se chama isto?"* Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota : _____

b. *"Repita a frase que vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"*

Nota : _____

c. *"Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", ou "sobre a cama"* se for o caso; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____
Dobra ao meio _____
Coloca onde deve _____

Nota : _____

d. *"Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz".* Mostrar o cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota : _____

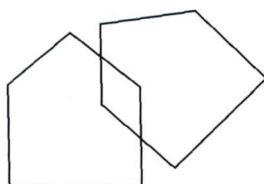
e. "Escrever uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota : _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta)

Deve copiar o desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar, tremor ou rotação.

DESENHO



CÓPIA

Nota : _____

TOTAL (máximo 30 pontos): _____

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- 0 a 2 anos de escolaridade $\leq$ 22 pontos
- 3 a 6 anos de escolaridade $\leq$ 24 pontos
- 7 ou mais anos de escolaridade $\leq$ 27 pontos

.....

APÊNDICE 1
Orientação e Guião para Entrevista

Consulta de Enfermagem de Intervenção no Autoconceito

ORIENTAÇÃO E GUIÃO PARA A ENTREVISTA

1.1. Antes da entrevista:

- 1.1.1. Especificar as minhas expectativas relativamente ao encontro;
- 1.1.2. Determinar o momento do dia em que terá lugar o encontro e conferir a disponibilidade do cliente;
- 1.1.3. Escolha os meios que serão utilizados (quais as estratégias psicoterapêuticas);
- 1.1.4. Determinar o local do encontro;
- 1.1.5. Informar a equipa do local e hora onde decorrerá a entrevista;
- 1.1.6. Especificar o que experimento face à ideia de me encontrar com este cliente

1.2. Início da entrevista:

- 1.2.1. Olhar a pessoa, sorrir, saudar, colocar-me no seu campo visual. O olhar da pessoa indicará se está confortável. Observar aparência geral;
- 1.2.2. Convidar a pessoa a sentar-se. Trocar algumas generalidades que favoreçam a relação.
- 1.2.3. Clarificar o objectivo e assegurar-me de que é valorizado pela pessoa;
- 1.2.4. Atender à duração; recordar da confidencialidade vs liberdade profissional; clarificar papéis.

1.3. O corpo da entrevista

- 1.3.1. Avaliar o funcionamento geral ao longo da entrevista. Avaliar a utilização de funções de contacto, o que é observável, que pode indicar dificuldades de atenção e concentração e a necessidade de contactos mais curtos (olhar, toque, palavras, gestos, mímicas e sensações corporais);
- 1.3.2. Avaliar impasses sobre o ciclo de contacto ao longo da entrevista;

- 1.3.3. Avaliar a representação que tem de si mesmo (bom, mau, semelhante ou diferente dos outros);
- 1.3.4. Avaliar a representação que faz dos outros (bons, maus, semelhantes ou diferentes de si);
- 1.3.5. Questões a considerar:
 - a) Que experiências positivas vivi ou tenho vivido?
 - b) O que considero fazer bem?
 - c) O que os outros valorizam em mim?
 - d) Quais têm sido as minhas preocupações e sentimentos?
 - e) Reconheço que sou uma pessoa com o mesmo direito que outros a viver?
 - f) Quais os valores que me definem?
 - g) Quais os sentimentos normais em si mesmo?
 - h) Partilhar observações sobre reações da pessoa.
 - i) Porque devo melhorar?
 - j) O que me motiva?
 - k) O que desejo para mim?
 - l) O que desejo fazer profissionalmente?
 - m) Tenho uma visão rígida ou flexível de mim-mesmo? Quais as minhas forças e limites?
 - n) Que significado atribuo às dificuldades?
 - o) Tento representar uma pessoa que não sou?
- 1.3.6. Observar as principais incongruências no cliente ao longo da entrevista;
- 1.3.7. Identificar forças e limites na pessoa;
- 1.3.8. Monitorizar o tempo ainda disponível para entrevista.

1.4. O fim da entrevista

- 1.4.1. O contacto – Através de sinais verbais e não-verbais mostrar ao cliente que a entrevista está a terminar. Comentário final sobre os progressos.

1.5. Após a entrevista

Recordar os momentos-chave do encontro. Registrar no processo do cliente. Actualizar plano de intervenção.

APÊNDICE 2

Grelha de Indicadores NOC - Autoconceito

Indicadores NOC – Autoconceito

Johnson, M.; Mass, M.; Moorhead, S. (2004)

Nome: _____ Cama: _____

Serviço: _____

Auto-Estima	Nunca Demonstra	Raramente Demonstra	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Muitas Vezes	Demonstra Sempre
Definição – Juízo pessoal de valorização própria.					
Indicadores:					
Verbalização de auto-aceitação	1	2	3	4	5
Aceitação de auto-limitações	1	2	3	4	5
Mantém contacto ocular	1	2	3	4	5
Mantém postura direita	1	2	3	4	5
Auto-descrição	1	2	3	4	5
Preocupação pelos outros	1	2	3	4	5
Comunicação aberta	1	2	3	4	5
Realização pessoal de papéis significativos	1	2	3	4	5
Manutenção do auto-cuidado	1	2	3	4	5
Balanço entre participação e escuta em grupos	1	2	3	4	5
Nível de confiança	1	2	3	4	5
Aceitação de cumprimentos de outros	1	2	3	4	5
Aceitação de críticas construtivas	1	2	3	4	5
Vontade de confrontar outros	1	2	3	4	5
Descrição de sucesso no trabalho ou escola	1	2	3	4	5
Descrição de sucesso em grupos sociais	1	2	3	4	5
Descrição de orgulho próprio	1	2	3	4	5
Sentimentos de auto-valorização	1	2	3	4	5

Identidade	Nunca Demonstra	Raramente Demonstra	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Muitas Vezes	Demonstra Sempre
Definição – Capacidade para distinguir o eu e o não-eu e para caracterizar a própria essência					
Indicadores:					
Verbalização de afirmações de identidade pessoal	1	2	3	4	5

Exibe comportamento verbal e não-verbal coerente sobre si mesmo	1	2	3	4	5
Verbaliza um sentimento claro de identidade pessoal	1	2	3	4	5
Distingue o <i>eu</i> de outros seres humanos	1	2	3	4	5
Percebe o ambiente com precisão	1	2	3	4	5
Desempenha os papéis sociais	1	2	3	4	5
Verbaliza o próprio sistema de valores	1	2	3	4	5
Desafia crenças erradas sobre si mesmo	1	2	3	4	5
Desafia imagens negativas sobre si mesmo	1	2	3	4	5
Reconhece conflitos interpessoais versus intrapessoais	1	2	3	4	5
Estabelece limites pessoais	1	2	3	4	5
Verbaliza confiança em si mesmo	1	2	3	4	5

Imagem Corporal	<i>Nunca</i> Positivo	<i>Raramente</i> Positivo	<i>Às Vezes</i> Positivo	<i>Muitas</i> Vezes Positivo	<i>Consistent</i> emente Positivo
Definição – Percepção positiva da própria aparência e das funções do organismo Indicadores:					
Coerência entre realidade corporal, ideal corporal e apresentação corporal	1	2	3	4	5
Satisfação com a aparência corporal	1	2	3	4	5
Adaptação às mudanças na aparência física	1	2	3	4	5
Outro _____ (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro

APÊNDICE 3
Ficha de Avaliação da Sessão

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

DESIGNAÇÃO DA SESSÃO: _____

DATA: ____/____/____

A. IMPACTO DA SESSÃO:

		1	2	
1. A sessão fez-me pensar sobre os meus sentimentos?	Não			Sim
2. A sessão ajudou-me a conhecer os meus valores?	Não			Sim
3. A sessão ajudou-me a pensar as prioridades da minha vida?	Não			Sim
4. A sessão ajudou-me a pensar no que tenho de bom?	Não			Sim
5. Senti-me apoiado e escutado	Não			Sim

		1	2	
B. Gostei de participar na sessão	Não			Sim

Sugestões/oportunidades de melhoria: _____
