





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

RELAÇÕES INTERPESSOAIS - COMUNICAÇÃO  
Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área  
de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL**

Florbela Montenegro Resende

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**RELAÇÕES INTERPESSOAIS - COMUNICAÇÃO:**  
Desenvolvimento de competências clínicas  
especializadas na área de Enfermagem de  
Saúde Mental e Psiquiátrica

**INTERPERSONAL RELATIONSHIPS -COMMUNICATION-**  
Development of specialized clinical competencies in  
the field of Mental Health and Psychiatric Nursing.

Relatório de estágio de natureza profissional orientado  
pela Professora Doutora Regina Pires e coorientado  
pela Professora Doutora Palmira Oliveira

Florbela Montenegro Resende

Porto, 2024



*Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.  
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.*

Saint-Exupéry



## **AGRADECIMENTOS**

Às orientadoras Professora Doutora Regina Pires e Professora Palmira Oliveira;

À Professora Doutora Júlia Marques, pelas sugestões valiosas e disponibilidade;

Aos meus colegas de Mestrado, madrinha e amigos, que me incentivaram a prosseguir;

À minha prima Helena Isabel Resende, pela sua colaboração na transcrição informática;

Aos meus pais e marido, Jorge, pela sua paciência.

Ao meu filho, Miguel Ângelo, uma “revelação partilhada” e uma fonte de inspiração neste caminho.

E não menos importante:

A todos os Enfermeiros Especialistas que contribuíram também para este percurso de aprendizagem, cuidando do “outro” de forma inexcelável, frequentemente em circunstâncias tão difíceis...



## RESUMO

As relações interpessoais são o pilar de qualquer sociedade, sustentadas pela Comunicação. Múltiplas são as variáveis que podem influenciar este processo. Ter conhecimento desses aspetos, bem como de técnicas de Comunicação diferentes, pode revelar-se um fator decisivo para ultrapassar potenciais barreiras de Comunicação. Este conhecimento é crucial na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, dada a natureza sensível da mesma, pelo que foi objeto de particular atenção nos diferentes contextos de estágio, assim como neste relatório.

O presente relatório insere-se na unidade curricular “Estágio de natureza profissional Módulo 2” do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Traduz as atividades e competências comuns e específicas, inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, desenvolvidas em estágio em três ambientes diferentes: contexto de internamento de pessoas com problemas agudos; contexto comunitário; e contexto clínico em áreas diferenciadas.

O relatório integra uma revisão bibliográfica que constituiu um contributo importante na análise da evidência científica inerente às relações interpessoais e Comunicação, que conferiu maior robustez do conhecimento nesta área, facilitando a aquisição de competências neste domínio, fundamentais ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A descrição dos contextos e das atividades e intervenções desenvolvidas permite demonstrar o processo de tomada de decisão que visou adquirir e otimizar as competências, com enfoque na investigação da dimensão relação e Comunicação, transversal aos diferentes contextos de cuidados, com vista a promover os processos de Comunicação e relação.

Este processo iniciou-se pela avaliação do contexto, seguindo-se uma análise das necessidades em Saúde Mental. Prontamente, identificaram-se os diagnósticos de Enfermagem, que encontraram possibilidade de melhoria ou de resolução, com recurso ao planeamento das intervenções e atividades de Enfermagem especializadas, adequadas à pessoa e ao contexto em que se insere. A avaliação dos resultados obtidos, permitiu avaliar a prática desenvolvida e examinar com crítica e ponderação a aprendizagem alcançada.

Foram adotadas diferentes opções e estratégias no âmbito das atividades e intervenções concretizadas (metodologias, instrumentos e indicadores de resultado) aos indivíduos alvo de estudo, conforme as circunstâncias individuais e do contexto. Numa dimensão de intervenção em grupo foram aplicados instrumentos de recolha de dados para análise da situação e efetuadas sessões de educação sobre “Comunicação”, em função dos resultados obtidos, dirigidas a grupos com seis a dez elementos. Não se verificaram ganhos em saúde de natureza quantitativa, mas observou-se a melhoria das interações entre os indivíduos, com a aquisição de conhecimentos relativos aos processos comunicacionais.

Este percurso permitiu o desenvolvimento de aprendizagens ao longo do estágio nos diferentes contextos clínicos e a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica e coadjuvou no autoconhecimento tanto como pessoa como profissional de saúde, que possibilitará igualmente futuros contributos para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

**Palavras-chave:** Enfermeiros Especialistas; Enfermagem Psiquiátrica; Comunicação; Relações Interpessoais.



## ABSTRACT

Interpersonal relationships are the pillar of any society, supported by communication. Multiple variables can influence this process. Having knowledge of these aspects, as well as different communication techniques, can be a decisive factor in overcoming potential communication barriers. This knowledge is crucial in the field of Mental Health and Psychiatric Nursing, given its sensitive nature, and thus received particular attention in the various internship contexts, as well as in this report.

This report is part of the curricular unit "Professional Internship Module 2" of the Master's Course in Mental Health and Psychiatric Nursing at the Nursing School of Porto. It reflects the common and specific activities and competencies inherent to the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing, developed during internships in three different environments: inpatient context for people with acute problems; community context; and clinical context in specialized areas.

The report includes a literature review that contributed significantly to the analysis of scientific evidence related to interpersonal relationships and communication, providing greater robustness of knowledge in this area, facilitating the acquisition of skills in this domain, which are fundamental to the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing.

The description of the contexts and the activities and interventions developed demonstrates the decision-making process aimed at acquiring and optimizing competencies, focusing on the investigation of the dimension of relationship and communication, transversal to different care contexts, in order to promote communication and relationship processes.

This process began with the evaluation of the context, followed by an analysis of Mental Health needs. Nursing diagnoses were promptly identified, which found possibilities for improvement or resolution, through the planning of specialized nursing interventions and activities, appropriate to the person and the context in which they are inserted. The evaluation of the results obtained allowed for assessing the practice developed and critically and thoughtfully examining the learning achieved.

Different options and strategies were adopted within the scope of the activities and interventions carried out (methodologies, instruments, and outcome indicators) for the individuals under study, according to individual and contextual circumstances. In a group intervention dimension, data collection instruments were applied for situation analysis, and education sessions on "Communication" were conducted based on the results obtained, directed at groups of six to ten members. No quantitative health gains were observed, but there was an improvement in interactions among individuals, with the acquisition of knowledge related to communication processes.

This journey allowed for the development of learning throughout the internship in different clinical contexts and the acquisition of common and specific competencies of the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing, and it also contributed to self-knowledge both as a person and as a health professional, which will equally enable future contributions to Mental Health and Psychiatric Nursing.

**Key-words:** Nurse Specialists; Psychiatric Nursing; Communication; Interpersonal Relations.



## **LISTADESIGLASEABREVIATURAS**

<b>ACES</b>	Agrupamento de Centros de Saúde
<b>CIPE</b>	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
<b>DGS</b>	Direção Geral de Saúde
<b>DL</b>	Decreto-Lei
<b>EC</b>	Estimulação Cognitiva
<b>ECCI</b>	Equipa de Cuidados Integrados
<b>EEESMP</b>	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
<b>ESEP</b>	Escola Superior de Enfermagem do Porto
<b>ICN</b>	International Council of Nurses
<b>NANDA</b>	NANDA Internacional
<b>NOC</b>	Nursing Outcomes Classification
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>RA</b>	Relação de Ajuda
<b>RAP</b>	Relação de Ajuda Profissional
<b>SMP</b>	Saúde Mental e Psiquiátrica
<b>TPC</b>	Trabalho Para Casa
<b>UCC</b>	Unidade de Cuidados Continuados
<b>ULD</b>	Unidade Livre de Drogas



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	19
1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL .....	21
1.1. Relações Interpessoais e Teorias de Enfermagem.....	21
1.2. A Comunicação em Saúde, Barreiras e Melhorias .....	23
2. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO .....	33
2.1. Contexto de cuidados a pessoas com problemas agudos.....	33
2.2. Contexto comunitário .....	35
2.3. Contexto clínico em áreas diferenciadas .....	36
3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS .....	38
3.1. Contexto de cuidados a pessoas com problemas agudos.....	40
3.2. Contexto comunitário .....	51
3.3. Contexto clínico em áreas diferenciadas .....	59
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEESMP .....	69
4.1. Contexto de cuidados a pessoas com problemas agudos.....	70
4.2. Contexto comunitário.....	82
4.3. Contexto clínico em áreas diferenciadas .....	90
5. UMA BREVE REFLEXÃO .....	100
CONCLUSÃO .....	102
REFERÊNCIASBIBLIOGRÁFICAS.....	105
ANEXOS.....	109
Anexo1-Questionário sobre “Comunicação”	
Anexo2-Exercício Quebra-gelo	
Anexo3-Atividades para casa (“TPC”)	
Anexo4-Avaliação da sessão	
Anexo5-Competências comuns do enfermeiro especialista	
Anexo6-Competências específicas do EEESMP	



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA1: Representação das formas de Comunicação .....	25
--	----



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Competências comuns desenvolvidas no contexto de cuidados a pessoas com problemas agudos .....	70
TABELA 2: Competências específicas desenvolvidas no contexto de cuidados a pessoas com problemas agudos .....	76
TABELA 3: Competências comuns desenvolvidas no contexto comunitário .....	82
TABELA 4: Competências específicas desenvolvidas no contexto comunitário.....	88
TABELA 5: Competências comuns desenvolvidas no contexto clínico em áreas diferenciadas .....	90
TABELA 6: Competências específicas desenvolvidas no contexto clínico em áreas diferenciadas .....	96



## INTRODUÇÃO

O presente relatório surgiu no âmbito da Unidade Curricular “Estágio de natureza profissional Módulo 2”, que integra o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Remeteu para ensinamentos clínicos realizados em três contextos de cuidados distintos (contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda, contexto comunitário e contexto de respostas diferenciadas), entre setembro de 2023 e janeiro de 2024. Pretendeu transmitir, de forma descritiva e crítico-reflexiva, as intervenções, as competências comuns e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP) desenvolvidas em cada um desses contextos. Atendendo a uma prática (que se quer) de excelência, recorreu-se, então, à evidência científica e à reflexão-na-ação que “... tem uma função crítica, questionando a estrutura de pressupostos do ato-de-conhecer na ação” (Schön, 2000, p.33).

As intervenções implementadas tiveram como finalidade aperfeiçoar as competências comuns e específicas inerentes ao EEESMP, de acordo com regulamentos elaborados pela Ordem dos Enfermeiros, a saber o Regulamento nº 140/2019 e Regulamento nº 515/2018, respetivamente. Tiveram como objetivo analisar a dimensão da Comunicação em diferentes “cenários de cuidados”, com o seu impacto na saúde mental. Procurou-se refletir sobre a pessoa e compreendê-la numa perspetiva contextual (individual e/ou grupal), promovendo os “seus processos comunicacionais/interacionais” com os demais (profissionais de saúde e outros). Nesse sentido, descreveram-se as intervenções nas esferas individual (estudo de caso) e coletiva (sessões de psicoeducação sobre “Comunicação”), em cada um dos contextos.

Considerou-se que a temática “Comunicação” seria pertinente na área da Saúde Mental, tendo em conta vários aspetos, nomeadamente:

- O fenómeno da Comunicação é “dinâmico” e “evolutivo”, numa sociedade em franca mutação. Importa acompanhar essa evolução;
- A Comunicação ou interação é o grande pilar da Enfermagem. É contemplada, de modo mais ou menos explícito, em vários regulamentos da responsabilidade da Ordem dos Enfermeiros (OE). É o caso do “Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Regulamento nº 190/2015, de 23 de abril), do Código Deontológico (Lei nº 111/2009, de 16 de abril), do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro ou REPE (Lei nº156/2015, de 16 de setembro) e das competências do enfermeiro especialista, não só nas comuns, como nas específicas;
- A Comunicação adquire uma dimensão ainda mais significativa no domínio da saúde mental, dada a natureza e complexidade dessa área.

Em termos estruturais, para além da introdução, este trabalho inclui cinco capítulos. O primeiro, faz alusão ao enquadramento conceptual onde se aborda as relações interpessoais e teorias de Enfermagem, bem como, a Comunicação em saúde e barreiras da mesma. Procedeu-

se, posteriormente, a uma caracterização sumária dos contextos de prática especializada. No capítulo seguinte, são caracterizados os contextos de aplicação do projeto, e descrito o projeto de intervenção e de conceção de cuidados (planeamento, intervenções e execução das mesmas e, os resultados), e ainda, é feita uma abordagem ao desenvolvimento das competências enquanto futuro enfermeiro especialista. Finaliza-se com um a reflexão crítica e uma conclusão.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCRETUAL

### 1.1. Relações Interpessoais e Teorias de Enfermagem

Aludir às Relações Interpessoais sugere-nos uma relação entre pelo menos duas pessoas inseridas num determinado cenário sociocultural. Traduz, pois, as relações sociais que colocam as pessoas em interação no próprio ato de Comunicação (Sequeira, 2016). E remete-nos para os primórdios da humanidade. Um tempo em que a agregação a grupos foi vital para a evolução humana (Pereira, 2023). Na verdade, “(...) a habilidade de desenvolver laços sociais assumiu um papel fundamental na sobrevivência e convivência entre indivíduos” (Leary, 2001, citado por Pereira, 2023, p.39). De facto, foi essa capacidade que permitiu a perpetuação e o desenvolvimento da espécie humana, com a resposta a ameaças externas, e a transmissão de valores, tradições, costumes, maneiras de ser e de agir. Podemos mesmo afirmar que a “(...) comunicação e as relações interpessoais são os principais pilares da nossa existência (Pereira, 2023, p.40). É de referir que na área da saúde, a ênfase dada à dinâmica entre as pessoas antecede os anos sessenta. Ganhou importância com o psiquiatra Harry Sullivan e a sua Teoria Psicodinâmica Interpessoal (1953 - publicação póstuma).

A Teoria Psicodinâmica Interpessoal foca-se nas relações interpessoais e nos efeitos do ambiente social e cultural na vida interior do indivíduo. Nesta perspectiva, a saúde mental é alcançada na medida em que este se torna consciente das interações desenvolvidas. Assim, todos os transtornos psicológicos têm origem interpessoal, só podendo ser compreendidos com referência ao ambiente social da pessoa.

Dos vários conceitos que estão vigentes neste paradigma, torna-se relevante falar que a relação com o outro também pode ser influenciada pela “distorção paratáxica” Neste caso, uma pessoa terá uma percepção fantasiosa sobre os atributos de outra pessoa, ignorando diferenças importantes de personalidade.

Portanto, na ótica de Sullivan (1952), o desenvolvimento humano saudável resulta da habilidade para estabelecer intimidade com outros. Mais ainda, ele insiste que a personalidade não pode ser isolada do complexo das relações sociais (Sullivan, 1952, citado por “Library of Professional Psychology, 2016).

Esta teoria inspirou a enfermeira Hildegard Peplau. Esta tornou-se uma referência com a sua Teoria das Relações Interpessoais” (1952, citada por Kershaw et al, 1986; Peplau, 1990), com um contributo notório para a Enfermagem no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria.

Esta conceção teórica põe em destaque a Enfermagem como um processo significativo, terapêutico e interpessoal, entre cliente e enfermeiro, com uma meta comum - a resolução do(s) problema(s) do indivíduo. Reconhece-se que este último tem necessidades de saúde que o enfermeiro está

preparado para identificar, elaborando um plano individualizado para dar resposta aos problemas detetados. Nessa dinâmica colaborativa, o cliente é visto como “um todo” (estrutura biológica, espiritual, social e psicológica única) e o enfermeiro como um “facilitador” para o autoconhecimento e autonomia do cliente. Afinal, ele (o enfermeiro), torna-se, pela partilha do conhecimento necessário às necessidades evidenciadas, “professor” e “recurso” para enfrentar as dificuldades. Um “líder” responsável pela manutenção dos objetivos a cumprir, e um “especialista técnico” proporcionando os cuidados físicos necessários e assumindo mesmo o lugar do cliente, se necessário (papel de “substituto”). Tudo isto num processo que valoriza a Comunicação e o relacionamento terapêutico como objetivo principal do cuidado humano, procurando relacionar as causas e efeitos da interação nesse processo.

O relacionamento enfermeiro-cliente sofre mudanças ao longo do tempo, pelo que, se fala na “teoria psicodinâmica da Enfermagem” Kershawet al, 1986; Peplau, 1990).

De acordo com Peplau, para ser bem-sucedida, essa relação deverá passar por três fases, mais precisamente:

- A “orientação”

Este é o momento em que o cliente percebe que necessita de ajuda e procura ajustar-se às suas experiências atuais. As suas necessidades e problemas são clarificados com a orientação do enfermeiro que faculta informações essenciais (problemas identificados, expectativas, objetivos e recursos da comunidade, entre outros). Este último afigura-se então como um “estranho”.

- O “trabalho”

Esta é a etapa mais prolongada.

O indivíduo exprime os seus sentimentos. Identifica-se com o profissional que pode ajudá-lo (neste caso e concretamente o enfermeiro), trabalhando em cooperação com ele para solucionar o seu problema (todos os recursos são explorados). O estado anímico do cliente oscila entre a “dependência” e a “independência”.

Quanto ao enfermeiro, o seu papel é multifacetado. Ao exercer uma “escuta não-diretiva”, favorece uma maior consciência do cliente, sobre a necessidade de alterações na sua saúde. Assume-se como uma pessoa de recurso, identificando fatores positivos, iniciando um plano de reabilitação e ajustando o seu cumprimento. É igualmente educador de saúde, “palestrante de cuidados” e conselheiro.

- A resolução

Este é um tempo decisivo, pois marca o fim da relação.

O cliente responsabiliza-se por dar resposta às suas necessidades, deixando o estado de dependência. Contudo, continua (ainda) a receber ajuda do enfermeiro. Este intervém para facilitar o cumprimento dos objetivos e a interação com a família, bem como, no ensino de medidas preventivas

e de autocuidado. Em todo o processo desenvolvido, recorre a uma relação terapêutica e de Comunicação.

Salienta-se que o contributo desta teoria foi tão significativo que é apontado, ainda atualmente, como a única “Teoria das Relações Interpessoais”. Este facto verifica-se mesmo apesar das mudanças ocorridas nos chamados “tempos modernos”.

Tempos modernos estes, que se caracterizam pelo desenvolvimento de diversos equipamentos e múltiplas linguagens, onde é permitido ter acesso a multidões de pessoas. Não há mais distâncias nem tempos a dificultar a Comunicação (Dortier, 2016). Fica patente que a Comunicação humana já não se restringe à relação entre as pessoas, envolvendo outros elementos, tais como máquinas ou equipamentos, eletricidade, sinais de luz e ondas sonoras (PeltokorpickHood, 2019). Tudo é transformado em mensagens e informação. “Vivemos numa sociedade de informação criada por uma revolução digital (Touraine, 2021, p.14).

Um fenómeno relevante numa sociedade globalizada, com a mobilidade de pessoas que impulsiona o deslocamento de informações culturais, sociais e políticas (Touraine, 2021). Uma conjuntura que, no âmbito da Saúde, mostra a importância da “Teoria Transcultural” de Leininger (1978), citada por McFarland et al., (2019). Com efeito, este paradigma tem em conta as culturas/subculturas dos intervenientes, com impacto nos valores, crenças e padrões de comportamento relacionados com a saúde e a doença. Mais do que incidir sobre as relações interpessoais, é proposto um cuidado baseado numa prática de Enfermagem universal e culturalmente específica. E que, desse modo, propicie um atendimento humanizado, aumentando a proximidade entre o enfermeiro e o seu cliente, com uma Comunicação mais efetiva. Como nos diz Pereira (2023, p.39): “Outra necessidade inerente a todas as pessoas é de comunicar, algo que é vital à condição humana”.

**Mas, afinal, o que significa comunicar? O que é a Comunicação?**

## **1.2. A Comunicação em Saúde, Barreiras e Melhorias**

Sequeira (2016) proporciona-nos várias informações de interesse. Assim, transmite-nos que o verbo “comunicar” etimologicamente significa “pôr em comum”. No caso do ser humano consiste em “entrar em relação com” e partilhar ideias, emoções, cultura. Uma “comunicação humana” que pressupõe interação social através de mensagens, ou seja, o intercâmbio com a partilha de informação. É ainda “universal” (existe em todas as espécies), embora seja “específica” (a cada espécie) e “singular” (própria de cada indivíduo). E desenrola-se de modo consciente e inconsciente,

contínuo e permanente. É mesmo inevitável, não sendo possível “não comunicar”. E é evolutiva, tendo acompanhado a evolução das civilizações. Mas só existe de forma efetiva, se for bilateral e houver validação do que for dito. Brás e Ferreira (2021) são assertivos quando afirmam que o mais importante não é o que é dito, mas o que é percebido, por ambos os intervenientes.

Sequeira (2016) também é profícuo a descrever o “processo comunicativo”. Por um lado, ele requer um “emissor” ou “fonte”, que está na origem da mensagem (indivíduos, grupos ou organizações). Cabe-lhe a ele transformar o seu pensamento num sistema de significados e regras próprios de uma cultura ou grupo (“codificação”). É ele também o responsável pela escolha do “canal” de transmissão da mensagem, “canal” esse (vocal, auditivo, gestual, olfativo, tátil), que é a ponte entre o emissor e o recetor. Este é o destinatário da mensagem, aquele que decifra a mesma (“descodificação”).

Assim, a Comunicação é realizada através de uma “mensagem” entre dois “comunicadores” (emissor e recetor), com características únicas (identidade, personalidade, valores, crenças, experiências pessoais, ...). Uma relação que se estabelece num certo contexto/ambiente social (espaço físico ou *online*, clima relacional e ruído, entre outros).

“Os sujeitos interagem num sistema em que influenciam e são influenciados pelos outros indivíduos” (Adleret al., 1986, citado por Pereira, 2023, p.45).” Sistemas diferentes com comunicações diferentes”, constatou esta EEESMP. Na verdade, existem diferentes nomenclaturas para classificar as distintas “tipologias” relativas à Comunicação. Sequeira (2016) destaca as seguintes classificações:

- Comunicação em saúde: é aquela que sucede num contexto de cuidados de saúde;
- Comunicação clínica: é a Comunicação que se manifesta num ato clínico terapêutico;
- Comunicação terapêutica: verifica-se num contexto terapêutico, pressupondo a compreensão das necessidades do utente para obter ganhos em saúde;
- Comunicação funcional: é aquela que se adapta a uma função definida, sendo eficaz num determinado setor.

Torna-se, então, claro que não existe só “uma Comunicação”, da mesma maneira que não existe só uma “dimensão” da Comunicação, pelo que esta pode processar-se de diferentes formas (figura 1):

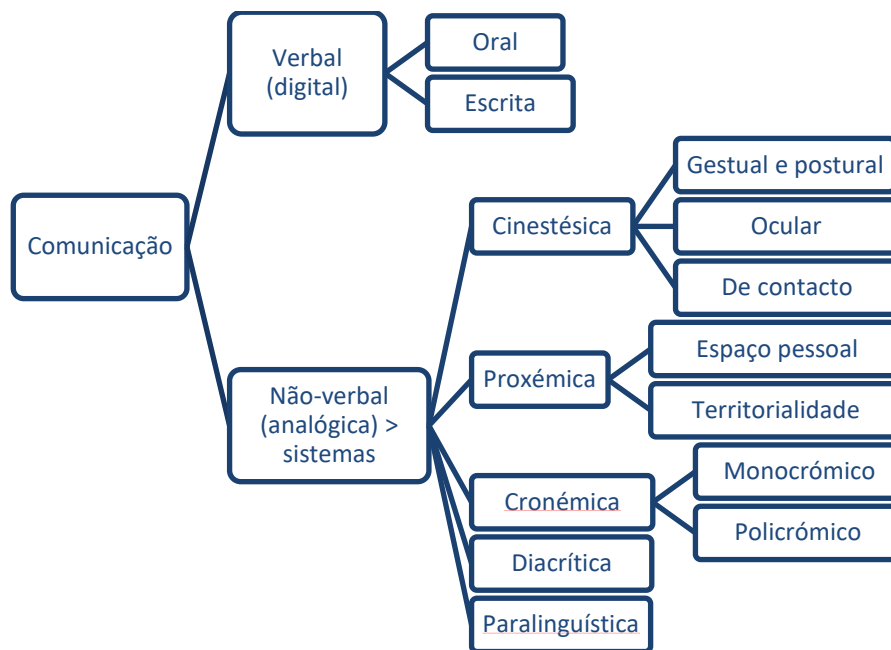


Figura 1 - Representação das formas de Comunicação (com base em Sequeira, 2016)

De facto, sempre de acordo com o mesmo autor (Sequeira, 2016), a Comunicação pode ser verbal (digital) ou não-verbal (analógica).

A primeira tem na linguagem um instrumento de eleição. Pode decorrer oralmente ou pela escrita. É uma forma de Comunicação dinâmica, criativa e interpessoal, mas também mais abstrata (não transmite como deve ser entendida a mensagem). Oferece a possibilidade de exprimir rapidamente desejos, sentimentos e intenções. A versão escrita é mais estática e permanente, estando ligada a um tempo e espaço. É também mais formal, sustentada pela estrutura gramatical.

Quanto à comunicação não-verbal (analógica) traduz todas as formas de expressão que não a verbal, incluindo diversos sistemas (cinestésico, proxémico, cronémico, diacrítico e paralinguístico/paraverbal). Em termos gerais, a Comunicação “apoia-se” no corpo, na pessoa e na relação. Mas ambas as formas de Comunicação são essenciais, completando-se. Aliás, quando as suas mensagens convergem, causam mais impacto.

Os aspetos anteriormente referidos alertam-nos para a importância de desenvolver “técnicas ou competências” de Comunicação. Privilegiou-se a terminologia “competências “adotada por Sequeira (2016). Esta fonte define as competências “pessoais” e as “profissionais”, podendo todas elas ser úteis em ambos os contextos (pessoal/ profissional). Contudo, as primeiras são relevantes, pois são inerentes ao indivíduo nos contextos relacionais. Assim, atendendo ao referido autor, as competências pessoais são:

- Competência linguística: é capacidade de utilizar e compreender a linguagem de forma intencional, com a produção e reconhecimento de signos verbais;
- Competência paralinguística: refere-se à capacidade de dar mais significado às palavras, com a modulação de características tais como a pronúncia, o tom e a intensidade da voz, o ritmo da fala e as pausas;
- Competência cinésica: é a capacidade de comunicar através de movimentos e expressões faciais;
- Competência proxémica: traduz a capacidade de gerir o espaço (localização/disposição do corpo);
- Competência executiva: é a capacidade de concretizar o ato de comunicar e um consenso com a intenção (“atuação social”);
- Competência pragmática: indica a capacidade de usar signos linguísticos ou não, de modo adequado à situação;
- Competência sociocultural: é a capacidade de reconhecer as situações e as relações entre papéis desempenhados.

Por outro lado, no que se refere às competências profissionais, estas podem ser verbais (terapêuticas ou não-terapêuticas), ou não-verbais.

O primeiro grupo (competências terapêuticas) inclui múltiplas competências (entre as quais a informação, a aceitação, a assertividade, a empatia, o humor, a sumarização, a orientação e o feedback). A segunda categoria de competências pode gerar situações de tensão entre os comunicadores, pelo que o seu uso requer especial cuidado (temos o caso, por exemplo, do aconselhar, do fazer comentários estereotipados, do julgar ou paternalizar e outros).

Tendo em conta o impacto que a “Comunicação não-verbal” tem nas interações (Sequeira, 2016), optou-se por dar destaque às competências que suportam esse tipo de Comunicação. Temos, assim, as seguintes competências:

- Escuta ativa: este tipo de escuta carece de contacto visual, da disponibilidade, de uma “atenção focada” (escutar não é ouvir), com colocação que questões abertas, se necessário, e a transmissão de feedback em relação à mensagem recebida;
- Toque: antes de executar o toque, é imprescindível apreender o significado do contacto físico para a outra pessoa, à luz do seu contexto sociocultural. Dever-se-á ainda ter em atenção as características do mesmo, nomeadamente, o local, a duração, a frequência, a intensidade e a sensação provocada;
- Distância: o facto de saber gerir a distância conforme o grau de intimidade da relação é essencial no processo comunicativo. Essa distância pode ser inferior a 45cm (relação íntima) ou oscilar entre os 45cm e os 1,20m (relação pessoal), entre 1,20m e 3,6m (relação social) ou entre 3,6m e 7,5m ou mais (relação pública).

- Posicionamento: o facto de estar ao mesmo nível da pessoa, assim como de se virar na direção dela e de se inclinar ligeiramente, pode favorecer a Comunicação entre os interlocutores, sendo um sinal de interesse pelo que é dito;
- Olhar: é importante estabelecer o contacto visual, “sabendo olhar” (olhar direto, mas não fixo) e observar o que se pretende;
- Silêncio: é também ele, uma forma de comunicar, podendo demonstrar respeito pelo outro. Pode, assim, revelar cumplicidade entre os interlocutores, com um período de pausa, de reflexão e de escuta - a “partilha do silêncio” (silêncio “aberto”), mas pode ser também um indício de um bloqueio de contacto com os demais, com emoções negativas subjacentes (silêncio “fechado”). Noutras circunstâncias, será uma manifestação de desinteresse pela outra pessoa, de distanciamento ou desconforto (silêncio “neutro”).

Todas estas competências são essenciais para quem trabalha na área da Saúde (e por isso, foram descritas de forma mais detalhada neste documento). Como nos diz Almeida (2019), atualmente um profissional de saúde deve ser detentor em simultâneo de competências técnicas, mas também de competências pessoais transversais a vários campos (psicologia, sociologia, gestão e Comunicação), importantes na área da saúde.

A “Organização Mundial da Saúde” (OMS;2019)) preconiza cuidados de “alta qualidade” para as populações. Uma “cultura de cuidados “que deve caracterizar-se por uma “boa Comunicação” e confiança mútua entre os profissionais (Ribeiro, 2023) com incidência (entre outros) na melhoria da Comunicação, também com os clientes (OMS, 2019). É um facto que a essência dos cuidados de saúde (enfim, a sua qualidade) reside mesmo na base relacional entre o paciente e o profissional, na “Comunicação interpessoal”. O que reforça as alegações de Sequeira (2016) sobre como a Comunicação é um elemento basilar na área da saúde. De facto, para esse perito, a mesma tem impacto nas políticas de saúde e na organização e gestão em saúde. Fomenta igualmente a aquisição de informação e o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde (formação, investigação e informação). Propicia também a educação em saúde. Favorece ainda a mudança comportamental, para além da qualidade dos cuidados (como já referido anteriormente).

A verdade é que, no âmbito da saúde, a Comunicação pode interferir a vários níveis: seja a dos profissionais de saúde entre si; entre os profissionais de saúde e o cliente; ou ainda entre os enfermeiros e os clientes.

Neste ensino clínico, a ênfase foi dada à Comunicação entre os vários elementos presentes em cada contexto e entre o enfermeiro e o cliente, atendendo ao potencial “terapêutico” que pode alcançar (Campos, 2018).

### **A Comunicação entre os enfermeiros e os clientes**

O PNSD 2021-2026 sublinha o valor do cliente, cuidador e familiares como parceiros, sendo elementos essenciais para a prevenção de eventos adversos. Mas para que essa cooperação aconteça, é imprescindível que exista uma Comunicação eficiente, com adequação da informação clínica ao cliente e aos demais (cuidador e familiares). Uma informação clara, concisa e transparente, que contribua para a autonomia dos clientes nas escolhas da saúde, a sua tomada de decisão, com a adesão ao tratamento, a modificação de atitudes e crenças de saúde e comportamentos e o ajustamento à doença. Uma boa Comunicação traduzir-se-á então numa melhoria do estado geral de saúde do cliente, numa melhor capacidade de adaptação e numa recuperação mais rápida (Sequeira, 2016). E previne situações de violência contra os profissionais, como salientam Neto & Baptista (2022). Os mesmos autores põem também em evidência os benefícios de os profissionais de saúde terem treino em competências comunicacionais, para uma resposta adequada (técnica e humana), uma vez que, o “ato comunicativo” entre profissionais e clientes têm impacto no tratamento. Uma opinião partilhada por Sequeira (2016) que classifica a Comunicação como uma estratégia de ajuda ao outro, podendo ser uma ação terapêutica em si mesmo ou complementar a ação terapêutica de outra intervenção. “Ter consciência da Comunicação permite aumentar a eficácia da intervenção e reforçar a atenção do discurso do cliente (Neto & Baptista, 2022, p.79). Permite ainda que o profissional de saúde possa ser um “arquiteto de escolha” (Melo, 2020, p.69) ao ser responsável pela definição de um contexto favorável às pessoas optarem por comportamentos promotores de saúde e preventores de doenças e acidentes, seja a nível individual, seja a nível coletivo (Melo, 2020). O enfermeiro pode (senão mesmo “deve”) ser o “arquiteto de escolhas” do cliente, pela relação privilegiada que desenvolve junto do mesmo. Uma interação em que impera a Comunicação, instrumento por excelência da Enfermagem (Sequeira, 2016).

Na qualidade de profissionais de saúde, tudo o que foi exposto anteriormente aplica-se aos enfermeiros. Contudo, estamos cientes que eles obedecem também a um quadro de referência próprio. A esse propósito, recordemos que a Ordem dos Enfermeiros (2015) defende que o enfermeiro de cuidados gerais deve estabelecer de modo eficaz a Comunicação e as relações interpessoais (no Regulamento nº 190/2015, Artigo 6, alínea d). Um processo que deve respeitar os valores, costumes, crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.

A dimensão da “Comunicação” também é contemplada na legislação relativa aos enfermeiros especialistas. Antes de mais, no que diz respeito às competências “comuns”, aquelas partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização. Está subentendida nos vários domínios de intervenção:

- Responsabilidade profissional, ética e legal (competências “A”);
- Melhoria de qualidade (competências “B”);
- Gestão de cuidados (competências “C”)
- Desenvolvimento de aprendizagens (competências “D”)

Por exemplo, em relação ao primeiro domínio, são mencionadas estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente e a articulação com a equipa para a tomada de decisão (competência A2). Quanto ao segundo domínio, é mencionada a necessidade/garantia de um ambiente terapêutico e de qualidade, centrado na pessoa e promovendo a envolvência adequada e o bem-estar (competência B3).

Os dois últimos domínios estão mais direcionados para a Comunicação na equipa, sendo que esta terá impacto no cliente, tanto mais se pensarmos na especialização de Saúde Mental.

“A Comunicação é importante em qualquer contexto de saúde. No entanto, em saúde mental assume uma importância acrescida, quer pela natureza dos problemas, quer pelo potencial que tem” (Sequeira, citado por Sequeira & Sampaio, 2020, p.73). Assim, esta dimensão dos cuidados está igualmente desenvolvida nas competências “específicas” dos enfermeiros especialistas nessa área, embora, também neste caso, de uma forma subtil. É transversal a todas as competências deste enfermeiro, incluindo a que é referente ao “conhecimento de si”. É esse autoconhecimento, toda a “bagagem” (cultural, emocional, ...) do enfermeiro que influencia a sua forma de comunicar e de “ver o outro”. E que poderá facilitar a sua “responsividade” (citado por Neto & Baptista, p.47), ou seja, o processo de adaptação do enfermeiro aos estilos interpessoais e às necessidades do cliente no momento. Necessidades que poderão surgir em vários contextos, nomeadamente em oito “contextos comunitários”, se acreditarmos em Melo (2020). De facto, para este autor existem as comunidades residencial, escolar, empresarial, hospitalar, Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), prisional, residencial para pessoas idosas e centro de dia. Conquanto estes ambientes sejam diversificados e muito específicos, exigindo adaptabilidade do enfermeiro em relação ao processo de Comunicação, a realidade é que as “competências ou técnicas de Comunicação” são relevantes em todos os meios (Sequeira, 2016; Melo, 2020). Em todos eles, o enfermeiro deverá fazer prova de determinadas habilidades (Sequeira, 2016; Carvalho et al., 2021). Limitar-nos-emos aqui a referir algumas, tais como:

- O uso adequado das diferentes formas de Comunicação;
- A utilização de uma linguagem simples, objetiva e adequada ao interlocutor (nível de escolaridade);
- Uma “boa gestão” do ambiente (conforto, privacidade, e ausência de ruído);
- Uma gestão “saudável” das emoções (suas e dos outros);
- O “controlo da incerteza”, clarificando dúvidas de modo sincero e transparente;
- Uma escuta ativa, encorajando as pessoas a exprimir ideias, preocupações, expectativas e sentimentos;
- A capacidade de ajudar os outros com situações adversas;
- O uso de empatia e de respeito pelo “outro”, sem manifestar juízos de valor.

E se todos os interlocutores são merecedores de respeito por parte do enfermeiro, a verdade é

que é necessária uma certa atenção às famílias e aos cuidadores dos clientes, (sejam eles cuidadores formais ou informais), pelo impacto que têm neste.

Afinal, “(...) o cuidado com a Comunicação pode ter um impacto importante na não geração de resistências inúteis” (Neto & Baptista, 2022, p.45). Por conseguinte, num processo complexo como é a Comunicação, podem existir fatores que dificultam ou impedem a execução do mesmo de uma forma eficiente. Esta EEESMP denominou estes fatores de “Barreiras de Comunicação”.

### **Barreiras de Comunicação**

Estes fatores são diversificados (Sequeira, 2016; Carvalho et al., 2021; Grilo et al., 2008). De uma forma sucinta, podemos mencionar:

- Fatores pessoais: como exemplos temos dificuldades na fluência do discurso; comunicação não-verbal “deficitária”, quanto a aparência, postura, expressões (...) e pouco “domínio do assunto a tratar”;
- Fatores de personalidade: são componentes psíquicas do indivíduo. Temos, por exemplo, o caso da “autossuficiência” (o indivíduo pensa saber tudo sobre o assunto) e das “avaliações congeladas” (o indivíduo atribui o significado idêntico para a mesma palavra usada com pessoas diferentes);
- Fatores psicológicos: podem manifestar-se numa “distorção de informação”, a qual pode ocorrer de diferentes maneiras. Assim, pode ser feita a generalização das características de uma pessoa a partir de um só desses atributos (Efeito de Halo). Pode também suceder a associação de duas características de um indivíduo como se de uma relação evidente se tratasse (efeito lógico). Noutras situações, o indivíduo enquadra o outro em tipos sociais ou profissionais (tipos predeterminados). De uma forma mediana e não diversificada (efeito de tendência central) ou de uma forma extrema da escala de apreciação (efeito de polarização);
- Fatores de linguagem: discurso complexo e pouco claro ou, pelo contrário, com demasiada simplificação do conteúdo das mensagens. Poderá existir o uso de palavras abstratas, de expressões extremas ou de expressões que geram ruído;
- Fatores fisiológicos: neste caso, encontram-se presentes certas limitações;
- Fatores sociais: os indivíduos não valorizam da mesma maneira os fatores que podem ser entraves à Comunicação, dependendo das influências culturais e sociais.

Relativamente ao contexto e ao ambiente social, também, podem ter repercussões no processo comunicacional, nomeadamente:

- O tempo (a limitação de tempo disponibilizado);
- O espaço/o meio físico envolvente (o ambiente desconfortável e/ou a presença de ruído);

- O clima relacional (a falta de privacidade; a falta de cordialidade; o excesso de intervenção; o excesso ou a falta de informação).;
- O corpo (a postura, o movimento);
- Os fatores históricos e sociais que definem a “experiência de vida”;
- Os sistemas de conhecimento e de transmissão das mensagens, o “double-mind” (mensagens com dois sentidos contraditórios); a Comunicação por meios tecnológicos - falta de “habilidade tecnológica”; ausência de “calor humano”, maior risco de dispersão durante o contacto online).

Os cuidadores formais podem enfrentar o mesmo tipo de dificuldades. Algumas outras prendem-se com o seu modo de agir, como por exemplo:

- Não conhecer a pessoa e/ou o público-alvo/a população, ignorado as suas características demográficas (idade, sexo, ocupação, zona de residência, nível de escolaridade e outros; culturais (tais como religião, etnia e estilos de vida); Comportamentais (comportamentos de risco, escolhas em saúde); Psicológicas (conhecimento sobre o assunto, sentimentos em relação à situação, obstáculos, motivações);
- Não escolher estratégias de Comunicação diferenciadas para cada população;
- Não ter objetivos bem definidos, realistas e alcançáveis;
- Não ajustar os conteúdos da informação em relação ao interesse e necessidade da pessoa/população, à quantidade adequada de informação e à linguagem adotada;
- Fornecer informação contraditória, com base em dados erróneos de algumas fontes; desinformação sobre o assunto; diferenças de opiniões entre especialistas; má interpretação da incerteza científica; politização da ciência;
- Não testar as mensagens e materiais, no caso de se recorrer a material informativo ou didático. Este deve ser útil e compreensivo;
- Não mostrar disponibilidade de tempo e interesse;
- O facto do cuidador (formal) estar doente.

No que diz respeito às barreiras do recetor, podem manifestar-se a diferentes níveis: resistência à nova informação e/ou informação prévia; ideias pré-concebidas; significado atribuído à informação; motivação e interesse; credibilidade da informação e da fonte; contexto em que a informação é transmitida; expectativas e impacto da informação.

Fazendo nossas as afirmações de Neto & Baptista (2022, p.287), resta-nos acrescentar: “Fora da esfera pessoal e familiar, as competências sociais, nomeadamente as que se referem à Comunicação humana, também se revestem de grande importância para a maioria das atividades profissionais e assumem um carácter particularmente importante em todas as profissões cujo desempenho implica contacto direto com as pessoas”.

O que nos leva a questionar como é possível melhorar a Comunicação, sendo ela aquela “partilha de informação com o outro”?

Sequeira (2016) e outros autores (Almeida, 2019; Arnold et al., 2019; Lima et al., 2021) transmitem-nos alguns dados que podem responder a essa questão.

Assim, será possível otimizar a Comunicação, se forem considerados todos os fatores enunciados anteriormente e que intervêm no processo comunicativo (fatores do emissor, do recetor, da mensagem e outros). Enfim, promover uma Comunicação eficiente pressupõe reduzir ou mesmo eliminar os fatores que se constituem em “barreiras de Comunicação”. E, como nos diz Sequeira (2016), procurar não incorrer em alguns erros, acreditando nos seguintes mitos:

- Só comunicamos quando decidimos fazê-lo de forma consciente e deliberada;
- Quando comunicamos, o processo é de sentido único;
- Comunicamos essencialmente através de palavras;
- Todos os interlocutores atribuem o mesmo significado às palavras;
- A mensagem transmitida pelo emissor é idêntica à recebida pelo ouvinte;
- A informação que transmitimos nunca é excessiva.

De tudo o que foi exposto anteriormente, fica connosco a certeza de que “não existem cuidados sem Comunicação...”

## **2. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO**

### **2.1. Contexto de cuidados a pessoas com problemas agudos**

#### **Período**

O ensino clínico decorreu de 18 de setembro a 18 de outubro de 2023 num hospital de uma cidade da região norte, num serviço de prestação de cuidados a pessoas com doença mental em fase aguda.

#### **Estrutura física**

O serviço em causa abrange outros espaços para além da “realidade física” do serviço de internamento. De facto, contempla o “Ambulatório”, a “Consulta Externa”, o “Hospital de Dia” e uma equipa de intervenção comunitária. O serviço de internamento tem lotação para 26 utentes. É constituído por enfermarias (duas de mulheres e duas de homens). Contam-se, ainda, quartos individuais para utentes que necessitam de algum tipo de cuidados mais “especiais” (isolamento, dependentes no autocuidado, sujeitos a medidas de segurança e outros).

#### **Recursos humanos**

O serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar, com médicos psiquiatras (cinco), enfermeiros (dezasseis EEESMP, de dezanove), assistentes operacionais (nove), assistente social (um) e terapeuta ocupacional (um).

#### **Atividades realizadas**

- **No Serviço de Internamento**

Em todos os turnos, procede-se a:

- Administração da medicação;
- Assistir no autocuidado alimentação em cliente com o autocuidado alimentar - se comprometido;
- Avaliação de sinais vitais;
- Admissão/alta/transferência de clientes;

- Agilização de processos administrativos relacionados com os clientes;
- Contacto com família/grupos/comunidades;
- Supervisão dos clientes nos momentos destinados ao consumo de tabaco;
- Comunicação terapêutica;

Esta é definida como um método de Comunicação em que o profissional procura responder às necessidades implícitas e explícitas da pessoa, com base numa relação efetiva, de confiança e numa interação comunicativa intencional, com a mesma.

- De manhã, acresce a prestação ou auxílio no autocuidado higiene, em clientes com algum nível de compromisso/dependência a este nível.

- **No Ambulatório**

- Foram executadas intervenções psicoterapêuticas, de psicoeducação por parte da enfermeira-gestora e de outra enfermeira (em que sobressai a tal “Comunicação terapêutica”).

- **Na Comunidade**

A intervenção da equipa visa a vigilância da evolução da situação do cliente após a alta, com monitorização/apoio aos cuidados. São assistidos clientes com critérios, tais como falta de “*insight*” para a patologia, não adesão ao regime medicamentoso e/ou alterações cognitivas.

## **Projetos**

- Ao nível do internamento:
  1. Projeto de protocolo de alta–projeto que visa a definição de um protocolo “standard” (padrão) a ser implementado na altura da preparação da alta.
  2. Formação sobre “*Recovery* como modelo”–formação sobre um modelo que visa a reabilitação (biopsicossocial) do cliente.
- Ao nível da equipa comunitária/comunidade:
  1. Projeto de consultadoria aos Centros de Saúde –projeto em que é concedido apoio aos Centros de Saúde relativamente a clientes com perturbação ou patologia mental (por exemplo, “aconselhamento” quanto ao tipo de intervenção a implementar).

## **2.2. Contexto comunitário**

### **Período**

O estágio em contexto comunitário decorreu de 27 de novembro de 2023 a 08 de fevereiro de 2024, num centro de saúde de uma cidade portuguesa. Existe uma “Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)” e uma “Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)”

A primeira equipa é composta por EEESMP (três); Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (três); Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (dois) e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária.

A segunda equipa inclui Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (quatro); fisioterapeuta (um); Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (um); nutricionista (um), assistente social (um) e psicólogo (um), todos eles a tempo parcial.

### **Estrutura física**

As equipas dispõem de quatro gabinetes e uma sala de preparação para o parto. Dispõem, ainda, de outro espaço, fora do centro de saúde, para a distribuição da metadona.

### **Atividades realizadas**

As atividades são maioritariamente realizadas a nível domiciliário e coadunam-se com as especializações e especificidades de cada área mencionada anteriormente. Não obstante, existem algumas consultas de Enfermagem no centro de saúde, nomeadamente na área da saúde mental, da saúde materna e relacionadas com os clientes com alterações da coagulação sanguínea. Por outro lado, existe ainda um “programa de distribuição de Metadona”, que é implementado, como já referido, noutra espaço físico.

### **Projetos**

A nível da UCC, e no âmbito da saúde mental, podemos mencionar os seguintes projetos:

1. Viver com demência –projeto que visa promover estratégias de adaptação à demência.
2. Promoção da Saúde Mental –projeto que visa promover a Saúde Mental com recurso a várias estratégias (psicoterapêuticas e outras).

3. Cuidar do cuidador –projeto que visa promover o bem-estar do cuidador, em várias dimensões (físico, mental, emocional, espiritual (...)) com a implementação de diversas intervenções ou atividades (psicoeducação, atividades psicoterapêuticas, atividades lúdicas).

**Outros projetos:**

4. Cuidados a pessoas com diabetes mellitus –projeto que incide sobre a vigilância de clientes com diabetes, promovendo a adesão/a adoção de estilos de vida saudáveis e o controlo dos níveis glicémicos.
5. Clientes com alterações da coagulação –projeto que integra clientes com alterações a nível da coagulação sanguínea, promovendo o controlo analítico e a adoção de um regime alimentar “adequado” à sua condição.
6. Crianças com necessidades especiais –projeto que pretende responder às necessidades (e a vários níveis) de crianças portadoras de perturbações ou doenças mentais, promovendo a adaptação de crianças e cuidadores.
7. Pessoas com patologia respiratória – projeto que visa promover uma função respiratória (mais) eficiente.

### **2.3. Contexto clínico em áreas diferenciadas**

**Período**

O segundo estágio do Módulo I decorreu num Estabelecimento Prisional da região Norte, de 23 de outubro a 21 de novembro de 2023.

**Estrutura física**

Este estabelecimento abriga novecentos e setenta e quatro pessoas em situação de reclusão (para uma lotação máxima de seiscentos e oitenta e seis lugares). Dispõe de várias áreas, nomeadamente:

- Quatro pavilhões com celas individuais e camaratas;
- Três unidades de saúde (unidade de Feridos, Unidade de Internamento, Unidade Livre de

Drogas - ULD);

- Um campo desportivo polivalente;
- Zona com várias oficinas (carpintaria, serralharia, mecânica, mecânica automóvel, padaria e artesanato) com zona de estudo/aprendizagem (ensino primário, secundário e universitário);
- Uma capela.

### **Quadro do pessoal**

Do quadro do pessoal constam guardas (cento e oitenta), médico, várias técnicas de ação social, psicólogos (três), nutricionista (um) e enfermeiros (dezoito), dos quais quinze são especialistas em SMP, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (um) e enfermeiros generalistas (dois).

### **Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros**

As atividades mais efetuadas abrangem a execução de cuidados (preparação e distribuição de medicação, tratamento de feridas, cuidados em emergência), com recurso à metodologia de “trabalho à tarefa”, bem como a realização de intervenções psicoterapêuticas, especialmente na ULD.

### **Projetos**

1. – Programa da Metadona –programa que se destina a promover a redução do consumo de opiáceos (nomeadamente heroína) por via da sua substituição por “Metadona”.
2. – Programa da “Unidade Livre de Drogas (ULD)” –programa que integra indivíduos livres do consumo de droga (há pelo menos 24 meses) e em que são implementadas diversas intervenções e atividades (ocupacionais, psicoterapêuticas, psicoeducativas, ...).

### 3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS

Com o passar do tempo, a Enfermagem sofreu profundas transformações. A um modelo em que os cuidados eram meramente executivos, subordinados à determinação de outros profissionais de saúde, sucedeu um paradigma centrado na tomada de decisão dos próprios enfermeiros. Um processo fundamentado no raciocínio clínico e que se desenvolve em várias etapas.

A esse respeito, pode mencionar-se a “avaliação inicial”, com colheita, análise e interpretação de dados. Segue-se a definição de diagnósticos de Enfermagem, sendo estes um “rótulo” atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem (International Council of Nurses [ICN], 2016, p.17). A identificação de diagnósticos de Enfermagem exige um julgamento (tomada de decisão) sobre os cuidados que devem ser prestados. Cuidados esses que obedecem a um “planeamento” que traduzir-se-á na “implementação de intervenções de Enfermagem”. Nestas incluem-se comportamentos, tratamentos, atividades ou ações para ajudar o cliente a atingir os resultados esperados (Doenges et al., 2010, citado por Gonçalves, 2020). Resultados esses que são explanados numa “avaliação final”, permitindo a obtenção de dados relativos à eficácia das intervenções de Enfermagem.

Um processo que é familiar ao EEESMP, uma vez que ele também pretende identificar o diagnóstico e a intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1), e que foi também adotado por nós, em cada campo de estágio.

Nos diversos locais, foi selecionado um cliente para o denominado “estudo de caso” sugerido pelo(a) enfermeiro(a) responsável pela orientação do estágio. Cada um dos estudos de caso pretendeu estabelecer os diagnósticos de Enfermagem de um cliente, realizar e implementar um plano de cuidados individualizado, com base nos diagnósticos identificados e identificar, descrever e monitorizar os resultados obtidos, com recurso a indicadores sensíveis.

A avaliação inicial foi elaborada mediante informações obtidas a partir do processo clínico do cliente, da entrevista clínica, e de dados fornecidos pelas enfermeiras dos respetivos contextos.

É essencial referir que, no âmbito da entrevista clínica, foram utilizadas duas ferramentas que se revelaram importantes para complementar a informação sobre a dinâmica familiar. Uma delas foi o “*Genograma*”, que consiste na representação gráfica do sistema familiar (em três ou mais gerações), com símbolos padronizados definindo os componentes da família e suas relações, proporciona um conhecimento ampliado da mesma. Outro foi o “*Ecomapa*”, o qual põe em evidências as relações e ligações da família e de seus membros com o meio e a comunidade onde habitam (pessoas e estruturas sociais). Mostra, assim, os padrões organizacionais da unidade

familiar e a natureza das relações com os outros, destacando as dimensões “força”, “impacto” e “qualidade” da ligação. Ambos os instrumentos foram úteis como estratégia para avaliação e intervenção, com definição de pontos de conflito, de problemas de saúde e de outros fatores.

Salienta-se, ainda, que nos diferentes locais foi selecionado, também, um grupo com seis a dez elementos que pertenciam a um “grupo” já existente, interagindo num espaço circunscrito. Assim, no serviço de internamento, foram selecionados elementos do próprio serviço. No contexto de cuidados diferenciados, o grupo abrangeu os indivíduos de uma unidade (ULD). Quanto ao contexto comunitário, o grupo abrangeu cuidadores formais de uma instituição. Os indivíduos selecionados apresentavam dificuldades nos relacionamentos interpessoais, a nível das competências de Comunicação. Foram considerados como critérios de inclusão, a motivação expressa em participar nas sessões de educação sobre “Comunicação” e adquirir conhecimentos em relação a essa temática, e problemas de interação/comunicação com os outros. Como critérios de exclusão, foram estipulados o estado de confusão mental, a agitação psicomotora, o défice cognitivo grave e sintomas heterólogos exacerbados. O grupo foi constituído no sentido de avaliar a dimensão da Comunicação no respetivo contexto, facultando conhecimentos e estratégias para uma interação “mais saudável” num ambiente que os elementos classificaram, por vezes, como sendo “estranho” para eles.

Para avaliar a perceção dos referidos indivíduos sobre a sua forma de Comunicação com os outros, foi realizado um pequeno questionário sobre “Comunicação” (ANEXO I), que permitiu a identificação de necessidades em Enfermagem neste âmbito.

Face ao diagnóstico de Enfermagem identificado “Comportamento de ligação aos outros”, optou-se pela intervenção em grupo, tendo em conta a opinião de vários autores, nomeadamente, Sequeira (2016), para os quais a terapia de grupo se destaca sobre outras intervenções por apresentar várias vantagens: *feedback* dos participantes, troca de ideias entre eles e efetividade de Comunicação. Ao promover as relações interpessoais, torna-se um elemento transformador, com um potencial terapêutico único. Com esse intuito, recorreu-se à sessões de psicoeducação, atendendo ao facto de integrar uma componente educativa (transmissão de conhecimento sobre “Comunicação”) e uma componente emocional (gestão das emoções e expectativas em relação ao fenómeno em causa). Pretendeu-se facultar experiências de aprendizagem (interativas) para facilitar a adaptação voluntária de comportamentos promotores de saúde mental, reconhecendo a importância dos mesmos para os indivíduos e as famílias, os grupos e as comunidades em que se inserem (Sequeira, 2016).

Assim, em cada contexto, a intervenção desenvolveu-se com a realização de quatro sessões, com a duração aproximada de uma hora cada, uma a duas vezes por semana e cumprindo um plano pré-estipulado:

- A primeira sessão abordou o tema “Comunicação- definição e tipos” com o objetivo de definir

o conceito e as várias tipologias de Comunicação.

-A segunda sessão abordou o tema “Técnicas de Comunicação” com o objetivo de identificar diferentes habilidades de Comunicação.

-A terceira sessão abordou o tema “Barreiras à Comunicação” com o objetivo de identificar fatores que dificultam a Comunicação.

-A quarta sessão abordou o tema “Como melhorar a Comunicação” com o objetivo de definir estratégias para promover a Comunicação.

Os conteúdos que foram expostos incluíram os elementos considerados essenciais em relação à Comunicação, pelo que as versões apresentadas foram idênticas em dois dos contextos (serviço de internamento de agudos e cuidados diferenciados - Versão 1). No caso do contexto comunitário, a versão foi mais abrangente (Versão 2). Efetivamente, uma vez que estes participantes eram cuidadoras formais, foram integrados aspetos potencialmente relevantes para a sua prática profissional. Não obstante as diferenças de conteúdo, a estrutura das sessões foi sempre a mesma, excetuando a primeira sessão. Esta iniciou-se com o primeiro contacto com o grupo, com a apresentação da EEESMP, da temática global e das sessões subsequentes, e os objetivos pretendidos. Foi então realizado um exercício “quebra-gelo” (ANEXO II), tendo sido abordados depois os conteúdos da sessão, com uma avaliação da mesma e a atribuição de “Atividades a realizar em Casa” (designadas neste trabalho por “TPC” - ANEXO III). Nas restantes sessões procedeu-se sempre a um resumo da sessão anterior com troca de ideias (com base nos TPC), exposição relativa à temática da sessão, breve síntese e conclusão, com avaliação (ANEXO IV) e atribuição de TPC. A última sessão terminaria com um balanço global.

### **3.1. Contexto de cuidados a pessoas com problemas agudos**

Foi selecionado um indivíduo com “potencial de recuperação”, de acordo com a EEESMP tutora do serviço.

Resta-nos agora transmitir algumas considerações sobre o trabalho desenvolvido nos distintos locais em que se desenrolaram os ensinamentos clínicos.

#### **Estudo de caso**

Ao cliente alvo de estudo, foi aplicado o “MiniMental State Examination” (MMSE), do qual resultou um score de 23 que, de acordo com o seu nível de escolaridade, revelou ausência de défice cognitivo. Contudo, a sua história mostrou que foi sujeito a um ambiente “pobre em estímulos”.

Na avaliação inicial, o cliente em causa manifestou a necessidade de “ser ouvido” e de ser auxiliado em relação à sua situação de saúde, decorrente (sobretudo) de problemas de natureza emocional, especialmente em conflitos familiares. De facto, foi identificado como diagnóstico de Enfermagem (principal) “Comportamento de ligação com outros: comprometido”. O cliente foi convidado a participar nas sessões de psicoeducação sobre “Comunicação”. Recorreu-se ainda ao método de intervenção “Relação de Ajuda” (RA).

Na opinião de Sequeira (2016), a relação de ajuda incide sobre problemas de âmbito relacional e emocional (o que era o caso). Neste sentido, a RA permite facultar ao cliente a possibilidade de exprimir emoções, orientação com vista a identificar o (s) seu(s) problema(s) e estratégias para resolvê-lo(s)- “Terapia de Resolução de Problemas”. É privilegiado o aconselhamento, a psicoterapia, as relações humanas, as relações terapêuticas, as relações interpessoais, o ensino ou, simplesmente, o cuidar do outro (Coelho et al., 2020). Pode mesmo falar-se em “Terapia de Suporte” (com atenção à interação e ao ambiente da relação). Atendendo ao período limitado de estágio, optou-se pelo recurso à RAP ou “relação de ajuda Profissional”, por desenrolar-se num espaço de tempo delimitado (com estruturação prévia e horário pré-determinado). Dessa forma, para além da entrevista clínica, foram realizadas cinco sessões de RAP entre 19/09/2023 e 11/10/2023, num registo bissemanal e semanal, num horário acordado com o cliente.

Respeitando o estabelecido para a RAP e de acordo com o autor mencionado anteriormente, a primeira sessão marcou uma “fase de orientação” e o início do contacto com o cliente. Permitiu clarificar papéis, delinear os objetivos da RAP e um calendário para a execução de um plano. Foi dada ênfase ao papel do cliente como “agente de mudança” e “responsável pela tomada de decisão”. As sessões 1 a 4 inseriram-se na “fase de trabalho” ou “fase de exploração”. Progressivamente, o cliente foi tomando consciência das dificuldades (as mencionadas por ele e outras, entretanto verificadas). Foram identificadas as “forças” do cliente e os aspetos “dificultadores” da mudança. A maior força do cliente residiu na sua motivação para a mudança. Foi o próprio a sugerir algumas estratégias no sentido de uma maior autonomia. Por exemplo, em relação à gestão do regime medicamentoso, assinalou a possibilidade de recorrer a uma unidade de reabilitação que fornece a medicação “de forma organizada” (num “dispositivo”) e a “lembretes” (no telemóvel e no frigorífico) para cumprir o horário da medicação. Noutro caso, em relação ao “Autocontrolo Impulso”, o cliente apontou o desvio do foco de atenção e o comportamento de “evitamento “como medidas a tomar. A maior dificuldade que manifestou prendeu-se com a “fixação a um padrão de conflito familiar” e a repetição de ideias pré-estabelecidas e de atitudes. Procurou realizar-se o treino de algumas competências de Comunicação (como, por exemplo, a assertividade), para promover uma melhor Comunicação do

cliente com a sua família. A última sessão (“fase de conclusão”) foi marcada pela exploração de outras alternativas para uma adaptação mais eficaz do mesmo à situação. O cliente formulou a possibilidade de ocupar o seu tempo livre com a realização de exercício físico e de atividades do seu interesse (elementos para a gestão do regime terapêutico).

Como referido anteriormente, a avaliação inicial permitiu ainda identificar outros problemas/diagnósticos de Enfermagem, para além daquele outro já mencionado anteriormente:

1. Alucinações
2. Ideação Suicida
3. Autocontrolo: Comportamento Impulsivo
4. Autogestão do regime medicamentoso
5. Ansiedade
6. Memória
7. Obstipação
8. Sono comprometido

Embora tenham sido identificados problemas também a nível do “Processo Familiar”, este domínio não foi sujeito a intervenção devido aos constrangimentos de tempo. Efetivamente, a duração do estágio inviabilizou qualquer contacto bem-sucedido com a família do cliente, algo que os enfermeiros do serviço também tinham dificuldade em estabelecer. Vários factos evidenciaram que esta unidade familiar tem dificuldade em desenvolver as suas funções e tarefas, com consequências para a mudança, bem como em lidar com a tensão e o stress daí decorrentes (Sequeira, 2016).

Como este domínio se revelou mais exigente e moroso nas intervenções, refletimos com a equipa e considerámos ser mais pertinente a sua abordagem numa fase posterior à estabilização do cliente. Por outro lado, embora tenham sido implementadas intervenções relacionadas com os múltiplos diagnósticos de Enfermagem, foram priorizadas aquelas referentes ao “Autocontrolo do Impulso” e à “Autogestão do regime medicamentoso”. Conquanto estas dimensões estejam estabilizadas no internamento, são cruciais para uma transição com êxito do cliente para o domicílio (com consequente permanência efetiva no mesmo). Foram desenvolvidas várias intervenções, face aos diferentes diagnósticos de Enfermagem identificados e objetivos determinados:

## **1. Alucinação**

### **Objetivos**

- a) Determinar evolução de sinais de alucinação;

- b) Prevenir acidentes;
- c) Promover autocontrolo: alucinações.

#### **Intervenções de Enfermagem**

- a) Avaliar evolução do conhecimento sobre gestão de alucinação;
- b) Ensinar sobre gestão de alucinação;
- c) Avaliar evolução da consciencialização entre a medicação e a alucinação;
- d) Avaliar a relação entre a ocupação e a alucinação;
- e) Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso.

### **2. Ideação Suicida**

#### **Objetivos**

- a) Determinar evolução da ideação suicida;
- b) Promover autocontrolo: ideação suicida.

#### **Intervenções de Enfermagem**

- a) Avaliar evolução da ideação suicida;
- b) Referenciar ideação suicida ao médico;
- c) Implementar medidas de segurança: suicídio;
- d) Avaliar evolução do autocontrolo sobre a ideação suicida.

### **3. Autocontrolo: Comportamento Impulsivo**

#### **Objetivos**

- a) Determinar evolução do comportamento impulsivo;
- b) Promover o autocontrolo: comportamento impulsivo.

#### **1. Intervenções de Enfermagem**

- a) Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de relaxamento.

### **4. Autogestão do regime medicamentoso**

#### **Objetivos**

- a) Promover autogestão: regime medicamentoso.

### **Intervenções de Enfermagem**

- a) Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso;
- b) Avaliar evolução da capacidade para gerir o regime medicamentoso.

## **5. Ansiedade**

### **Objetivos**

- a) Determinar evolução da ansiedade;
- b) Diminuir ansiedade;
- c) Promover autocontrolo: ansiedade.

### **Intervenções de Enfermagem**

- a) Avaliar evolução da ansiedade;
- b) Referenciar ansiedade ao médico;
- c) Executar técnica de relaxamento;
- d) Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade.

## **6. Memória**

### **Objetivos**

- a) Estimular memória.

### **Intervenções de Enfermagem**

- a) Executar técnica de treino da memória;
- b) Executar terapia pela reminiscência;
- c) Assistir a usar estímulos da memória.

## **7. Obstipação**

### **Objetivos**

- a) Determinar evolução da obstipação;
- b) Promover eliminação intestinal;
- c) Promover autogestão: obstipação.

### **Intervenções de Enfermagem**

- a) Determinar evolução do conhecimento sobre regime de exercício.

### **8. Sono comprometido**

#### **Objetivos**

- a) Determinar evolução do sono;
- b) Melhorar sono;
- c) Promover adesão: estratégias promotoras do sono;

### **Intervenções de Enfermagem**

- a) Avaliar evolução do sono;
- b) Referenciar sono comprometido ao médico;
- c) Implementar estratégias de promoção do sono;
- d) Gerir medicação;
- e) Avaliar evolução da adesão a estratégias promotoras do sono;
- f) Determinar evolução do conhecimento sobre promoção do sono.

### **Implementação das intervenções de Enfermagem**

As intervenções de Enfermagem foram executadas entre 19/09/2023 e 11/10/2023, com uma alteração do calendário estipulado (antecipação do final das intervenções).

### **Avaliação final**

É de notar que foram utilizados com alguma frequência indicadores da Nursing Outcomes Classification (NOC), considerando o facto de os questionários não serem preenchidos pelo próprio, o que foi um elemento facilitador para o cliente (dado o seu “nível de escolaridade”). A taxonomia NOC traduz de forma sistémica resultados, divididos em grupos ou categorias, com base nas suas semelhanças, diferenças e relações entre os resultados. Está estruturada em cinco níveis: domínios, classes, resultados, indicadores e medidas. Foram utilizados os seguintes indicadores NOC:

- Cognição;
- Comunicação;

- Habilidades de interação social;
- Nível de Ansiedade;

Recorreu-se ao uso de escalas, indicadores de resultados ou outros instrumentos e estratégias, que foram transmitidos de seguida, assim como os resultados obtidos:

#### 1. Alucinações

- Registo do número e características de episódios no início e no fim do estágio;
- Avaliação do conhecimento e da consciencialização sobre alucinações (início e fim do estágio) - questionamento.
- **Resultados:** Ausência de alucinações no internamento.

#### 2. Ideação suicida

- “Escala de ideação suicida de Beck” BSI (versão portuguesa aferida por Vaz Serra e Pio Abreu, 1973).

Esta escala é composta por 21 itens e abrange diversos aspetos relacionados com a ideação suicida, desde o desejo de morrer, a presença intrusiva de pensamentos de morte, a frequência e intensidade desses pensamentos, até à existência de planos e intenções suicidas. Faculta uma avaliação quantitativa, traduzindo a intensidade e a profundidade dos pensamentos suicidas. Quanto mais elevado o score obtido, maior é a ideação suicida.

- **Resultados:** O score obtido manteve-se baixo durante o estágio (score = 4), indicando ausência de ideação suicida.

#### 3. Autocontrolo: Comportamento impulsivo

- Registo do número de episódios;
- Indicadores NOC
  - Habilidades de interação social.

- **Resultados:** Ausência de episódios impulsivos;

- Indicador NOC “Habilidades de Interação Social”. Num total possível de 75 pontos, o cliente obteve um score de 47 que se manteve até ao final - nível de interação um pouco acima do mediano, que traduz alguma dificuldade na interação com os outros.

Algo que pode ser dificultado se analisarmos os resultados obtidos com o indicador NOC “Comunicação” (relativo à receção, interpretação e expressão de mensagens faladas, escritas e não verbais). Num score máximo de 45 pontos, o cliente teve 33 pontos, até ao fim do estágio, revelando, por vezes, alguma dificuldade na troca de mensagens com

os outros (reconhecimento e interpretação de mensagens, incluindo as paralinguísticas). Como já referido, foi-lhe proposto participar nas sessões sobre “Comunicação”, ao qual acedeu.

#### 4. Autogestão do regime medicamentoso

- Avaliação do conhecimento e da consciencialização sobre autogestão do regime medicamentoso (questionamento).
- **Resultados:** Avaliação “qualitativa”, com base no discurso do cliente. Globalmente, mostrou saber o que estava a tomar e alguns efeitos da medicação. Durante o estágio, foi tomando progressivamente consciência da importância de cumprir adequadamente o regime medicamentoso, tendo-lhe sido facultado (e explicado) um esquema com o mesmo.

#### 5. Ansiedade

- Indicador NOC - Nível de Ansiedade.
- **Resultados:** Após a intervenção, verificou-se um ganho nesta dimensão, uma vez que o score reduziu de 10 (inicialmente) para 6 pontos, num total possível de 31 pontos.

#### 6. Memória

- Indicador NOC - Cognição;
- Registo da evolução da memória (discurso do cliente).
- **Resultados:** Num score máximo possível de 65 pontos, o cliente apresentou um score de 47 pontos. A alteração mais significativa revelou-se na memória imediata, mas conseguiu-se algum ganho com o reforço/repetição da informação.

#### 7. Obstipação

- Registo da evolução do padrão intestinal (número e características das dejeções - início, durante e no fim do estágio).
- **Resultados:** O padrão de eliminação intestinal viria a normalizar, com o auxílio da medicação e a prática de exercício (o cliente iniciou uma atividade física no ginásio do hospital).

#### 8. Sono comprometido

- Registo da evolução do padrão do sono (número e características de episódios de insónia - início, durante e no fim do estágio).

- **Resultados:** Durante e até ao fim do estágio, o cliente referiu insónia intermédia, tendo um sono não regenerador.

Podemos concluir que os ganhos não foram significativos, em termos quantitativos. Mas, na prática, observou-se algumas alterações (subtis, é certo), por exemplo, em relação à memória e à forma de comunicar com os outros (mais ponderada, menos crítica). Nessa medida, podemos considerar que os objetivos foram, globalmente, atingidos.

### **O grupo**

Foram selecionados seis participantes para as sessões psicoeducativas sobre “Comunicação”.

#### Critérios de inclusão:

- Motivação para participar;
- Necessidade de aprendizagem em relação ao tema;
- Problema de interação/Comunicação com os outros.

#### Critérios de exclusão:

- Estado de confusão mental;
- Agitação psicomotora;
- Défice cognitivo grave;
- Sintomas heterólogos exacerbados.

Com a aplicação do MiniMental, obteve-se os seguintes resultados:

1 com score = 23; 3 com score = 28 e 2 com score = 30, o que indica, de acordo com a escolaridade de cada um, que não têm défices cognitivos.

#### Caracterização do grupo:

- Dois homens e quatro mulheres;

- Dois em cada faixa etária (30, 40 e 50 anos);
- Dois com ensino básico (4º e 6º ano de escolaridade); um com o ensino secundário (10º ano de escolaridade); três com uma licenciatura;
- Diagnósticos diversos como agressividade e alucinações auditivas e visuais em cliente com esquizofrenia; abuso de álcool; patologia depressiva major; perturbação afetiva bipolar; ideação suicida e psicose esquizoafetiva.

O Diagnóstico de Enfermagem identificado foi o seguinte:

**Domínio identificado:** Comportamento de ligação aos outros (comprometido).

Este foi elaborado com base na NursingOntos, procurando identificar, a nível do “Comportamento interativo”, um comportamento caracterizado pelas dificuldades nas interações com os outros, nomeadamente, a nível dos processos comunicacionais.

**Objetivo:** Promover o comportamento de ligação com outros.

O questionário realizado revelou que quatro dos participantes têm dificuldade em estabelecer relação com os outros, só tomando a iniciativa de comunicar com eles “algumas vezes” (um dos elementos nunca o faz), metade da amostra deixa mesmo que seja o outro a fazê-lo. O mesmo número assume ser bom ouvinte e tentar compreender os outros só esporadicamente. São quatro os elementos que mencionam dificuldades a compreender o comportamento do outro.

**Intervenção de Enfermagem:**

A tomada de decisão quanto à intervenção foi sustentada no modelo de Sampaio et al. (2018) e em Sequeira (2020). Tendo em consideração a duração do ensino clínico (constrangimentos de tempo), optou-se por intervenção em grupo. Realizou-se quatro sessões de psicoeducação, sensivelmente de uma hora cada. As temáticas desenvolvidas foram as seguintes:

- na primeira sessão abordou-se “Comunicação: definição e tipos”;
- na segunda sessão abordou-se “Competências de Comunicação”;
- na terceira sessão abordou-se “Barreiras de Comunicação”;
- na quarta sessão abordou-se “Como melhorar a Comunicação”.

**Datas das sessões:**

22/09, 29/09, 03/10 e 10/10/2023.

O número de participantes oscilou conforme as sessões, pois dois acabariam por ter alta (um antes da 2ª sessão e outro antes da 4ª sessão) e outros dois tiveram visita de um familiar (2ª sessão e 3ª sessão respetivamente).

#### **Avaliação final:**

– Atenção/concentração dos participantes:

Três mais focados e participativos em todas as sessões, tendo demonstrado (verbalmente) a aquisição de conhecimentos sobre a “Comunicação” (especificamente sobre as competências e como melhorar a Comunicação). Outro, distraído nas segunda e terceira sessão e um elemento muito sonolento nas mesmas (efeito de medicação). Observou-se ainda uma evolução favorável na Comunicação entre os elementos do grupo (“maior fluidez” / menos conflitos).

– Avaliação das sessões:

Em todas as sessões, um participante atribuiu uma classificação de “3” (Bom) e os restantes avaliaram em “4” (Excelente/Muito Bom).

– Avaliação da formadora:

Em todas as sessões, a formadora foi avaliada com uma classificação de 3” (Bom) por parte de um participante e com uma classificação de “4” por parte dos restantes.

– Questionário final (idêntico ao inicial):

Revela algumas pequenas alterações (mais compatíveis com “declarações de intenção”) em relação à tomada de iniciativa de comunicar com os outros. Observou-se também uma maior interação entre os elementos do grupo, comparando com o início da intervenção.

Em conclusão, o grupo mostrou-se satisfeito com os conteúdos das sessões e os elementos demonstraram verbalmente a aquisição de alguns conhecimentos. No geral, foram participativos, embora pouco empenhados em relação aos TPC. Gradualmente, evidenciaram a aquisição de alguns conhecimentos sobre a “Comunicação” e maior “facilidade” nas interações desenvolvidas com os outros indivíduos do grupo e a EEESMP (tomavam a iniciativa na interação, maior “fluidez no discurso, ...).

Não foram aplicados os indicadores NOC, como previsto inicialmente. Por constrangimento de tempo, preferiu-se a aplicação do mesmo questionário ao início e ao final do estágio.

### **3.2. Contexto comunitário**

A EEESMP, tutora do estágio, foi a responsável pela escolha do cliente para o “estudo de caso”, desafiando a estudante a dar continuidade a um trabalho já iniciado.

#### **Estudo de caso**

O cliente em causa apresentava a “Memória comprometida”, em consequência de um processo demencial.

Os dados colhidos a partir das várias fontes reforçaram a importância de (continuar) a aplicar a “estimulação cognitiva” (EC).

Quanto mais precoce for o recurso a estratégias de EC, mais suscetíveis de gerarem benefícios para o cliente e o cuidador, especialmente em clientes com demência ligeira ou moderada (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Sequeira & Sampaio, 2020). Esta incide sobretudo na esfera mnésica, através de um método adaptado a cada cliente, ao estágio em que se encontra, em função dos défices existentes e da deterioração global. Deve ainda ser executado pelo EEESMP sempre que for identificado um comprometimento geral ou específico da cognição.

São vários os meios que podem ser utilizados para o EC:

- Jogos de memória, leitura, elaboração de listas de compras, música ou outra atividade de interesse;
- Ensino/instrução/treino de técnicas gerais de cognição (tais como, cálculo mental, identificar diferenças, fazer treino de memória...);
- Participação em atividades sociais em grupo.

Para além destes fatores, pode-se ainda recorrer à:

- “Terapia de orientação para a realidade” - Esta permite, através de um conjunto de técnicas simples, proporcionar informação básica ao cliente, de modo a que este se mantenha orientado. De facto, esta informação ajuda o cliente a identificar melhor o tempo, o espaço, a sua habitação

e outros dados (possivelmente) importantes para ele;

– “Terapia de reminiscência” - Através do acesso, revisão, repetição, interpretação e partilha das memórias que o sujeito possui sobre o seu passado, pretende-se que ele reviva acontecimentos agradáveis. É uma forma de estimular a memória, melhorar a sua qualidade de vida, aumentar a sua autoestima e facilitar o interesse pelo contacto social;

– “Terapia de validação” - Este método procura o significado do aqui e agora, em que o foco terapêutico se centra na escuta ativa reflexiva, empatia, cordialidade e aceitação do cliente e da sua doença. Potencia a melhoria da autoestima, a diminuição da ansiedade, a promoção da Comunicação e da autonomia.

– “A musicoterapia” - Técnica importante para promover o relaxamento, diminuindo a ansiedade e facilitando o contacto com o outro.

Foram identificadas alterações nos “focos de atenção de Enfermagem” que se seguem:

1. Deglutição
  2. Memória
  3. Cognição
  4. Comportamento de ligação aos outros
- } Comprometidos

## 1. Deglutição

### Objetivos

- a) Determinar evolução da deglutição.

### Intervenções de Enfermagem

- a1) Avaliar evolução da deglutição;
- a2) Referenciar deglutição comprometida ao médico.

## 2. Memória

### Objetivos

- a) Determinar evolução da memória;
- b) Estimular memória.

### Intervenções de Enfermagem

- a) Avaliar evolução da memória;
- b1) Executar técnica de treino da memória;

- b2) Executar terapia pela reminiscência;
- b3) Assistir a usar estímulos da memória.

### **3. Cognição**

#### **Objetivos**

- a) Determinar evolução da cognição;
- b) Estimular cognição.

#### **Intervenções de Enfermagem**

- a) Avaliar a evolução da cognição;
- b) Executar estimulação cognitiva.

### **4. Comportamento de ligação com outros**

#### **Objetivos** (já definido anteriormente)

- a) Determinar evolução de ligação com outros;
- b) Promover a adesão a estratégias de ligação com outros.

#### **Intervenções de Enfermagem**

- a) Avaliar a evolução de ligação com outros;
- b) Orientar sobre estratégias de ligação com outros.

#### **Implementação das Intervenções de Enfermagem:**

Em relação à intervenção, o processo de tomada de decisão fundamentou-se no modelo proposto por Sampaio et al. (2018) e na conceção de Lia Sousa et al. (sem data, citada por Sequeira & Sampaio, 2020), nomeadamente quanto ao número de sessões e às etapas a desenvolver. O plano das sessões teve também em atenção a disponibilidade de tempo do cliente e da sua cuidadora.

Assim, entre 26/11/2023 e 04/01/2024, para além da entrevista clínica, foram realizadas seis sessões individuais, com a duração aproximada de uma hora. Na primeira semana, foi realizada uma sessão e nas semanas seguintes duas/semana (respeitando as decisões do cliente e da sua cuidadora).

Numa primeira etapa, foi realizada uma entrevista clínica e foram aplicadas escalas, identificando as queixas e feita avaliação da cuidadora. Numa segunda fase, foram delineados objetivos realistas (com vista à manutenção dos défices e protelamento do declínio do senhor.

Início dos exercícios de EC que se mantiveram até ao fim). Na última sessão, foi feita nova avaliação do cliente e da cuidadora (aplicação das mesmas escalas que no início do estágio).

### Avaliação final

- Uso de escalas, indicadores de resultados ou outros que se apresentam de seguida, bem como os resultados obtidos:

#### 1. Deglutição

- Registo da evolução do padrão da deglutição.

- **Resultados:** Manteve-se a disfagia para sólidos.

#### 2. Memória

- “Escala de Queixas Subjetivas de Memória” (QSM)

Contempla 10 itens que podem ser avaliados entre o “0” (ausência de queixa”), o “1”, “2” ou “3” conforme a gravidade da queixa. O score máximo que pode ser obtido é de 21 pontos.

Foi utilizada uma versão portuguesa (2008), aferida pelo “Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências” (2008).

- **Resultados:** A aplicação da escala revelou um score = 14, o que mostra uma alteração da memória que é significativa. Verificou-se, especialmente, a nível da memória imediata, mas também já com comprometimento da memória remota. O score manteve-se inalterado até ao fim do estágio.

#### 3. Cognição

- Escala “MiniMental State Examination” (MMSE)

Permite identificar indivíduos com deterioração cognitiva, avaliando diversas dimensões: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

A pontuação obtida define a existência (ou não) de defeito cognitivo, tendo sido em conta também o grau de escolaridade. Assim, considera-se um defeito cognitivo:

- ✓ Analfabetos ≤ 15 pontos
- ✓ 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 pontos
- ✓ Com escolaridade > 11 anos ≤ 27 pontos

Foi utilizada uma versão adaptada para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores

em 1994, estudos de campo.

- **Resultados:** O cliente obteve um score=18 que, de acordo com o seu nível de escolaridade, traduz um défice cognitivo, neste caso “ligeiro”. Sem alterações até ao fim do estágio.

#### 4. Outro

“Escala de Quedas de Morse” (na entrevista clínica)

Atribui um valor numérico a diversos fatores de risco, sendo que a soma dos mesmos permite predizer se o cliente tem ou não risco de queda. São abrangidos seis parâmetros, tais como, historial de quedas (últimos três meses), diagnóstico(s) secundário(s), ajuda para caminhar, terapia intravenosa (doente internado), postura no andar e na transferência e estado mental. A pontuação varia entre 0 e 125 pontos, sendo atribuída o seguinte significado:

- Sem risco (0 e  $\leq$  24 pontos);
- Baixo risco ( $\geq$  25 e  $\leq$  50 pontos);
- Alto risco ( $\geq$  51 pontos).

A versão utilizada foi a validada e adaptada para Portugal (Direção Geral da Saúde; Fonte: Costa-Dias et al. (2014).

Conclusão:

Não se verificaram alterações significativas em relação ao estado do cliente, o que na situação dele é um indicador positivo (não agravamento do défice cognitivo).

#### Sobre a cuidadora

A intervenção junto da cuidadora foi secundária, uma vez que a mesma mostrou estar adaptada à situação do momento atual e não se mostrou recetiva a ser alvo de intervenção. Optou-se, então, apenas por validar/reforçar as informações que tinham sido transmitidas por outros profissionais de saúde (EEESMP e médica).

Apesar destes “entraves”, foram aplicadas as seguintes escalas:

- Escala de sobrecarga do cuidador (Escala de Zarit)

Permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal, abordando aspetos como saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. A pontuação global dos vinte e dois itens pode variar entre 22 e 110. A uma maior pontuação corresponde uma maior perceção da sobrecarga, de acordo com os seguintes scores:

≤ 46 pontos - sem sobrecarga;

46 - 56 pontos - sobrecarga ligeira;

≥ 56 pontos - sobrecarga intensa.

- O score alcançado relativamente à cuidadora foi score = 16, o que indica “inexistência de sobrecarga”. Este valor manteve-se até ao final do estágio.

Recorreu-se à versão portuguesa de Pereira e Sobral (2006), utilizada pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.

- Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)

A versão portuguesa abrange: implicações para a vida pessoal, satisfação com o papel e com o familiar, reação a exigências, sobrecarga emocional, suporte familiar, sobrecarga financeira e perceção dos mecanismos de eficácia e de controlo. Incide sobre as últimas quatro semanas, num total de trinta e dois itens. Pontuações mais elevadas nas diferentes categorias revelam uma maior sobrecarga do cuidador, exceto nas categorias “mecanismo de eficácia e de controlo”, “suporte familiar” e “satisfação com o papel e o familiar” (sobrecarga subjetiva), em que se verifica o contrário.

Existe uma escala validada para a população portuguesa por Martin et al. (2000), tendo sido utilizada a versão aceite pelo “Grupo de Estudo do Envelhecimento Cerebral e Demências”, já mencionado anteriormente.

- Scores obtidos pela cuidadora:

- Sobrecarga emocional - 4 pontos (num máximo de 20 pontos);
- Implicações na vida pessoal - 11 pontos (num máximo de 65 pontos);
- Sobrecarga financeira - 2 pontos (num total possível de 10 pontos);
- Reação a exigências - 5 pontos (num máximo de 25 pontos);
- Mecanismo de eficácia e controlo - 15 pontos (o máximo possível);
- Suporte familiar - 10 pontos (o máximo possível);
- Satisfação com o papel e o familiar - 25 pontos (o máximo possível).

Depreende-se destes dois resultados que a cuidadora não perceciona sobrecarga, nem objetiva, nem subjetiva, nesta fase da doença do marido. Todavia, a intervenção junto da mesma deve ser considerada no futuro, a médio ou longo prazo.

## **O grupo**

Por sugestão de uma EEESMP do serviço, foi escolhido um grupo de “cuidadoras formais” de uma

instituição para as sessões de psicoeducação sobre “Comunicação”. Os motivos apresentados foram os seguintes:

- Dispersão geográfica dos cuidadores informais;
- “Fragilidades” dos cuidadores informais (“idosos a cuidar de outros idosos, com demência”), com previsível impacto negativo na sua motivação;
- Necessidade de fomentar estratégias de Comunicação num grupo “complexo”, com alguns conflitos a esse nível.

Caracterização do grupo:

- Seis elementos,
- Todos eles mulheres.

Não foi aplicado um questionário sociodemográfico, tendo em atenção o seu possível “efeito inibitório”, o que levaria a uma possível resistência por parte dos elementos.

Aplicado o questionário já referido (ANEXO I), o qual revelou que metade das participantes confessa ter dificuldades em estabelecer contactos/relações e terem dificuldade a compreender (comunicar com os outros).

#### **Diagnóstico:**

Foram identificadas alterações em relação ao “Comportamento de ligação com outros” (Já definido anteriormente).

#### **Objetivos:**

- a) Determinar evolução de ligação com outros;
- b) Promover o comportamento de ligação com outros.

#### **Intervenção de Enfermagem:**

A tomada de decisão em relação à intervenção baseou-se no modelo preconizado por Sampaio et al. (2018), que define três a doze sessões. Tendo em atenção a dinâmica da instituição e a “disponibilidade” (condicionamentos em relação ao tempo), optou-se então pela realização de uma intervenção de grupo, - quatro sessões psicoeducativas sobre “Comunicação”, com a duração média de uma hora cada. Os temas desenvolvidos foram os seguintes:

- na primeira sessão abordou-se “Comunicação: definição e tipos”;
- na segunda sessão abordou-se “Competências de Comunicação”;
- na terceira sessão abordou-se “Barreiras de Comunicação”;
- na quarta sessão abordou-se “Como melhorar a Comunicação”.

**Datas das sessões:**

05/12 ,07/12, 12/12 e 14/12 de 2023.

**Avaliação final:**

– Atenção/concentração dos participantes:

As cuidadoras mostraram-se atentas e participativas, excetuando um dos elementos que não interagiu nas diferentes sessões.

Demonstraram (verbalmente) a aquisição de conhecimentos, manifestando vontade de aplicá-los para melhorar a sua prática de cuidados (nomeadamente com o desenvolvimento/aprofundamento das “Competências de Comunicação”). Essa melhoria, com impacto na qualidade dos cuidados só poderá ser avaliada (eventualmente) ao longo do tempo. Por outro lado, evidenciaram uma evolução favorável nas interações desenvolvidas entre elas (aumento dos “processos interativos”; menos conflitos) e ainda com a EEESMP.

– Avaliação das sessões:

Das participantes, quatro atribuíram a classificação de “Bom” (3) e as restantes a classificação de “Excelente” (4), tendo essa proporção alterado para 3:3 nas outras sessões.

– Avaliação da formadora:

A classificação atribuída à preletora por todos os elementos foi de “Excelente” (4).

Concluiremos que:

O balanço final das cuidadoras foi positivo, além de que se mostraram, no geral, participativas nas sessões, e evidenciaram a aquisição de certos conhecimentos. (Contudo, não mostraram adesão aos TPC). Por outro lado, as sessões permitiram-lhes delinear estratégias para a resolução de “problemas de comunicação/relação”.

**Avaliação final**

Considera-se que foram cumpridos os objetivos delineados para os ensinamentos clínicos, nomeadamente:

- Estabelecer o diagnóstico de Enfermagem de um cliente a nível de SMP;
- Realizar e implementar um plano de cuidados individualizado em SMP, com base nos diagnósticos de Enfermagem identificados;
- Identificar, descrever e monitorizar os resultados obtidos com indicadores de resultados para determinar os ganhos em saúde;
- Realizar sessões de psicoeducação sobre “Comunicação” (intervenção de grupo).
- Melhorar as competências inerentes ao EEESMP;
- Desenvolver um estudo com uma temática significativa no contexto da SMP.

No que diz respeito à intervenção em grupo, conseguir manter os participantes focados/atentos viria a revelar-se, em certas ocasiões, um verdadeiro desafio (sobretudo no contexto de cuidados a clientes agudos). Procurou privilegiar-se a interação entre os vários elementos dos grupos, e estes e a EEESMP.

Decidiu-se também não recorrer a questionários com base em indicadores NOC, o que poderia ser complexo dado o número de elementos dos grupos. Para agilizar o processo, optou-se antes por um questionário único (ANEXO I).

É certo que os resultados não evidenciaram ganhos significativos, a nível quantitativo. Afinal, os estágios desenrolaram-se em períodos de tempo bastante limitados (por vezes de um mês). Ora, qualquer mudança requer, por norma, mais tempo. Daí terem sido consideradas positivas algumas alterações verificadas, muitas vezes, subtis e de difícil “mensurabilidade” (demonstração “verbal” de aquisição de conhecimentos sobre a temática apresentada e uma interação maior e menos “geradora de conflitos” entre os participantes). As grandes mudanças começam sempre por um passo dado, por pequeno que seja.

### **3.3. Contexto clínico em áreas diferenciadas**

Com a orientação de um EEESMP (responsável) do serviço, foi escolhido um indivíduo em situação de reclusão, com uma previsão de maior tempo no estabelecimento, o que proporcionou a oportunidade de investir, de forma substancial, na sua reabilitação. Uma recuperação para a qual o próprio já começou a contribuir ao deixar a droga (há quatro anos). Encontra-se, assim, numa “Unidade Livre de Drogas (ULD)”.

#### **Estudo de caso**

O cliente selecionado evidenciou, entre outros, um “Autoconceito: comprometido”; um “Autocontrolo de impulso: comprometido”, tendo existido ainda (num período anterior ao da reclusão) um “Comportamento aditivo”. Atendendo aos diagnósticos de Enfermagem identificados, optou-se pelo recurso à “reestruturação cognitiva”.

De acordo com Curran e Drummond (2005, citado por Baptista & Neto, 2022), as intervenções no domínio cognitivo-comportamental são atualmente as principais abordagens no tratamento das

perturbações aditivas. De facto, auxiliam o cliente na compreensão dos padrões que suportam o comportamento aditivo e na elaboração de estratégias para os modificar, com a redução ou até a cessação completa do mesmo. É o caso da metodologia “reestruturação cognitiva”, cuja necessidade de implementação sobressaiu a partir da colheita de dados ao cliente.

Com base nos autores supracitados e em Sequeira (2016), sabe-se que a reestruturação cognitiva procura modificar pensamentos negativos irrealistas (pensamentos negativos irrealistas (pensamentos disfuncionais/automáticos, erros cognitivos e algumas crenças). Pretende levar a pessoa a questionar a validade das suas crenças, modificando-as e modificando assim o seu pensamento e perceção dos acontecimentos da sua vida.

No que diz respeito à adição de substâncias, o objetivo é elaborar crenças/alternativas adaptativas, depois de identificar e questionar as crenças e pensamentos automáticos. Para tal, podem ser utilizadas diferentes estratégias, tais como o questionamento socrático, imagens e desempenho de papéis, o registo diário de pensamentos disfuncionais (pensamentos automáticos e crenças), a elaboração de alternativas, o exame das evidências, a desconstrução de catástrofes, a reatribuição e o ensaio cognitivo (Wright et al., 2008, citado por Sequeira & Sampaio, 2020).

Para além desta, recorreu-se ainda ao treino de assertividade e ao “reforço positivo”. Procurou-se, desse modo, estimular a capacidade do cliente em autoafirmar-se, com a expressão de interesses e opiniões pessoais, sentimentos e necessidades. Foi-lhe proposto participar nas sessões de psicoeducação sobre “Comunicação”, convite que ele aceitou (o plano de sessões está definido mais à frente, quando é abordada a intervenção no “grupo”).

O processo de tomada de decisão quanto à intervenção fundamentou-se num modelo definido por Sequeira (2016) para a “reestruturação cognitiva”, com um plano de cinco sessões. Cada sessão durou aproximadamente uma hora.

A primeira sessão (“Iniciação”) permitiu estabelecer a relação e definir os objetivos prioritários, assim como as motivações e dúvidas do cliente. Ajudou a que este também definisse comportamentos, emoções, pensamentos e impacto (pessoal, familiar e social) associados ao seu problema de adição a substâncias ilícitas. Permitiu-lhe ainda ter a consciência de alguns “pensamentos automáticos” sobre a droga e si próprio.

A segunda sessão (“Exploração”) correspondeu ao desenvolvimento de esquemas cognitivos e pensamentos automáticos identificados e o recurso ao “reforço positivo”.

Numa terceira sessão, além de “serem postos em causa” pensamentos automáticos e crenças (com o questionamento socrático e o exame das evidências), foi explicado ao cliente como podem ser modificados (neste caso, recurso a estratégias imagéticas). O mesmo foi orientado para a formulação de diversas interpretações cognitivas alternativas para cada situação.

Na quarta sessão (“Instrução e Treino”), procedeu-se a um treino de substituição dos pensamentos disfuncionais/negativos e de algumas crenças mais adequadas.

A quinta e última sessão (“Conclusão”) marca o fim das intervenções, com um balanço global do que foi feito e alcançado. O cliente foi incentivado a “rever as experiências”, como forma de testar os seus pensamentos, as suas emoções e os seus comportamentos, face às alternativas treinadas, e a manter essas estratégias.

### **Diagnósticos**

Foram identificadas alterações nos seguintes “diagnósticos de Enfermagem”:

1. Autoestima;
2. Ansiedade;
3. Comportamento aditivo;
4. Autocontrolo: Comportamento impulsivo;
5. Comportamento de ligação aos outros.

Embora tenham sido identificadas alterações a nível do “Processo Familiar”, constrangimentos (limitação de tempo e ausência de visitas a este recluso), conduziram à “exclusão” deste domínio.

### **Intervenções de Enfermagem**

Em relação a cada domínio foram implementadas as seguintes intervenções:

#### **1. Autoconceito comprometido**

##### **Objetivos**

- a) Determinar evolução do autoconceito;
- b) Promover mudança no processo de pensamento - relacionado com o autoconceito;
- c) Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o autoconceito.

##### **Intervenções de Enfermagem**

- a) Avaliar evolução do compromisso no autocontrolo;
- b) Executar reestruturação cognitiva;
- c) Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o pensamento.

## **2. Ansiedade**

### **Objetivos**

- a) Determinar evolução da ansiedade;
- b) Diminuir ansiedade;
- c) Promover autocontrolo: ansiedade.

### **Intervenções de Enfermagem**

- a1) Avaliar evolução da ansiedade;
- b) Referenciar ansiedade ao médico;
  - b1) Executar técnica de relaxamento;
  - b2) Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade;
- c) Ensinar sobre autocontrolo: ansiedade;
  - c1) Orientar sobre estratégias de autocontrolo: ansiedade.

## **3. Comportamento aditivo**

### **Objetivos**

- a) Determinar evolução do abuso de drogas;
- b) Promover mudança comportamental face ao abuso de drogas;
- c) Promover autocontrolo: abuso de drogas.

### **Intervenções de Enfermagem**

- a) Avaliar a evolução do abuso de drogas;
- b) Executar reestruturação cognitiva;
- c) Orientar sobre estratégias: autocontrolo do abuso de drogas.

## **4. Autocontrolo: Comportamento impulsivo**

### **Objetivos**

- a) Determinar evolução do comportamento impulsivo;
- b) Diminuir comportamento impulsivo;

- c) Promover autocontrolo: comportamento impulsivo.

#### **Intervenções de Enfermagem**

- a) Avaliar evolução do comportamento impulsivo;
- a1) Referenciar do comportamento impulsivo ao médico;
- b) Executar técnica de relaxamento;
- b2) Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade;
- c) Orientar sobre estratégias para autocontrolo: comportamento impulsivo;
- c1) Ensinar sobre autocontrolo: comportamento impulsivo.

#### **5. Comportamento de ligação com outros**

Foi elaborado este “domínio”, como integrando o “comportamento interativo” com outros, para distinguir do “comportamento de ligação mãe/pai-filho.

#### **Objetivos**

- a) Determinar evolução da ligação com outros;
- b) Promover adesão a estratégias promotoras de ligação com os outros.

#### **Intervenções de Enfermagem**

- a) Avaliar evolução da ligação com outros;
- b) Orientar sobre estratégias de ligação com outros.

#### **Implementação das Intervenções de Enfermagem**

As intervenções de Enfermagem foram executadas entre 27/10 e 13/11, excluindo-se a semana de 06/11 a 11/11, por ser uma semana de “atividades comemorativas” na ULD.

#### **Avaliação final**

- Uso de escalas, indicadores de resultados ou outros instrumentos e estratégias, que são apresentados de seguida, bem como os resultados obtidos:

##### **1. Autoconceito**

Inventário Clínico de Autoconceito (IAC): é uma escala unidimensional e subjetiva de

autoavaliação do autoconceito com vinte itens. É do tipo Likert de 5 pontos, sendo que o score obtido pode variar de um mínimo de 20 a um máximo de 100 pontos. Quanto melhor o autoconceito do indivíduo, maior a pontuação total obtida. Permite avaliar os aspetos emocionais e sociais do autoconceito (importantes no ajustamento social), considerando a maneira de ser habitual do indivíduo e não o estado em que transitoriamente se encontra. Consegue-se apreender dados sobre os seguintes fatores:

- Fator 1 - Aceitação/Rejeição social (a percepção do indivíduo em ser aceite socialmente);
  - Fator 2 - Autoeficácia (a percepção do indivíduo sobre a sua capacidade em enfrentar e resolver problemas e dificuldades de forma competente. Valores altos indicam independência ao invés de valores baixos);
  - Fator 3 - Maturidade psicológica (traduz o sentido de responsabilidade, de tolerância pelos outros, de franqueza na expressão das opiniões e gosto pela verdade);
  - Fator 4 - Impulsividade/Atividade (avalia principalmente a iniciativa do indivíduo para colocar em prática uma ideia em ação);
  - Outros fatores, de caráter misto.
- **Resultados:** O cliente obteve uma pontuação total de 78 em 100 valores possíveis, o que parece indicar um nível “razoável” de autoconceito. No entanto, numa análise mais atenta, constata-se que o cliente destacou pela negativa (menos pontuação) alguns aspetos. São eles a “aceitação pelos outros”, a sua “maneira de ser leva a sentir a vida com um razoável bem-estar “e “quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade”. Pôs em evidência também o aspeto “Impulsividade/Atividade”. Estes são dados reveladores de como se vê a si próprio e como pensa que os outros o vêem.

### 1.1 Autoestima

“Escala de Autoestima” (Rosenberg): inclui dez afirmações que revelam o quanto a pessoa se valoriza e a satisfação consigo mesmo, cinco das quais são positivas e cinco são negativas. É uma escala do tipo Likert de quatro pontos com 0 (“Discordo fortemente”), 1 (“Discordo”), 2 (“Concordo”) e 3 (“Concordo fortemente”). Quanto mais alta a pontuação, mais elevada a autoestima.

Foi utilizada uma versão validada para a população portuguesa (de forma preliminar) por Santos & Maia (2003).

- **Resultados:** Escala de Autoestima (Rosenberg).

As pontuações obtidas pelo cliente no início e no fim do processo de intervenção correspondem a uma baixa autoestima (score = 9 e score = 11). Não obstante, no final do

estágio, diminui a sua apreciação negativa quanto às afirmações “Sinto que não tenho muito de que me orgulhe” e “às vezes penso que não valho nada”.

## 2. Ansiedade

“Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Hamilton” (HAM - A): permite uma avaliação objetiva dos clientes com transtorno de ansiedade, com identificação da gravidade dos sintomas. Integra 14 perguntas que possibilitam a quantificação e intensidade da experiência ansiosa. Cada item pode ser pontuado com valores que se encontram entre 0 (“Nunca”), 1 (“Às vezes”), 2 (“Bastantes vezes”), 3 (“Quase sempre”) e 4 (“Sempre”)., de acordo com a intensidade do sintoma. O total da pontuação oscila entre 0 e 56 pontos. Quanto maior o valor obtido, maior o grau de ansiedade do cliente. Assim:

- Score < 9 - ansiedade baixa ou nula;
- Score entre 9 e 17 - ansiedade moderada;
- Score entre 17 e 25 - ansiedade elevada;
- Score >25 - ansiedade muito elevada.

Foi utilizada uma versão validada para a população portuguesa de forma preliminar por Santos (com coordenação de Ribeiro, 2021).

- **Resultados:** A pontuação total obtida foi de 7 valores, o que corresponde a um nível baixo de ansiedade. Esta é agravada pela incerteza do cliente face à sua situação jurídico-penal.

## 3. Comportamento aditivo

- Registo de número de episódios de consumo de substâncias aditivas.

- **Resultados:** Comportamento aditivo ausente.

## 4. Autocontrolo: Comportamento impulsivo

- Registo de número de episódios de comportamento impulsivo.

- **Resultados:** Comportamento impulsivo ausente.

## 5. Comportamento de ligação com os outros

- Registo das características da ligação com os outros
- Registo de número de conflito com os outros.

- **Resultados:** Dificuldades pontuais na interação com os outros; Inexistência de episódios de conflito.

Se, globalmente, não se verificaram ganhos em saúde, constatou-se, contudo, uma evolução favorável a nível da autoestima do cliente. Na última sessão, acabaria mesmo por admitir sentir-

se orgulhoso do que já tinha conseguido alcançar. A “ambivalência de sentimentos” é um excelente ponto de partida para a mudança, devendo ser explorada consistentemente para um resultado positivo e consolidado.

### **O grupo**

Seguindo orientações do EEESMP, responsável do serviço, o grupo-alvo de intervenção foi constituído pelos elementos da “Unidade Livre de Drogas (ULD)”.

#### Critérios de inclusão:

- Integração na ULD;
- Motivação para participar;
- Necessidade de aprendizagem em relação ao tema;
- Problema de interação/Comunicação com os outros.

#### Caracterização do grupo:

- Dez homens;
- Inexistência/ausência de consumo de substâncias ilícitas há pelo menos 18 meses.

Contrariamente ao que tinha sido inicialmente previsto, não foram realizados questionários sociodemográficos, os quais poderiam ter um efeito “inibitório” nos reclusos. Aplicou-se, antes, o mesmo questionário que tinha sido aplicado no primeiro campo de estágio (ANEXO).

Da amostra referida, metade assume ter dificuldade em estabelecer ligação/iniciar a Comunicação com os outros. Na mesma proporção, são aqueles que negam ser um “bom ouvinte” em várias ocasiões.

### **Diagnóstico**

Foi identificado o seguinte “diagnóstico de Enfermagem”:

- Comportamento de ligação aos outros (já definido anteriormente).

### **Objetivos**

- a) Determinar evolução de ligação com outros;

- b) Promover o comportamento de ligação com outros.

### **Intervenção de Enfermagem**

- a) Avaliar evolução de ligação com outros;
- b) Orientar sobre estratégias de ligação com outros;

No sentido de promover essa ligação, foi realizada uma intervenção de grupo - sessões de psicoeducação sobre “Comunicação” (em média uma vez por semana, com a duração de uma hora cada).

A tomada de decisão em relação à intervenção baseou-se no modelo proposto por Sampaio et al. (2018). Esta conceção define três a doze sessões para as intervenções psicoterapêuticas. Atendendo à dinâmica da ULD, optou-se pela realização de quatro sessões (o possível), priorizando os conteúdos considerados essenciais. O programa desenvolvido obedeceu ao seguinte plano:

- Na primeira sessão abordou-se a noção “Comunicação” e as tipologias existentes;
- Na segunda sessão abordou-se as “Competências de Comunicação”.
- Na terceira sessão abordou-se as “Barreiras de Comunicação”
- Na quarta sessão abordou-se “Como melhorar a Comunicação”.

### **Datas das sessões:**

27/10, 03/11, 06/11 e 13/11 de 2023.

Na última sessão, dois dos elementos não estiveram presentes.

### **Avaliação final**

– Atenção/concentração dos participantes:

As pessoas em situação de reclusão, alvo da intervenção mostraram-se participativas e atentas, nas diferentes sessões. Verificou-se um recrudescimento da participação e da interação entre eles, e entre eles e a EEESMP, conforme o número de sessões ia aumentando.

Constatou-se que existiu uma evolução positiva em relação ao “Comportamento de ligação com os outros”, com o “aumento” das interações e menos conflitos entre os diferentes elementos.

– Avaliação das sessões:

Em todas as sessões, quatro elementos atribuíram a classificação “Bom” (Score = 3) às sessões, enquanto os restantes classificaram-nas com um “Muito Bom” (Score =4). Um dos elementos atribuiu um valor mais baixo (Score = 2) à duração da sessão, na primeira realizada, o que não se verificou nas seguintes.

– Avaliação da formadora:

Dos participantes, um atribuiu o valor de “Bom” (3) à “formadora” e os restantes classificaram-na como um “Excelente” (4), em todas as sessões.

– Questionário final (idêntico ao inicial):

O questionário aplicado no final revelou respostas similares ao inicial.

Concluindo, o grupo mostrou-se cada vez mais participativo e interativo, com o decorrer das sessões psicoeducativas. Muito boa adesão na realização dos trabalhos para casa (TPC).

O balanço final efetuado pelos participantes foi positivo, tendo eles demonstrado (verbalmente) a aquisição de conhecimentos. Referiam ainda que, os conteúdos das sessões foram uma mais-valia na “gestão de conflitos” na ULD, a par com o trabalho desenvolvido por outra enfermeira deste Mestrado em relação a esta última temática.

#### 4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEESMP

O Regulamento-Lei nº 140/2019 identifica as competências atribuídas ao enfermeiro especialista, a saber as competências “comuns” e as “específicas”. Define ainda outros conceitos, entre os quais a “Unidade de competência”. Esta traduz “(...) uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo (“Diário da República, 2º série, nº 26, p. 4745).

Na primeira categoria de competência inscreve-se o conjunto das mesmas que são aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (ANEXO V).

Abrange domínios tão diversos quanto a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens (nas vertentes da formação, da investigação e da assessoria). O segundo grupo inclui competências inerentes a cada especialidade, fundamentadas a nível científico, técnico e humano. Com o exercício das mesmas, procura-se dar resposta aos processos de vida e aos problemas de saúde no campo da intervenção, definido pela área de especialidade em causa, através de um elevado grau de adequação dos cuidados, às necessidades de saúde das pessoas.

No que à Saúde Mental e Psiquiatria diz respeito, a Ordem dos Enfermeiros (2018; p. 8670) defende que o papel do EEESMP se foca na “promoção de saúde, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desadaptadas aos processos de transição geradores de sofrimento”. Um papel que é sustentado em competências específicas (Anexo VI), consagradas no Regulamento nº 515/2018.

O “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo 2” visou a aquisição das competências mencionadas anteriormente.

Será feita agora uma análise sucinta do desenvolvimento dessas habilidades, tendo em conta o contexto de cuidados em que o ensino clínico decorreu e o âmbito da intervenção (junto de um indivíduo e/ou um grupo). A cada domínio das competências é atribuído uma letra (ANEXO V), terminologia também adotada na análise efetuada.

#### 4.1. Contexto de cuidados a pessoas com problemas agudos

##### COMPETÊNCIAS COMUNS

Competência A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal	
Unidade de competência	Avaliação
<b>A.1.1</b> Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	<p>Na seleção das estratégias de resolução de problemas, a tomada de decisão teve em conta</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• as necessidades expressas pelos clientes - necessidades de âmbito emocional, (no “estudo de caso” e “educativo” (no caso do grupo);</li><li>• a evidência científica. Esta ditou a opção pelas respostas mais apropriadas perante os diagnósticos identificados;</li><li>• as indicações da equipa sustentadas na sua experiência profissional e no conhecimento prévio dos clientes;</li><li>• os princípios, valores e normas deontológicas da profissão, nomeadamente o enquadramento jurídico-legal da Enfermagem e os direitos inerentes ao cliente (direitos ao sigilo profissional, à privacidade, à integridade física, bem-estar emocional e outros).</li></ul> <p>Conclusão: unidade de competência desenvolvida.</p>
<b>A.1.2</b> Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Efetuou uma pesquisa abrangente para fundamentar a tomada de decisão, com recurso à revisão bibliográfica e aos contributos dos EEESMP do serviço;</li><li>• Promoveu a reflexão com as tutoras do ensino clínico e outros elementos da</li></ul>

	<p>equipa de Enfermagem sobre os processos de tomada de decisão;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não foi possível desempenhar o “papel de consultor” em matéria de cuidados na sua área de especialidade;</li> <li>• Reconheceu a sua competência na área de especialidade;</li> <li>• Conclusão: unidade de competência desenvolvida.</li> </ul>
A.1.3 Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferiu os resultados das tomadas de decisão com recurso a indicadores NOC (no “estudo de caso”), e a questionários (no caso do grupo), conforme descrito no outro capítulo. - (Capítulo 2 - CONCEÇÃO DOS CUIDADOS);</li> <li>• Suscitou a avaliação e a partilha dos resultados obtidos com as tutoras do ensino clínico.</li> <li>• Conclusão: unidade de competência desenvolvida.</li> </ul>
<p>Conclusão: Esta competência foi adquirida. Contudo, o desenvolvimento de certos aspetos requer uma “moldura temporal” mais alargada, nomeadamente o “ser consultor” numa área de especialidade em que a sua competência é (ainda) incipiente.</p>	
<p><b>Competência A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os Direitos Humanos e as responsabilidades profissionais</b></p>	
<b>Unidade de competência</b>	<b>Avaliação</b>
A.2.1 Promove a proteção dos Direitos Humanos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurou a defesa dos Direitos Humanos, de acordo com a deontologia profissional e os valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas dos indivíduos e grupos:</li> <li>• alguns desses direitos: a privacidade, a confidencialidade e segurança da informação e a autodeterminação.</li> </ul>
A.2.2 Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisou a informação disponível sobre os clientes no sentido de aumentar a segurança das práticas (nos domínios éticos e deontológicos) e dos próprios clientes;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementou medidas antecipatórias de prática de risco (criação de um ambiente seguro com impossibilidade de acesso a produtos tóxicos e objetos cortopuncentes, por exemplo).</li> </ul>
<p>Conclusão: Esta competência foi desenvolvida, tendo o cuidado de garantir a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente, num clima de confiança e empatia. Não se verificaram incidentes de prática insegura.</p>	
<b>Competências B</b>	
<b>Competência B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</b>	
<b>Unidade de competência</b>	<b>Avaliação</b>
<b>B.1.1</b> Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua de qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrou conhecimentos suscetíveis de melhorar a qualidade dos cuidados na sua prática, nomeadamente ao nível da gestão de risco e das metodologias de intervenção implementadas e da temática de investigação desenvolvida (“Comunicação e Relações Interpessoais”).</li> </ul>
<b>B.1.2</b> Orienta projetos institucionais na área da qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não foi desenvolvida esta unidade de competência durante o ensino clínico. As metas delineadas tiveram impacto na qualidade dos cuidados de um indivíduo e de um grupo, com análise, planeamento estratégico para melhorar essa qualidade e implementação de um projeto.</li> </ul>
<p>Conclusão: Esta competência foi desenvolvida no que diz respeito à mobilização de conhecimentos.</p>	
<b>Competência B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua</b>	
<b>Unidade de competência</b>	<b>Avaliação</b>
<b>B.2.1</b> Avalia a qualidade das práticas clínicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizou indicadores sensíveis à prática de Enfermagem e instrumentos para avaliação das práticas clínicas, com análise dos resultados.</li> </ul>

<p><b>B.2.2</b> Planeia programas de melhoria contínua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificou oportunidades de melhoria relacionadas com a Comunicação (entre os clientes e estes e os profissionais de saúde);</li> <li>• Delineou um programa (sessões psicoeducativas) relacionado com a Comunicação, como promotor de melhores cuidados.</li> </ul>
<p><b>B.2.3</b> Lidera programas de melhoria contínua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementou um programa (psicoeducação) sobre Comunicação com resultados favoráveis.</li> </ul>
<p>Conclusão: Esta competência foi desenvolvida no âmbito de um serviço, (não na dimensão institucional).</p>	
<p><b>Competência B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro</b></p>	
<p><b>Unidade de competência</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<p><b>B.3.1</b> Promove um ambiente físico/psicossocial, acolhedor e espiritual, gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionou o respeito pela identidade dos clientes, considerando as dimensões cultural e espiritual como essenciais para as perceções de segurança de um indivíduo/grupo;</li> <li>• Assegurou a aplicação de princípios relevantes para garantir a segurança de dados e de registos;</li> <li>• Fomentou a adesão a práticas de saúde “saudáveis”.</li> </ul>
<p><b>B.3.2</b> Participa na gestão de risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preveniu os riscos ambientais, nomeadamente eliminando a possibilidade de acesso a produtos tóxicos e cortopuncentes;</li> <li>• Cooperou na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de erro humano;</li> <li>• Não foram desenvolvidas intervenções no âmbito da ocorrência de acidentes, avaliação das consequências e informações das causas; efetividade das estratégias, planos e processos de gestão de riscos,</li> </ul>

	planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos; plano de emergência e de catástrofe; controlo de infeção.
Conclusão: Esta competência foi desenvolvida a nível do serviço de internamento de agudos.	
<b>Competências C</b>	
<b>Competência C1 -Gera os cuidados de Enfermagem, otimizando o respeito de sua equipa e a articulação na equipa de saúde</b>	
<b>Unidade de competência</b>	<b>Avaliação</b>
C.1.1 Otimiza o processo do cuidador a nível da tomada de decisão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborou nas decisões da equipa de saúde em relação aos clientes;</li> <li>• Aprofundou a informação (com pesquisa bibliográfica) para a tomada de decisão no processo de cuidar;</li> <li>• Identificou o momento oportuno para referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.</li> </ul>
C.1.2 Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta unidade de competência não foi desenvolvida pois não foram delegadas tarefas.</li> </ul>
Conclusão: Esta competência foi cumprida construindo a dinâmica desenvolvida com a equipa de Enfermagem e a equipa de saúde.	
<b>Competência C2 -Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia de qualidade dos cuidados.</b>	
<b>Unidade de competência</b>	<b>Avaliação</b>
C.2.1 Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades do cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementou metodologias de trabalho adequadas, utilizando recursos de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidadores (mais “humanizados”).</li> </ul>

<p><b>C2.2</b> Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconheceu e respeitou os papéis e funções de todos os membros da equipa;</li> <li>• Proporcionou um ambiente positivo e favorável à prática, sustentando a colaboração e motivação da equipa para um desempenho mais eficiente ao nível dos processos comunicacionais.</li> </ul>
<p>Conclusão: Competência desenvolvida ao nível da prestação de cuidados (especializados) e não da "liderança".</p>	
<p><b>Competências D</b></p>	
<p><b>Competência D1 -Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</b></p>	
<p><b>Unidade de competência</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<p><b>D.1.1</b> Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem consciência dos seus recursos e limites pessoais e profissionais, e da influência pessoal na relação profissional.</li> </ul>
<p><b>D.1.2</b> Gera resposta de adaptabilidade individual e organizacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizou técnicas de Comunicação para antecipar situações de eventual conflito;</li> <li>• Induziu sentimentos e emoções nos clientes e nos profissionais de Enfermagem com vista a processos comunicacionais mais eficientes.</li> </ul>
<p>Conclusão: Esta competência foi desenvolvida, não se verificando situações de conflito e necessidade de intervenção “sob pressão”.</p>	
<p><b>Competência D2 -Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</b></p>	
<p><b>Unidade de competência</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<p><b>D.2.1</b> Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta unidade de competência não foi desenvolvida, embora elementos da equipa de Enfermagem assistissem às sessões de psicoeducação implementadas.</li> </ul>

<p><b>D.2.2</b> Suporta a prática clínica em evidência científica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundamentou a prática clínica numa extensa revisão bibliográfica;</li> <li>• Identificou oportunidades relevantes de investigação para colmatar lacunas a nível dos processos comunicacionais com os clientes;</li> <li>• Analisou resultados (interpretação, organização e divulgação) para o desenvolvimento de uma prática clínica especializada baseada numa Comunicação mais eficiente.</li> </ul>
<p><b>D.2.3</b> Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possui conhecimentos de Enfermagem e de outras disciplinas (nomeadamente da Bioética) que contribuem para a prática especializada;</li> <li>• Adquiriu conhecimentos para a prestação de cuidados especializados, seguros e competentes;</li> <li>• Otimizou oportunidades de aprendizagem, tecnologias de informação e métodos de pesquisa.</li> </ul>
<p>Conclusão: Competência desenvolvida, embora não tenha sido assegurada a implementação de processos de formação na prática clínica.</p>	

TABELA 1: Competências comuns desenvolvidas no contexto de cuidados a pessoas com problemas agudos

### COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Competências F	
Competência F.1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.	
Unidade de competência	Avaliação
<p><b>F.1.1</b> Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificou fatores pessoais (emoções, sentimentos, valores e outros) que podem influir na relação</li> </ul>

<p>socioterapêuticas/psicossociais e psicoeducativas.</p>	<p>terapêutica com o cliente e/ou a equipa multidisciplinar, com recurso à autoanálise;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manteve o contexto dentro dos limites da relação profissional, preservando a integridade do processo terapêutico, com: <ul style="list-style-type: none"> <li>a gestão das suas emoções e idiosincrasias;</li> <li>a gestão de fenómenos de transferência e contratransferência;</li> <li>um processo de cuidados centrado no cliente (com adoção da "Relação de ajuda Profissional");</li> <li>. Monitorizou as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico ("supervisão de si próprio") para melhorar a relação terapêutica.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Conclusão: Competência desenvolvida, com recurso à empatia, à aceitação e à inexistência de juízos de valor.</p>	
<p><b>Competência F.2 -Assiste a pessoa ao longo do ciclo da vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.</b></p>	
<p><b>Unidade de competência</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<p><b>F.2.1</b> Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executou uma avaliação global dos pressupostos de saúde mental e do cliente no contexto da sua história de vida;</li> <li>• Avaliou o impacto da Comunicação como fator promotor de bem-estar ou predisponente de perturbação num grupo de clientes (seis elementos);</li> <li>• Não avaliou a repercussão para a saúde mental da interface entre o</li> </ul>

	<p>indivíduo e/ou o grupo com outros sistemas (comunidade, sistemas sociais, de saúde, profissionais culturais, desportivos e outros).</p>
<p><b>F.2.2</b> Executa uma avaliação global que permite uma adequação clara da história de saúde com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executou uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a realidade mental, com recurso a: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Entrevista clínica;</li> <li>-Relação de Ajuda Profissional;</li> <li>- Avaliou o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>F.2.3</b> Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementou um programa de sessões psicoeducativas sobre “Comunicação”, com participação dos clientes (estudo de caso e grupo).</li> </ul>
<p>Conclusão: Competência desenvolvida num contexto específico (não desenvolvido na comunidade).</p>	
<p><b>Competência F.3 Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.</b></p>	
<p><b>Unidade de competência</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<p><b>F.3.1</b> Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A execução do “processo de Enfermagem” em relação ao cliente permitiu estabelecer o diagnóstico de saúde mental do mesmo, com: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificação dos problemas e necessidades específicas das pessoas;</li> <li>-Avaliação do impacto na saúde mental do cliente de crises situacionais dentro do contexto familiar;</li> </ul> </li> </ul>

	<p>-Avaliação do potencial de risco para o próprio (risco de suicídio - Escala de ideação suicida de Beck);</p> <p>-Definição e implementação de um plano de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoveu a autonomia e funcionalidade do cliente.</li> <li>• Aplicou sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (NOC, NANDA, NursingOntos, CIPE, ...).</li> </ul>
<p><b>F.3.2</b> Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizou indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental (indicadores NOC e diversas escalas);</li> <li>• Identificou, descreveu e monitorizou resultados individuais do cliente (análise de indicadores NOC “Comunicação”, “Cognição”, “Nível de Ansiedade” e resultados obtidos com a Escala “MiniMental”) para determinar ganhos em SMP.</li> </ul>
<p><b>F.3.3</b> Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolveu trabalho junto do cliente e do grupo em colaboração com a equipa de Enfermagem, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes da profissão, legalmente definidas;</li> <li>• Não desenvolveu programas/projetos comunitários.</li> </ul>
<p><b>F.3.4</b> Realiza e implementa o um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborou e implementou o plano de cuidados do cliente, procurando aumentar as suas competências (ver CAPÍTULO 3 - “CONCEÇÃO DE CUIDADOS”);</li> <li>• Concebeu estratégias de empoderamento para o cliente desenvolver conhecimentos e capacidades de modo a reduzir o risco</li> </ul>

	<p>de perturbação mental, nomeadamente, sobre competências/técnicas de Comunicação, técnicas de relaxamento, autocontrolo de impulsos e autogestão do regime medicamentoso;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fez uma avaliação contínua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental;</li> <li>• Não interveio, nem identificou emergências psiquiátricas.</li> </ul>
<p><b>F.3.5</b> Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica e, saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas aos cuidados de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborou um plano de cuidados individualizado de cuidados ao cliente;</li> <li>• Orientou o cliente no acesso aos recursos comunitários apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental;</li> <li>• Auditou a toma de medicação no internamento;</li> <li>• Não realizou atividades de coordenação com a Autoridade de Saúde e a família do cliente.</li> </ul>
<p>Conclusão: Competência desenvolvida, embora algumas dimensões não tenham sido exploradas.</p>	
<p><b>Competência F.4. Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo da vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.</b></p>	
<p><b>Unidade de competência</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<p><b>F.4.1</b> Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forneceu antecipadamente orientações aos clientes (indivíduo e grupo) para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais. No caso do cliente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Técnicas de relaxamento;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Importância da autogestão medicamentosa/ importância da Comunicação;</li> <li>• Incentivou a adesão ao tratamento por parte do cliente, ensinando sobre os efeitos desejados e os potenciais efeitos adversos do não cumprimento terapêutico;</li> <li>• Efetuou ensino sobre os efeitos das opções terapêuticas (farmacológicas e não-farmacológicas) e recursos a alternativas terapêuticas (técnicas de relaxamento, estratégias para gerir a toma de medicação, por exemplo);</li> <li>• Utilizou estratégias adaptadas às características do cliente (“dimensão visual” da informação, repetição da informação, ...);</li> <li>• Não desenvolveu intervenções junto das famílias.</li> </ul>
<p><b>F.4.2</b> Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementou intervenções psicoterapêuticas individuais (“Relação de Ajuda”) para prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e aumentando o seu “insight” para os seus problemas;</li> <li>• Implementou sessões de psicoeducação a nível de um grupo, para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a “Comunicação”.</li> </ul>
<p><b>F.4.3</b> Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de competência não desenvolvida. Verificou-se uma evolução positiva a nível do</li> </ul>

funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.	autocontrolo de impulso e dos processos comunicacionais, mas estes aspetos devem ser consolidados e outros elementos envolvidos para a reabilitação psicossocial do cliente.
Conclusão: Competência desenvolvida, embora algumas dimensões (como a família e a reabilitação psicossocial) devam ser exploradas.	

TABELA 2: Competências específicas desenvolvidas no contexto de cuidados a pessoas com problemas agudos

## 4.2. Contexto comunitário

### COMPETÊNCIAS COMUNS

COMPETÊNCIAS A	
Competência A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal	
Unidade de competência	Avaliação
A.1.1 Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A tomada de decisão foi sustentada: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ em juízo baseado no conhecimento e experiência da enfermeira tutora sobre os clientes (“estudo de caso” e um grupo de cuidadoras).</li> <li>○ na evidência científica (no estudo de caso - a seleção da “estimulação cognitiva” foi a resposta mais apropriada; no caso do grupo - sessões de psicoeducação).</li> </ul> </li> </ul> <p>a) Na deontologia profissional.</p> <p>Os clientes foram “envolvidos” nas estratégias de resolução de problemas escolhidos.</p>

<p><b>A.1.2</b> Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundamentou a tomada de decisão (também) em pesquisa bibliográfica;</li> <li>• Partilhou os processos de tomada de decisão com a enfermeira tutora;</li> <li>• Reconheceu a sua competência na área de especialidade, mas não desempenhou o papel de consultora.</li> </ul>
<p><b>A.1.3</b> Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliou e partilhou os resultados dos processos de decisão com a enfermeira tutora;</li> <li>-essa avaliação foi efetuada com instrumentos e indicadores sensíveis à Enfermagem (ver CAPÍTULO 3 - “CONCEÇÃO DE CUIDADOS”);</li> </ul>
<p>Conclusão: Competência desenvolvida, embora não tenha sido desenvolvido o papel de consultora.</p>	
<p><b>Competência A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os Direitos Humanos e as responsabilidades profissionais</b></p>	
<p><b>Unidade de competência</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<p><b>A.2.1</b> Promove a proteção dos Direitos Humanos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salvaguardou os Direitos Humanos dos clientes, de acordo com a deontologia profissional, diretos, como, por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Integridade física e emocional;</li> <li>○ Confidencialidade e segurança da informação;</li> <li>○ Escolha e autodeterminação dos cuidados no âmbito da especialidade neste ensino clínico;</li> <li>○ Privacidade.</li> </ul> </li> <li>• Preservou o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e as práticas espirituais dos clientes/indivíduo.</li> </ul>
<p><b>A.2.2</b> Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisou a informação disponível sobre os clientes no sentido de aumentar a</li> </ul>

	<p>segurança das práticas (nos domínios éticos e deontológicos) e dos próprios clientes;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementou medidas antecipatórias de prática de risco, (criação de um ambiente seguro com impossibilidade de acesso a produtos tóxicos e objetos cortopuncentes, por exemplo).</li> </ul>
<p>Conclusão: Esta competência foi desenvolvida, tendo o cuidado de garantir a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente, num clima de confiança e empatia. Não se verificaram incidentes de prática insegura.</p>	
<p><b>Competências B</b></p>	
<p><b>Competência B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</b></p>	
<p><b>Unidade de competência</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<p><b>B.1.1</b> Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua de qualidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoveu a divulgação de experiências avaliadas como sendo de sucesso em relação a clientes com demência e a melhoria contínua da qualidade.</li> <li>• Promoveu a incorporação de conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados, com base na “Comunicação”.</li> </ul>
<p><b>B.1.2</b> Orienta projetos institucionais na área da qualidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de competência não desenvolvida, apesar de ter sido efetuado um planeamento da qualidade dos cuidados.</li> </ul>
<p>Conclusão: Competência desenvolvida, embora não tenham sido desenvolvidas atividades de âmbito organizacional/institucional (unidade de competência B.1.2).</p>	
<p><b>Competência B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua</b></p>	
<p><b>Unidade de competência</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<p><b>B.2.1</b> Avalia a qualidade das práticas clínicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizou indicadores e instrumentos para avaliação das práticas clínicas, com análise dos resultados (ver CAPÍTULO 3 - “CONCEÇÃO DE CUIDADOS” ).</li> </ul>

<p><b>B.2.2</b> Planeia programas de melhoria contínua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificou oportunidades de melhoria em relação a um grupo de cuidadores formais, tendo-se optado pela realização de um “programa” (quatro sessões de psicoeducação) sobre “Comunicação” como estratégia de melhoria contínua da qualidade.</li> </ul>
<p><b>B.2.3</b> Lidera programas de melhoria contínua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de competência não desenvolvida.</li> </ul>
<p>Conclusão: Competência desenvolvida, embora não tenha liderado processos de melhoria contínua da qualidade (Unidade de competência B.2.3).</p>	
<p><b>Competência B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro</b></p>	
<p><b>Unidade de competência</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<p><b>B.3.1</b> Promove um ambiente físico/psicossocial, acolhedor e espiritual, gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurou o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais do cliente e do grupo de cuidadoras;</li> <li>• Envolveu a família com vista à satisfação das necessidades culturais e espirituais;</li> <li>• Adotou medidas para a segurança de dados e de registos;</li> <li>• Não desenvolveu intervenções em relação à segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares e à saúde e segurança ocupacional.</li> </ul>
<p><b>B.3.2</b> Participa na gestão de risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de competência não desenvolvida. A prevenção de riscos ambientais restringiu-se ao contexto domiciliário.</li> </ul>
<p>Conclusão: Esta competência foi desenvolvida.</p>	
<p><b>Competências C</b></p>	
<p><b>Competência C1 -Gera os cuidados de Enfermagem, otimizando o respeito de sua equipa e a articulação na equipa de saúde</b></p>	
<p><b>Unidade de competência</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>

C.1.1 Otimiza o processo do cuidador a nível da tomada de decisão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborou nas decisões da enfermeira tutora;</li> <li>• Melhorou a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.</li> </ul>
C.1.2 Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recorreu à instrução e à demonstração de tarefas delegadas à cuidadora do cliente (no “estudo de caso”), avaliando a forma de execução das mesmas.</li> </ul>
Conclusão: Competência desenvolvida.	
<b>Competência C2 -Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia de qualidade dos cuidados.</b>	
<b>Unidade de competência</b>	<b>Avaliação</b>
C.2.1 Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades do cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementou métodos de organização de trabalho adequados ao cliente, (“terapia individualizada”) e o grupo (programa - sessões psicoeducativas);</li> <li>• Utilizou os recursos de forma eficiente para promover a qualidade (como, por exemplo, material didático e retroprojektor).</li> </ul>
C.2.2 Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconheceu os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os elementos da UCC;</li> <li>• Fomentou um ambiente positivo e favorável à prática;</li> <li>• Implementou sessões de psicoeducação junto das cuidadoras formais para promover processos comunicacionais mais eficientes.</li> </ul>
Conclusão: Competência desenvolvida.	
<b>Competências D</b>	
<b>Competência D1 -Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</b>	
<b>Unidade de competência</b>	<b>Avaliação</b>
D.1.1 Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem consciência:</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ De fatores que podem interferir no relacionamento com os outros clientes e/ou equipa multidisciplinar);</li> <li>○ Da influência pessoal na relação profissional;</li> <li>○ Dos seus recursos e limites pessoais e profissionais;</li> <li>○ Geriu as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda, abstendo-se de ideias pré-concebidas.</li> </ul>
D.1.2 Gera resposta de adaptabilidade individual e organizacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otimizou a congruência entre auto e heteroperceção em relação a si próprio, à equipa de Enfermagem e aos clientes alvos das intervenções;</li> <li>• Identificou e antecipou situações de eventual conflitualidade no grupo das cuidadoras;</li> <li>• Utilizou competências/técnicas de Comunicação como instrumento para resolução de conflitos.</li> </ul>
Conclusão: Competência desenvolvida.	
<b>Competência D2 -Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</b>	
<b>Unidade de competência</b>	<b>Avaliação</b>
D.2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificou necessidades formativas em relação à temática em estudo (“Comunicação”).</li> </ul>
D.2.2 Suporta a prática clínica em evidência científica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atuou como dinamizadora da incorporação de conhecimento sobre a “Comunicação” no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos;</li> <li>• Identificou outras oportunidades de investigação sobre a “Comunicação” em contexto de saúde;</li> <li>• Contribuiu para a transmissão de conhecimentos sobre a “Comunicação” em</li> </ul>

	relação aos enfermeiros e, nessa medida, para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
<b>D.2.3</b> Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possui conhecimentos de Enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada;</li> <li>• Desenvolveu conhecimento na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes;</li> <li>• Otimizou a aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de outras situações clínicas e com o recurso a tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.</li> </ul>
<b>Conclusão:</b> Competência desenvolvida.	

TABELA 3: Competências comuns desenvolvidas no contexto comunitário

### COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

<b>Unidade de competência</b>	<b>Avaliação</b>
<b>F.1</b> Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir da entrevista clínica ao cliente, identificou fatores circunstanciais do EEESMP suscetíveis de interferir com a relação terapêutica.</li> <li>• A relação estabelecida, com base no cliente e em valores como “neutralidade” /ausência de juízos de valor, aceitação, empatia e escuta ativa, permitiram preservar a integridade do processo terapêutico.</li> <li>• O envolvimento da cuidadora no processo terapêutico do cliente permitiu gerir as resistências da mesma (estratégia do EEESMP).</li> </ul> <p><b>Conclusão:</b> Competência desenvolvida.</p>

<p>F.2 Assiste a pessoa ao longo do ciclo da vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliou a repercussão para a SMP (e para a saúde em geral) da interface entre o cliente e a sua cuidadora (Aplicados Escala de Sobrecarga do Cuidador, Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador, Informal);</li> <li>• Avaliou fatores protetores de saúde mental do cliente e da sua cuidadora;</li> <li>• Implementou uma avaliação global do cliente (com execução do processo de Enfermagem) - avaliação das capacidades internas e recursos externos do cliente.</li> <li>• - Avaliou o impacto do problema de saúde mental (funcionalidade e autonomia) no cliente e na cuidadora.</li> <li>• Avaliou as necessidades sobre “Comunicação” de um grupo de cuidadores formais de uma instituição.</li> </ul> <p><b>Conclusão:</b> Competência desenvolvida.</p>
<p>F.3 Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificou as necessidades específicas e os problemas (diagnósticos de Enfermagem) do cliente, no âmbito de saúde mental.</li> <li>• Identificou uma complicação a nível da saúde física, que decorre do problema de saúde mental (“disfagia”).</li> <li>• Para os diagnósticos de Enfermagem identificados, utilizou sistemas de taxionomia standardizados para os preconizados pela Ordem dos Enfermeiros;</li> <li>• Identificou, descreveu e monitorizou os resultados individualizados para o cliente com base na análise dos resultados obtidos com a aplicação de escalas (“Escala MiniMental”, “Escala de Queixas Subjetivas de Memória”) no início e no fim do ensino clínico.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificou as necessidades de um grupo de cuidadores formais de uma instituição, em relação à “Comunicação” (Questionário).</li> </ul> <p><b>Conclusão:</b> Competência desenvolvida.</p>
<p><b>F.4</b> Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo da vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acordo com a situação, realizou intervenções junto do cliente (“estimulação cognitiva) e da cuidadora (sessão individual de educação para a saúde - evolução da doença, recursos comunicativos e outros);</li> <li>• Promoveu a adesão a atividades lúdicas, como uma “estratégia não-farmacológica” (participação em atividades de grupo);</li> <li>• Foram realizadas sessões de psicoeducação sobre “Comunicação”, direcionadas a um grupo de cuidadores formais de uma instituição.</li> </ul> <p><b>Conclusão:</b> Competência desenvolvida.</p>

TABELA 4: Competências específicas desenvolvidas no contexto comunitário

Em termos genéricos, conclui-se que as competências do EEESMP foram desenvolvidas, com ênfase no indivíduo. Contudo, alguns aspetos não foram explorados, nomeadamente relativamente à “família”, às “crises psiquiátricas” e à “articulação com outros profissionais de saúde”.

#### 4.3. Contexto clínico em áreas diferenciadas

##### COMPETÊNCIAS COMUNS

COMPETÊNCIAS A	
Competência A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal	
Unidade de competência	Avaliação

<p><b>A.1.1</b> Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A tomada de decisão apoiou-se: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nas necessidades evidenciadas e manifestadas pelos clientes (indivíduo e/ou grupo). Foi uma “parceria”;</li> <li>○ Nas orientações da equipa de EEESMP, no geral, e do enfermeiro Tutor em particular;</li> <li>○ No conhecimento e experiência da equipa de EEESMP sobre os clientes;</li> <li>○ No conhecimento e experiência da mestrada adquiridos nos ensinos clínicos anteriores;</li> <li>○ Na deontologia profissional e em elementos de enquadramento jurídico;</li> </ul> </li> <li>• Assegurou uma prática profissional com os respetos pelos princípios, valores e normas deontológicas, na equipa de Enfermagem que integrou.</li> </ul>
<p><b>A.1.2</b> Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolheu contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão (dos EEESMP e pesquisa bibliográfica);</li> <li>• Suscitou a reflexão sobre os processos de tomada de decisão, em especial junto do EEESMP tutor neste ensino clínico.</li> <li>• Reconheceu a sua competência na área de especialidade;</li> <li>• Não desempenhou o papel de consultora em relação à prestação de cuidados na área da especialidade.</li> </ul>
<p><b>A.1.3</b> Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferiu os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada, partilhando os mesmos e a sua análise com o EEESMP tutor.</li> </ul>
<p>Conclusão: Competência desenvolvida, embora sem o “exercício de consultadoria”.</p>	
<p><b>Competência A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os Direitos Humanos e as responsabilidades profissionais</b></p>	
<p><b>Unidade de competência</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>

<p><b>A.2.1</b> Promove a proteção dos Direitos Humanos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salvaguardou os Direitos Humanos dos clientes, de acordo com a deontologia profissional, diretos, como, por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Integridade física e emocional;</li> <li>○ Confidencialidade e segurança da informação;</li> <li>○ Escolha e autodeterminação dos cuidados no âmbito da especialidade neste ensino clínico;</li> <li>○ Privacidade.</li> </ul> </li> <li>. Preservou o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e as práticas espirituais dos clientes/indivíduo.</li> </ul>
<p><b>A.2.2</b> Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisou a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica), atendendo à especificidade do contexto (estabelecimento prisional;</li> <li>• Adotou uma conduta antecipatória, garantindo a segurança e a privacidade dos clientes;</li> <li>• Não foram registados (nem acompanhados) incidentes de prática insegura.</li> </ul>
<p>Conclusão: Competência desenvolvida.</p>	
<p><b>Competências B</b></p>	
<p><b>Competência B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</b></p>	
<p><b>Unidade de competência</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<p><b>B.1.1</b> Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua de qualidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoveu a incorporação de conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados do meio prisional;</li> <li>• Divulgou experiências em contexto prisional como sendo de sucesso.</li> </ul>

<p><b>B.1.2</b> Orienta projetos institucionais na área da qualidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de competência não desenvolvida. As metas definidas e o planejamento estratégico da qualidade dos cuidados e o programa” sobre “Comunicação” não foram de âmbito institucional.</li> </ul>
<p>Conclusão: Competência desenvolvida, embora as intervenções/os projetos desenvolvidos não tivessem alcançado uma dimensão institucional.</p>	
<p><b>Competência B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua</b></p>	
<p><b>Unidade de competência</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<p><b>B.2.1</b> Avalia a qualidade das práticas clínicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizou indicadores sensíveis de Enfermagem e instrumentos para avaliação das práticas clínicas, analisando resultados da avaliação efetuada (ver CAPÍTULO 3 - “CONCEÇÃO DE CUIDADOS”);</li> <li>• Não foram integradas auditorias clínicas.</li> </ul>
<p><b>B.2.2</b> Planeia programas de melhoria contínua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificou oportunidades de melhoria em relação à temática estudada;</li> <li>• Selecionou como estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados, a implementação de um “programa” (sessões psicoeducativas) sobre “Comunicação”</li> </ul>
<p><b>B.2.3</b> Lidera programas de melhoria contínua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de competência não desenvolvida.</li> </ul>
<p>Conclusão: Competência desenvolvida, embora não tenha existido intervenções no âmbito da “supervisão/liderança”.</p>	
<p><b>Competência B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro</b></p>	
<p><b>Unidade de competência</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p>
<p><b>B.3.1</b> Promove um ambiente físico/psicossocial, acolhedor e espiritual, gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentou a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das percepções de segurança dos clientes (indivíduo e/ou grupo);</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não foi possível contactar com a família dos clientes, pelo que não foram envolvidos no sentido de assegurar a satisfação das suas necessidades (culturais e espirituais);</li> <li>• Não desenvolveu intervenções quanto a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ segurança na administração terapêutica;</li> <li>○ saúde e segurança ocupacional;</li> <li>○ segurança de dados e de registos a nível da instituição (mecanismos já existentes).</li> </ul> </li> </ul>
<b>B.3.2</b> Participa na gestão de risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de competência não desenvolvida. Os mecanismos formais para a prevenção de incidentes e/ou de riscos ambientais, bem como os planos de emergência e de catástrofe e as medidas de prevenção e controlo da infeção, estavam já definidos antes do ensino clínico. Foram mantidos e respeitados.</li> </ul>
<p>Conclusão: Competência desenvolvida. Contudo, alguns aspetos não foram verificados, devido à existência prévia de “mecanismos de segurança” num contexto específico e complexo, como é o caso de um estabelecimento prisional.</p>	
<b>Competências C</b>	
<b>Competência C1 -Gera os cuidados de Enfermagem, otimizando o respeito de sua equipa e a articulação na equipa de saúde</b>	
<b>Unidade de competência</b>	<b>Avaliação</b>
<b>C.1.1</b> Otimiza o processo do cuidador a nível da tomada de decisão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborou nas decisões da equipa de Enfermagem;</li> <li>• Melhorou a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar;</li> <li>• Não desenvolveu intervenções ao nível da “assessoria” junto dos enfermeiros e da equipa.</li> </ul>
<b>C.1.2</b> Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de competência não desenvolvida.</li> </ul>

Conclusão: Competência desenvolvida, embora não tenham sido realizadas intervenções no âmbito da “assessoria” e da “delegação de funções”.	
<b>Competência C2 -Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia de qualidade dos cuidados</b>	
<b>Unidade de competência</b>	<b>Avaliação</b>
<b>C.2.1</b> Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades do cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeitou a legislação, as políticas e procedimentos de gestão de cuidados instituídos;</li> <li>• Implementou métodos de organização de trabalho adequados;</li> <li>• Utilizou os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.</li> </ul>
<b>C.2.2</b> Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconheceu os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa;</li> <li>• Fomentou um ambiente positivo e favorável à prática;</li> <li>• Não desenvolveu intervenções a nível da “liderança”.</li> </ul>
Conclusão: Competência desenvolvida, embora não aplicável à dimensão “liderança”.	
<b>Competências D</b>	
<b>Competência D1 -Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</b>	
<b>Unidade de competência</b>	<b>Avaliação</b>
<b>D.1.1</b> Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconheceu: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Os fatores podendo interferir no relacionamento com os outros clientes e a equipa multidisciplinar);</li> <li>○ A influência pessoal na relação profissional;</li> <li>○ Os seus recursos e limites pessoais e profissionais;</li> </ul> </li> <li>Geriu as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda.</li> </ul>
<b>D.1.2</b> Gera resposta de adaptabilidade individual e organizacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriu sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente;</li> <li>• Reconheceu e antecipou situações de eventual conflitualidade.</li> </ul>

Conclusão: Competência desenvolvida.	
<b>Competência D2 -Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</b>	
<b>Unidade de competência</b>	<b>Avaliação</b>
D.2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoreceu a aprendizagem dos enfermeiros e, relação à temática desenvolvida;</li> <li>• Não interveio como formadora em contexto de trabalho.</li> </ul>
D.2.2 Suporta a prática clínica em evidência científica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificou oportunidades de investigação sobre a “Comunicação” em ambiente de reclusão;</li> <li>• Contribuiu para o conhecimento da temática estudada “Comunicação” e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.</li> </ul>
D.2.3 Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possui conhecimentos de Enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada;</li> <li>• Rentabilizou as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas;</li> <li>• Não formulou e implementou processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.</li> </ul>
Conclusão: Competência desenvolvida, embora não tendo promovido a formação/os processos de formação na prática clínica.	

TABELA 5: Competências comuns desenvolvidas no contexto clínico em áreas diferenciadas

### COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Unidade de competência	Avaliação
F.1 Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificou fatores (pessoais ou circunstanciais) com potenciais</li> </ul>

<p>processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.</p>	<p>repercussões na relação terapêutica, recorrendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à autoanálise/supervisão contínua das suas reações (corporais, emocionais e comportamentais), enquanto futura EEESMP;</li> <li>- à análise da interface com o cliente durante a entrevista clínica;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preservou a relação terapêutica dentro dos limites e contexto estipulados, não revelando quaisquer processos de transferência e contratransferência.</li> </ul> <p><b>Conclusão:</b> Competência desenvolvida.</p>
<p><b>F.2</b>Assiste a pessoa ao longo do ciclo da vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executou uma avaliação global de um recluso com descrição da sua história (incluindo de saúde mental), identificação dos seus problemas/diagnóstico de Enfermagem e dos seus recursos internos);</li> <li>• Executou uma avaliação global das necessidades de um grupo de reclusos em relação à “Comunicação”, com recurso a um questionário sobre a mesma.</li> </ul> <p><b>Conclusão:</b> Competência desenvolvida.</p>
<p><b>F.3</b>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizou e implementou junto de uma pessoa em situação de reclusão, um plano de cuidados individualizados em saúde mental, de acordo com os diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados;</li> <li>• Identificou, descreveu e monitorizou os resultados individualizados, com base na análise de resultados das escalas aplicadas no início e no fim da intervenção (“Escala de Autoestima de Rosenberg”; “Escala de Ansiedade de Hamilton”);</li> <li>• Aplicou as taxonomias preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para os diagnósticos de Enfermagem;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolveu estratégias de empoderamento (reforço positivo; estratégias imagéticas para confronto de “fatores de perturbação”, técnicas de relaxamento, outras metodologias) que permitam ao cliente reduzir o risco de perturbação mental;</li> <li>• Delineou e implementou um projeto de intervenção no âmbito da “Comunicação”, dirigido a um grupo de reclusos - realizadas quatro sessões de educação sobre essa temática;</li> <li>• Para determinar os ganhos em relação à “Comunicação” aplicou o mesmo questionário que ao início do ensino clínico, sobre esse tema.</li> </ul> <p><b>Conclusão:</b> Competência desenvolvida.</p>
<p><b>F.4</b> Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo da vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliou o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas (não farmacológicas);</li> <li>• Implementou junto do cliente intervenções para promover a assertividade e uma Comunicação mais eficiente com os outros indivíduos em situação de reclusão;</li> <li>• Aplicou a metodologia “reestruturação cognitiva” como metodologia psicoterapêutica de eleição.</li> <li>• Implementou intervenções de reabilitação psicossocial, mas atendendo ao período restrito do ensino clínico, considera-se haver potencial de desenvolvimento neste âmbito.</li> </ul> <p><b>Conclusão:</b> Competência desenvolvida.</p>

TABELA 6: Competências específicas desenvolvidas no contexto clínico em áreas diferenciadas

**Conclusão:**

Constata-se que, de alguma forma, todas as competências do EEESMP foram desenvolvidas neste ensino clínico. Todavia, vários foram os aspetos em que se considera que existe um potencial de desenvolvimento na profundidade da abordagem, como as dinâmicas da “família”, da “comunidade”, da “reabilitação psicossocial” e da “emergência psiquiátrica”. Foram priorizadas as dimensões consideradas mais relevantes, tendo em conta o tempo definido para o referido ensino clínico.

**Balanço final**

Todos os contextos permitiram o desenvolvimento das competências do EEESMP, enriquecendo a prática com as especificidades/circunstâncias inerentes a cada ambiente e a cada indivíduo.

Não obstante, como referido anteriormente, não foi possível explorar com a profundidade desejada todas as dimensões possíveis. Tal situação teve origem, por vezes, no próprio indivíduo, na sua família ou cuidador (falta de acessibilidade a/indisponibilidade de), nos outros profissionais de saúde, no contexto em si (inexistência de emergências psiquiátricas) ou tão só nas opções metodológicas da própria EEESMP

## 5. UMA BREVE REFLEXÃO

As relações interpessoais e a Comunicação são transversais a todas as esferas da vida. A sua abrangência e diversidade são de tal forma que seria impossível abordar todos os aspetos referentes às mesmas. Seleccionaram-se, então, os fatores considerados essenciais para a concretização dos ensinamentos clínicos. Estamos, contudo, cientes, de que a exploração da temática estudada não se esgota aqui.

Numa sociedade de Comunicação como a nossa, a relação entre os seres humanos predomina (Touraine, 2021). Uma sociedade de informação que infunde a necessidade de compreender o outro e a necessidade de este nos compreender (Sequeira, 2016). A profissão de Enfermagem também ela, procura dar ênfase às necessidades da pessoa e aos processos de interação/Comunicação que com ela desenvolve, distanciando-se cada vez mais do “modelo biomédico”.

A relação começa hoje a ser pensada como veículo terapêutico, como nos asseguram Neto e Baptista (2022). De facto, é a Comunicação interpessoal que proporciona cuidados humanizados de escuta e cura (Mendes, 2020).

Mas o uso efetivo da Comunicação enquanto estratégia, implica o recurso a vários elementos (atitudes, comportamentos e qualidades) que devem adaptar-se à rapidez de diversos contextos com conteúdos complexos (Campos, 2018). Implica também que seja considerada “a singularidade” do indivíduo. É esta que deve ditar a escolha da(s) metodologia(s) de intervenção. Caso contrário, estamos a utilizar um “espartilho conceptual” (Neto & Baptista, 2022, p.53) que pode originar resistência perante o que a pessoa considera contrário aos seus valores e preferências pessoais (Neto & Baptista, 2022).

Ter consciência destes aspetos é crucial para o pleno desenvolvimento das competências do EEESMP, devendo suscitar alguma reflexão no sentido de melhores práticas. Foi (também) com este intuito que esta EEESMP analisou o seu percurso de aprendizagem, retirando dele algumas ilações.

Antes de mais, esse percurso encontrou fundamento em algumas premissas:

- Modelo de “ação-formação”

As intervenções foram implementadas com base no processo de Enfermagem e com recurso ao método crítico-reflexivo. Essas atividades (“Ação”) contribuíram, não só para a resolução de problemas identificados, mas também para a formação (e informação) da própria EEESMP e dos clientes (com as sessões psicoeducativas, por exemplo).

- Aprendizagem

Esta foi beneficiada pela existência de práticas contextualizadas em realidades diferentes, o que possibilitou o contacto com uma variedade de metodologias de

intervenções e diferentes “abordagens” de cuidados.

- Conhecimento

A EEESMP pôde usufruir do conhecimento e da experiência dos EEESMP sobre a área da especialidade e os clientes alvo de estudo.

- Investigação

A pesquisa bibliográfica com conteúdos de diferentes fontes sustentou este estudo. Por outro lado, tornou-se evidente para a própria que os processos comunicacionais podem sempre ser aperfeiçoados. Seria ilusório pensar que um indivíduo detém “todas” as habilidades nesse domínio. Uma pretensão que não é a desta EEESMP, para quem este ensino clínico constitui um ótimo campo para o treino da (sua) assertividade, e da (sua) “empatia” sem “transferência ou contratransferência” de emoções e de técnicas de Comunicação, no geral.

Em contrapartida, devido a várias condicionantes, alguns domínios não foram alvo de estudo. Não seria realista presumir que podemos restringir a área de SMP a um ensino clínico e que a realidade encontra expressão num “exercício teórico” ...

## CONCLUSÃO

Este relatório procurou dar resposta a uma solicitação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, na Unidade Curricular “Estágio de natureza profissional Módulo 2”. Reporta-se a ensinamentos clínicos realizados em três contextos de cuidados diferentes (contextos de cuidados a pessoas com problemas agudos, contexto comunitário e contexto clínico em áreas diferenciadas).

Para além da introdução, está dividido em cinco capítulos. Inicia-se com um enquadramento teórico à temática central (“Relações Interpessoais” e “Comunicação”). Posteriormente, foram descritos os contextos em que decorreu o ensino clínico. Foram ainda definidas e analisadas, de forma sistematizada e crítico-reflexiva, as atividades implementadas (junto de um indivíduo e de um grupo) e as competências adquiridas em cada contexto. Um percurso que suscitou uma breve reflexão, algumas observações e muitos desafios.

De facto, alguns elementos constituíram fatores dificultadores. Entre eles, podemos mencionar a própria complexidade da área da Saúde Mental e Psiquiatria, especialmente para quem não está (muito) familiarizada com ela. Mais do que “extrapolar a teoria”, é imprescindível corresponder às reais necessidades do indivíduo, não defraudando, contudo, as suas expectativas. Uma tarefa árdua com repercussões nas metodologias de intervenção escolhidas. Por outro lado, algumas das intervenções referidas apresentaram limitações ao nível da avaliação dos ganhos em saúde obtidos pelos “alvos” (cliente/grupo), com a realização das mesmas. A opção por certos indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem e certos instrumentos em detrimento de outros nem sempre foi linear.

Verificou-se, ainda, que o fator “tempo” também condicionou as várias etapas, no que diz respeito à “duração” do ensino clínico, mas também ao “tempo disponível” por parte do cliente/grupo. Resultados consistentes requerem, possivelmente, um espaço temporal mais alargado. Por fim, as próprias circunstâncias em que se encontravam os sujeitos limitou o acesso às suas famílias, um fator restritivo relativamente às intervenções de Enfermagem. Com efeito, a prestação de cuidados é “(...) um processo interacional que implica a reestruturação da família, cuja identificação de dificuldades no desempenho desta função impulsionará o desenvolvimento de estratégias de Comunicação (...) e de coping eficazes” (Figueiredo, 2022, p.49). Assim, sugere-se intervenções estruturadas, a longo prazo, a esse nível. Como grupo de socialização primário, a família é crucial para a pessoa desenvolver interações sociais (ou relações interpessoais) “saudáveis” com os outros indivíduos, como defende a mesma autora. Um facto patente nas observações efetuadas.

Menos evidentes foram os resultados alcançados, sendo sobretudo de natureza “qualitativa”. A

população-alvo adquiriu conhecimentos sobre a Comunicação e a sua importância para as interações sociais e os relacionamentos existentes dentro de uma sociedade. Assistiu-se, então, progressivamente, a uma evolução favorável na interação entre os sujeitos, com uma melhor gestão dos conflitos (temática explorada por outra enfermeira deste curso). A mesma evolução foi observada também nos relacionamentos entre os “clientes” (indivíduo e grupo) e os EEESMP no geral, e esta EEESMP, em particular. Com um “investimento mais significativo” (sessões de psicoeducação) sobre a “Comunicação” por parte desta última EEESMP, os clientes mostraram-se mais motivados para interagir. Constatou-se, assim, que a Comunicação é mesmo transversal a todas as realidades de cuidados e é premente na prática profissional para facilitar a mudança de comportamento do cliente, quando necessária. Um fenómeno com particular relevância num domínio tão sensível quanto o da Saúde Mental e Psiquiatria. E que põe em destaque a necessidade (imperatividade) do enfermeiro desenvolver/aprofundar as competências comunicacionais, como competências sociais (ou socio emocionais) fundamentais.

Este foi um dos objetivos que foi possível alcançar com estes ensinamentos clínicos - o aperfeiçoamento destas competências, pondo em prática as mesmas junto de indivíduos em situações (mais) vulneráveis, num processo que se desenvolveu de acordo com o processo de Enfermagem e ainda com as fases definidas por Peplau (“orientação”, “trabalho” e “resolução”) Procedeu-se, também, ao desenvolvimento de competências ao nível do planeamento, intervenção e apresentação de resultados, com base na evidência científica. Conseguiu-se, ainda, identificar a Comunicação interpessoal como estratégia para a realização de atividades. Algo que é crucial numa sociedade em franca mutação. Uma realidade em que “(...) as competências sociais e socio emocionais são, portanto, aquelas que vão ser necessárias no futuro, porque iremos precisar de trabalhar com pessoas diferentes, especializadas em campos distintos e, ao mesmo tempo, aprender a cooperar com robots e inteligência artificial, para que possamos alcançar os melhores resultados” (Neto & Baptista, 2022, p.313).

Contudo, a verdade é que essas competências já são essenciais atualmente, por exemplo, para ultrapassar as barreiras ao nível da Comunicação. Algumas das mesmas foram identificadas neste ensino clínico. Foi o caso de fatores associados ao emissor ou ao recetor (tais como as características psicológicas e as habilidades de Comunicação de cada um). Mas também aspetos relacionados com os próprios serviços (como uma dotação insuficiente de especialistas para os cuidados de SMP a prestar e as dinâmicas instituídas).

Por outro lado, os factos observados apontaram ainda para a necessidade de reforçar a articulação entre os vários profissionais de saúde.

Uma efetiva conjugação de esforços na equipa multidisciplinar suportada por um plano de Comunicação eficiente (com oportunidades de reflexão e de feedback para todos), poderá eventualmente ser uma das estratégias para atenuar a falta de recursos existentes (humanos, materiais e outros).

Constrangimentos numa área (ainda) subvalorizada, apesar dos esforços (institucionais)

crescentes em contrário. Nesta medida, é vital "dar voz" aos profissionais que estão a trabalhar na área em causa como é o caso dos EEESMP. No que a esta enfermeira diz respeito, estes foram de suma importância para o seu processo de aprendizagem. Sem esses profissionais, que enfrentam frequentemente condições adversas (recursos humanos e físicos deficitários), este trabalho não teria sido possível. Eles foram realmente o "elemento facilitador" em todo este percurso. Um processo que não está encerrado, apelando à integração de novos conhecimentos, resultantes de investigações futuras, na sua prática.

E múltiplas podem ser as temáticas investigadas, com potencial tradução na qualidade dos cuidados. A título de exemplo, com a monitorização e acompanhamento devidos, poderiam ser desenvolvidas intervenções com os reclusos da ULD no "terreno". Ou seja, seriam expostos a meios considerados por eles "críticos" / de risco, com o intuito de "catarse". Talvez a adoção de uma visão pouco (ou nada) convencional trouxesse resultados favoráveis. Afinal, a realidade não se esgota numa única perspetiva. Quem sabe se abordagens "diferentes" não resultariam em "ganhos diferentes"?...

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, C. (2019). *Modelo de Comunicação em saúde acp - As competências de Comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática*. Edições ISPA.

Arnold, E., & Boggs, K.U. (2019). *Interpersonal Relationships-professional communication skills for nurses*(8ªed.rev.). Elsevier. [https:// books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=lang\\_es%7Clang\\_for%7Clang\\_en%7Clang\\_pt&id=INTERPERSONAL+COMMUNICATION](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=lang_es%7Clang_for%7Clang_en%7Clang_pt&id=INTERPERSONAL+COMMUNICATION)

Baptista, T., & Neto, D. (2022). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais-perturbações e grupos específicos*, vol.1. Ed. Sílabo.

Bartolomeu, D., Montiel, J., & Machado, A. (2023). *Relações interpessoais. Conceções e contextos de intervenção e avaliação*. Vetor Editora.

Campos, C. (2018). A Comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de Enfermagem. *Revista Psilogos*, 15(1), 91-101. Hospital Professor Fernando Fonseca.

Carvalho, L., Pimenta, C., Bezerra, T., Silva, C., Ferreira, G., Santos, E., Costa, T. & Freitas, K. (2021) .Interpersonalcommunicationcompetence in theworkofnurse in a hospital environment. *Revista Mineira de Enfermagem*, 25,1-9.<https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=a26db3c8-fc49-4071-a13a07de3c50004%40redis&bdata=1KF1dGhIjExBIPwhwLHNoaWimbGFuZ71w>

Coelho, J., Sampaio, F., & Teixeira, S. (2020). *Revista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*, 23, 63-68.

Costa-Dias, M.J., Ferreira, P., oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem*, vol. 4 (2), p.7-17.

Decreto-Lei nº161/96 do Ministério da Saúde.(1996). Diário da República, 1ª Série A, nº205,2959-2962.  
[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1823&tabela=leis&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1823&tabela=leis&so_miolo=)

Despacho nº9390/2021 do Gabinete do Secretário Adjunto e Saúde. (2021). Diário da república, 2ª Série. <https://diariodarepublica.pt /dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Dortier, J. (2016). La communication: des relations interpersonnelles aux réseaux sociaux. *Collection Ouvrage de Synthèse*, 36. Sciences Humaines.

Figueiredo, M. (2022). *Conceção de cuidados em Enfermagem de saúde familiar. Estudos de caso*. Lusodidacta.

Grilo, A., Pina-Oliveira, & A., Puggina, A. (2021). Competence in interpersonal communication: relationships with social characteristics and anxiety trait. *Revista Mineira de Enfermagem*, 25, 1-10. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=a26db3c8-fc49-4071-a13a-07de3c50004%40redis&bdata=1KF1dGhJexBIPwhwLHNNoaWimbGFuZ71w>

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência. (2008). *Escalas e testes na demência* (2ª ed.). Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência. (2015). *Escalas e testes na demência*. Novartis.

Kershaw, B. Salvage, J. (1986). *Modelos de enfermagem*. Doyme.

Library of Professional Psychology. (2016). *Overview of Sullivan's theory*. Library of Professional Psychology. <https://library.psychology.edu/uploads/2016/04/Harry-Stack-Sullivan-publication-Piyali-pdf>

Lima, C., Soares, F., Ueno, T., Garcez, J., & Riera, J. (2021). Comunicação como instrumento de Enfermagem no cuidado interpessoal do usuário. *Revista Científica de Enfermagem*, 11(34), 78-87. <https://doi.org/10.24276/rrccien-2021.1134.78-87>

Martin, T., C. Paul, & J. Roncon (2000). Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças. Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, vol. 1 (1), p.3-9.

McFarland, M., & Wehbe-Alamah, H. (2019). Leininger's theory of culture care diversity and universality: an overview with a historical retrospective and a view toward the future. *Journal Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557.

Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel.

Mendes, L., Cardoso, S., Hott, A., & Souza, F. (2020). Importance of communication for quality nursing care: an integrative review. *Coleção Brazilian Journal of Surgery & Clinical*

Research, 32(2),169-174. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=36&sid=a5e94add-6108-4419-a553-dc55035aef1f%40redis>

Moorrhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2016). *NOC - classificação dos resultados de Enfermagem*.  
[https://www.academia.edu>NOC\\_classificação\\_dos\\_resultados\\_de\\_enfermagem](https://www.academia.edu>NOC_classificação_dos_resultados_de_enfermagem)

Moreira, C. (2016). Mini mental State Examination.  
[https://sapienta.ualg.pt>bitstream/10400.1/86557/7/MMSE%20\\_%20\\_portuguese.pdf](https://sapienta.ualg.pt>bitstream/10400.1/86557/7/MMSE%20_%20_portuguese.pdf)

Neto, D., & Baptista., T. (2022). *Psicoterapias cognitivas -comportamentais- intervenções clínicas*. Ed. Sílabo

Ordem dos Enfermeiros. Parecer nº 02/2010.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer02\\_MCEEESMP\\_Adequ](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer02_MCEEESMP_Adequ)

Organização Mundial de Saúde. (2019). *Global action on patient safety*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/710665/329284/A72\\_R6\\_en-pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/710665/329284/A72_R6_en-pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de práticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Organização Mundial de Saúde. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Peltokorpi, V., & Hood, A. (2019). Communication in theory and research on transactive memory systems-A literature review. *Coleção Topics in Cognitive Science*, 11(4).  
<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=a5e94add-6106-4419-a553-dc55035aef1f%40redis>

Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermeriapsicodinámica*. Salvat.

Pereira, C., Freitas, B., Gonçalves, A., Paiva, R., & Carvalho, S. (2019). Comunicação interpessoal e sua implicação na Enfermagem. *Cultura de los Cuidados*, 23(53), 230-238.  
<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=a5e94add-6108-4419-a553-dc55035aef1f%40redis>

Regulamento nº122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República: 2ª Série, nº 35, 8648-8653.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>.

Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2ª Série, 21427-21430. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: 2ª Série, nº 79, 10087-10090. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Regulamento nº190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: 2ª Série, nº79, 10087-10090. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Ribeiro, O. (2023). *Ambientes de prática de Enfermagem positivos -um roteiro para a qualidade e segurança*. Lidel.

Schön, D.A. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Artes Médicas.

Saraiva, C.B., & Cerejeira, J. (2018). *Psiquiatria fundamental*. Lidel.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental-diagnósticos de intervenção*. Lidel.

Touraine, A. (2021). *La société de communication et ses acteurs*. Seuil.

## ANEXOS

## Anexo 1 - Questionário sobre “Comunicação”

Questionário					
	1. Nunca demonstrado	2. Raramente demonstrado	3. Algumas vezes demonstrado	4. Frequentemente demonstrado	5. Consistentemente demonstrado
1) Tomo iniciativa para comunicar com os outros					
2) Estabeleço contacto com facilidade					
3) Demoro a iniciar qualquer coisa					
4) Deixo aos outros a iniciativa de estabelecer contacto					
5) Ouço sempre com muita atenção todas as pessoas com quem falo, sejam elas quais forem					
6) Tenho dificuldade em estabelecer relações					
7) Tento compreender o comportamento dos outros					
8) Gosto de conhecer o outro profundamente					
9) Estou atento às emoções dos outros					
10) Consigo aperceber-me de quando alguém está com problemas					
11) Reparo nas expressões faciais					
12) Sou um bom ouvinte					
13) Sou capaz de expressar os sentimentos dos outros					

Anexo 2 - Exercício Quebra-gelo



### Anexo 3 - Atividades para casa (“TPC”)

#### TPC (“Trabalho para Casa)

- De que modo gosta mais de comunicar – por palavras ou de outra forma?
- Transmita, sem ser por palavras, esta mensagem:  
“Estou triste”.
- Como se sente quando deve comunicar com os outros?



### TPC (“Trabalho para Casa)

- 3 exemplos de diálogo - com a D<sup>a</sup> Maria (vizinha):

1<sup>o</sup> diálogo:

*“Ó D. Maria, dê-me ovos. Preciso deles para fazer um bolo.”*

2<sup>o</sup> diálogo:

*“D. Maria, vou fazer um bolo e preciso que me dê os ovos. Pode ser?”*

3<sup>o</sup> diálogo:

*“D. Maria, estou a pensar fazer um bolo. Reparei que a senhora estava triste e que talvez gostasse de me ajudar. Mas faltam-me os ovos...”*

- Destes 3 diálogos, qual lhe parece o que poder ser mais bem aceite pela D<sup>a</sup> Maria?
  
- Consegue identificar a “Técnica de Comunicação” utilizada?

**TPC (“Trabalho para Casa)**

- Há algo que gostaria de dizer às outras pessoas e não tenha (ainda) conseguido dizer?
  
- O que o impede de fazer?
  
- Quais as dificuldades que sente quando comunica com os outros?



## Anexo 4 - Avaliação da sessão

### FICHA DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

#### Identificação da Ação de Formação

Ação: \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_ Data de Início: \_\_\_\_\_ Data de Fim: \_\_\_\_\_

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

<b>1</b> Insuficiente	<b>2</b> Médio	<b>3</b> Bom	<b>4</b> Excelente
--------------------------	-------------------	-----------------	-----------------------

#### 1 – Avaliação da sessão

Os objetivos da sessão eram claros?	1	2	3	4
O conteúdo foi adequado aos objetivos?	1	2	3	4
A sessão estava bem estruturada?	1	2	3	4
Os meios audiovisuais foram adequados?	1	2	3	4
A duração da sessão foi adequada?	1	2	3	4
As instalações foram adequadas?	1	2	3	4

#### 2 – Avaliação do formador

O Formador transmitiu com clareza os assuntos abordados?	O Formador conseguiu criar um clima propício à participação?	O Formador dominava o assunto que expôs?
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

#### 3 - Críticas/Sugestões/Comentários

Data de preenchimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

**Anexo 5 - Competências comuns do enfermeiro especialista (com base no Regulamento nº 140/2019)**

<b>Competências</b>	<b>Domínio</b>
A	Responsabilidade profissional, ética e legal
B	Melhoria contínua da qualidade
C	Gestão dos cuidados
D	Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

<b>Competência</b>	<b>Unidade de competência</b>
<b>A.1</b> Desenvolve uma prática profissional ética e legal	<p><b>A.1.1</b> Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;</p> <p><b>A.1.2</b> Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade;</p> <p><b>A.1.3</b> Avalia os processos e os resultados da tomada de decisão.</p>
<b>A.2</b> Garante práticas de cuidados que respeitem os Direitos Humanos e a responsabilidade profissional	<p><b>A.2.1</b> Promove a proteção dos Direitos Humanos;</p> <p><b>A.2.2</b> Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança.</p>
<b>B.1</b> Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica	<p><b>B.1.1</b> Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;</p> <p><b>B.1.2</b> Orienta projetos institucionais na área da qualidade.</p>
<b>B.2</b> Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua	<p><b>B.2.1</b> Avalia a qualidade das práticas clínicas;</p> <p><b>B.2.2</b> Planeia programas de melhoria contínua;</p> <p><b>B.2.3</b> Lidera programas de melhoria contínua.</p>

<p><b>B.3</b> Garante um ambiente terapêutico e seguro</p>	<p><b>B.3.1</b> Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;</p> <p><b>B.3.2</b> Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.</p>
<p><b>C.1</b> Gere os cuidadores de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde</p>	<p><b>C.1.1</b> Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;</p> <p><b>C.1.2</b> Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.</p>
<p><b>C.2</b> Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados</p>	<p><b>C.2.1</b> Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;</p> <p><b>C.2.2</b> Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</p>
<p><b>D.1</b> Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p>	<p><b>D.1.1</b> Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;</p> <p><b>D.1.2</b> Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.</p>
<p><b>D.2</b> Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p>	<p><b>D.2.1</b> Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho;</p> <p><b>D.2.2</b> Suporta a prática clínica em evidência científica;</p> <p><b>D.2.3</b> Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p>

**Anexo 6 - Competências específicas do EEESMP (com base no Regulamento nº 515/2018)**

Competência	Unidade de competência
<p>1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.</p>	<p>1.1 Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a intervenção de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.</p>
<p>2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo da vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.</p>	<p>2.1 Executa uma avaliação abrangente das necessidades de saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente;</p> <p>2.2 Executa uma avaliação global que permita uma descrição da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do cliente.</p> <p>2.3 Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupo.</p>
<p>3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.</p>	<p>3.1 Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade;</p> <p>3.2 Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental;</p> <p>3.3 Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade;</p> <p>3.4 Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados;</p>

	<p><b>3.5</b> Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da sua prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.</p>
<p><b>4.</b> Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo da vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.</p>	<p><b>4.1</b> Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental;</p> <p><b>4.2</b> Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação;</p> <p><b>4.3</b> Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.</p>