



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**As intervenções psicoeducativas do Enfermeiro
Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica**

Sérgio Paulo Tenreiro Gomes

Professor Doutor Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**As intervenções psicoeducativas do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Sérgio Paulo Tenreiro Gomes

Orientação: Professor Doutor Lino Alexandre Andrade
Martins dos Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Júri

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro Professor Coordenador, Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde (IPP-ESS)

Arguente: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro Professor Coordenador, Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde (IPP-ESS)

Orientador: Professor Doutor Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos Professor Coordenador, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde (IPS-ESS)

Agradecimentos

Aos meus amigos, que me acompanharam ao longo de todo o Mestrado e estiveram presentes nos momentos de maior dificuldade;

Aos meus familiares que, mais uma vez, me apoiaram de forma incondicional neste percurso;

Ao professor Lino, orientador do estágio e deste relatório, pelos seus conselhos e pela disponibilidade demonstrada;

Aos enfermeiros orientadores, que disponibilizaram o seu tempo e os seus conhecimentos e em muito contribuíram para o meu crescimento enquanto profissional e enquanto pessoa.

Resumo

A saúde mental de uma comunidade, grupo, família ou do próprio indivíduo tem merecido uma importância cada vez maior por parte dos vários quadrantes da sociedade. O paradigma da prestação de cuidados tem vindo a deslocar-se de forma contínua para uma intervenção cada vez mais especializada e multidisciplinar no seio da comunidade. O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica constitui-se como um dos profissionais que, fruto das suas competências especializadas, se posiciona como um dos mais competentes para poder intervir não só a nível das situações agudas de doença como na promoção e proteção da saúde mental.

Neste relatório de estágio, empreendemos um exercício que procura demonstrar o processo de aquisição de competências que temos realizado ao longo da nossa vida profissional, durante a componente letiva do Mestrado em Enfermagem e aquando da realização do estágio final, conducentes à atribuição do título de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Palavras-chave: Enfermagem psiquiátrica, saúde mental; intervenções psicoeducativas; autocuidado; comportamentos relacionados com saúde.

Abstract

The mental health of a community, group, family or the individual himself has been given an increasing importance by the society. The care paradigm has been continuously changing towards an increasingly specialized and multidisciplinary intervention within the community. The specialist nurse in mental health and psychiatry is one of the professionals who, as a result of their specialized skills, is positioned as one of the most competent to intervene, not only in acute situations of illness but also in the promotion and protection of mental health.

In this internship report, we conducted an exercise that seeks to demonstrate the process of acquisition of competences that we have carried out throughout our professional life, during the theoretical component of the Master's Degree in Nursing and during the final internship, leading to the award of the title of specialist nurse in mental health and psychiatry.

Keywords –Psychiatryc Nursing; mental health, psicoeducational intervencions; selfcare; Health-related behaviors.

Índice de anexos

	Pág.
Anexo 1 Folha de referenciação – projeto terapeuta de referência	110
Anexo II Projeto terapêutico.....	111

Índice de apêndices

	Pág.
Apêndice 1 Receitas de micro-ondas.....	112
Apêndice 2 Como elaborar um currículo (CV).....	119
Apêndice 3 Roteiro do passeio cultural a Belém.....	122
Apêndice 4 Questões que integram o Trivial da Saúde Mental.....	125
Apêndice 5 Tabuleiro do jogo Trivial da Saúde Mental.....	126
Apêndice 6 Regras do Trivial da Saúde Mental.....	127

Lista de abreviaturas e siglas

CNSM – Comissão Nacional para a Saúde Mental

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Plano Individual de Cuidados

MTMC – Modelo Transteórico de Mudança de Comportamentos

RNCCISM – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Índice geral

	Pág.
Nota introdutória.....	11
1 Enquadramento concetual.....	13
1.1 Evolução das políticas de saúde mental em Portugal.....	14
1.2 A promoção do autocuidado.....	20
1.3 Terapeutas de referência: um modelo atual de prestação de cuidados na comunidade.....	24
1.4 Saúde mental e doença mental grave	29
1.5 O enfermeiro especialista enquanto promotor da psicoeducação	32
1.6 O modelo transteórico de mudança de comportamento.....	36
2 Atividades desenvolvidas em contexto de estágio.....	42
2.1 Caracterização do local de estágio.....	42
2.2 Metodologia de projeto.....	48
2.2.1 Diagnóstico de situação.....	49
2.2.2 Planeamento de atividades.....	55
2.2.3 Execução do projeto.....	59
2.2.4 Avaliação do projeto.....	67
3 Análise reflexiva de aquisição de competências	73
3.1 Competências de grau de Mestre	74
3.2 Competências comuns do Enfermeiro Especialista.....	82
3.3 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental Psiquiátrica.....	91
Considerações finais.....	99
Bibliografia.....	101
Anexos.....	110
Apêndices.....	112

Nota introdutória

Este trabalho surge no âmbito da unidade curricular de Relatório de Estágio do 6º Mestrado em Enfermagem em associação entre o Instituto Politécnico de Setúbal, Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Portalegre e Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Este relatório é o culminar de um processo que se iniciou com o ingresso no Mestrado em Enfermagem e objetiva a obtenção do grau de Mestre e do título de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. Todavia, ele reflete não só o percurso realizado nesta etapa, na medida em que é pautado com incursões mais ou menos pontuais ao nosso percurso profissional e académico, que em muito contribuiu para o desenvolvimento das competências que nos são exigidas.

O tema deste relatório incide sobre as intervenções psicoeducativas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica pelo que importa referir que a psicoeducação como disciplina científica de conhecimento e atuação bidimensional entre a saúde e a educação, interage com o processo de aprendizagem humano, especificamente orientada para os seus padrões normais e patológicos, considerando a influência do meio, da família, da sociedade e do percurso profissional do indivíduo na sua trajetória de vida (Caminha, Wainer, Oliveira & Piccoloto, 2003). Por outro lado, as intervenções psicoeducativas constam do corpo de conhecimentos inscrito nas diversas competências associadas ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica que deve assim possuir competências neste âmbito.

Na realização deste relatório foi definido com objetivo geral: demonstrar que reunimos os pressupostos para a atribuição do grau de Mestre e do título de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. Foram ainda definidos os seguintes objetivos específicos: aprofundar conhecimentos teórico-científicos no âmbito das intervenções psicoeducativas; apresentar a metodologia de projeto que norteou a realização do estágio final e refletir sobre as diversas competências exigidas aos detentores do grau de Mestre, do título de enfermeiro especialista e do título de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Este relatório encontra-se dividido em três capítulos distintos que se interligam entre si. Neste sentido, no primeiro capítulo, empreendemos a realização de um enquadramento teórico onde nos debruçamos sobre diversas temáticas como a evolução das políticas de saúde mental em Portugal, que têm vindo a caminhar no sentido da proximidade da prestação dos cuidados aos utentes, com uma importante repercussão nos cuidados prestados no âmbito da enfermagem comunitária. Abordamos também a teoria do autocuidado de Dorothea Orem e o modelo transteórico de mudança de comportamento que guiaram as nossas intervenções junto da nossa população alvo. Sentimos ainda necessidade de analisar o modelo de prestação de cuidados empreendido pelos terapeutas de referência bem como concetualizar a saúde mental e a doença mental grave, conceitos chave na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com perturbações do foro psiquiátrico. Considerámos ainda importante referir-nos às competências que o enfermeiro especialista detém enquanto promotor de atividades psicoeducativas junto dos seus utentes. No capítulo seguinte, abordamos as diferentes atividades que foram realizadas ao longo do estágio final. Assim, inicialmente, fizemos menção ao local onde decorreu o nosso estágio, procurando caracterizá-lo segundo diversos vetores para depois apresentarmos o projeto que tivemos a oportunidade de executar, desde a realização de diagnósticos de enfermagem, planeamento das atividades e execução do projeto até à avaliação do mesmo. Por último, no terceiro capítulo, promovemos uma análise reflexiva sobre as competências que consideramos ter adquirido, não só no contexto da realização do estágio final, como ao longo da nossa vida profissional e académica e aquando da frequência da componente teórica do Mestrado em Enfermagem. Nota ainda para a existência de diversos apêndices e anexos que contribuem para uma clarificação dos conteúdos presentes no relatório. Todavia, por motivos de confidencialidade, alguns destes documentos serão retirados após a defesa pública do presente relatório.

1 – Enquadramento concetual

Ao longo deste capítulo pretendemos aprofundar determinados domínios no âmbito da saúde mental e psiquiátrica que se mostraram indispensáveis para a concretização dos objetivos iniciais delineados.

Neste sentido, encetámos inicialmente um percurso que nos levou a perceber de forma cabal a evolução das políticas que nortearam os cuidados aos utentes com perturbações mentais, com o enfoque que na atualidade é concedido aos cuidados na comunidade e ao paradigma dos cuidados centrados no utente.

Posteriormente debruçamo-nos sobre a teoria do autocuidado proposta por Dorothea Orem. Tendo em conta o contexto comunitário deste estágio e a necessidade de dotarmos os nossos utentes de ferramentas para colmatarem de forma autónoma as necessidades identificadas, considerámos que este modelo se revelava como o mais adequado para fundamentarmos as nossas intervenções junto dos utentes. Note-se que a consolidação da enfermagem enquanto ciência só foi possível através da criação e da estabilização de uma linguagem própria que fosse capaz de conferir significância à profissão. No núcleo desta linguagem encontram-se as teorias de enfermagem cujo objetivo se centra na definição, caracterização e explicação, tendo por base um enquadramento concetual, dos diversos fenómenos relacionados com a enfermagem. Assim sendo, as teorias em enfermagem são responsáveis pela organização de ideias, descrição de acontecimentos entre outros domínios, contribuindo para uma visão científica da enfermagem e para o desenvolvimento da sua prática (Garcia & Nóbrega, 2004).

Numa fase seguinte, e considerando que o estágio se desenrolou no projeto terapêutas de referência e na unidade de projeto, empreendemos num esclarecimento sobre os fundamentos destas modalidades de cuidados, procurando aprofundar quais os seus objetivos e as linhas de atuação.

Tendo em conta que um dos critérios para a inclusão de determinados utentes no projeto terapêutas de referência e na unidade de projeto diz respeito à existência de um diagnóstico de doença mental grave, posteriormente, intentámos numa clarificação deste conceito assim como do conceito de saúde mental.

Notámos ainda a necessidade de, baseando-se, frequentemente, a intervenção do terapeuta de referência em sessões de psicoeducação, esclarecer os conceitos subjacentes a esta intervenção debruçando-nos também sobre as competências que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica deve deter para empreender esta intervenção.

Por último, e tendo em conta que as intervenções psicoeducativas objetivam uma frequente mudança de comportamentos por parte do utente, detivemo-nos sobre o modelo transteórico de mudança de comportamento no sentido de melhor compreendermos as dinâmicas envolvidas neste processo.

1.1 – Evolução das políticas de saúde mental em Portugal

A evolução dos cuidados prestados às pessoas com perturbações do foro mental em Portugal pode ser analisada através das alterações que se se foram operando na legislação específica na qual se percebe a alteração de paradigmas na assistência a estes utentes, nomeadamente a transição de modelos de institucionalização para modelos onde predominam os cuidados na comunidade.

O fluxo legislativo no âmbito da saúde mental em Portugal teve o seu início em 1889, com a denominada Lei Sena. Esta pressupunha a divisão do país em quatro círculos assistenciais distintos, operando uma divisão entre asilo e hospital. Previa-se, deste modo, a criação de dois asilos e três hospitais no território nacional, bem como de enfermarias anexas às penitenciárias para acolherem alienados criminosos. Apesar das críticas provenientes de vários quadrantes e personalidades ligadas ao mundo da assistência aos alienados, não houve qualquer concretização das diretivas inscritas na Lei de 1889, exceto no que à cobrança dos impostos dizia respeito. Os novos hospitais ficaram por construir e o Hospital de Rilhafoles, juntamente com o Hospital Conde Ferreira, debatiam-se cada vez mais com o problema da sobrelotação de doentes, com uma população cada vez mais incurável, desvirtuando deste modo o objetivo assistencial dos mesmos (Pereira, 1986).

Aquando da implantação da República em Portugal, assistimos a uma importante alteração legislativa com a promulgação da lei de assistência aos alienados de 13 de maio de 1911, da autoria de Júlio de Matos. Este diploma introduziu no léxico legislativo nacional o conceito de

manicómio e de colónia agrícola e pretendeu organizar e definir o seu conteúdo assistencial e a sua implantação no território nacional. Neste sentido, iriam ser criados sete manicómios que estariam repartidos por quatro categorias distintas: manicómios de ensino, manicómios criminais, manicómios regionais e manicómios-asilo. À semelhança da Lei Sena, este diploma legislativo conheceu pouca aplicabilidade na prática assistencial nacional. É certo que, com a criação das novas Faculdades de Medicina em Lisboa e Porto e com a inclusão das disciplinas de Psiquiatria e Psiquiatria Forense nos currículos de Medicina, se assiste a uma renovada importância das instituições que acolhiam alienados. No entanto, tal não foi suficiente para se proceder à edificação de novos hospitais nem à criação das designadas colónias agrícolas (Cid, 1984).

Apesar de existirem projetos, Portugal só viria a ter uma nova instituição pública de acolhimento aos alienados na década de 40 do séc. XX – o inicialmente denominado Manicómio do Campo Grande –, que abriu portas como Hospital Júlio de Matos. Por outro lado, as colónias agrícolas previstas, apenas seriam inauguradas muitos anos mais tarde (1959 – Colónia agrícola do Lorvão; 1964 – Colónia agrícola de Arnes) (Alves & Silva, 2004).

A reforma da assistência psiquiátrica em Portugal ganha novo impulso em 1945, com Lei n.º 2006 (e os DL n.º 34.502 e 34.534 que a regulamentam). Pela primeira vez, é proposta uma abordagem profilática e higienista, com a criação de centros de assistência psiquiátrica, dispensários de higiene mental e asilos (Alves & Silva, 2004).

Na década de 60, assistimos uma nova tentativa de reforma da assistência psiquiátrica em Portugal com a promulgação da Lei de Bases de Saúde Mental em 1963. Este novo diploma, que procurava uma desospitalização dos cuidados de psiquiatria, pressupunha uma sectorização dos serviços psiquiátricos, bem como a criação de centros de saúde mental em cada distrito e uma ligação aos cuidados de saúde primários (CSP) (Presidência da República, 1963). Do ponto de vista conceptual, assistimos ao amplificar da importância concedida às ações de carácter profilático e recuperador, numa lógica de reabilitação e integração social (Alves & Silva, 2004; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental [SPPSM], 2015). Esta Lei de Bases da Saúde Mental apostava na descentralização da prestação de cuidados através da criação dos centros de saúde mental e de um conjunto de outras instituições, no entanto, foram apenas criados na década de 70, efetuando-se uma mudança dos nomes dos hospitais para centros de saúde mental (Ferreira, 1988). Relativamente a estes, em pouco se diferenciavam do hospital psiquiátrico e correspondiam a “um conjunto de funções assistenciais exercidas por estruturas de

diversa localização, para uma população menos numerosa, embora variável: dispensário, consultas no exterior, centro de dia, internamento de doentes agudos, ligação ao hospital geral, asilo de crónicos, etc.” (Jara, 1999, p. XIV).

Na década de 80 ainda se procurava, com o DL n.º 74/1984, uma ligação da saúde mental aos CSP, numa lógica de desinstitucionalização e integração dos cuidados no seio da comunidade. O elevado número de diplomas que nesta década procurou implementar este paradigma é esclarecedor no que se refere à sua não aplicação no quotidiano assistencial e organizacional nacional (Alves & Silva, 2004).

Chegados à década de 90, mais especificamente a 1992, são extintos os centros de saúde mental, ocorrendo a sua integração nos hospitais gerais, centrais e distritais. Estes passaram a dispor de departamentos de urgência psiquiátrica, no entanto, foram mantidos alguns hospitais centrais especializados em psiquiatria nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra. Assistimos, assim, à integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de cuidados de saúde, não através dos CSP, mas sim pela via hospitalar (Alves & Silva, 2004).

Data também do final do séc. XX, a instituição e desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação psicossocial. Apesar de estes terem um âmbito limitado é perceptível uma alteração na filosofia assistencial vigente onde as residências comunitárias e empresas de cariz social para doentes mentais graves não existiam em Portugal (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008)

Em 1998, é publicada a Lei n.º 36/98 – Lei de Saúde Mental que procurou, sobretudo, regulamentar o internamento compulsivo, e na qual assistimos, pela primeira vez, à publicação dos direitos e dos deveres dos doentes no que se refere aos cuidados de saúde mental (Assembleia da República, 1998).

Já em pleno século XXI, continuamos a assistir a alterações na regulamentação dos cuidados de saúde mental, nomeadamente através do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, aprovado em 2008. Este diploma procurou, entre outros objetivos, assegurar um acesso equitativo aos cuidados de saúde mental, reduzir o impacto das perturbações mentais, promover a descentralização dos serviços de saúde mental, bem como a sua integração nas diversas valências do sistema geral de saúde, nomeadamente na rede nacional de cuidados continuados integrados (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a

Saúde Mental, 2008), tendo sido clarificados no DL n.º 22/2011 os termos da responsabilidade da rede nacional de cuidados continuados integrados de saúde mental (RNCCISM).

Para a concretização dos objetivos delineados, propunha-se uma diminuição do número de utentes institucionalizados em cerca de 40%; encerramento de unidades especializadas em saúde mental (por exemplo, Hospital Miguel Bombarda); criação de valências na comunidade e um maior enfoque na formação de profissionais; apoio aos sem-abrigo e aos jovens com dificuldade na inclusão social, entre outros (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

O relatório de avaliação do plano supramencionado, realizado em 2017 sugere uma série de propostas para a extensão do mesmo até 2020, nomeadamente no que se refere à implementação dos cuidados de continuados integrados em saúde mental e desenvolvimento de programas de promoção e prevenção da saúde mental (Teixeira & Cabral, 2008).

Mais recentemente, o DL n.º 113/2021, de 14 de dezembro de 2021, procura estabelecer princípios gerais e regras de organização e funcionamento dos serviços de saúde mental onde é enfatizada uma filosofia de cuidados na comunidade de acordo com a reforma de saúde mental inserida no plano de recuperação e resiliência apresentado à Comissão Europeia em 2020 (Presidência do Conselho de Ministros, 2021).

Desde o final do séc. XIX que assistimos a uma reiterada produção de diplomas legislativos no âmbito dos cuidados de saúde mental. Estes traduzem, não só, uma atualização conceptual procurando refletir os novos paradigmas na assistência psiquiátrica, como demonstram frequentemente uma deficiente implementação dos mesmos na atividade assistencial, o que não pode deixar de constituir um ponto de reflexão, quer para a classe política, quer para os profissionais de saúde.

A mudança de paradigma assistencial que se vai promovendo na atualidade, incide não só numa lógica de promoção dos cuidados na comunidade, como também numa alteração dos modelos de assistência nos quais o utente vai adquirindo um protagonismo cada vez maior

Quando o foco são as pessoas com alguma perturbação mental é importante considerar que muitas destas perturbações podem adquirir contornos de cronicidade, exigindo tratamentos que se prolongam no tempo. Por outro lado, deve-se operar a realização de um diagnóstico multidimensional onde se tenha em atenção o impacto destas perturbações não só no próprio

individuo como também na sua família. Embora o tratamento dependa em grande parte do diagnóstico efetuado, os cuidados a realizar encontram-se muito dependentes das outras dimensões do diagnóstico multidimensional, remetendo para o conceito de diagnóstico de funcionalidade definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ou seja, para um diagnóstico que tenha em conta as capacidades da pessoa integrada no seu contexto, exigindo deste modo uma resposta integrada dos profissionais de saúde e do setor social (Lopes & Pereira, 2019).

A adoção de uma filosofia de cuidados centrados no doente pressupõe um ajustamento cultural e exige a adoção de determinados comportamentos e atitudes por parte dos profissionais de saúde e das próprias instituições prestadoras de cuidados que podem potenciar a eficácia dos cuidados prestados. Neste sentido é fulcral a existência de vontade de participar em equipas não hierárquicas, assim como, uma intenção de adotar estruturas de incentivos que procurem motivar a disponibilização do tempo adequado aos doentes com necessidades complexas. É também necessário promover a confiança e encorajar os próprios utentes, que assim o desejam, para constituir uma parte ativa na gestão da sua própria saúde, bem como assumir um compromisso com a instituição de saúde no sentido de esta providenciar a prioridade do doente no acesso aos cuidados de saúde. Este modelo de cuidados pressupõe que os intervenientes demonstrem vontade de corrigir as lacunas que possam existir nos indicadores de qualidade deste modelo, comprometendo-se a aplicar as soluções propostas. Por último, alude-se à necessidade de acolhimento das diversas tecnologias de informação em saúde existentes numa lógica de promover a eficácia e os fluxos comunicacionais. Note-se assim que as atitudes e comportamentos que devem ser adotados pelos profissionais de saúde, numa lógica de cuidados centrados no doente, abordam essencialmente domínios não técnicos (Lewis, 2009).

A participação dos doentes e dos seus cuidadores no seu processo de cuidados exige uma integração dos mesmos na equipa de cuidados, o que nos remete para o princípio da coprodução de cuidados, o qual procura concretizar esta integração e consiste na prestação de determinados serviços, tendo por base uma relação caracterizada pela reciprocidade e igualdade entre os profissionais e os indivíduos utilizadores dos serviços (Lopes, 2016).

O conceito de coprodução estipula seis princípios fundamentais: ativos, capacidade, reciprocidade, redes, esbatimento de papéis e catalisadores. No que se refere aos ativos, estes são responsáveis pela transformação da perceção das pessoas de recetores passivos de serviços e

encargos para o sistema para uma perceção onde desempenham um papel igualitário no ponto de vista da prestação de serviços. Já o princípio da capacidade consiste na alteração que se opera no modelo de prestação de serviços públicos, que deixa de se centrar no défice para se focar no reconhecimento e promoção do desenvolvimento das capacidades das pessoas, promovendo o apoio das mesmas de forma ativa para que estas possam ser usadas em favor do indivíduo e da sua comunidade. No âmbito do princípio da reciprocidade são implementados programas de apoio às pessoas que lhes permitam receber incentivos de ordem variada para se envolverem no plano de cuidados, permitindo-lhes assim trabalhar de forma recíproca com os profissionais e outros cidadãos. O campo de ação do princípio das redes refere-se à necessidade de criação de um suporte de redes que permitam o envolvimento dos cidadãos e dos profissionais no sentido de se proporcionar uma transferência de conhecimentos. Quando aludimos ao princípio do esbatimento de papéis, referimo-nos à necessidade inerente de alteração dos limites que habitualmente se encontram bem definidos entre os profissionais de saúde e os beneficiários de cuidados, bem como entre os produtores e os consumidores de serviços, para que se opere uma reconfiguração das formas através das quais os serviços são prestados aos clientes. Por último, menciona-se o princípio catalisador que procura fomentar a capacitação dos serviços públicos para facilitarem uma descentralização dos cuidados (Lopes, 2016).

A transformação que se opera no processo de cuidados quando este assume os princípios da coprodução cria condições para que se possa maximizar as capacidades dos cuidadores, que acabam por se tornar verdadeiros peritos cabendo aos profissionais aproveitar esta mais-valia. Estão assim levantados os pressupostos para que o processo de cuidados seja definido considerando o indivíduo e a sua família como pontos fulcrais do mesmo, um processo de cuidados que vê a pessoa não apenas como recetor de cuidados de saúde, mas como um parceiro no planeamento, desenvolvimento e monitorização do atendimento de forma a garantir que o processo de cuidados se adapta e responde às suas necessidades (Lopes, 2016).

1.2 - A promoção do autocuidado

O contexto comunitário no qual foi realizado este estágio apelou de forma constante ao desenvolvimento de competências por parte do utente conducentes a práticas que integram a promoção do autocuidado pelo que considerámos importante debruçarmo-nos de forma mais cuidada sobre esta conceção.

O conceito de autocuidado foi inicialmente introduzido no final da década de 50 do século passado por Dorothea Orem que desenvolveu um modelo de cuidados de enfermagem a partir do qual derivam várias teorias de médio alcance.

De modo sucinto, o autocuidado é definido como a prática de atividades por parte do indivíduo e por sua própria iniciativa, como o intuito de manter a sua vida, saúde e bem-estar. Neste sentido, o autocuidado representa um conjunto de comportamentos apreendidos, fruto de experiências cognitivas, culturais e sociais. Paralelamente, a autora refere-nos que este conceito é-nos revelado por dois outros conceitos que se ligam entre si: o agente do autocuidado e o comportamento de autocuidado. Assim, o agente de autocuidado diz respeito à capacidade que um indivíduo possui para desenvolver o comportamento de autocuidado. Este envolve uma série de domínios, nomeadamente o domínio cognitivo (conhecimento do seu estado de saúde, das capacidades de autogestão e de tomada de decisão), domínio físico (traduzido na capacidade física que o indivíduo tem para desenvolver as ações de autogestão), domínio emocional (do qual fazem parte o seu sistema de valores, atitudes e motivação) e o domínio comportamental (refere-se às capacidades necessárias para que o utente possa desenvolver os comportamentos de autocuidado) (Orem, 2001).

A teoria do autocuidado de Dorothea Orem engloba três diferentes teorias, interligadas entre si: a teoria do autocuidado, a teoria do déficite de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

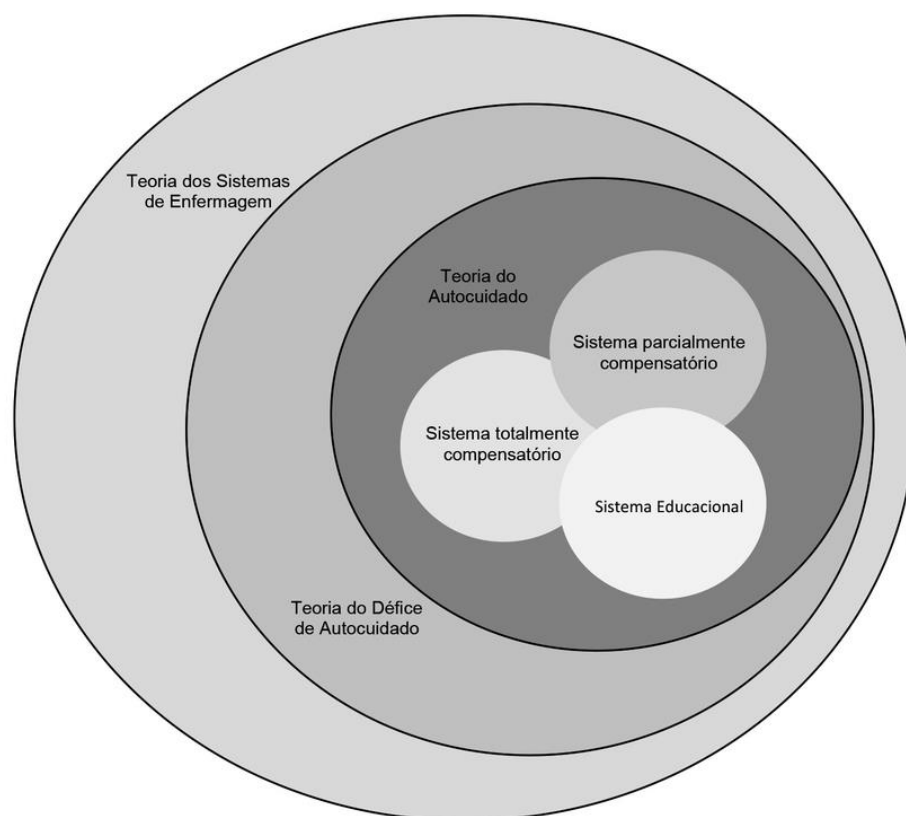


Figura 1. Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem. Fonte: Orem (2001).

A teoria do autocuidado descreve o porquê e de que forma os indivíduos empreendem comportamentos que promovem a sua saúde (Orem, 2006).

No que concerne à teoria do déficit de autocuidado, esta assume que, na ausência de limitações de saúde, a capacidade para empreender o autocuidado é proporcional à necessidade do mesmo. Todavia, fruto de limitações multifatoriais, quer de origem física quer psicológica, o indivíduo pode tornar-se incapaz de cuidar de si, exibindo um déficit na sua capacidade para o autocuidado (Orem, 2006).

No que diz respeito à teoria dos sistemas de enfermagem esta alude a um conjunto de ações de planeamento e execução, que procuram, por um lado, cuidar da pessoa com diferentes graus de dependência e, por outro, promover a sua capacidade para o autocuidado. Neste sentido, os enfermeiros atuam de acordo com três sistemas interligados: sistema totalmente compensatório (ocorre quando o enfermeiro é responsável pela execução de todas as ações de autocuidado), sistema parcialmente compensatório (quando o enfermeiro auxilia nas atividades que o indivíduo não consegue realizar de forma autónoma, sendo que ainda é capaz de realizar algumas atividades

de forma independente) e o sistema educacional, no qual o indivíduo, apesar de poder realizar o autocuidado de forma autónoma, necessita do apoio profissional no âmbito do ensino e supervisão da realização do mesmo (Orem, 2006).

Para Schub (2012), o autocuidado revela-se como a capacidade percebida e/ou performance atual dos comportamentos que se encontram relacionados com a manutenção e promoção da saúde, com a prevenção da doença e com o autotratamento. O autor refere-nos ainda que as ações de carácter específico que refletem o autocuidado são influenciadas pelo objetivo que determina a sua execução, pela população-alvo e pelos diferentes contextos de cuidados.

Note-se ainda que a performance atual do comportamento de autocuidado é influenciada diretamente pela perceção do próprio agente do autocuidado. Neste sentido, são vários os fatores que influenciam o exercício do agente de autocuidado, nomeadamente, fatores cognitivos, psicossociais, físicos, demográficos e socioculturais.

Os fatores cognitivos dizem respeito às capacidades do foro organizacional, da aprendizagem, da resolução de problemas, da memória, do conhecimento e da perceção da ação ou tratamento. Por outro lado, os fatores psicossociais compreendem o autoconceito, a autoestima, a autodisciplina, a autocompetência percebida e a motivação do próprio utente. No que se refere aos fatores físicos estes compreendem a destreza, as capacidades psicomotoras, o nível de atividade, o estado funcional de saúde e incapacidade. No âmbito dos fatores demográficos podemos encontrar características como a idade, o sexo, o grau de ensino, o estatuto socioeconómico ou as condições habitacionais. Por último, os fatores socioculturais, englobam o sistema familiar, as crenças e práticas culturais, o suporte social, a disponibilidade de recursos e as crenças e valores de saúde (Schub, 2012).

Todos estes determinantes influenciam de forma direta o autocuidado das pessoas pelo que devem ser considerados pelo enfermeiro aquando do seu planeamento dos cuidados de enfermagem. Assim sendo, o enfermeiro deve planear os seus cuidados de forma que estes se ajustem às características demográficas, psicossociais, físicas e cognitivas dos seus utentes, deve ter em conta estes fatores aquando da monitorização das práticas de autocuidados dos utentes e quando controlam a sua influência nos resultados esperados do autocuidado nos cuidados de enfermagem (Schub, 2012).

O modelo do autocuidado assume que existem várias áreas de necessidades humanas que devem ser satisfeitas com o propósito de manutenção da vida, da saúde e do bem-estar do indivíduo. No entanto, quer as capacidades de autocuidado quer as necessidades de cuidados são alteradas por fatores condicionantes básicos que dizem respeito às características individuais da pessoa, nomeadamente pela cultura, nível de desenvolvimento, recursos sociais, educação bem com condições relacionadas com a doença e o seu tratamento (Bub *et al.*, 2005).

Os comportamentos de autocuidado têm consequências positivas nomeadamente na diminuição do risco de complicações, no aumento do sentido de responsabilidade, na diminuição dos custos em saúde, no aumento da independência e autonomia dos utentes, na melhoria do seu funcionamento social e qualidade de vida, na diminuição da utilização dos cuidados de saúde, no controlo de sintomas, entre outros (Schub, 2012).

O modelo do autocuidado proposto por Orem tem vindo a ser desenvolvido e atualizado paralelamente com a própria evolução da Enfermagem e adaptando-se aos novos modelos de práticas assistenciais. Na atualidade, o modelo assistencial exige aos governos e aos profissionais de saúde que as respostas dos cuidados de saúde sejam centradas na pessoa e na sua família, em oposição a paradigmas anteriores onde a doença representava o principal objetivo de cuidados (Lopes & Pereira, 2019).

Os utentes com doença mental grave demonstram frequentemente um evidente comprometimento na sua capacidade de realizar ações conducentes ao autocuidado, muito devido à natureza psicótica da doença, paralelamente ao facto de esta se manifestar muitas vezes no final da adolescência e no início da idade adulta o que compromete múltiplas aprendizagens que visam a fundação de bases para a autonomia dos indivíduos, através da sua formação académica e profissional (Brito, 2018).

A promoção do autocuidado afigura-se assim como uma das principais intervenções do enfermeiro, adquirindo ainda maior importância aquando da intervenção na comunidade por parte do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. Assim, um conhecimento mais aprofundado da teoria do autocuidado de Dorothea Orem permitir-nos-á intervir de forma mais adequada junto dos utentes com patologias do foro mental.

1.3 - Terapeutas de referência: Um modelo atual de prestação de cuidados na comunidade

A mudança de paradigmas assistenciais no âmbito da saúde mental nas últimas décadas tem, como pudemos verificar, caminhado no sentido de uma maior proximidade com o utente, através de modelos que privilegiam os cuidados na comunidade e centrados no utente. Estas mudanças são personalizadas, na atualidade, pela figura do terapeuta de referência cujo foco de intervenção é o utente na comunidade e intervém considerando a individualidade dos seus utentes. Neste sentido torna-se importante incidir o nosso trabalho sobre as características deste modelo assistencial.

O conceito de terapeuta de referência tem a sua génese no conceito de gestão de caso que, em saúde mental comunitária, se iniciou na década de 60 do século passado nos Estados Unidos da América. Intrinsecamente correlacionado encontramos o conceito de *case manager* que surge com o intuito de se constituir como uma figura de apoio aos doentes do foro mental que haviam sido desinstitucionalizados (Burns & Perkins, 2000).

Numa fase inicial, esta função era desempenhada por indivíduos que não dispunham de qualquer formação no âmbito da saúde e tinham como função assegurar a continuidade, acessibilidade e eficiência dos cuidados após a alta dos doentes do hospital psiquiátrico. Para tal, era-lhes ministrada uma formação que procurava que os *case managers* fossem capazes de avaliar quais as necessidades dos doentes e, posteriormente, desenvolvessem um plano de cuidados do qual constavam os serviços que seria necessário acionar, a monitorização e avaliação dos serviços prestados bem como o acompanhamento da evolução da situação do doente ao longo do tempo (Burns & Perkins, 2000).

Este modelo foi, numa fase inicial, criticado quanto à sua eficácia pois constatou-se que a falta de experiência e de competências clínicas no âmbito da saúde mental e psiquiátrica dos *case managers* comprometia os objetivos propostos. Constatou-se que, perante a complexidade das problemáticas associadas ao doente mental e a dificuldade que os mesmos apresentavam em utilizar os serviços disponíveis, seria necessário estabelecer uma relação terapêutica para que fosse possível efetuar uma avaliação das necessidades e das capacidades do doente de forma a estabelecer planos de cuidados adequados e personalizados. Assistiu-se deste modo a uma substituição dos *case managers* por profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos (Burns & Perkins, 2000).

Embora com diversas variações do ponto de vista da designação, o modelo de *case manager* é adotado em muitos países a nível mundial, com realidades assistenciais tão distintas como em Portugal, Austrália, Canadá, Brasil, Irão entre outros (Machado, Dahl, Carvalho & Cavalcanti, 2007).

Assim sendo, o modelo do terapeuta de referência surge a nível mundial como uma necessidade para dar uma resposta aos problemas específicos de determinados doentes mentais que, embora lhes seja dada a oportunidade de usufruir dos serviços médicos, sociais e comunitários existentes, não recorrem a estes serviços pelo desconhecimento da sua existência e por incapacidades resultantes do seu processo patológico.

Este modelo assenta numa base filosófica na qual os cuidados são centrados na pessoa, promovendo ainda intervenções multidisciplinares e proporcionando cuidados globais na comunidade, contrariando a assistência tradicional alicerçada nas instituições hospitalares (Burns & Perkins, 2000).

A Comissão Nacional para a Saúde Mental (CNSM), em 2009, definiu as funções do terapeuta de referência. Assim cabe-lhe servir de pessoa de ligação entre o doente, a sua família e pessoas significativas e toda a equipa de saúde mental, centralizando desse modo toda a informação relativa ao doente. É também responsável pela elaboração de um plano individual de cuidados (PIC) que deve ser elaborado em conjunto com o doente e, sempre que possível, com a sua família, sendo ainda da sua responsabilidade a monitorização do percurso e da evolução do doente ao longo do tempo, bem como da implementação do PIC. Compete-lhe ainda a identificação das necessidades do doente bem como referenciar, no seio da equipa multidisciplinar, as necessidades específicas identificadas passíveis de intervenções por técnicos especializados.

No que se refere ao PIC, este deve ser delineado pelo terapeuta de referência em parceria com o utente e, quando possível, com a sua própria família. Na sua elaboração é indispensável efetuar uma cuidada identificação e avaliação das diversas necessidades do utente, nomeadamente no âmbito somático, nas doenças e outros problemas de saúde mental, no capítulo da adesão à terapêutica instituída, nas atividades de vida diárias, nos domínios da formação, ocupação e emprego, bem como em questões relacionadas com o eventual consumo de estupefacientes, entre outros, o que configura uma verdadeira avaliação holística de todas as necessidades do utente (CNSM, 2009).

Após o levantamento destas necessidades, procura-se a definição de objetivos terapêuticos, de reabilitação, consubstanciados em propostas de intervenções que devem ser estruturadas, organizadas de forma sequencial e dinâmica, com barreiras temporais bem definidas e considerando as diferentes competências da equipa multidisciplinar (CNSM, 2009).

Não obstante, como qualquer PIC, este deve pautar-se pelo dinamismo e flexibilidade, deve ajustar-se frequentemente às alterações e evolução operada no processo de recuperação do utente. Atente-se ainda na necessidade de utilização de mecanismos e instrumentos de registos e de avaliação dos planos individuais de cuidados (CNSM, 2009).

Esta metodologia de cuidados deve ser avaliada não só considerando as variáveis clássicas de resultados operados, como a redução de sintomatologia associada ou a diminuição das recaídas e dos dias de internamento, mas também em variáveis como as alterações na qualidade de vida e no bem-estar do utente, o seu funcionamento social e a dimensão e qualidade das suas redes sociais de apoio (Burns & Perkins, 2000).

O terapeuta de referência deve ser detentor de uma série de características que se mostram indispensáveis para que se possa almejar à obtenção de bons resultados no processo de recuperação do utente. Assim, exige-se que o terapeuta de referência demonstre uma boa capacidade de estabelecer uma relação de ajuda com o utente e a sua família, pois só assim pode intentar numa avaliação das necessidades e no estabelecimento de uma relação terapêutica, aliados a uma capacidade de transmissão da informação à restante equipa multidisciplinar. Note-se também que o mesmo deve deter um conhecimento cabal das estruturas de apoio existentes na comunidade e deve estar preparado para as múltiplas reuniões com a equipa multidisciplinar e com a rede de serviços de apoio na comunidade, a que as funções de coordenação obrigam (Alonso & Fernández, 2007).

Estas características são passíveis de ser encontradas nos técnicos das equipas de saúde mental e comunitária, bastando para tal que os mesmos tenham formação profissional prévia e um conhecimento sólido no âmbito das doenças mentais graves, sendo imprescindível que o mesmo participe com regularidade em ações de formação contínua, se comprometa ideologicamente com o modelo de cuidados, demonstre conhecimentos dos pressupostos éticos, legais e científicos, assim como uma atitude flexível e disponível para a mudança (Alonso & Fernández, 2007).

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica é detentor de uma série de competências que, aliadas às competências prévias de enfermeiro generalista, o habilitam para o desempenho das funções de técnico de referência. Note-se que as intervenções do enfermeiro incidem sobre o utente, considerando os seus domínios fisiológicos, psicológicos, sociais e espirituais e incluem atividades como a observação (para identificar, diagnosticar, vigiar e avaliar), a gestão (para organizar e distribuir), execução (para limpar, arranjar, alimentar, entre outras) e informação (para ensinar, orientar, descrever, entrevistar, explicar) (Sequeira,, 2006).

No que se refere às pessoas com doença mental grave e ao seu núcleo familiar, o foco da atenção da enfermagem é semelhante à generalidade das doenças crónicas de evolução prolongada e incluem o autocuidado (comer e beber, higiene, sono e repouso), o *cooping* (aceitação do estado de saúde, interação social), o tratamento (adesão à terapêutica) e o cuidador informal (prestador de cuidados, conhecimento sobre a importância de cumprir o regime terapêutico, stress do prestador de cuidados), entre outros (Sequeira, 2006).

Brito (2018) considera que, devido à sua complexidade, os focos da atenção da prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no cuidar de pessoas com doença mental grave mais importantes dizem respeito à não adesão ao tratamento, às estratégias de *coping* e ao prestador de cuidados.

No âmbito da não adesão à terapêutica, são múltiplos os estudos que referem que este fenómeno é significativamente mais relevante em Psiquiatria que em outras áreas da Medicina. Schultz, North & Shields (2007), estimaram que cerca de 74% dos doentes com esquizofrenia descontinuavam o tratamento em 18 meses, calculando também em cerca de 50% os doentes que, em ambulatório, não aderem ao regime terapêutico prescrito. Esta situação é considerada como a principal responsável pelas elevadas taxas de recaídas e reinternamentos, às quais se associam outras implicações de carácter clínico, social, financeiro e familiar.

Os fatores mais frequentemente relacionados com a reduzida adesão à terapêutica por partes dos utentes com doença mental grave dizem respeito aos efeitos secundários da medicação, a determinados aspetos característicos da doença, nomeadamente na existência de um reduzido *insight*, o desconhecimento sobre os mecanismos fundamentais da doença e da medicação assim como a existência de uma atitude negativa perante o carácter de cronicidade que estas patologias podem atingir e, conseqüentemente, face à necessidade de um tratamento prolongado no tempo (Sequeira, 2006; Schultz, North & Shields, 2007).

Paralelamente às dificuldades na adesão à terapêutica, muitos utentes e a sua família, debatem-se com dificuldades na adoção de estratégias de *cooping*, nomeadamente nas respostas de adaptação pessoal e social perante o processo de doença e relativamente ao seu tratamento (Sequeira, 2006).

Sendo frequente que as doenças mentais graves tenham o seu início numa fase inicial da vida adulta, Zipusky & Schulz (2003) consideram que a sociedade em geral, e os profissionais de saúde em particular, submetem os doentes a uma grande pressão para que os mesmos aceitem um diagnóstico de doença mental, que sejam capazes de compreender os seus sintomas, que adiram à medicação que lhes é prescrita bem como às diferentes recomendações que lhes são dirigidas. Neste sentido, são os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica capazes de, munindo-se dos seus conhecimentos técnicos e científicos, empreender técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que se constituem como uma ferramenta fundamental no tratamento dos utentes com doença mental grave e no processo de adaptação à doença (Sequeira, 2006).

No que se refere ao papel do cuidador, segundo Brito (2018), este mostra-se especialmente relevante no âmbito das pessoas com doença mental grave pois, o facto de a mesma se manifestar frequentemente nos anos iniciais para o desenvolvimento da formação pessoal e profissional das indivíduos, contribui de forma indelével para uma diminuição das possibilidades dos mesmos completarem uma formação essencial para um desempenho profissional adequado, com vista a um funcionamento social e à sua autonomização o que, muitas vezes, contribui para uma coabitação prolongada com as suas famílias.

O papel do cuidador dos indivíduos com doença mental grave é afetado por uma série de fatores que culminam numa exaustão emocional, física e económica, o que contribui para que estas famílias apresentem taxas de patologias médicas e psiquiátricas superiores às da população em geral (Brito, 2002).

A rede de suporte familiar é tida como de grande importância nos cuidados comunitários às pessoas com doença mental grave e, considerando as suas vulnerabilidades, devem constituir-se como um foco da atenção dos profissionais de saúde, para que as mesmas possam ser positivamente envolvidas no processo de tratamento e, paralelamente, dotadas de conhecimentos e capacidades instrumentais para que possam lidar de forma eficaz com a doença.

Esta capacitação das famílias é possível através de intervenções psicoeducativas de âmbito familiar que, mais uma vez, se encontram inscritas nas competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Embora a figura dos terapeutas de referência exista desde o século passado, a sua importância tem vindo gradualmente a ser cada vez maior, fruto de um paradigma de assistência ao doente mental que cada vez mais preconiza o seu tratamento no seio da comunidade. De entre os vários técnicos que poderão desempenhar esta função, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica surge como um dos mais capacitados para tal, fruto das suas competências específicas que se traduzem no domínio de ferramentas de carácter comunicacional e de psicoeducação, indispensáveis para um bom desempenho deste importante papel.

1.4 - Saúde mental e doença mental grave

Como referido anteriormente e em consonância com o plano nacional de saúde mental 2007-2016, o projeto de terapeutas de referência encontra-se indubitavelmente conectado à doença mental grave pelo que importa esclarecer este conceito bem como o conceito de saúde mental.

A complexidade do conceito de saúde mental encontra tradução nas múltiplas tentativas de conceptualização do mesmo. Todavia, a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que não é possível intentar uma definição deste conceito, pois o mesmo é afetado por diversos fatores culturais, visões subjetivas e teorias, por vezes concorrentes entre si, que inviabilizam uma uniformização conceptual. Ainda assim, na prática assistencial, acabamos por assumir que, quando falamos de saúde mental referimo-nos “não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2001, p. 30). No entanto, esta definição tem vindo a sofrer alterações, fruto dos progressos operados nas ciências biológicas e comportamentais que alteraram o modo como é percebido o funcionamento da mente, bem como a relação entre saúde mental, física e social (OMS, 2001).

A saúde mental dos indivíduos, componente essencial da saúde em geral, resulta de uma série de fatores interligados entre si como os fatores predisponentes (nomeadamente as experiências na infância e fatores hereditários), fatores precipitantes (como eventos marcantes na vida dos indivíduos, por exemplo, perda de familiares próximos, situações de desemprego,

carência económica, etc.) e fatores que dizem respeito ao contexto social e às experiências individuais (Lahtinen, Lehtinen, Riikonen & Ahonen, 2012). Neste sentido, a saúde mental positiva é encarada como a capacidade para compreender, perceber e interpretar o seu meio envolvente e integrar-se no mesmo de forma sólida. Por outro lado, a saúde mental negativa, ou seja, a doença mental, encontra-se relacionada com as diversas patologias do foro mental e com as suas consequências (Lahtinen *et al.*, 2012). Assim, as pessoas com saúde mental positiva apresentam traços de personalidade e afetos positivos enquanto as pessoas com saúde mental negativa sofrem de algum tipo de perturbação mental, com diversos sintomas e problemas associados (Korkeila, 2000).

A nível mundial, estima-se que os problemas de saúde mental representem cerca de 13% das doenças a nível mundial (*World Health Organization* [WHO], 2022), sendo que a prevalência de perturbações mentais em Portugal é de 22.9% da população, colocando-nos como um dos países onde este indicador é mais elevado a nível europeu (Presidência do Concelho de Ministros, 2021). Na população portuguesa são as perturbações da ansiedade (16.5%), logo seguidas pelas perturbações do humor (7.9%), que maior contributo dão para estas estatísticas. Refira-se, ainda, que o risco de ocorrência de alguma perturbação do foro psiquiátrico durante a vida (até aos 75 anos) foi de 51.4% (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2019).

No panorama internacional, cinco das dez principais causas de incapacidade e dependência psicossocial dizem respeito a perturbações psiquiátricas (OMS, 2001; Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008). No que diz respeito à realidade nacional, a magnitude destes dados tem a sua correspondência quando nos debruçamos sobre os anos de vida perdidos ajustados à incapacidade (cerca de 12% correspondem a perturbações mentais) e sobre os anos de vida vividos com incapacidade (18% dizem também respeito a estas perturbações) (CNS, 2019). Reforça-se que o suicídio foi responsável por quase 15000 anos potenciais de vida perdidos (Presidência do Concelho de Ministros, 2021).

Do ponto de vista assistencial, apenas 25% dos Estados Membros da OMS, assumem uma política de integração da saúde mental nos CSP (CNS, 2019). Em Portugal, mais de 60% dos indivíduos com patologia psiquiátrica não é sujeito a tratamento especializado e o tempo entre o início da perturbação mental e o momento em que se dá início à respetiva assistência é variável de um a quatro anos (Presidência do Concelho de Ministros 2021; Almeida & Xavier, 2013).

Importa, também, referir o elevado número de pessoas com perturbação mental sujeitas a internamento com duração superior a um ano, o que nos remete para uma necessidade de reformulação ou de operacionalização da RNCCISM (Lopes, 2016).

No que se refere ao conceito de doença mental grave, o *National Institute of Mental Health* propôs, em 1987, uma definição que tem sido aceite pela comunidade científica mundial, na qual são considerados três critérios fundamentais para a inclusão dos doentes nesta categoria. Neste sentido, assume-se a necessidade da existência de um diagnóstico de psicose não orgânica, a duração prolongada da doença e do seu tratamento (superior a dois anos) e a existência de uma incapacidade funcional significativa nos domínios social, ocupacional ou escolar (Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi & Tansella, 2000).

Este conceito encontra-se também dissecado no Decreto-Lei n.º 8/2010 que alude à rede de cuidados continuados em saúde mental. Assim, é-nos referido que estamos perante uma doença do foro psiquiátrico onde se encontra comprometida, de forma prolongada, a funcionalidade da pessoa, acarretando como consequência um importante comprometimento das suas capacidades no âmbito da resolução de tarefas de subsistência e do relacionamento com o seu meio social envolvente (Ministério da Saúde, 2010).

Note-se que neste conceito não encontramos uma conotação explícita a uma patologia psiquiátrica em específico. Todavia, para existir uma correspondência com os critérios anteriormente definidos, o leque de patologias psiquiátricas passíveis de configurar a existência de um diagnóstico de doença mental grave acaba por se reduzir à esquizofrenia, a algumas perturbações bipolares de evolução complicada, perturbações dos impulsos e por utilização de algumas substâncias ilícitas (Ruggeri *et al.*, 2000).

Vários autores têm feito incidir as suas investigações sobre os fatores que contribuem para que esta incapacidade funcional se vá prolongando no tempo, tendo concluído que muitas das reagudizações que se observam no processo patológico são devidas a uma baixa adesão à terapêutica instituída e à ausência de recursos terapêuticos psicossociais associados (OMS, 2001; Direção-Geral de Saúde [DGS], 2012).

Quando nos debruçamos sobre o fenómeno da patologia esquizofrénica, a sua etiologia resulta da interação de uma multiplicidade de fatores perinatais, ambientais, infecciosos, nutricionais e ao consumo de substâncias ilícitas, em resultado de uma perspetiva neurodesenvolvimentista que a comunidade científica tem vindo a dotar (Brito, 2002).

Esta doença é caracterizada por uma série de sinais e sintomas que se podem dividir em positivos e negativos. A sintomatologia positiva refere-se a um exagero das funções ditas normais e incluem alterações da perceção, alterações do pensamento, desorganização comportamental e do discurso. Por outro lado, a sintomatologia negativa refere-se à perda de funções mentais tendo como consequência uma diminuição da atenção, da concentração, avolia, anedonia e isolamento social. São os sintomas negativos que, frequentemente, se manifestam numa fase inicial da doença com importantes repercussões nas dinâmicas escolares ou profissionais e no funcionamento social, sendo por vezes confundidos com episódios depressivos. Note-se ainda que a sintomatologia negativa mostra-se mais renitente a intervenções de carácter farmacológico, quando comparada com a sintomatologia positiva o que em muito contribui para o deteriorar das funcionalidades sociais destes indivíduos (Brito, 2002).

A elevada prevalência e incidência das perturbações do foro mental, associadas às importantes consequências do ponto de vista individual, familiar e social, justificam uma intervenção cada vez maior por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica.

1.5 - O enfermeiro especialista enquanto promotor da psicoeducação.

Considerando as alterações no paradigma assistencial ao doente mental, que caminha para um maior enfoque comunitário, e a cronicidade de muitas das patologias que configuram as doenças mentais graves, as intervenções psicoeducativas ganham um significado e importância cada vez maior.

A psicoeducação constitui-se como uma abordagem terapêutica, cujo objetivo reside, de forma simplificada, no ensino ao utente e à sua família sobre os diferentes domínios que se relacionam com a doença e com o seu tratamento, recorrendo a ferramentas psicológicas e pedagógicas para se alcançarem os objetivos (Lemes & Neto, 2017).

Wood, Brendo, Fecser & Nochols (1999) consideram que a psicoeducação tem a sua génese nos anos 70 do século passado na medida em que integrava um paradigma de complexidade humana que, através do envolvimento de uma série de disciplinas e teorias, que se inter-relacionavam entre si, objetivavam a compreensão e aplicação de técnicas que se mostrassem adequadas ao processo de surgimento de um determinado processo patológico. A psicoeducação é então definida como sendo uma intervenção de âmbito psicoterapêutico cujo foco se centra na satisfação e alcance dos objetivos dos indivíduos, promovendo o tratamento das doenças do foro mental através das mudanças comportamentais, sociais e emocionais.

O vocábulo psicoeducação poderá ser dividido em dois termos distintos: *psico*, que se refere às técnicas de carácter psicológico que são usadas pelo terapeuta e *educação*, que faz referência à componente pedagógica que compreende o processo de ensino-aprendizagem. Esta divisão é possível se considerarmos que estes termos pugnam por áreas de intervenção muito diferenciadas embora, no seu conjunto, contribuam para a obtenção de uma visão holística do processo de doença que é vivido pelo indivíduo e pela sua família (Wood *et al.*, 1999).

Borah (2019) refere que a psicoeducação não pode ser reduzida ao fornecimento de informações por parte do terapeuta ao indivíduo ou à sua família. Assim, o seu espectro é muito mais alargado procurando a sua capacitação e consciencialização do seu processo patológico, fornecendo-lhes recursos para que possam gerir de forma autónoma este processo de doença crónica e consigam alterar comportamentos que se encontram ligados à doença.

As intervenções psicoeducativas podem ser classificadas de acordo com o seu formato, duração, intensidade de tratamento e local de realização. No que se refere ao formato, podemos considerar a existência de intervenções psicoeducativas de carácter unifamiliar ou multifamiliar, podendo as mesmas incluir, ou não, os próprios doentes. No que diz respeito ao local de realização, esta pode ocorrer no seio de instituições de saúde hospitalares ou na própria comunidade ou em instituições educativas (Cole & Lacefield, 1982). Também Borah (2019) considera existirem diversos tipos de psicoeducação de acordo com a sua população alvo: psicoeducação familiar, individual ou em grupo. No que se refere à psicoeducação familiar, esta ocorre quando o foco do terapeuta é a família, implementando programas que visem o apoio e orientação das famílias para lidarem com o processo de doença. Por outro lado, o âmbito da psicoeducação individual é o próprio doente, podendo as intervenções psicoeducativas caracterizarem-se por uma maior especificidade e intensidade, na medida que são dirigidas a um

único indivíduo. Por último, a psicoterapia de grupo ocorre quando as intervenções são dirigidas a um pequeno grupo de indivíduos, com características semelhantes e pautados por homogeneidade no que se refere às suas necessidades de conhecimento.

A opção por empreender uma determinada modalidade de intervenção psicoterapêutica em detrimento de outra deverá ter sempre em consideração as características dos indivíduos e os objetivos específicos que se pretendem alcançar. Todavia, Lebon (1997) considera que existe uma maior facilidade no que respeita a uma mudança de comportamentos quando as intervenções são realizadas no seio de um grupo, quando comparadas com intervenções que são encetadas de forma individual.

Como ferramenta terapêutica, as intervenções psicoeducativas procuram responder a uma série de objetivos, nomeadamente, informar o indivíduo e a sua família acerca das limitações da doença, proporcionando expectativas de acordo com a realidade do processo de doença, procurando deste modo, uma legitimação da mesma. A gestão de emoções constitui-se também como um importante objetivo a atingir e pode ser alcançado através da diminuição das emoções negativas, como a raiva, a culpa, a depressão e a ansiedade. Objetiva-se ainda o incentivo à cooperação familiar no regime terapêutico prescrito ao indivíduo, que só pode ser alcançado através da melhoria das suas competências no âmbito da monitorização da doença mental, sendo para isso imprescindível dotá-la de uma panóplia de conhecimentos que vão desde os sintomas que configuram uma recaída da doença até conhecimentos do ponto de vista farmacológico (Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa, & Fadden, 2006).

Considerando os objetivos afetos às intervenções psicoeducativas, Bateman & Fonagy (2010) propõem que os programas psicoeducativos se encontrem alicerçados em doze domínios: informação relacionada com os elevados índices de recaídas associados à doença mental e à sua cronicidade; informação dirigida aos doentes e seus familiares com o propósito de conseguir identificar sinais de alerta da descompensação da doença; informações no âmbito da psicofarmacologia, nomeadamente os seus benefícios e os efeitos secundários; treino para possibilitar uma deteção precoce de sintomas prodrómicos; elaboração de uma estratégia a ser utilizada em situações de emergência; treino relacionado com a gestão da sintomatologia associada à sua doença; informações relativas aos riscos que o uso de substâncias ilícitas acarretam, bem como o álcool e bebidas ricas em cafeína; informações sobre a importância da manutenção das rotinas, em especial no que concerne a uma higiene adequada do sono; promoção

de hábitos de vida saudáveis; treino que permita uma gestão adequada das situações de maior stress; informações sobre outros assuntos também importantes no contexto da doença mental como a gravidez e o risco de suicídio, informações sobre como lidar com o estigma e outras situações sociais.

No interior da comunidade científica, considera-se que as intervenções psicoeducativas concorrem para a diminuição dos períodos de hospitalização, para uma redução das recaídas, para uma melhoria do estado de saúde dos doentes, para um incremento do seu funcionamento psicossocial assim como uma melhoria do conhecimento diretamente relacionado com o seu problema de saúde (Chadzynska & Chadzynska, 2011).

Neste sentido, os indivíduos que foram sujeitos a programas de intervenção psicoeducativa apresentavam um maior nível de conhecimentos relativos à sua doença, quando comparado com indivíduos que não haviam integrados grupos psicoeducativas (Griffiths, Fernandez, Mostacchi, & Evans, 2004; Rahami *et al.*, 2015). Todavia, apesar dos aparentes benefícios, outros estudos referem que as evidências encontradas não justificam a implementação de programas psicoeducativos (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014).

Das diversas competências adstritas ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica que constam do Regulamento n.º 515/2018, publicado no Diário da República, consta que este profissional “presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p. 21430). Estas competências específicas são ainda detalhadas sendo referido que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica “coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental” (OE, 2018, p. 21430). A possibilidade deste profissional empreender programas psicoeducativos é alicerçado pelas suas competências que incluem diversas atividades como “ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar” (OE, 2018, p. 21427).

As intervenções psicoeducativas encontram também regulamentação no quadro do regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental emanados pela OE em 2011. Este documento, intenta numa definição de psicoeducação onde considera que esta procura auxiliar pessoas com alguma doença mental ou que demonstrem

algum interesse na matéria, a compreender uma série de fatos associados a diversas patologias mentais, de forma clara e concreta. Paralelamente, procura definir o papel que o enfermeiro desempenha junto das pessoas que vão ser alvo dos seus cuidados e fornece orientações para a instituição de programas melhoria contínua da qualidade desses mesmos cuidados (OE, 2011). Sequeira (2006) considera que a definição de padrões de qualidade assume uma importância ainda maior quando o foco dos cuidados de enfermagem se refere à saúde mental dos indivíduos. Tal circunstância deriva do facto de estarmos na presença de doenças que limitam a capacidade de decisão das pessoas diminuindo deste modo a sua participação nos momentos de tomada de decisão. Paralelamente, a doença mental acarreta com frequência importantes interferências na capacidade de compreensão da doença, fruto de compromissos ao nível da cognição. Por outro lado, a doença mental, só por si, constitui-se como um fator de vulnerabilidade pois é geradora de um forte estigma social que ainda se encontra enraizado no seio da comunidade.

A psicoeducação, como intervenção psicoterapêutica, tem vindo a sofrer um processo de atualização constante desde os seus primórdios como processo educativo, passando pelo movimento da modificação do comportamento até à era do foco da saúde mental comunitária. Todavia, o seu foco mantém-se no auxílio ao indivíduo e à sua família para que estes sejam capazes de atingir objetivos previamente definidos, que procuram fomentar mudanças nos domínios emocional, comportamental e social, e não na cura do doente. Para implementar este processo, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica afigura-se como um dos profissionais de saúde mais competente para tal, tendo em conta os conhecimentos técnico-científicos que fazem parte da sua formação.

1.6 - O modelo transteórico de mudança de comportamento

As intervenções psicoeducativas procuram, frequentemente, uma mudança de comportamentos por parte dos doentes, mudança essa alicerçada em informações concretas e claras sobre o processo patológico em curso e todos os domínios diretamente envolvidos. Importa por isso melhor compreender de que forma se processa a mudança de comportamento nos indivíduos.

Nas últimas décadas assistimos ao crescimento do surgimento de modelos que procuram explicar as mudanças de comportamento como a teoria sociocognitiva, o modelo de crenças em

saúde, a teoria do comportamento planeado, teorias baseadas em etapas e outros modelos híbridos (Biddle & Mutrie, 2008).

O modelo transteórico de mudança de comportamento (MTMC) foi desenvolvido na década de 80 do século passado por James Prochaska em colaboração com Carlo DiClemente e foi responsável por uma importante alteração no que respeita aos modelos de mudança de comportamento e continua a ser dos modelos que é mais frequentemente utilizado pela comunidade científica (Prochaska & Velicer, 1997).

Este modelo refere um processo que conduz à mudança de comportamento e à sua manutenção posterior sugerindo que este processo ocorre em seis etapas diferentes (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e terminação) (Marcus & Lewis, 2003). Alguns autores consideram ainda a existência de uma sétima etapa, recaída (Miller, 1999). O modelo aborda também uma série de processos de mudança, de índole cognitivo e comportamental, que são responsáveis pela progressão do indivíduo ao longo das diferentes etapas do processo de mudança de comportamento

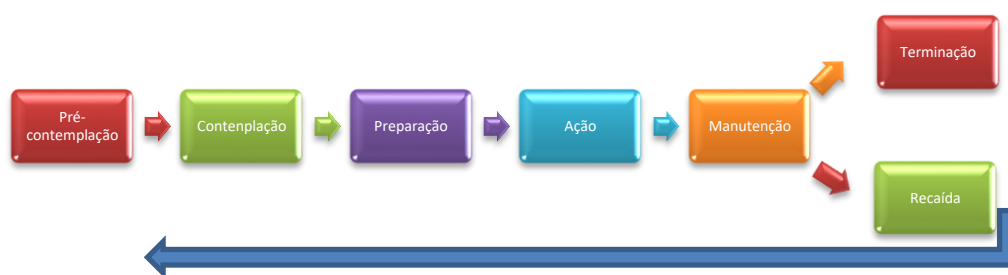


Figura n.º 2 – Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTMC) (adaptado de Prochaska & Velicer, 1997; Miller 1999)

No estágio de pré-contemplação, os indivíduos não procuram a mudança e, por vezes, desconhecem a existência do problema e da consequente necessidade de mudança de comportamento, não procurando também ajuda para que tal aconteça. Neste sentido, os pré-

contempladores não solicitam qualquer tipo de ajuda para iniciar processos de mudança e, quando tal ocorre, motivos externos podem condicionar esses mesmos pedidos de ajuda. Se forem ultrapassadas estas barreiras iniciais, a sua atitude face ao tratamento caracteriza-se por uma grande resistência face à mudança, predominando sentimentos que levam à resignação com a situação, adotando atitudes de aceitação do problema e sem perspetiva de mudança (Szupszynski & Oliveira, 2008).

Na etapa seguinte, contemplação, os indivíduos assumem já a existência de um determinado problema ao qual está associado um motivo de preocupação, assumindo a possibilidade de uma mudança de comportamento. O indivíduo começa também a considerar os benefícios de uma eventual mudança contrapondo-os aos custos que essa mudança de comportamento acarreta (Prochaska & Velicer, 1997).

Na etapa que se segue, preparação, é possível identificar duas importantes mudanças no comportamento do indivíduo: existência de um foco na solução do problema e um pensamento cada vez mais direcionado para o futuro. Estamos numa etapa onde se observa um aumento da consciencialização do problema da capacidade de planeamento, sendo muitas vezes importante tornar pública a intenção de empreender mudanças no seu comportamento (Szupszynski & Oliveira, 2008).

No que se refere à etapa da ação, os indivíduos iniciam de forma explícita a modificação dos seus comportamentos tidos como problemáticos. Esta etapa exige muita dedicação e disponibilidade por parte dos indivíduos que escolhem uma determinada estratégia de mudança e intentam na sua concretização, modificando de forma ativa os seus hábitos comportamentais. Nesta etapa as mudanças operadas são mais amplas e mais visíveis, quando comparadas com as que são efetuadas nas etapas anteriores (Szupszynski & Oliveira, 2008).

A etapa manutenção, constitui-se como uma das mais exigentes para o indivíduo na medida em que é necessário um esforço contínuo para consolidar os ganhos obtidos nas etapas anteriores. Assim, pressupõe-se que os indivíduos sejam capazes não só de manter os comportamentos que foram alterados, como prevenir a existência de eventuais lapsos e recaídas (Szupszynski & Oliveira, 2008).

Na etapa da terminação os indivíduos completaram o processo de mudança e não ocorre nenhuma necessidade de trabalhar para prevenir eventuais situações de recaída. Esta etapa só é

possível ser atingida quando o indivíduo dispõe de uma elevada autoconfiança e acredita que, mesmo sendo colocado em situações de risco elevado, não vai ocorrer nenhuma tentação para a recaída (Prochaska & Velicer, 1997).

Alguns autores defendem a existência de uma sétima etapa, que designam de recaída. Esta etapa poderá ocorrer a qualquer momento e deve ser entendida como um fenómeno normal e natural, como uma oportunidade de aprendizagem e pode levar a que os indivíduos entendam que alguns dos objetivos traçados são difíceis de alcançar e que determinados contextos representam uma grande ameaça à manutenção da mudança de comportamentos (Miller, 1999).

A mudança de comportamentos é operada por diversos processos de mudança, que permitem a progressão entre as várias etapas do MTMC. Esses processos de mudança podem ser de origem cognitiva (permitem o pensamento sobre um novo comportamento) ou comportamental (processos que envolvem algum tipo de ação). A escolha do indivíduo sobre qual o processo mais adequado para empreender a mudança de comportamento está intimamente ligada à etapa de mudança em que o mesmo se encontra. (Prochaska & Velicer, 1997).

Os processos de mudança de origem cognitiva são o aumento da consciência, a reavaliação ambiental, a libertação social, o alívio dramático e a auto-reavaliação. Já os processos de mudança de origem comportamental são a auto-libertação, a gestão do reforço, as relações de ajuda, o contra-condicionamento e o controlo de estímulos (Courneya, & Bobick, 2000).

O processo do aumento de consciência refere-se aos esforços que o indivíduo empreende na procura de novas informações bem como no conhecimento relativo ao seu comportamento tido como problemático. No que se refere à reavaliação ambiental, esta diz respeito às considerações sobre o modo como o comportamento problemático afeta a sua envolvente física e emocional. No âmbito da libertação social, este é um processo onde o indivíduo vai tomando consciência e aceita a existência de outros estilos de vida em sociedade enquanto o processo cognitivo denominado de alívio dramático se refere aos aspetos de carácter mais afetivo relacionados com a mudança, podendo incluir experiências de carácter pessoal diretamente relacionadas com o comportamento problemático. O último dos processos cognitivos considerados, a auto-reavaliação, prende-se com uma reavaliação, quer cognitiva quer emocional, que o indivíduo empreende relativamente ao comportamento problemático (Courneya, & Bobick, 2000).

O processo de auto-libertação, é um processo de índole comportamental no qual o indivíduo efetua a escolha de se comprometer na mudança do seu comportamento problemático enquanto o processo de gestão do reforço se refere à mudança das condicionalidades que controlam ou preservam o comportamento problemático. No processo denominado de relações de ajuda, pressupõe-se que outras pessoas introduzam sentimentos de confiança e aceitação do processo de mudança do indivíduo durante as tentativas que este faz de mudança do comportamento problemático enquanto no processo de contra-condicionamento ocorre a substituição do comportamento problemático por comportamentos alternativos. Por último, no processo comportamental de controlo de estímulos o indivíduo é capaz de assumir o controlo das situações capazes de induzir o comportamento problemático (Courneya, & Bobick, 2000).

Os processos de mudança estão intimamente ligados às diferentes etapas de mudança e é através deles que o indivíduo poderá ir progredindo nas diferentes etapas conducentes à mudança de comportamento, sendo que na etapa de pré-contemplação os indivíduos recorrem com maior frequência a processos de mudança como o aumento da consciência e reavaliação ambiental; na etapa de contemplação recorrem a processos de mudança como o alívio dramático e a auto-reavaliação enquanto a auto-libertação se destaca como processo mais utilizado na etapa da preparação. Já nas etapas da ação e da manutenção são utilizados os processos de mudança como a gestão do reforço, as relações de ajuda, o contra-condicionamento e o controlo de estímulos (Prochaska, Norcross & DiClemente, 2013).

No entanto, a mudança de comportamentos pode ser afetada por uma série de fatores quer relacionados com o ambiente externo (como as mudanças sociais e políticas) ou com o ambiente interno (como algumas características da personalidade, os recursos cognitivos, a capacidade económica ou a própria história de vida do indivíduo) (Prochaska, Norcross & DiClemente, 2013).

Apesar da amplitude do MTMC, a complexidade inerente às mudanças de comportamento dificilmente poderá ser explicada unicamente através de um modelo de forma isolada. No entanto Prochaska & Velicer (1997) consideram que as mudanças de comportamento são processos que ocorrem ao longo do tempo através de uma sequência de etapas. É necessário que haja uma intervenção planeada junto do indivíduo para que o mesmo possa progredir para as etapas seguintes, caso contrário estes poderão permanecer nas primeiras etapas.

As características específicas dos utentes com doenças mentais graves contribuem para que os mesmo se encontrem frequentemente em etapas iniciais do processo de mudança de comportamentos. Neste sentido, o MTMC é uma importante ferramenta de auxílio para que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica possa desenvolver estratégias para que os utentes possam progredir ao longo do processo com vista a alcançarem a mudança do comportamento problemático.

2 – Atividades desenvolvidas em contexto de estágio

Ao longo deste capítulo procuraremos abordar as atividades, assentes na metodologia de projeto, que fomos desenvolvendo durante nosso estágio. Neste sentido começamos por caracterizar a diversos níveis o local onde decorreu o nosso estágio final para, posteriormente, apresentarmos o projeto que aí foi desenvolvido.

2.1 - Caracterização do local de estágio

Ao longo deste capítulo procuramos caracterizar os dois locais onde foi realizado o estágio final, bem como abordar o percurso profissional que foi alvo de reconhecimento, validação e certificação de competências, processo que permitiu a obtenção de equivalência ao primeiro estágio que consta do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem.

A realização de um estágio procura complementar as aprendizagens realizadas ao longo da componente letiva do ciclo de estudos, num processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências que, neste caso, procura dar resposta aos pressupostos inscritos nas competências adstritas ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Importa deste modo referir que o nosso percurso profissional desde cedo foi escrito em unidades de internamento de psiquiatria, quer de evolução prolongada, quer de doença aguda. Aquando do exercício da nossa atividade profissional como enfermeiro em unidades de internamento de doentes com patologias psiquiátricas de evolução prolongada, durante cerca de 3 anos, desenvolvemos diversas atividades e um conjunto de responsabilidades, nomeadamente: prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com doença mental crónica; acolhimento de doentes para internamento prolongado; elaboração de planos de cuidados de enfermagem individualizados tendo em conta as necessidades de cada utente; integração das famílias no processo de cuidar do utente; implementação e avaliação de programas para melhoria da saúde mental dos utentes com doença mental de evolução prolongada; administração de terapêutica aos utentes e planeamento da alta dos utentes com ênfase nos ensinamentos pós-alta tendo em conta o PIC.

Com a experiência profissional adquirida ao longo deste período, desenvolvemos competências no âmbito da elaboração da história clínica do utente e sua família, com ênfase na sua saúde mental; elaboração de diagnósticos de saúde mental da pessoa e da família; elaboração de planos de cuidados de saúde individualizados dando ênfase à saúde mental do indivíduo; implementação de programas de saúde com vista a melhorar a saúde mental de utentes com doença mental de evolução prolongada bem como identificação dos resultados esperados com a implementação desses programas e reformulá-los de acordo com os resultados obtidos;

Numa fase posterior da nossa vida profissional, iniciámos funções como enfermeiro generalista numa unidade de internamento de doentes com patologia psiquiátrica numa fase de descompensação aguda da sua doença, função que desempenhamos ainda na atualidade. Ao longo da última década tivemos oportunidade de desenvolver uma série de atividades tais como: prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com doença mental aguda; restação de cuidados de enfermagem a pessoas com anorexia nervosa; acolhimento de doentes para internamento em situação de doença aguda; criação de planos de cuidados de enfermagem individualizados tendo em conta as necessidades de cada utente; integração das famílias no processo de cuidar do utente; implementação e avaliação de programas para melhoria da saúde mental dos utentes com doença mental aguda; administração de terapêutica aos utentes assim como planeamento da alta dos utentes com ênfase nos ensinamentos pós-alta tendo em conta o PIC. O desenvolvimento destas atividades tem nos permitido elaborar a história clínica do utente e sua família, com ênfase na sua saúde mental; elaborar diagnósticos de saúde mental da pessoa e da família; elaborar um plano de cuidados de saúde individualizado dando ênfase à saúde mental do indivíduo; implementar programas de saúde com vista a melhorar a saúde mental de utentes com doença mental aguda; identificar os resultados esperados com a implementação desses programas e reformulá-los de acordo com os resultados obtidos bem como trabalhar com sistemas de informação no âmbito da Enfermagem.

Ao longo da nossa atividade profissional tivemos a oportunidade de trabalhar com diversos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, alguns dos quais com larga experiência nesta função. Esta circunstância permitiu-nos, numa fase inicial, observar os nossos pares a realizar atividades correspondentes às suas funções especializadas, tais como sessões de psicoeducação, entrevistas, reuniões familiares e

comunitárias, entre outras, para, numa fase posterior, colaborar na realização de tais intervenções.

Paralelamente, tivemos a oportunidade de participar em diversos congressos e encontros, nacionais e internacionais, no âmbito da psiquiatria, onde apresentámos posters e comunicações sobretudo relacionados com a História da Psiquiatria em Portugal.

Foram muitas as aprendizagens que ao longo dos meus anos de prática clínica em diversas unidades de internamento de pessoas com patologias do foro mental tivemos a oportunidade de desenvolver que em muito contribuíram para que o processo de reconhecimento, validação e certificação de competências fosse concluído com sucesso.

No que se refere ao estágio, este foi realizado na consulta externa de Psiquiatria de um hospital da área da grande Lisboa, mais precisamente no projeto terapeutas de referência e na unidade de projeto.

A implementação do projeto terapeutas de referência, resultou de uma preocupação existente no serviço de psiquiatria desta unidade hospitalar no sentido de promover uma continuidade de cuidados entre as unidades do serviço e as estruturas de saúde, sociais e de reabilitação existentes na comunidade (Cordeiro *et al.*, 2012).

Numa fase inicial, este projeto teve a duração de 2 anos, tendo o seu início remontado a maio de 2010 e elaborado um relatório de avaliação do mesmo após 18 meses, do qual resultou a constatação da utilidade do projeto e a sua consequente continuidade no seio da instituição hospitalar (Cordeiro *et al.*, 2012).

Os objetivos que norteavam e continuar a constar do projeto dos terapeutas de referência dizem respeito à necessidade de assegurar a continuidade de cuidados à pessoa com doença mental grave; intervir no âmbito da adesão ao tratamento instituído; promover a articulação entre as diversas estruturas sociais e de saúde existentes na comunidade; fortalecer as relações entre os profissionais de saúde e figuras de referência dos utentes (familiares ou comunitárias); procurar a mobilização dos recursos existentes na comunidade para fazer face às necessidades da pessoa com doença mental grave e promover intervenções no âmbito da psicoeducação e do treino de competências (Cordeiro *et al.*, 2012).

A concretização dos objetivos supramencionados teria como resultados expectáveis uma diminuição da necessidade de recorrer a estruturas prestadoras de cuidados hospitalares, uma melhoria na qualidade de vida dos utentes abrangidos pelo projeto, um aumento da adesão à terapêutica instituída, uma diminuição da sobrecarga familiar, um alargamento das redes de solidariedade bem como uma melhoria nas condições de autonomia do utente (Cordeiro *et al.*, 2012).

A inclusão dos utentes neste projeto teria início após referenciação por um psiquiatra, através da consulta de psiquiatria ou do internamento hospitalar e seriam atribuídos a cada terapeuta de referência um máximo de 20 utentes (Cordeiro *et al.*, 2012).

O ponto de partida da intervenção estruturada por parte dos profissionais deste projeto residia na elaboração de um projeto individual para cada utente, construído tendo em consideração as necessidades identificadas nos vários contextos do utente (familiar, social e comunitário). Numa fase seguinte, proceder-se-ia à intervenção que podia incidir sobre diversos domínios: intervenções domiciliárias, ações psicoeducacionais a título individual ou familiar ou intervenções realizadas em estruturas comunitárias. O trabalho dos terapeutas de referência, pautado pela proximidade, inclui intervenções como a identificação das necessidades dos utentes, negociar compromissos, promover ações de educação para a saúde, intervir ao nível da comunicação familiar, estabelecer relações de parceria e de suporte emocional, elaborar planos de atividades de vida diária, articular com as estruturas existentes na comunidade entre outras intervenções que visam o cumprimento integral do projeto individual definido para os utentes.

Da avaliação efetuada dos primeiros 18 meses da implementação do projeto, os indicadores registaram melhorias na adesão à terapêutica, na qualidade de vida e no funcionamento pessoal e social. Destacou-se ainda a diminuição do número de episódios de urgência, a diminuição do tempo médio dos internamentos e o aumento do número de consultas. Estes indicadores justificaram assim a continuidade do projeto que se mantém em atividade até aos dias de hoje.

Na atualidade o projeto dos terapeutas de referência mantém-se a ser executado por dois profissionais (um assistente social e um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica) tendo cada um a seu cargo cerca de 20 utentes. Estes utentes, a residirem na área geodemográfica da instituição hospitalar em questão, do ponto de vista

psicopatológico, são portadores de doença mental grave. Os utentes são referenciados por um psiquiatra através da folha de referenciação – projeto terapeuta de referência¹ e, posteriormente, após realizado o diagnóstico de necessidades é efetuado um projeto terapêutico que resulta de uma negociação entre o utente e o terapeuta de referência². Na realização do diagnóstico de necessidades são também aplicadas uma série de instrumentos de avaliação tais como: escala de avaliação psiquiátrica (BPRS)³, uma escala de avaliação do funcionamento pessoal e social (PSP)⁴, um questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREF)⁵, uma escala de adesão à terapêutica (MARS)⁶ e uma escala de insight⁷.

A unidade de projeto constitui-se como uma unidade do serviço de psiquiatria, que procura estabelecer a passagem dos utentes do internamento para a comunidade, denominando-se deste modo como uma unidade intermédia. Esta unidade assegura cuidados do foro psiquiátrico no âmbito da reabilitação psicossocial dos utentes, tendo por base um projeto concreto e individual de acordo com as necessidades de cada utente.

Do ponto de vista da afetação de recursos humanos, deste projeto fazem parte médicos psiquiatras, psicólogos, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A sua finalidade reside na promoção do desenvolvimento ou restabelecimento das capacidades individuais necessárias para a concretização de um projeto concreto e bem definido, do qual constam objetivos e contextos bem delimitados e estabelecidos. A título

¹ Veja-se anexo 1 - Folha de referenciação – projeto terapeuta de referência, p. 108.

² Veja-se anexo 2 – Projeto terapêutico, p. 109.

³ Veja-se Romano, F., Elkis, H. (1996, janeiro). Tradução e adaptação de um instrumento de avaliação psicopatológica das psicoses: a escala breve de avaliação psiquiátrica-versão ancorada (BPRS-A). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45 (1), 43-49.

⁴ Veja-se Brissos, S., Palhavã, F., Maques, J.G., Mexia, S., Carmo, A., Carvalho, M., ... Figueira, M. (2012, julho). The portuguese version of the personal and social performance scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community schizophrenia patients. *Society of psychiatry*, 47 (7), 1077-1086. doi: 10.1007/s00127-011-0412-6.

⁵ Veja-se Canavarro, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M., Quartilho, M., Rijo, D., Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF) In Canavarro, M., Vaz Serra, A., *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

⁶ Veja-se Vanelli, I. (2011). Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão à terapêutica. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 1017-1020.

⁷ Veja-se Idem (2010). Adaptação para português da escala de insight Marková e Berrios. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 1011-1016.

exemplificativo, os objetivos podem passar pela gestão da terapêutica, cuidar da higiene pessoal, da higiene da habitação, confeção de refeições, gestão de finanças pessoais, procura de ocupação lúdica, retomar os estudos ou a procura de uma atividade profissional, entre outros, de acordo com o projeto individual de cada utente.

Este projeto individual é construído numa estreita articulação entre o utente, os profissionais da unidade de projeto, a sua família ou outras pessoas significativas, que são tidas como parceiras em todo este processo, cuja duração pode variar entre três e nove meses.

Para a concretização destes objetivos, cada utente dispõe de um terapeuta de referência que surge como responsável pela articulação entre o utente e sua família com o psiquiatra assistente, pelo projeto individual do utente bem como pelo registo das avaliações clínicas, das competências e necessidades e do seu funcionamento global e cognitivo.

Considerando o projeto individual, inicia-se o desenho de um calendário de atividades estruturadas decomposto em módulos gerais (onde se procura o reforço da adesão ao plano terapêutico, a recuperação global e a sua autonomia), módulos específicos individualizados (nos quais se estruturam atividades com o intuito de desenvolver as capacidades ou respostas às necessidades individuais que constam no projeto de cada utente) e atividades na unidade e na comunidade (como, por exemplo, contacto com as estruturas de emprego).

A população alvo deste projeto engloba utentes com doença mental grave e/ou incapacidade psicossocial, com o quadro clínico estável e capazes de desenvolverem um projeto concreto, sendo a capacidade máxima definida em 10 utentes em simultâneo. O processo de referenciação de utentes para o ingresso neste projeto inicia-se com uma referenciação pelo psiquiatra assistente sendo, numa fase posterior avaliadas as condições do utente no seio da equipa multidisciplinar que procuram avaliar a sua adequação e potencial de rentabilização das intervenções existentes na unidade.

Foi nesta instituição e junto dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, que procurei desenvolver as minhas competências específicas no âmbito da

enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, usando a metodologia de projeto que iremos apresentar de seguida.

2.2 – Metodologia de projeto

A metodologia de projeto consiste num processo de investigação que se tem como reflexivo, que se centra na deteção de um problema existente, num determinado contexto e no posterior planeamento de intervenções tendo em vista a resolução dos problemas identificados (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Segundo Ruivo *et al.* (2010), este processo deve constituir-se como uma atividade intencional, ou seja, as intervenções que são desenvolvidas devem procurar uma resposta ao objetivo que inicialmente foi definido; deve ser autêntico pois o trabalho que é desenvolvido deverá ter em conta um problema real, identificado pelos autores do projeto; deve caracterizar-se pela iniciativa e autonomia, na medida em que as pessoas envolvidas na execução do projeto devem ser corresponsabilizadas, nas diversas fases da sua execução, inclusive a própria população alvo das intervenções. A metodologia de projeto caracteriza-se também pela sua complexidade e incerteza pois incorpora frequentemente tarefas de elevado grau de complexidade e deverá ser prolongado e faseado no tempo pois o projeto é desenvolvido em diferentes fases que vão desde a formulação dos objetivos iniciais até à revelação, avaliação e divulgação dos resultados obtidos.

A metodologia de projeto, conforme referido, encontra-se dividida em diversas fases: o diagnóstico de situação, o planeamento das atividades, a execução do projeto, a sua avaliação e, por último, a divulgação dos resultados (Ruivo *et al.* 2010).

Ao longo da realização deste estágio procurámos desenvolver o nosso projeto tendo em conta as diferentes fases metodológicas já referenciadas e que apresentamos de seguida, sendo que a última fase, divulgação dos resultados, se encontra plasmada neste mesmo relatório.

2.2.1 – Diagnóstico de situação

Nesta fase da metodologia de projeto, com vista à identificação dos problemas existentes, torna-se necessário analisar a nossa população alvo, no sentido de identificar quais as suas necessidades. Para tal, devemos também considerar o seu contexto social, económico e cultural, de forma que as estratégias a delinear posteriormente vão ao encontro das necessidades identificadas e conduzam à sua resolução.

A primeira parte deste estágio foi realizada, como já referido, no projeto terapêutas de referência, no qual o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica realiza frequentemente visitas domiciliárias aos utentes incluídos no projeto, de forma a colmatar as necessidades levantadas.

As visitas domiciliárias procuram contribuir para a promoção, manutenção ou recuperação do estado de saúde dos utentes, ao longo de todo o seu ciclo vital, recorrendo às dinâmicas inerentes a cada contexto. Constituem-se também com uma das ferramentas mais importantes na Enfermagem, na medida em que conferem grande visibilidade ao trabalho do enfermeiro, em especial junto dos doentes com doença crónica, embora desempenhem também um importante papel nas situações de doença aguda e na promoção da saúde (Reinaldo & Rocha, 2002). Estas visitas permitem que os profissionais de saúde conheçam o utente inserido no seu próprio contexto, proporcionam a entrada no seu sistema familiar, possibilitando deste modo a obtenção de informações que se revestem de grande importância no que se refere ao funcionamento da família, das relações intrafamiliares e da integração do utente na sua comunidade (Labate, Galera & Avanci, 2004).

No âmbito da saúde mental, as visitas domiciliárias permitem uma diminuição da procura dos serviços hospitalares, na medida em que os utentes permanecem inseridos na comunidade e tem-se constituído como a escolha dos doentes mais jovens e com um diagnóstico recente pois o seu acompanhamento é efetuado no seu domicílio, no local de trabalho ou de estudo, de acordo com intervalos de tempo previamente definidos (Mechanic & McAlpine, 2000).

Numa fase inicial do estágio, com vista à realização de um diagnóstico de necessidades, optámos por auscultar junto do enfermeiro orientador quais os utentes que mais poderiam vir a beneficiar da nossa intervenção. Neste sentido foram selecionados dois utentes junto dos quais procurámos, após o levantamento de necessidades, intervir de forma a procurar resolver essas

mesmas necessidades. Atente-se que o diagnóstico de necessidades foi efetuado em conjunto com os próprios utentes, em consonância com o que se preconiza no cuidar de pessoas com perturbações mentais.

Todos os utentes que integravam o projeto de terapêutas de referência e junto dos quais tivemos a oportunidade de intervir, apresentavam algum tipo de dificuldade no âmbito da adesão à terapêutica, pelo que tal se constitui como um importante foco da nossa intervenção.

A adesão à terapêutica no tratamento de perturbações do foro psiquiátrico é uma temática que, embora discutida frequentemente, se assume de elevada relevância na medida em que a probabilidade do incumprimento das prescrições terapêuticas é consideravelmente elevada. Como consequência os indivíduos experimentam uma maior possibilidade de recaídas e do número de hospitalizações bem como uma diminuição da probabilidade de recuperação o que, em conjunto, se afigura como oneroso para o sistema de saúde (Cardoso, Byrne & Xavier 2016).

O fenómeno da adesão à terapêutica é tido como complexo e multifatorial e a OMS divide em cinco os fatores que interferem neste comportamento: fatores socioeconómicos; a equipa multidisciplinar e o sistema de saúde; fatores relacionados com a doença; relacionados com o tratamento e relacionados com a pessoa (World Health Organization [WHO], 2003).

Os fatores socioeconómicos, nomeadamente as situações de pobreza, de analfabetismo, de baixa escolaridade, as condições de vida precárias, a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, o elevado custo da medicação, fatores culturais e situações de disfunção familiar influenciam de forma negativa os comportamentos de adesão à terapêutica. No que se refere à equipa multidisciplinar e ao sistema de saúde são vários os agentes que podem contribuir para uma diminuição da adesão á terapêutica nomeadamente a dificuldade de marcação de consultas, dificuldade em aceder aos diversos profissionais de saúde, a reduzida qualidade dos serviços prestados ou ainda a falta de confiança da pessoa nos profissionais de saúde. Quando nos debruçamos sobre os fatores relacionados com a doença note-se que a gravidade dos sintomas e da própria doença ou, em contrapartida, a própria ausência de sintomatologia, a presença de consumo de substâncias ilícitas ou de álcool ou determinadas dificuldades do ponto de vista físico e psicológico do utente podem inferir de forma negativa neste comportamento. Já no que diz respeito aos fatores relacionados com o tratamento, vários agentes interferem no comportamento de adesão nomeadamente a complexidade da prescrição médica, a duração prolongada do tratamento, os efeitos adversos da medicação assim como as mudanças frequentes no esquema

terapêutico podem também contribuir para uma diminuição da adesão à terapêutica. Por último, os fatores relacionados com a pessoa prendem-se com os seus conhecimentos acerca da doença, as suas perceções e expectativas relativamente ao tratamento, o conhecimento relativo às consequências da não adesão bem como com a sua motivação para a gestão da sua doença (WHO, 2003)

Os profissionais de saúde desempenham um importante papel na promoção da adesão à terapêutica dos doentes com patologias do foro mental, podendo intervir em diversos domínios como no aumento do conhecimento dos utentes relativamente à sua doença, ao esclarecimento de dúvidas relativamente aos efeitos secundários da medicação, à simplificação das prescrições médicas, entre outras, tendo em conta as necessidades específicas de cada utente.

Ambos os utentes que foram alvo da nossa intervenção haviam já experimentado situações de recaída no que se refere à adesão terapêutica instituída o que denota a falta de autoconfiança e dificuldade em contrariar cedências efetuadas em situações de maior risco. Quando estas situações ocorreram, de acordo com o MTMC, os utentes regrediram vários estágios, tendo havido necessidade de progredir novamente até aos estágios de manutenção onde se encontravam aquando da realização do nosso estágio.

Com elevada frequência deparámo-nos com utentes que residiam em habitações que não se pautavam pela salubridade, inclusive, um dos utentes, era acumulador compulsivo. Neste sentido, considerámos de extrema importância a abordagem desta temática aquando da realização das visitas domiciliárias.

Embora o descuido dos cuidados de higiene, quer pessoal e do vestuário quer da habitação, seja uma condição frequentemente associada à doença mental grave, o transtorno de acumulação compulsiva constitui-se como uma condição patológica. Este transtorno caracteriza-se pelo facto de as pessoas demonstrarem muita dificuldade em se desfazerem dos seus objetos pessoais, promovendo deste modo a acumulação dos mesmos e a desorganização das áreas de convívio que, em última análise, impossibilita a sua utilização. Neste transtorno, as pessoas sentem necessidade de adquirir e guardar objetos e, paralelamente, experimentam sensações de grande angústia quando se equaciona desfazerem-se desses mesmos objetos (Frost *et al*, 2009).

A acumulação compulsiva de objetos influencia de forma negativa a execução das atividades de vida diária e a sociabilização dos indivíduos pois, frequentemente, os acumuladores

não permitem que outras pessoas, inclusive membros da família e profissionais de saúde, entrem na sua residência. Por outro lado, o fenómeno da acumulação de objetos pode representar um risco à segurança das pessoas, nomeadamente pelo aumento da probabilidade de incêndios e da existência de infestações (Frost *et al.*, 2009).

O utente 1, acumulador compulsivo, admitia com alguma dificuldade a existência de um problema de salubridade no seu domicílio e do seu vestuário encontrando-se num estágio de contemplação assumindo a possibilidade de mudar comportamentos e procurando identificar alguns benefícios que daí poderiam resultar. O utente 2 encontrava-se, por sua vez, no estágio de ação face ao problema que foi identificado neste âmbito. Era perceptível que era efetuado um esforço em mudar o seu comportamento, todavia, os resultados eram ainda pouco visíveis e o seu comprometimento com a mudança era ainda pouco consistente.

O regime alimentar dos utentes alvo de visitas domiciliárias mostrava-se também algo deficitário. Embora alguns utentes dispusessem do apoio de instituições da comunidade no fornecimento de refeições, tal não ocorria durante os fins de semana e feriados. Como consequência, a sua dieta era frequentemente desajustada e rica em hidratos de carbono e açúcares. Por outro lado, alguns utentes não dispunham das condições ideais para a confeção de alimentos pois não tinham acesso a um fogão, podendo apenas confeccionar refeições no micro-ondas.

Considerando os benefícios na adoção de hábitos alimentares saudáveis, como a redução do stress, da ansiedade, da irritabilidade, o controle do peso e inclusive no próprio tratamento das doenças (Sichieri, Coitinho, Monteiro & Coutinho, 2000), elegemos também esta temática como fazendo parte da nossa intervenção junto dos utentes.

Tendo em conta o MTMC, o utente 1 posicionava-se no estágio de contemplação, pois assumia a existência de um problema relacionado com a sua dieta alimentar e equacionava a possibilidade de mudar o seu comportamento, embora reconhecesse poucos benefícios neste processo. No que se refere ao utente 2, podemos também considerar que se encontrava no mesmo estágio, reconhecendo sobretudo a existência deste problema aos fins de semana, quando não dispunha de qualquer auxílio de alguma entidade externa para o fornecimento de refeições.

Os utentes que frequentavam a unidade de projeto, como já referido anteriormente, dispunham de um projeto personalizado de reabilitação que incluía não só atividades

individualizadas como a participação em atividades de grupo que eram definidas semanalmente. Durante o nosso estágio participámos de forma ativa nas atividades preconizadas e realizadas em grupo. Todavia, considerando que vários utentes se encontravam num processo de procura ativa de emprego, percebemos que os seus currículos se encontravam desatualizados e desajustados às necessidades atuais do mercado de trabalho, fruto de algum desconhecimento relativo à construção de um currículo. Assim sendo, considerámos também importante intervir neste âmbito.

O estágio de pré-contemplanção em que os utentes desta unidade de projeto se encontravam não lhes permitia assumir a existência do problema que os profissionais de saúde identificaram e, conseqüentemente, não eram observáveis quaisquer comportamentos conducentes à sua mudança, o que exigiu por parte dos profissionais de saúde um esforço adicional para que houvesse uma progressão ao longo dos diversos estágios e acordo com o MTMC.

Percebemos que alguns dos utentes apresentavam também dificuldades no âmbito da sociabilização, na medida em que referiam problemas de isolamento social e um círculo de amigos reduzido, pelo que decidimos incluir no nosso projeto terapêutico intervenções que pudessem colmatar esta necessidade que foi facilmente identificada pela maioria dos utentes que, ao se encontrarem num estágio de preparação, de acordo com o MTMC, era por nós observável um aumento da consciencialização do problema, verbalizando publicamente esta necessidade.

Por último, no capítulo da promoção da saúde e considerando que a nossa população-alvo era constituída por utentes com doença mental grave considerámos também pertinente abordar temáticas como a adoção de estilos de vida saudáveis, a adesão à terapêutica, o conhecimento relativo às patologias do foro mental, assim como os sinais de alerta relativos à descompensação da doença.

Note-se que todos os utentes envolvidos em ambas as estruturas comunitárias de apoio onde foi realizado o nosso estágio apresentavam, em maior ou menor grau, défices de autocuidado muito por culpa das características dos próprios agentes do autocuidado nomeadamente ao nível cognitivo pois encontram-se comprometidas capacidades de autogestão, de tomada de decisão e no campo do conhecimento do seu estado de saúde. Outros domínios como o emocional e o comportamental, que incide sobre as capacidades que o agente de autocuidado dispõe para desenvolver os comportamentos de autocuidado, encontram-se também

comprometidos. Este comprometimento era em muito influenciado pela própria percepção dos agentes do autocuidado que, fruto de fatores cognitivos, psicossociais e demográficos, viam a sua capacidade para empreender ações de autocuidado comprometidas.

Após esta avaliação inicial e o levantamento de necessidades formulámos diversos diagnósticos de enfermagem tendo nós recorrido à taxonomia NANDA, obedecendo aos critérios da mesma, encontrando-se então os diferentes diagnósticos, que se assumiam como problemas de saúde e estados de risco, enunciados através de um foco e acompanhados de fatores relacionados ou de risco e características definidoras (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Neste sentido foram formulados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

Capacidade de gestão do regime de medicação comprometida, relacionado com défices cognitivos manifestado por diminuição da capacidade de concentração, interpretações erradas e dificuldades na leitura do guia terapêutico.

Défice de conhecimento de medicação relacionado com défices cognitivos e interpretação errónea da informação, manifestado por verbalização de défices de conhecimento, desconhecimento sobre os efeitos terapêuticos e verbalização de conhecimentos incorretos no que se refere à terapêutica.

Risco de não adesão à medicação relacionado com défices cognitivos, manifestado por história de não adesão à medicação e por receios dos efeitos secundários dos medicamentos.

Autocuidado negligenciado relacionado com patologia psiquiátrica e falta de iniciativa, manifestado por higiene habitacional e do vestuário deficitária e desorganizada;

Autogestão do regime dietético comprometida relacionada com conhecimento insuficiente sobre o regime dietético e manifestada por um consumo excessivo alimentos ricos em hidratos de carbono e açúcares.

Comportamento interativo comprometido, relacionado com a doença e com o afastamento dos amigos, manifestado por isolamento social.

2.2.2 – Planeamento das atividades

Nas primeiras semanas do estágio, juntamente com os enfermeiros orientadores, procurámos delinear estratégias no sentido de colmatar as necessidades identificadas. Considerámos que a realização de sessões de psicoeducação aquando das visitas domiciliárias, se mostrava como a estratégia mais adequada para a promoção do autocuidado e mudança de comportamentos que procurávamos. Estas sessões iriam decorrer respeitando o espaço do utente e dando-lhe oportunidade para esclarecer as suas dúvidas e seriam efetuadas semanalmente, sendo abordados os diversos temas de acordo com a recetividade do utente, procurando sempre a assunção de um pequeno compromisso para a semana seguinte.

No entanto, numa fase inicial, foi muito importante estabelecer uma relação terapêutica com os utentes, que levou algumas semanas a alcançar. Esta relação foi estabelecida gradualmente e procurámos que os utentes se sentissem confortáveis com a nossa presença no seu espaço e, deste modo, mais permeáveis às nossas intervenções.

As nossas intervenções, sobretudo de origem cognitiva, procuraram ter em conta os estágios de mudança de comportamento em que os doentes se encontravam, auxiliando os indivíduos no aumento do processo de consciencialização da problemática, na perceção de como determinado comportamento influenciava de forma negativa a sua saúde, na aceitação da existência de outros estilos de vida na sociedade bem como no desenvolvimento do conhecimento dos utentes relativamente aos problemas previamente identificados.

Do ponto de vista familiar, estes utentes não dispunham de auxílio por parte da sua família ou de pessoas significativas, motivo pelo qual a nossa intervenção procurou também desenvolver comportamentos de autocuidado através da promoção dos fatores cognitivos do agente do autocuidado que, encontrando-se comprometidos, poderiam ser melhorados e, conseqüentemente, promover os comportamentos de autocuidado negligenciados.

Nesta lógica, durante o estágio no projeto terapêuticos de referência, realizámos sessões de psicoeducação subordinadas à temática da adesão à terapêutica, da higiene do lar, higiene do vestuário e alimentação saudável. Sendo as sessões de carácter individual, realizadas com cada utente no seu domicílio, foram delineados objetivos também eles individualizados.

Atividade 1 – Psicoeducação no âmbito da adesão à terapêutica

Utente 1 e utente 2 – Objetivos:

- Que os utentes apresentem comportamentos de adesão à medicação; sejam capazes de efetuar uma leitura correta do guia terapêutico; reconheçam quais os principais efeitos secundários da sua terapêutica prescrita; verbalizem a necessidade de acompanhamento terapêutico a longo prazo;

Atividade 2 - Psicoeducação no âmbito da higiene do lar

Objetivos:

Utente 1

- Que o utente reconheça a existência de um problema de acumulação de objetos no seu domicílio; identifique objetos cuja utilidade, no seu quotidiano diário, seja reduzida; inicie o processo de desocupação dos objetos identificados.

Utente 2

- Que o utente reconheça a necessidade de manutenção de uma higiene adequada do lar; proceda a uma limpeza regular de uma das divisões da sua habitação; proceda ao depósito dos resíduos nos locais adequados de acordo com as indicações dos serviços de higiene urbana locais.

Atividade 3 – Psicoeducação no âmbito da higiene do vestuário

Objetivos

Utente 1 –

- Que o utente seja capaz de proceder à separação da roupa suja da roupa limpa; efetue a lavagem regular da roupa usada; proceda à arrumação adequada da roupa lavada.

Utente 2

- Que o utente seja capaz de proceder à separação da roupa suja da roupa limpa; efetue a lavagem regular da roupa usada; proceda à arrumação adequada da roupa lavada; adeque a sua roupa às condições climatéricas.

Atividade 4 – Psicoeducação no âmbito da alimentação saudável

Objetivos

Utente 1

- Que o utente adote comportamentos coincidentes com uma alimentação saudável; equilibre a ingestão calórica com as suas necessidades calóricas; ingira porções recomendadas de fruta e vegetais por dia; minimize o consumo de alimentos com alto valor calórico e baixo valor nutricional.

Utente 2 –

- Que o utente equilibre a ingestão calórica com as suas necessidades calóricas; ingira porções recomendadas de fruta e vegetais por dia; minimize o consumo de alimentos com alto valor calórico e baixo valor nutricional; confeccione refeições quando não dispõe da entrega de refeições por parte das estruturas comunitárias.

No âmbito da unidade de projeto, a nossa intervenção foi realizada a todo o grupo de utentes, e centrou-se na realização de duas sessões de psicoeducação no âmbito da realização de um currículo vitae, na realização de um passeio cultural e a elaboração de um jogo, o trivial da saúde mental.

Estas sessões tiveram também em consideração os estágios do MTMC em que os utentes se encontravam, procurando auxiliar os utentes não só nos processos de mudança cognitivos como também comportamentais, na medida em que procurámos recorrer a processos de relação de ajuda e de contra-condicionamento para promover a alteração dos comportamentos problemáticos por comportamentos alternativos.

Atividade 5 – Elaboração de um currículo

Definimos como objetivo geral: Que os utentes adquiram competências no âmbito da construção de um currículo vitae.

Definimos como objetivos específicos: Que os utentes sejam capazes de definir o conceito de currículo vitae; reconheçam quais os elementos que devem constar de um currículo; identifiquem quais os acontecimentos da vida pessoal que podem constar de um currículo; adequem o currículo à oferta de emprego e utilizem ferramentas on-line de elaboração de currículos.

Nas duas sessões subordinadas a este tema abordámos os seguintes conteúdos: definição de currículo vitae; significado de experiência profissional; definição de educação e formação; definição de competências pessoais; exploração de exemplos de currículos e elaboração de um currículo *on-line*. Do ponto de vista metodológico utilizámos o método interrogativo, expositivo e de prática simulada.

Atividade 6 – Passeio cultural

Foram definidos os seguintes objetivos: promoção da inserção social dos utentes; que os utentes desenvolvam das capacidades de observação; estimular cognitivamente os utentes; que estes adquiram conhecimentos sobre a evolução dos coches em Portugal.

Atividade 7 – Trivial da saúde mental

Definimos como objetivos: Promoção dos estilos de vida saudáveis; aumentar o conhecimento no âmbito das doenças do foro mental; que os utentes reconheçam determinados sinais de alarme de descompensação de doenças do foro mental; que os utentes ampliem os seus conhecimentos relacionados com a terapêutica.

2.2.3 – Execução do projeto

Atividade 1 – Psicoeducação no âmbito da adesão à terapêutica

Esta atividade foi desenvolvida com os utentes no projeto dos terapeutas de referência aquando nas visitas domiciliárias realizadas. Numa fase inicial foi aplicada a escala MAT de adesão à terapêutica tendo os utentes apresentado bons índices de adesão. Todavia, sendo a adesão ao regime terapêutico um dos maiores problemas identificados nos utentes com doença mental grave, que conduz frequentemente a reinternamentos, optámos por abordar esta temática em diversas visitas domiciliárias.

A nossa intervenção incidiu em diversos domínios da adesão à terapêutica nomeadamente na importância do cumprimento do esquema terapêutico prescrito pelo médico, no acondicionamento adequado dos medicamentos, na necessidade de garantir a disponibilidade dos medicamentos, nos efeitos secundários que podem ocorrer, na importância de cumprir os horários e da dosagem prescrita assim como da importância da medicação prescrita em SOS.

As diversas sessões foram realizadas em diversas visitas domiciliárias realizadas semanalmente. A abordagem inicial era frequentemente efetuada pelos próprios utentes que nos interpelavam com questões relacionadas com a terapêutica instituída, o que nos permitiu introduzir a temática de forma natural. Durante estas visitas procurámos realizar junto dos utentes a leitura do guia terapêutico, de onde surgiam com regularidade algumas dúvidas relacionadas com o horário da toma da medicação. Procurámos também que os utentes identificassem os respetivos medicamentos e as suas embalagens. Neste capítulo foram várias as questões relacionadas com os medicamentos ditos genéricos, tendo nós empreendido um papel de desmistificação relativamente a estes medicamentos reforçando a ideia que, apesar de poderem ter um tamanho, formato e/ou cor diferente, estávamos perante o mesmo medicamento, cujo benefício terapêutico era igual aos medicamentos ditos originais. No que se refere às questões colocadas sobre as funções de cada medicamento e quais os seus efeitos secundários mais frequentes, procurámos não só responder às questões levantadas pelos utentes como também questioná-los relativamente aos outros medicamentos que não haviam sido alvo de qualquer dúvida, com o propósito de validar o conhecimento sobre os mesmos. Refira-se que procurámos que estes momentos decorressem de forma informal, no seio de uma conversa, afastando-nos de um contexto que se assemelhasse a um inquérito, que poderia não beneficiar a relação terapêutica construída com o utente. Mencionamos também que as dúvidas que surgiam não diziam respeito

exclusivamente a psicofármacos, o que exigia da nossa parte um conhecimento aprofundado de farmacologia. Importa ainda mencionar que o recurso ao reforço positivo foi também reiterado.

Atividade 2 – Psicoeducação no âmbito da higiene do lar

As sessões de psicoeducação relacionadas com a higiene do lar foram também realizadas no âmbito das visitas domiciliárias. Todos os utentes que tivemos a oportunidade de acompanhar no projeto terapêuticas de referência apresentavam, em menor ou maior grau, dificuldades no que se refere à manutenção da higiene do seu espaço habitacional. Um dos utentes em questão era acumulador, o que se traduzia em condições de higiene particularmente precárias. Neste caso, e sendo este transtorno envolto em grande complexidade, a intervenção do enfermeiro deve ser pautada pelo respeito para com o utente, o que implica um envolvimento do mesmo em todo este processo decisório, procurando que o mesmo identifique quais as suas necessidades neste âmbito. Neste sentido, o papel do enfermeiro passa, numa fase inicial, por auxiliar o utente na identificação destas necessidades para depois procurar, também em estreita colaboração com o utente, soluções para esses mesmos problemas.

Com este utente em particular, após o estabelecimento de uma relação terapêutica e em conjunto com o enfermeiro orientador, procuramos introduzir de forma gradual este assunto. Nas primeiras visitas domiciliárias, foi perceptível um certo desconforto do utente quando esta temática era abordada, mesmo que de forma muito superficial. Só passado algumas semanas foi possível inserir este assunto no quadro das visitas domiciliárias. O utente acabou por admitir que possuía demasiados objetos espalhados por toda a sua casa, todavia, considerava que não tinha falta de espaço para o seu quotidiano, exceto para a realização de algumas atividades artesanais que pontualmente costumava fazer. Considerámos existir aqui uma oportunidade para explorar esta necessidade que, embora visível para o enfermeiro, parecia fazer pouco sentido ao utente. A nossa intervenção posterior passou então pela procura conjunta das vantagens existentes na manutenção de um espaço menos sobrecarregado de objetos e de um arejamento desses mesmos espaços, contrastando com as desvantagens existentes na manutenção das condições existentes. Esta temática foi abordada em diversas visitas domiciliárias, tendo o utente apenas identificado como vantagem a existência de um espaço onde pudesse desenvolver as suas atividades artesanais e reconhecendo de forma muito pontual as desvantagens ao nível da salubridade da sua residência. A procura de uma solução para este problema mostrou-se também difícil de

operar. No entanto, percebemos que o utente tinha em mente um projeto de construção de um pequeno anexo junto à sua habitação para o qual pretendia transferir muitos dos objetos existentes no seu domicílio. Existindo este projeto, a nossa intervenção incidiu sobretudo em incentivar o utente a pôr em prática o seu projeto e para, numa fase posterior, evitar uma nova sobrelotação do espaço.

A estratégia de identificação em conjunto com o utente das necessidades de higiene do lar foi também utilizada nos outros utentes onde, em todas as visitas domiciliárias eram abordadas algumas temáticas como a separação dos lixos, a limpeza dos diversos espaços existentes, a arrumação dos diferentes objetos nos locais mais adequados assim como a verificação regular da validade de alguns produtos.

A estratégia que adotámos incidia também numa conversa informal, durante a qual abordávamos os temas supracitados, definindo objetivos que deveriam ser cumpridos aquando da próxima visita domiciliária que, habitualmente, ocorria na semana seguinte.

Atividade 3 – Psicoeducação no âmbito da higiene do vestuário

Algumas sessões de psicoeducação sobre a temática da higiene do vestuário foram também empreendidas em contexto da visita domiciliária, junto de todos os utentes. A nossa estratégia compreendeu, uma vez mais, a utilização de conversas informais nas quais era abordada a necessidade de utilização de vestuário de acordo com a estação do ano, da limpeza adequada das diversas peças de roupa e da arrumação apropriada da mesma. Em cada visita domiciliária era estabelecido um objetivo para ser concretizado durante a semana relacionado com esta temática, objetivo esse que procurava ser concreto e de fácil realização. Deste modo, era assumido um compromisso entre o terapeuta de referência e o utente e, na visita domiciliária seguinte, a introdução desta temática era efetuada de forma natural. Era ainda utilizado o reforço positivo quando os objetivos delineados eram atingidos e, quando tal não acontecia, procurávamos perceber o porquê e delinear novas estratégias para que tal não voltasse a suceder.

Note-se que nestes utentes, a doença mental grave que os acometia tinha importantes repercussões no seu quadro cognitivo. Por outro lado, o apoio externo, de familiares ou de outras entidades, quando existia, era muito pontual.

Atividade 4 – Psicoeducação no âmbito da alimentação saudável

Como referido anteriormente, um dos problemas detetados junto de alguns utentes dizia respeito à sua alimentação, pelo que empreendemos em sessões de psicoeducação no âmbito da alimentação saudável.

Estas sessões ocorreram também no contexto das visitas domiciliárias realizadas e procurámos ir ao encontro dos hábitos alimentares e das preferências dos utentes no sentido de encontrar uma solução que, simultaneamente, representasse uma mudança de hábitos alimentares para uma alimentação saudável e colmatasse algumas das lacunas identificadas. Assim, procurámos adaptar aos gostos e hábitos de cada utente alguns propósitos plasmados nos objetivos delineados.

No caso do utente 2, a nossa intervenção incidiu sobretudo no âmbito da confeção de refeições rápidas e utilizando o micro-ondas, único dispositivo que o utente era capaz de utilizar para o efeito. Assim, tendo em conta as suas preferências, elaborámos um pequeno livro com algumas receitas com poucos ingredientes e de fácil execução⁸. Tivemos também o cuidado de encontrar receitas cujos ingredientes fizessem parte da dispensa do utente ou, em contrapartida, fossem de fácil aquisição e pouco onerosos.

Junto do utente 2, a nossa intervenção recaiu sobre as compras que semanalmente o utente realizava. Refletíamos em conjunto sobre o valor nutricional e versatilidade das mesmas, procurando efetuar um plano semanal de alimentação que era aferido aquando da visita domiciliária seguinte.

Também na unidade de projeto procurámos, aquando da atividade semanal da confeção do almoço, abordar de forma pontual a necessidade da adoção de uma dieta equilibrada e diversificada, assim como das diferentes formas de confeção dos alimentos.

⁸ Veja-se apêndice 1 – Receitas de micro-ondas, p. 110.

Atividade 5 – Elaboração de um currículo

Na unidade de projeto vários utentes encontravam-se de forma ativa na procura de emprego e, todavia, o seu currículo encontrava-se desatualizado e muitas vezes desadequado pelo que intentámos numa ação de formação no âmbito da elaboração de um currículo.

Nesta ação de formação, inicialmente planeada para uma única manhã, abordámos os diversos componentes que devem fazer parte do currículo europeu *europass*, considerando que este modelo é o que mais frequentemente é solicitado pelas entidades empregadoras.

Numa fase inicial optámos por utilizar o método expositivo e interrogativo e após definição dos objetivos efetuámos uma sessão onde, com a colaboração dos utentes, procurámos definir diversos conceitos como currículo vitae, experiência profissional, educação e formação e competências pessoais, tendo posteriormente explorado diversos exemplos de currículos.

Na sessão seguinte, utilizámos uma metodologia de prática simulada, e recorremos aos computadores e às ferramentas on-line de elaboração de currículos europeus. Considerando que apenas dispúnhamos de dois computadores, dividimos os utentes em dois grupos de 3 indivíduos cada e optámos por construir o currículo do utente que de forma mais imediata poderia beneficiar com a elaboração do mesmo. No entanto, os outros utentes eram chamados a colaborar na elaboração do currículo do utente, surgindo diversas questões que suscitavam o debate entre os participantes.

No final da sessão, os utentes enviaram o currículo para o seu correio eletrónico, foram esclarecidas todas as dúvidas que ainda subsistiam e receberam um pequeno livro do qual constava os conteúdos abordados na ação de formação⁹.

Atividade 6 – Passeio cultural

Outra atividade por nós proposta teve um carácter mais lúdico e consistiu num passeio pela zona de Belém. Foi delineado um percurso que incluía uma visita ao museu nacional dos coches, ao palácio de belém, à confeitaria dos pasteis de belém, ao mosteiro dos jerónimos e terminaria na torre de belém.

⁹ Veja-se apêndice 2 – Como elaborar um currículo (CV), p. 117.

Encetámos contactos com a direção do museu nacional dos coches e foram-nos fornecidas entradas gratuitas para o museu, quer para os utentes quer para os profissionais de saúde. Foi definida uma data e uma hora e o ponto de encontro (junto ao hospital ou à entrada do próprio museu). No início do passeio foi distribuído aos utentes um pequeno guia onde constava o itinerário proposto bem como alguns factos relacionados com os diversos locais que dele constavam¹⁰.

A visita ao museu foi efetuada com um guia da instituição que, ao longo de toda a visita, nos foi informando das evoluções tecnológicas associadas aos diversos coches e alguns factos relacionados com os mesmos. A visita decorreu num ambiente informal, procurando constantemente a participação dos utentes.

Após a visita ao museu, que demorou mais do que o planeado inicialmente, dirigimo-nos com alguns utentes à confeitaria dos pasteis de belém, efetuando uma pequena paragem junto do palácio de belém. Dado o adiantado da hora e a existência de outros compromissos pessoais por parte dos utentes foi dado por terminado o passeio cultural, ficando os restantes locais para serem visitados numa data posterior.

Atividade 7 – Trivial da Saúde Mental

O recurso à ludoterapia com o propósito de realizar atividades psicoeducativas encontra-se amplamente estudado. Refira-se que a ludoterapia consiste na utilização de jogos com uma finalidade terapêutica e, embora seja uma terapia habitualmente associada a crianças, é cada vez mais utilizada em adultos com patologias do foro mental (Santos *et al.*, 2017).

Os benefícios da ludoterapia são referenciados por Matos (2006) que nos diz que os jogos terapêuticos promovem a aprendizagem e a estimulação da mente, proporcionam momentos que se caracterizam pela diversão, bem-estar, alegria, estimulam as funções motora e cognitiva e permitem a sociabilização e integração. Também Mendonça & Macedo (2010) aludem a esta temática referindo que a ludoterapia se constitui como um facilitador da aprendizagem, do desenvolvimento pessoal, social e cultural, colaborando para o processo de sociabilização, construção do conhecimento, da comunicação e expressão.

¹⁰ Veja-se apêndice 3 – Roteiro do passeio cultural a Belém, p. 120.

No âmbito dos cuidados de enfermagem, Santos *et al.* (2017), refere-nos que a ludoterapia é uma intervenção passível de ser utilizada pelos profissionais de enfermagem, como forma de diminuir a ansiedade e aumentar o conhecimento dos utentes no âmbito das suas doenças. Neste sentido, optámos pela adaptação de um jogo por todos conhecido, o trivial, onde as perguntas efetuadas incidiriam sobre diversos assuntos no âmbito da saúde mental, que denominámos de Trivial da Saúde Mental.

As perguntas foram organizadas segundo quatro temas distintos: terapêutica, estilos de vida saudáveis, doenças do foro mental e sinais de alarme¹¹. A elaboração das perguntas teve por base o programa de psicoeducação existente na unidade de projeto e a nossa experiência profissional. Após uma primeira redação das mesmas, procurámos apresentá-las junto de outros profissionais da área no sentido de eliminar quaisquer dúvidas que pudessem existir quer na formulação das questões quer nas próprias respostas.

Numa fase posterior procedemos á construção do tabuleiro de jogo¹² e da definição das regras que foram adaptadas das regras originais do jogo¹³, para em seguida se efetivar a impressão de todos os componentes do Trivial da Saúde Mental.

Atividades integradas no âmbito da unidade de projeto

Na unidade de projeto era elaborado um plano semanal de atividades a realizar em conjunto com todos os utentes. Dessas atividades, participámos de forma assídua nas atividades de exercício físico, no treino de competências sociais, no projeto da horta comunitária, na discussão de notícias, no treino cognitivo, nas reuniões de grupo e no treino de atividades de vida diária como a aquisição de alimentos e confeção de refeições.

As atividades de exercício físico eram realizadas em espaço próprio, nas imediações da unidade hospitalar. Habitualmente ocorriam todas as semanas embora, caso as condições atmosféricas se mostrassem muito desfavoráveis, se procedesse à sua substituição por outra atividade terapêutica. Esta atividade era sempre iniciada por um aquecimento muscular que antecedia a prática de exercício físico que habitualmente incidia num desporto coletivo. A grande

¹¹ Veja-se apêndice 4 – Questões que integram o Trivial da Saúde Mental, p. 123.

¹² Veja-se apêndice 5 – Tabuleiro do jogo Trivial da Saúde Mental, p. 133.

¹³ Veja-se apêndice 6 – Regras do Trivial da Saúde Mental, p. 1334.

maioria dos utentes participava de forma assídua nesta atividade, embora não fossem praticantes assíduos de desportos.

O treino de competências sociais era realizado pela enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica e realizava-se também semanalmente. Nestas sessões eram abordados diversos temas que incluíam a comunicação, a empatia, a adequação do contacto físico e visual de acordo com determinadas situações e outros tópicos que procuravam desenvolver competências inerentes à interação social.

O projeto da horta comunitária era realizado em cooperação com outra estrutura existente na comunidade e, com uma periodicidade semanal, os utentes deslocavam-se até à horta que se situava a poucos quilómetros da unidade hospitalar. A realização desta atividade exigia também da parte dos profissionais e saúde um conhecimento relativamente a matérias no âmbito da agricultura que nem sempre dominamos, havendo então a necessidade de recorrer a fontes de informação como o borda d'água que se constitui ainda na atualidade como uma fonte fidedigna no que se refere aos assuntos da agricultura em Portugal.

A discussão de notícias era também maioritariamente efetuada pela enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica e ocorria com uma periodicidade semanal. Nesta atividade os utentes deveriam trazer para a discussão duas notícias da atualidade que, por determinado motivo, lhes chamaram a atenção. As temáticas que os utentes traziam eram muito diversas e iam desde assuntos como o futebol, ao conflito entre a Rússia e a Ucrânia e a notícias relacionadas com a política nacional e internacional.

O treino cognitivo era concretizado por um psicólogo, também ele afeto á unidade de projeto e consistia na realização de exercícios que tinham como objetivo a otimização ou manutenção do rendimento cognitivo dos utentes.

As reuniões de grupo eram promovidas semanalmente sob a coordenação de uma psiquiatra e de uma assistente social. Nestas reuniões procurava-se aferir como se encontrava, globalmente, o projeto de cada utente, concedendo-lhes a oportunidade de se manifestarem sobre esse processo.

O treino de atividades de vida diária incluiu, durante o meu estágio, atividades como a realização de compras e da confeção do almoço e era frequentemente da responsabilidade da terapeuta ocupacional. No início da atividade era realizada a distribuição das diversas tarefas

como a gestão das compras no supermercado, a confeção da refeição, a limpeza do espaço, entre outras tarefas. Após a realização da lista de compras, os utentes deslocavam-se então até um supermercado nas imediações da unidade hospitalar onde, de acordo com o orçamento disponível, efetuavam as compras necessárias para a confeção da refeição que era posteriormente consumida por todos os utentes.

2.2.4 – Avaliação do projeto

A avaliação do projeto constitui-se como uma das últimas fases da metodologia de projeto, deve ser globalizante e deve avaliar o produto final incidindo, sobretudo, na verificação se os objetivos delineados inicialmente foram ou não alcançados. Caso os objetivos tenham sido atingidos é importante que se proceda a uma observância da pertinência dos mesmos, percebendo se foram úteis a todo o processo. Por outro lado, caso os objetivos não sejam cumpridos, deve-se procurar perceber quais os fatores que impediram que tal acontecesse e, conseqüentemente, delinear novas estratégias ou redefinir os próprios objetivos. (Nogueira, 2005).

Para que se realize esta avaliação pode recorrer-se a uma série de instrumentos de avaliação como a observação, recorrendo a entrevistas, questionários ou escalas de avaliação. A escolha do método de avaliação mais adequado é influenciada pelos objetivos delineados, bem como o tipo de informação a recolher, o momento em que ocorre a avaliação bem como o tempo e as verbas disponíveis (Carvalho & Almeida, 1997).

Ao longo do nosso estágio, a avaliação das atividades realizadas foi efetuada, de forma exclusiva, através do feedback que fomos obtendo junto dos utentes, aquando da realização de entrevistas abertas individuais, e dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica que orientaram o nosso estágio e se encontravam sempre presentes aquando da realização das diversas atividades. Considerámos ser o este o método mais adequado pois permitiu que os utentes expressassem os seus sentimentos embora, como em qualquer entrevista, possamos ter corrido o risco de os utentes terem escolhido as respostas que consideravam mais adequadas para determinada pergunta.

No que se refere à atividade 1, psicoeducação no âmbito da adesão à terapêutica, consideramos que em ambos os dois utentes que, em contexto de visita domiciliária, foram alvo da nossa intervenção, com objetivos semelhantes, os objetivos a que nos propusemos inicialmente foram amplamente atingidos. Nas últimas visitas domiciliárias realizadas no estágio, pudemos verificar que os utentes conheciam a maioria dos efeitos secundários da terapêutica prescrita bem como mostraram ser capazes de efetuar uma correta leitura do guia terapêutico, que havia sido alterado na consulta que decorreu durante o estágio. No que se refere à manifestação da necessidade de acompanhamento terapêutico a longo prazo, os utentes referiram que reconheciam essa necessidade para a estabilização do seu quadro clínico e, em última instância, para evitar a necessidade de novos internamentos.

Reiteramos ainda a importância da concretização destes objetivos que se traduz, de forma indelével, numa melhoria da qualidade de vida dos utentes.

No que diz respeito à atividade 2, psicoeducação no âmbito da higiene do lar, os objetivos que nos propusemos atingir foram apenas parcialmente alcançados. Com o decorrer do estágio o utente 1 foi capaz de verbalizar a existência de um problema de acumulação de objetos, que o impediam de utilizar o seu espaço de realização de trabalhos artesanais. No entanto, o utente foi incapaz de identificar objetos que não necessitava e consequentemente, desfazer-se dos mesmos. Todavia, o plano do utente para desocupar, ainda que parcialmente, a sua residência, passava pela construção de um anexo no qual seriam guardados a maioria dos objetos. A construção desta estrutura foi iniciada durante o nosso estágio mas o utente não dispôs de tempo suficiente para que a mesma ficasse concluída. Neste sentido, a maioria das divisões da sua residência permaneceram repletas de objetos, com todos os riscos associados, embora tenha existido um compromisso por parte do utente para, após a construção do anexo, proceder à desocupação do maior número possível de objetos. O facto de não termos alcançado a maioria dos nossos objetivos poderá ter por base a complexidade do fenómeno patológico da acumulação de objetos, aliada à fixação de objetivos que, agora, temos como demasiado ambiciosos, sobretudo considerando a duração limitada do nosso estágio.

No que se refere ao utente 2, esta atividade alcançou um sucesso também ele relativo. Se por um lado o utente reconhecia a necessidade da manutenção de uma higiene

adequada do lar, era necessário definir tarefas de limpeza a serem realizadas durante a semana e o seu cumprimento era apenas parcial, referindo o utente não dispor de tempo suficiente para realizar essas tarefas. A tentativa de desconstrução desta justificação foi sempre em vão, insistindo o utente na falta de tempo. No que diz respeito à necessidade de colocar os resíduos nos locais adequados, o utente mostrou conhecer quais os dias correspondentes a determinados tipos de resíduos (plástico, vidro, papel e lixo comum) no entanto apenas quando alertado para a necessidade de proceder ao despejo desses mesmos resíduos é que o utente, durante a semana, realizava tal tarefa. Apesar de apresentar algumas dificuldades na locomoção, o utente residia num prédio com elevador e os contentores de resíduos encontravam-se a uma curta distância. Consideramos que, com maior disponibilidade de tempo e com outras atividades como o acompanhamento do utente até aos contentores de resíduos, poderíamos alcançar os objetivos a que nos havíamos proposto inicialmente.

No que se refere à atividade 3, psicoeducação no âmbito da higiene do vestuário, o utente 1, ao longo das nossas visitas domiciliárias, pudemos constatar que os nossos objetivos foram alcançados também de forma parcial, sobretudo devido à necessidade que ainda existe de incentivar o utente para a manutenção de comportamentos coincidentes com uma adequada higiene do vestuário. Numa fase inicial, denotámos alguma renitência por parte do utente quando o assunto era abordado, não sendo reconhecida a existência de qualquer problema neste âmbito. Só com o passar das semanas e com o estabelecimento de uma relação terapêutica, foi possível que o utente assumisse que estávamos perante um problema que poderia ser solucionado. Gradualmente foi-se procedendo à separação da roupa suja da roupa limpa, tendo sido definidos inicialmente diferentes espaços onde deveriam ser colocadas os dois tipos de roupa e só posteriormente procurámos que o utente efetuasse a lavagem de roupa periodicamente e procedesse ao seu correto acondicionamento. O comprometimento por parte do utente com estas tarefas foi evidente, tendo demonstrado apenas dificuldades na arrumação da roupa lavada, uma vez que não dispunha de um espaço adequado para tal. Neste sentido, propôs-se a aquisição de um *charriot* extensível, que poderia colmatar esta necessidade. O utente procedeu à sua montagem e colocação no quarto, passando a utilizá-lo para secar e acondicionar a roupa lavada. Por várias vezes verbalizou ter sido uma opção adequada bem como os benefícios da sua utilização, tendo nós também

verificado com o passar das semanas um maior comprometimento e execução das tarefas de forma mais regular. Todavia estamos convictos da necessidade da manutenção da necessidade de incentivar ao comprometimento por parte do utente da importância da manutenção de uma higiene adequada do vestuário.

No que se refere ao utente 2, consideramos que os objetivos foram também parcialmente alcançados. Se, por um lado, o utente procedeu de forma regular à separação, lavagem e acondicionamento da roupa, a adequação da mesma perante as condições climáticas não ocorria frequentemente. O utente verbalizava a importância de uma higiene adequada do vestuário e constatávamos que a lavagem da roupa era feita todas as semanas, no entanto, a roupa com que se apresentava semanalmente pouco diferia das semanas transatas, apesar de condições climáticas terem sido muito variáveis. Apesar de termos abordado esta questão durante muitas visitas domiciliárias, não obtivemos o resultado esperado. Consideramos que a adoção de uma estratégia que incluísse uma saída à rua, possibilitando a observação de outras pessoas e da forma como se vestiam, poderia ajudar a concretizar o objetivo inicial.

A atividade 4, psicoeducação no âmbito da alimentação saudável, no caso do utente 1, consideramos que os objetivos foram parcialmente alcançados. Fomos ao longo das semanas acompanhando a evolução operada no utente no que se refere à sua lista de compras semanal e observámos que a introdução de fruta e vegetais aumentou consideravelmente, embora o consumo de alimentos com elevado valor calórico e reduzido valor nutricional tenha sido mantido. O utente referia que esses alimentos eram menos dispendiosos e que lhe era difícil abdicar deles. Todavia, verbalizou com frequência a importância do aumento da ingestão de frutas e legumes, bem como os benefícios da manutenção de uma alimentação saudável. Consideramos que, com uma maior disponibilidade de tempo e o acompanhamento do utente a uma superfície comercial, auxiliando-o nas compras semanais, poderia vir a ser um importante contributo para que os objetivos tivessem sido cumpridos na sua plenitude.

No que se refere ao utente 2, os objetivos foram cumpridos quase na sua totalidade. A maior dificuldade residia, como observado anteriormente, nas refeições efetuadas ao fim de semana, na medida em que o utente não dispunha de apoio domiciliário para a sua alimentação nestes dias. As compras que o utente passou a realizar

para se alimentar passaram a incluir um maior número de vegetais e frutas e foi substancial a redução de produtos ricos em açúcares. Foi também referido que a utilização do micro-ondas para a confeção dos alimentos, utilizando o livro de receitas fornecido, constitui-se como um grande desafio na fase inicial, mas, com o passar das semanas, tornou-se cada vez mais evidente a sua utilização. No entanto, a falta de iniciativa do utente faz notar a necessidade de manutenção de algumas intervenções para que se possa evitar que comportamentos menos ajustados do ponto de vista da adoção de uma alimentação saudável.

No que se refere à atividade 5, elaboração de um currículo, observamos que todos os objetivos foram concluídos na medida em que os utentes adquiriram competências no âmbito da elaboração de um currículo vitae. Notámos que os utentes conheciam muitos dos elementos que deveriam constar de um currículo, todavia, não os sabiam definir da forma mais correta o que comprometia a sua composição adequada. Aquando da elaboração do currículo recorrendo às ferramentas disponíveis *on-line* pudemos constatar que esses conhecimentos haviam sido assimilados e estavam a ser postos em prática. De referir também que, quando surgia alguma dúvida, eram os próprios utentes que debatiam entre si as dificuldades que surgiram relativamente aos conceitos abordados, ou procuravam nos exemplos de currículos anteriormente apresentados, sendo os técnicos solicitados apenas em último caso. Também a utilização da ferramenta *on-line* existente foi facilmente assimilada pois os conhecimentos informáticos dos utentes eram relevantes e o próprio software era de uma utilização relativamente fácil e intuitiva. Apesar de apenas dois dos utentes terem elaborado o seu currículo, consideramos que os restantes passaram a dispor de ferramentas para a elaboração do seu próprio currículo, tendo em conta a sua participação na atividade.

Não podemos deixar também de refletir sobre a importância do objetivo que foi concretizado pois poderá representar um importante passo na obtenção de um emprego e, consequentemente, na melhoria efetiva da qualidade de vida dos utentes.

Na atividade 6, passeio cultural a Belém, consideramos também que os objetivos a que nos propusemos foram cumpridos pois os utentes manifestaram grande interesse ao longo de toda a visita ao museu nacional dos coches. A guia que nos acompanhou procurava uma participação frequente dos utentes que, após alguma resistência inicial, foram procurando responder às suas solicitações, colocando inclusive algumas questões pertinentes. A capacidade de observação dos

utentes foi também ela desenvolvida tendo em conta as solicitações efetuadas que procuravam chamar a atenção para determinados pormenores existentes na exposição e que, paralelamente, foi aumentando pontualmente os conhecimentos dos utentes nesta matéria e permitiu, cumulativamente, a sua estimulação cognitiva. No entanto, sabemos que promover a interação social é um processo complexo e que exige um esforço contínuo por parte dos profissionais de saúde, aliado a um efetivo comprometimento por parte dos utentes. Neste sentido, a nossa atividade foi apenas uma pequena intervenção que procurou promover as interações sociais dos utentes, tendo nós consciência que devem ser encetadas mais intervenções deste carácter para que se possam observar resultados mais satisfatórios do ponto de vista da interação social.

Por último, fazendo alusão à atividade 7, Trivial da Saúde Mental, é importante referir que não nos foi possível implementá-lo durante a realização do estágio, por falta de tempo disponível. Todavia, recebemos feedback da enfermeira orientadora do estágio que nos referiu a utilização do jogo nas suas atividades semanais. Mencionou que, apesar das questões terem sido duplamente validadas por profissionais de saúde, ainda subsistem algumas dúvidas na escolha de algumas respostas, propondo a sua reformulação. Não obstante, considerou que os objetivos que nortearam a construção deste jogo foram amplamente cumpridos na medida em que quando os utentes erravam na resposta proporcionava-se um momento de discussão que permitiu desconstruir alguns mitos e esclarecer muitas dúvidas relacionadas com as temáticas que eram abordadas no jogo. Por outro lado, o feedback dos utentes foi também ele muito positivo com frequentes menções à importância e eficácia da ludoterapia.

No que se refere à apresentação dos resultados, última etapa da metodologia de projeto, cabe-nos referir que os mesmos eram apresentados aquando das reuniões de equipa, em especial na unidade de projeto o que contribuía para a reformulação do PIC de cada utente. Por outro lado, a disponibilização em diversos repositórios institucionais, após defesa pública, deste relatório, permitirá também que a comunidade científica tome conhecimento de todo o projeto de que fomos autores.

3 – Análise reflexiva de aquisição de competências

Ao longo deste capítulo procuraremos refletir sobre o processo de aprendizagem e crescimento, pessoal e profissional, que ao longo dos últimos anos e em especial durante a frequência do Mestrado em Enfermagem que se traduziu num importante incremento de competências. Importa por isso debruçarmo-nos sobre o conceito de competência.

Segundo Le Boterf (2000), competência pode ser definida como um processo que surge do saber gerir determinadas situações profissionais com algum grau de complexidade. Este processo é influenciado por diversos fatores, tais como os inerentes à própria biografia do sujeito, relativos à sua situação profissional e à sua formação. Neste âmbito, o autor refere-nos que existem diversos tipos de saberes. Assim, os saberes teóricos, experienciais e processuais são adquiridos fundamentalmente nos processos de formação inicial e contínua e são manifestados pelo indivíduo de forma verbal. Por outro lado, os saberes experimental, operacional, social, relacional e cognitivo são adquiridos não só através de uma educação formal e contínua, como através das experiências profissionais e sociais dos indivíduos e expressam-se através das suas dinâmicas comportamentais.

O nosso processo de aquisição de competências, cujo reflexo atual se encontra explícito neste relatório de estágio, encontra diversas semelhanças com o modelo de desenvolvimento de competências teorizado por Patrícia Benner que, baseando-se no modelo de Dreyfus, propôs um modelo teórico no qual estratifica em cinco diferentes níveis as competências do enfermeiro, a saber: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e especialista (Benner, 2005).

Benner (2005) refere-nos que o enfermeiro iniciado não dispõe de experiência e esta é adquirida através do auxílio dos pares limitando-se frequentemente a seguir as indicações dos restantes enfermeiros. O enfermeiro iniciado avançado é já capaz de tomar algumas decisões e identificar fatores significativos em situações semelhantes às que já experienciou, formulando assim determinados princípios e raciocínios baseados na sua experiência prática. O enfermeiro competente é capaz de deter um pensamento crítico mais alargado, através do qual consegue identificar os benefícios inerentes a cada tomada

de decisão. Segundo Nunes (2010), este nível é alcançado por um enfermeiro com cerca de 2 a 3 anos de exercício profissional no mesmo contexto de cuidados. No que se refere ao enfermeiro de nível proficiente este detém já uma capacidade de avaliar as diferentes situações tendo em conta uma visão holística, adaptando o seu conhecimento adquirido em experiências anteriores. No último nível de desenvolvimento de competências, perito, o enfermeiro age já de forma intuitiva, sendo que as suas ações vão frequentemente além de regras, princípios e orientações práticas vigentes (Benner, 2005).

A nossa experiência de vida, experiência profissional e a frequência do Mestrado em Enfermagem, permitiram um aumento das nossas competências em diversos níveis, que será agora alvo de reflexão tendo em consideração as diversas competências que consideramos ter desenvolvido. Neste sentido, recorreremos à legislação em vigor que explana as diversas competências que se espera que tenham sido adquiridas, promovendo um ato reflexivo que fundamenta e justifica a aquisição dessas mesmas competências para a obtenção do grau de Mestre e do título de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

3.1 – Competências de grau de Mestre

A aquisição de competências inerentes ao grau de Mestre foi adquirida em diversos contextos como através do exercício profissional, os conteúdos lecionados nas diversas unidades curriculares do presente Mestrado bem como aquando da realização do estágio final.

As competências inerentes ao grau de Mestre de Enfermagem, constam do Artigo 15º do Decreto-Lei n.º 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018). O referido Decreto-Lei, procede à 5ª alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 107/2008, de 25 de junho, 230/2009, de 14 de setembro, 115/2013, de 7 de agosto, e 63/2016, de 13 de setembro, relativos ao regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior (Presidência do Conselho de Ministros, 2018). Encontramos assim discriminadas competências exigidas a titulares do grau de Mestre (competências a; b; c e d) e competências específicas aos titulares do grau de Mestre em Enfermagem (competências 1; 2; 3; 4; 5; 6 e 7), que serão alvo da nossa reflexão.

a) *Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que:*

- i) *sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;*
- ii) *permitam e constituam a base de desenvolvimento e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.*

O exercício da enfermagem exige por parte dos enfermeiros uma constante atualização de conhecimentos, tal como exposto no código deontológico do enfermeiro, na alínea c do artigo n.º 88 (2005) que nos refere ser um dever do enfermeiro atualizar de forma contínua os seus conhecimentos, utilizando de forma competente as tecnologias existentes não esquecendo a formação permanente e aprofundada no âmbito das ciências humanas.

No que se refere à primeira competência, não temos qualquer dúvida em afirmar que o nosso nível de conhecimentos sofreu um importante incremento. A nossa experiência clínica, sustentada em diversos anos de exercício junto de pessoas com algum tipo de perturbação mental, exigiu da nossa parte um constante aperfeiçoamento dos conhecimentos adquiridos no 1º ciclo de estudos. Esta necessidade é sentida frequentemente na medida em que nos deparamos com novas situações na nossa prática clínica quotidiana de forma reiterada. Tal foi conseguido através da participação em diversos encontros científicos no âmbito das Ciências de Enfermagem, paralelamente ao investimento efetuado ao nível do processo de autoformação. Destacamos também a nossa participação em determinados projetos que foram apresentados em encontros científicos subordinados a temas como a reabilitação e qualidade de vida em pessoas portadoras de problemas do foro mental ou no âmbito da História da Psiquiatria, constituindo-se alguns destes trabalhos como inovadores no seu âmbito de investigação.

A frequência deste Mestrado permitiu-nos também um importante crescimento dos nossos conhecimentos científicos. Se, numa fase inicial deste percurso considerávamos que a componente letiva do Mestrado era algo extensa, ao aproximarmos do final desta etapa concluímos pela pertinência e justificação dos conteúdos lecionados, que em muito contribuíram para o nosso crescimento e para o desenvolvimento dos conhecimentos que haviam sido obtidos aquando da realização do 1º ciclo de estudos. Destacamos neste âmbito a unidade curricular de Investigação em

Enfermagem onde pudemos aprofundar metodologias de investigação, tomar conhecimento e realizar pesquisas em bases de dados científicos que pouco dominávamos ou eram para nós desconhecidas. Atente-se neste sentido a atual e exponencial disponibilidade de informações e estudos, tendo em conta a era das tecnologias de informação que sustenta o nosso quotidiano, e que exige por parte do enfermeiro investigador o domínio de técnicas que permitam selecionar as informações relevantes, quer para as suas investigações, quer para a sua prática clínica.

No âmbito do estágio final, tivemos também oportunidade de ampliar os nossos conhecimentos em diversos domínios pois sentimos necessidade de nos apoiarmos em evidências científicas para sustentar o nosso projeto de intervenção, a nossa prática clínica e, conseqüentemente, promover uma melhoria dos cuidados junto dos utentes. Neste sentido efetuámos uma série de pesquisas no âmbito das intervenções psicoeducativas e no âmbito das patologias do foro mental, plasmadas na parte inicial deste relatório, que nos permitiram não só a aquisição de novos conhecimentos como o desenvolvimento e atualização de outros saberes já adquiridos. Estes novos conhecimentos permitiram-nos direcionar as nossas intervenções de forma mais adequada à nossa população alvo possibilitando a concretização de muitos dos objetivos delineados inicialmente aquando das nossas intervenções o que permitiu, em nosso entender, uma importante melhoria nas condições de vida dos utentes. Espaço ainda para relembrar o importante papel que os enfermeiros orientadores detiveram neste âmbito pois os seus contributos foram determinantes no sucesso das nossas intervenções.

Concluimos assim que, no que se refere a esta competência de Mestre, pudemos desenvolver os pressupostos que a caracterizam. Paralelamente, tendo em conta o modelo de desenvolvimento de competências proposto por Benner, consideramos ser competentes no âmbito desta competência.

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

Ao longo da nossa experiência clínica fomos sendo confrontados com situações novas que exigiram da nossa parte uma adaptação e um grande investimento na adequação dos nossos cuidados como aconteceu recentemente com o cenário pandémico que vivenciámos. Embora tenha sido um processo que exigiu mudanças constantes, fruto dos desenvolvimentos pandémicos que ocorriam frequentemente, consideramos ter tido a capacidade de nos adaptar a essas realidades, tendo um papel proativo na procura de soluções para os problemas que se nos colocavam no nosso quotidiano assistencial bem como adaptar as recomendações que eram emanadas pela DGS. O trabalho que desenvolvíamos na linha de apoio telefónico do Serviço Nacional de Saúde (SNS) permitiram-nos estar a par de todas estas recomendações e constituímo-nos como elementos de referência no seio da equipa multidisciplinar para a sua adaptação ao contexto de cuidados.

Também no âmbito do nosso estágio final nos deparámos com uma realidade que até então nos era praticamente desconhecida: a prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica a utentes na comunidade. Sendo a nossa experiência clínica exclusivamente fruto do trabalho desenvolvido em unidades de internamento, quer de curta quer de longa duração, o estágio final permitiu-nos estabelecer um contacto com os utentes muito diferente daquele que até então era objeto dos nossos cuidados. Neste sentido, fomos confrontados com situações novas, como prestar cuidados a utentes no seu próprio domicílio, aquando das visitas domiciliárias realizadas. Acreditamos que este processo de adaptação nos dotou de ferramentas para que permitirão, no futuro, uma adaptação a novos contextos de prestação de cuidados mais fácil e menos demorada. Nota ainda para o desenvolvimento do trabalho no seio de uma equipa multidisciplinar que, embora já fizesse parte do nosso quotidiano assistencial, foi aperfeiçoado aquando da realização do estágio final, em especial na unidade de projeto. Recordamos que os recursos humanos afetos a esta unidade eram constituídos por diferentes profissionais nomeadamente por um médico psiquiatra, um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, um psicólogo, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social, sendo as intervenções a realizar junto dos utentes fruto de uma discussão entre os diversos profissionais. Neste sentido, o trabalho multidisciplinar constituía-se como apanágio da filosofia de cuidados junto dos utentes e foi por nós interiorizada de forma indissipável.

Tendo em conta esta análise reflexiva, consideramo-nos aptos no campo de ação desta competência e, de forma semelhante, competentes considerando o modelo proposto por Benner.

- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*

Ao longo da nossa prática clínica, a necessidade de integrar novos conhecimentos e assimilar a atualização dos saberes existentes configura-se como um desígnio imprescindível para o exercício da profissão de enfermagem, que é refletido, por exemplo, no Código Deontológico do enfermeiro, vertidos na Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, Capítulo VI – Deontologia Profissional, no seu artigo 109.º, que alude à necessidade do enfermeiro encetar uma atualização contínua dos seus conhecimentos, utilizando de forma adequada as tecnologias e investindo na formação permanente e aprofundada no âmbito das ciências sociais (Assembleia da República [AR], 2015). Esta competência foi desenvolvida, por exemplo, aquando da prestação de cuidados em utentes com internamento compulsivo, situação de elevada complexidade, onde a atuação do enfermeiro tem de ser pautada pelo respeito dos princípios éticos contantes do Código Deontológico Enfermeiro bem como atender a todos os preceitos que constam do Regulamento do Exercício Profissional em Enfermagem. Estas situações exigiram da nossa a consulta da legislação aplicável nestas situações no sentido de melhor fundamentarmos as nossas intervenções.

Também no âmbito da componente curricular do Mestrado em Enfermagem nos foi possível desenvolver esta competência nomeadamente na unidade curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem onde tivemos a oportunidade de refletir sobre diversas situações de elevada complexidade no contexto da prestação de cuidados em enfermagem. Todavia, apesar dos muitos contributos da unidade curricular e da consulta da legislação aplicável, dúvidas continuavam a subsistir numa questão muito específica que nos surgiu aquando da realização de um trabalho o que nos obrigou a

solicitar um parecer junto da OE que, deste modo, deu resposta à complexidade da nossa problemática.

No âmbito do nosso estágio final as questões de maior complexidade foram surgindo aquando da prestação de cuidados aos utentes no seu domicílio. Questões que se prendiam com algum desconhecimento da nossa parte da especificidade do quadro psicopatológico dos utentes, como aconteceu com o utente com um transtorno de acumulação de objetos. Mais uma vez, houve necessidade de efetuar pesquisas no sentido de podermos intervir respeitando a sua individualidade, procurando não correr o risco de incorrer na violação dos preceitos éticos subjacentes. Não podemos também esquecer os momentos de reflexão que eram promovidos no contacto com a equipa multidisciplinar, no contexto das reuniões periódicas em que tivemos oportunidade de participar na unidade de projeto. Nestas circunstâncias, a definição e avaliação do projeto terapêutico individualizado para cada utente levantava por vezes questões de índole ética e social que eram discutidas no seio da equipa e nas quais tivemos a oportunidade de participar.

As atividades desenvolvidas constituem deste modo fundamento para que possamos afirmar ter desenvolvido as competências exigidas. No que se refere à análise tendo por base o modelo de Benner, temos em mente ter atingido o nível de competente.

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

As competências de comunicação são incontornáveis em Enfermagem. O enfermeiro comunica com os seus utentes, com os seus pares, no seio da equipa multidisciplinar e em eventos de carácter científico pelo que se torna indispensável o desenvolvimento de competências comunicacionais.

Ao longo da nossa experiência profissional, o desenvolvimento das competências de comunicação sofreu um importante incremento aquando do exercício da nossa atividade profissional num serviço de atendimento telefónico do SNS, no âmbito da triagem, aconselhamento e encaminhamento de situações de doença. Consideramos que

foram desenvolvidas uma série de competências que nos permitem comunicar de forma assertiva, adequar a nossa linguagem ao utente, direcionar os discursos para a concretização dos objetivos definidos, usar o silêncio de forma adequada e transmitir as informações relevantes de forma clara aos utentes. Estas competências foram também sendo desenvolvidas no contexto da prática de cuidados nas diversas unidades de internamento em psiquiatria onde as competências comunicacionais se constituem como uma das ferramentas mais importantes no cuidar dos utentes. Paralelamente, fomos também desenvolvendo estas mesmas competências no seio da equipa multidisciplinar na medida em que no nosso quotidiano assistencial a transmissão de informações relativas aos utentes é realizada diariamente.

Referimos ainda a nossa participação em diversos encontros científicos, nacionais e internacionais, quer como palestrantes, conferencistas ou moderadores da mesa que nos deram a oportunidade de comunicar resultados obtidos em investigações por nós desenvolvidas. Aludimos ainda à nossa experiência assente nos diversos posters apresentados em encontros científicos e em alguns artigos que se encontram publicados. Embora estas investigações tenham incidido, na sua maior parte, em temáticas que versam a História da assistência em Psiquiatria sendo os cuidados de enfermagem abordados de forma residual, consideramos dispor de competência para que sejamos capazes de comunicar, em diversos contextos, os nossos raciocínios e conclusões quer a especialistas quer a profissionais menos diferenciados.

No contexto do Mestrado em Enfermagem, tivemos também diversas oportunidades de aperfeiçoar as nossas competências comunicacionais na medida em que muitos dos momentos de avaliação incluíam a comunicação aos pares dos resultados obtidos nos trabalhos realizados. Ressalvamos a utilização de plataformas on-line que era para nós desconhecido e que, na atualidade, representa uma nova forma de comunicar que consideramos agora dominar de forma bastante satisfatória.

Também no âmbito do estágio final houve oportunidade para desenvolvermos as nossas competências no âmbito da comunicação com a equipa multidisciplinar, em especial aquando do estágio na unidade de projeto. Ao longo das diversas semanas houve necessidade de discutir no seio da equipa a evolução dos projetos individuais dos utentes, os resultados das intervenções de enfermagem realizadas e a redefinição de alguns

projetos individuais de cuidados. A transmissão das informações que dispúnhamos foi efetuada de forma clara no seio da equipa multidisciplinar e, cremos nós, sem a presença de ambiguidades relevantes.

A relevância das atividades por nós desenvolvidas no âmbito desta competência, ao longo dos últimos anos, fazem-nos crer que, não só reunimos os critérios exigidos como, considerando o modelo proposto por Benner, nos colocamos no nível de enfermeiro proficiente.

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

As competências de aprendizagem ao longo da vida que o grau de Mestre exige têm sido por nós desenvolvidas ao longo dos últimos anos nos diversos contextos do nosso quotidiano. Findo o 1º ciclo de estudos, não estagnámos do ponto de vista académico tendo-nos sido possível alargar os nossos horizontes a outras ciências bastante distintas da Enfermagem que culminaram na obtenção do grau de Doutor em História. A nossa participação em eventos científicos e publicações efetuadas atesta também a existência de competências que nos permitem afirmar que somos capazes de empreender um processo de autoformação que dificilmente conhecerá um fim na medida em que temos interiorizada não só uma forte curiosidade intelectual como a necessidade de atualização dos conhecimentos científicos para que possamos adequar a nossa prática clínica aos últimos avanços da ciência

Após a análise de todas as competências inerentes ao grau de Mestre, aferimos ser meritórios de tal grau tendo em conta que consideramos que cumprimos todas as competências exigidas, que nos irão permitir aperfeiçoar o nosso exercício profissional e, consequentemente, as nossas intervenções junto dos utentes.

No que se refere às competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem (1) Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; 2) Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; 3) Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de

situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais; 4) Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; 5) Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; 6) Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular; 7) Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade) estas foram também desenvolvidas em vários contextos, nomeadamente no estágio final. A reflexão sobre a aquisição destas competências pode ser encontrada nos próximos subcapítulos na medida em que considerámos que a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica respondem, de forma cabal, às competências exigidas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

3.2 – Competências comuns do enfermeiro especialista

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista encontra-se publicado no Diário da República, 2ª série – N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019 e procura definir um conjunto de competências, comuns a todas as especialidades em Enfermagem e que são passíveis de aplicação em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE, 2019). Estas competências, que envolvem dimensões como a educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança bem como responsabilidades de descodificação, disseminação e de práticas de investigação cujo objetivo reside na promoção da melhoria contínua da prática enfermagem, encontram-se divididas em quatro competências distintas: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (artigo 5º); competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (artigo 6º); competências do domínio da gestão dos cuidados (artigo 7º) e competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (artigo 8º). Atente-se ainda para o facto de cada uma destas competências ser apresentada com o respetivo descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação, permitindo deste

modo uma maior clarificação das aptidões exigíveis aos enfermeiros detentores do grau de especialista.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

- a) *Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;*
- b) *Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.*

O exercício da profissão de enfermagem é regulamentado por vários documentos nomeadamente o Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento do Exercício Profissional em Enfermagem onde constam a necessidade imperativa de agir de acordo com os preceitos éticos e legais em vigor. Neste momento impõe-se uma referência à perspetiva teórica defendida por Johnstone (2019) que denominou de “*principalismo ético*”, na qual defende que a tomada de decisão ética, bem como a resolução de problemas, têm de ser baseadas em princípios éticos que funcionam como padrões de conduta gerais, constituindo assim um sistema ético e, em última análise, definem se uma determinada ação pode ser classificada como correta ou incorreta. Neste sentido, foram definidos quatro princípios éticos distintos: respeito pela autonomia; não maleficência; beneficência e justiça. O princípio do respeito pela autonomia obriga os profissionais a respeitar as pessoas com dignidade, a tomar decisões tendo em consideração os seus melhores interesses, mesmo quando estes se mostram pouco coincidentes com a opinião dos profissionais de saúde. Já o princípio da não maleficência refere-se à obrigatoriedade de não causar qualquer dano, quer seja de forma direta ou indireta aos utentes. No que se refere ao princípio da beneficência, frequentemente equiparado ao princípio da não maleficência, reflete a existência de um equilíbrio entre os benefícios potenciais de um determinado tratamento face os riscos que o mesmo pode acarretar e procura assegurar que os profissionais de saúde baseiam a sua atuação de forma a beneficiar os seus utentes, com repercussões na sua saúde e no seu bem-estar. Por último, o princípio da justiça, é

tido como de difícil definição na medida em que existem diferentes conceptualizações para o mesmo. Todavia, em Enfermagem, este princípio assenta sobretudo na justiça equitativa (que pressupõe que seja dado ao utente algo que este merece ou que lhe é devido), distributiva (que pressupõe uma distribuição de benefícios e de encargos na sociedade que deve ser objetiva e semelhante) e justiça restaurativa (onde se procura promover a cura e não usar métodos punitivos como forma de corrigir determinados erros).

Ao longo da nossa experiência profissional sempre procurámos pautar o exercício da nossa profissão e as nossas intervenções de acordo com estes princípios éticos, mesmo aquando de situações vivenciadas de elevada complexidade. O exemplo mais evidente com o qual lidamos frequentemente no nosso quotidiano assistencial em internamento de utentes com patologia psiquiátrica diz respeito às situações de contenção mecânica. Não negamos que, por vezes, alguns princípios são relegados para segundo plano, como por exemplo, o princípio do respeito pela autonomia do utente. Tal facto sucede na medida em que é frequente o mesmo não concordar com as medidas de contenção mecânica que se pretendem adotar. Estas situações eram já previstas por Beauchamp & Childress quando referiam que a não observância de todos os princípios éticos se pode justificar pela magnitude do objetivo que se pretende atingir e quando o enfermeiro procura reduzir os efeitos dessa violação ética. Cabe-nos deste modo garantir que, quando não respeitamos um determinado princípio ético, tal acontece devido à total impossibilidade de o fazermos, minimizando assim os dilemas éticos que por vezes se impõem aquando da execução deste procedimento (Johnstone, 2019).

As questões éticas, deontológicas e relacionadas com o respeito pelos direitos humanos foram também dissecadas durante a componente letiva deste Mestrado, nomeadamente na unidade curricular de Epistemologia, Ética, e Direito em Enfermagem. Tivemos a oportunidade de conferir algumas atualizações nestes domínios e, com casos práticos, aplicarmos os conhecimentos adquiridos para uma prática clínica que se crê assente em todas estas premissas.

O respeito pelo princípio da autonomia dos utentes foi também posto à prova aquando da realização do nosso estágio profissional nos terapeutas de referência. A realização do diagnóstico de necessidades que efetuámos colidiu com alguma frequência

com a autonomia dos utentes na medida em que eles não reconheciam a existência de qualquer problema que motivou o levantamento de alguns diagnósticos de enfermagem. Esta situação exigiu da nossa parte um esforço adicional na promoção de sessões psicoeducativas onde o primeiro objetivo acabava por consistir em que o utente assumisse a existência de um determinado problema. Uma vez mais, a não observância de todos os princípios éticos pode justificar-se pelo objetivo que pretendíamos alcançar, aliado à procura da minimização da não observância de todos os princípios éticos que efetuávamos.

No entanto, o respeito pelos direitos humanos sempre foi tido em conta ao longo da nossa vida profissional, alicerçada no princípio da dignidade humana, princípio ético que

“tem repercussões na deontologia como tem no direito ou na moral. E porque a dignidade diz respeito ao ser humano, nela se ancoram a autonomia, o respeito pelas escolhas de cada um, a tolerância face às diferenças, o respeito pelas opiniões e convicções pessoais.” (Nunes, 2008:41).

Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade

- a) *Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;*
- b) *Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;*
- c) *Garante um ambiente terapêutico e seguro.*

O exercício da profissão de enfermagem deve obedecer a uma melhoria contínua no âmbito da qualidade dos cuidados prestados, como é referido no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2011). Neste sentido temos vindo a transpor os projetos existentes no nosso local de trabalho, assumindo um papel de maior proatividade de forma pontual em alguns deles.

Assim sendo, consideramos que as competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade têm vindo a ser paulatinamente desenvolvidas no desempenho das nossas funções enquanto enfermeiro. Exemplo disso é a nossa função como elemento de ligação no âmbito da implementação do projeto da dor como 5º sinal vital. Neste sentido, foi necessário fornecer formação os nossos pares e sensibilizá-los para a importância da avaliação da dor junto dos nossos utentes, bem como sobre as diversas escalas que podem ser utilizadas. Este trabalho, que no início se afigurou como desafiador e consumidor de alguns recursos, na atualidade encontra-se fortemente enraizado e é fruto de avaliações periódicas que têm demonstrado uma efetiva aplicação do mesmo e, conseqüentemente, uma melhoria na prestação dos cuidados de enfermagem com importantes melhorias na qualidade dos cuidados prestados.

Ainda no contexto da melhoria contínua da qualidade não podemos deixar de referir os contributos da unidade curricular de Formação e Supervisão em Enfermagem que contribuíram para o aumento da nossa sensibilização relativamente á importância da formação contínua em Enfermagem. Sousa (2006) refere-nos a existência de uma relação entre a formação e a atualização de conhecimentos dos profissionais e o desempenho das suas tarefas que se traduz numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados. No âmbito da Enfermagem, Rodrigues (2003) considera que a formação permanente permite que os enfermeiros intentem numa reciclagem dos seus conhecimentos através do aprofundamento dos conteúdos existentes e desenvolvimento de novos conhecimentos que vão permitir que incorporem na sua prática clínica novas competências e aptidões. Neste âmbito, ganha importância a formação em serviço que procura dar respostas a necessidades identificadas e, conseqüentemente, procura o estabelecimento de uma relação entre a teoria e a prática no contexto dos cuidados prestados. Também o Decreto-Lei n.º 248/2009 (Ministério da Saúde, 2009) nos encaminha para a relevância da formação em Enfermagem considerando que na carreira de Enfermagem a formação assume um carácter contínuo na prossecução de objetivos de atualização técnica e científica assim como no desenvolvimento de projetos de investigação. Notamos ainda que as competências comuns do enfermeiro especialista refletem também esta importância devendo o enfermeiro especialista assumir um papel de facilitador das aprendizagens no âmbito da sua especialidade, no seu contexto de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No que se refere à garantia de um ambiente terapêutico e seguro, quer para o utente quer para o próprio profissional, tem sido desenvolvido em vários contextos nomeadamente aquando das visitas domiciliárias realizadas no estágio final. Recordamos as intervenções realizadas no sentido de promover um ambiente seguro no domicílio de um utente que sofria de um transtorno de acumulação de objetos o que em muito comprometia a sua segurança quer pelo risco de quedas de objetos, quer pelo aumento da possibilidade de surgirem diversas pragas ou mesmo pelo aumento do risco de incêndio. Neste sentido intervimos junto do utente com vista a diminuir os riscos para a segurança com os quais nos deparámos, o que atesta a nossa preocupação na manutenção de um ambiente seguro. Ainda neste âmbito, não podemos deixar de mencionar as diversas medidas que no contexto pandémico tivemos a oportunidade de ajudar a implementar no nosso serviço, tendo em conta as recomendações emanadas pela DGS. Os desafios que se nos colocaram na manutenção de um ambiente seguro foram de grande amplitude e exigiram de nós uma constante atualização de conhecimentos e implementação de muitos procedimentos, alguns dos quais ainda hoje vigoram na nossa prática clínica. Todos estes procedimentos incutiram-nos um forte sentido de responsabilidade na criação e manutenção de um ambiente que se caracterize por ser terapêutico e seguro.

Também em contexto da componente curricular do Mestrado desenvolvemos competências no âmbito da gestão de risco e segurança do doente, nomeadamente na unidade curricular de Gestão em Saúde e Governação Clínica. Notamos assim que a gestão do risco resulta de uma abordagem estruturada que, como consequência, permite criar sistemas de trabalho, práticas e premissas mais seguras, aliadas a uma maior consciência por parte dos profissionais no que diz respeito aos perigos existentes bem como às suas responsabilidades. A efetiva implementação de políticas de gestão de risco eficazes tem como resultado uma melhoria da qualidade na prestação de cuidados, a promoção efetiva da segurança para utentes e profissionais assim como o aumento da eficácia na utilização dos recursos disponíveis.

Consideramos deste modo que, nos diversos domínios da nossa aprendizagem, temos pautado a nossa prática clínica por uma contínua avaliação da qualidade das nossas intervenções, procurando uma melhoria contínua das mesmas, promovendo

paralelamente a existência de um ambiente que se deve evidenciar pela sua segurança e proteção dos utentes.

Competências do domínio de gestão dos cuidados

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;*
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*

As competências no domínio da gestão que são exigidas ao enfermeiro especialista foram desenvolvidas no âmbito da componente curricular do Mestrado, especificamente na unidade curricular de Gestão em Saúde e Governação Clínica. Tivemos assim a oportunidade de conhecer diversos modelos de funcionamento das organizações de saúde, diversos sistemas de informação e comunicação bem como acerca dos diversos processos de liderança em diferentes contextos. Também no âmbito da governação clínica contactámos com os diversos pilares que a constituem nomeadamente o envolvimento do doente, a auditoria clínica, a educação e formação, a gestão da informação clínica, a gestão dos recursos assim como a efetividade clínica.

No decorrer da nossa vida profissional, o desenvolvimento das competências no âmbito da gestão dos cuidados tem vindo a ser desenvolvido nos últimos anos da nossa prática clínica. Com elevada frequência somos chamados a assumir o lugar de chefe de turno que nos obriga a uma gestão dos recursos disponíveis durante o nosso trabalho, com todas as implicações que daí resultam. Cabe-nos nestes momentos não só a garantia da prestação de cuidados de qualidade por parte da restante equipa de enfermagem como a resolução de problemas, de maior ou menor complexidade, que vão surgindo. Neste sentido, a gestão dos recursos existentes, que por vezes são escassos, tem exigido da nossa parte um elevado sentido de responsabilidade e obriga-nos a procurar respostas para que a qualidade dos cuidados não seja comprometida. O nosso estilo de liderança procura ser o mais assertivo possível, na medida em que procuramos unir a equipa de enfermagem

em torno de um objetivo em comum, mostrando firmeza e confiança nas nossas decisões, respeitando a individualidade de cada elemento da equipa. Referimos também a necessidade que por vezes ocorre no que se refere à delegação de tarefas que acontece, de forma exclusiva, em funcionários funcionalmente dependentes e com competências necessárias para as executar, nomeadamente, os assistentes operacionais. Todavia, a delegação de tarefas exige por parte do enfermeiro que as mesmas sejam supervisionadas para que possamos garantir que estas respeitem os padrões de qualidade exigidos, o que se tem verificado aquando da nossa prática clínica. Aludimos ainda à constante necessidade que sentimos de articular os cuidados de enfermagem com a restante equipa multidisciplinar existente nas unidades de internamento onde desenvolvemos a nossa atividade profissional. Só assim podemos contribuir para uma resolução dos problemas que são identificados, que se quer holística e que contribua para uma melhoria efetiva da qualidade de vida dos nossos utentes.

Também no contexto do estágio final tivemos a oportunidade de desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados, em especial no que se refere à articulação realizada com toda a equipa multidisciplinar na unidade de projeto. Esta articulação era não só desejável como imprescindível para que o projeto individual de cada utente obtivesse o sucesso desejado. Para tal, o resultado das nossas intervenções era comunicado à restante equipa, realizada uma avaliação dos progressos existentes e, posteriormente, definidas novas intervenções multidisciplinares e de enfermagem. Esta multidisciplinaridade permitia a mobilização dos recursos específicos de cada profissional de saúde, sempre em prol da melhoria da qualidade de vida dos nossos utentes.

Consideramos que atualmente as nossas competências no âmbito da gestão dos cuidados em enfermagem são coincidentes com as que são exigidas no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Analisando essas mesmas competências à luz do modelo de Benner, podemos afirmar que somos competentes neste âmbito, havendo ainda muito espaço para progredirmos no sentido de alcançarmos um nível de competência ainda maior.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

- a) *Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;*
- b) *Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.*

O desenvolvimento de competências no âmbito das aprendizagens profissionais remete-nos para o domínio do autoconhecimento, devendo o enfermeiro deter consciência de si, enquanto pessoa e enquanto profissional. Conhecermo-nos a nós próprios é uma tarefa que, ao contrário do que se possa inicialmente pensar, se reveste de uma grande complexidade. Somos um produto da nossa educação, das nossas vivências, das nossas aprendizagens efetuadas nos diversos contextos da nossa vida, quer seja ele pessoal ou profissional. Somos o reflexo dessas aprendizagens, que se vai refletir na nossa relação com os que nos rodeiam. Estamos perante um processo contínuo, realizado sem que muitas vezes tenhamos consciência disso mesmo. No caso específico da Enfermagem esta dimensão adquire uma importância ainda maior na medida em que a componente relacional com os nossos utentes tem um papel preponderante no exercício da nossa profissão. Só nos conhecendo a nós próprios poderemos intervir de forma eficaz junto dos utentes para o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Ao longo da nossa vida profissional existiram muitas ocasiões onde houve necessidade de realizar momentos de reflexão centrados nas relações que estabelecíamos com os utentes e na forma como as nossas características pessoais interferiam no processo de cuidar. Estas oportunidades eram realizadas não só de forma individual, mas também no seio da equipa de enfermagem que permitia a existência de momentos propícios à reflexão da prática clínica.

Também em contexto das unidades curriculares no âmbito do presente Mestrado nos foi possível adquirir competências neste domínio, nomeadamente com as unidades curriculares de Relação de Ajuda em Enfermagem e de Relação de Ajuda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Foram vários os exercícios realizados que contribuíram para um melhor conhecimento de nós mesmos para que pudéssemos empreender intervenções profissionalizadas que consubstanciassem uma relação de ajuda. Neste sentido convocamos Rogers (1958), que nos refere que, para uma pessoa

poder estabelecer uma relação de ajuda, deve responder a diversos requisitos que atestam a sua maturidade nomeadamente: autenticidade, ter consciência de si, ter uma atitude positiva para com o outro, ser independente do outro, ter segurança interior para permitir ao outro ser independente, apresentar uma compreensão empática, aceitar o outro tal como ele é, ter segurança na relação, não fazer julgamentos e aceitar o desenvolvimento do outro.

Durante a realização do estágio final, as reflexões que frequentemente eram realizadas junto com os enfermeiros orientadores tiveram também um importante papel no desenvolvimento desta competência. Sendo as nossas intervenções sempre supervisionadas por um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, era sempre proporcionado, no final de cada turno, um momento de reflexão sobre as nossas práticas e que incluíam com regularidade contributos para o processo de autoconhecimento. Também a nossa prática clínica especializada procurou basear-se nas evidências científicas atuais, tendo os enfermeiros orientadores um importante papel neste domínio, orientando as nossas intervenções e as nossas pesquisas na procura de evidências científicas que se repercutissem na melhoria dos cuidados prestados.

Em todos estes diferentes contextos empreendemos um processo de desenvolvimento de estratégias de autoconhecimento e de autoconsciencialização que resultaram num conhecimento de nós próprios mais profundo, tendo nos sido possível identificar determinados traços de personalidade, valores, sentimentos e limites, quer do ponto de vista profissional quer pessoal, que temos procurado adaptar ao nosso contexto de cuidados tendo sempre em vista a melhoria dos cuidados prestados aos nossos utentes.

Neste sentido, analisando as competências adquiridas e tendo em conta o modelo de desenvolvimento de competências de Benner, consideramos ser competentes neste domínio o que contribui para a obtenção do título de enfermeiro especialista.

3.3 – Competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica encontram-se publicadas no Diário da República, 2ª série – N.º 151 de 7 de agosto de 2018 (OE, 2018) e

Atente-se ainda para o facto de cada uma destas competências ser apresentada com o respetivo descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação, permitindo deste modo uma maior clarificação das aptidões exigíveis aos enfermeiros detentores do grau de especialista em saúde mental e psiquiátrica.

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

Não podemos deixar de reconhecer a semelhança desta primeira competência, exigida ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, com a última competência comum do enfermeiro especialista, sobre a qual já efetuámos um exercício de reflexão. No entanto, no âmbito das nossas intervenções especializadas em saúde mental e psiquiátrica tivemos também a oportunidade de desenvolver estas competências. Importante por isso referir que o conceito de autoconsciência difere do conceito de autoconhecimento. No caso da autoconsciência, estamos perante uma realidade que necessita que o indivíduo reconheça e aceite o seu sistema de valores assim como os valores distintos dos outros indivíduos. Por outro lado, o autoconhecimento, remete para as causas de determinadas crenças e sentimentos que possuímos, o que demanda um profundo e detalhado autoexame (Towsend, 2011).

O desenvolvimento destas competências mostra-se essencial no exercício profissional do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica pois estamos perante um fator que condiciona de forma direta a capacidade que o profissional detém de estabelecer uma relação terapêutica com os seus utentes e, conseqüentemente, de realizar intervenções especializadas no seu âmbito de atuação.

O desenvolvimento destas competências tem sido por nós efetuado através de exercícios de reflexão nos diversos contextos da nossa vida. Importa por isso perceber que o processo de reflexão se constitui como uma importante fonte de conhecimento na medida em que valoriza a experiência humana bem como a consciência de Si mesmo e a

abertura para a realização. Neste sentido, o ato de refletir remete para a consciência de Si mesmo, durante ou após a vivência de determinadas situações, que pode constituir um ganho para o indivíduo que passa a deter novos *insights* sobre Si e, conseqüentemente, pode habituar-se a responder de forma mais coerente em situações posteriores, tendo por base a realização de exercícios reflexivos que objetivam o desenvolvimento da sabedoria prática (Nunes, 2017).

As reflexões que fomos empreendendo, como já referido anteriormente, junto dos enfermeiros orientadores e junto dos nossos pares tem-nos permitido um crescimento sustentado na tomada de consciência de Nós próprios, nomeadamente no que se refere aos processos de transferência e contratransferência que ocorrem com alguma frequência no seio da nossa prática clínica. Recordamos que os processos de transferência dizem respeito às expectativas, crenças e respostas emocionais que os utentes trazem para a relação que se estabelece entre eles e os profissionais de saúde. Por outro lado, os mecanismos de contratransferência referem-se às respostas de carácter emocional que os profissionais de saúde desenvolvem face aos estímulos provenientes do utente que influenciam, de forma inconsciente, os seus sentimentos, podendo constituir um obstáculo no estabelecimento de uma relação (Molina & Fabrian, 2014). Não podemos negar que ao longo dos nossos anos de prática clínica existiram situações onde, de forma inconsciente, mecanismos de contratransferência influenciaram de forma negativa a nossa relação com os utentes. Estas situações ocorreram ao cuidar de utentes de evolução prolongada, com os quais, por vezes, deixámos transparecer alguma descrença no seu processo de reabilitação. Estamos em crer que com os momentos de reflexão que temos vindo a promover, estas situações ocorrem cada vez com menos frequência, o que permite o estabelecimento de uma relação terapêutica mais sólida com repercussões positivas na nossa atividade profissional e na qualidade de vida dos utentes.

Após a análise reflexiva dos pressupostos que o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica menciona no que diz respeito a esta competência, e tendo em conta o modelo de desenvolvimento de competências proposto por Benner, consideramo-nos competentes no conhecimento e consciência de Nós próprios, quer enquanto pessoa, quer enquanto enfermeiro.

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

Ao longo da nossa prática clínica tivemos a oportunidade de prestar cuidados aos utentes e famílias em contexto de internamento, no entanto, nunca havíamos tido a oportunidade de desenvolver as nossas intervenções junto da comunidade pelo que a realização do estágio final se mostrou imprescindível para a aquisição de competências inerentes ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Em contexto de internamento agudo de doença mental temos tido a possibilidade de intervir não só junto dos próprios utentes como também junto das suas famílias. Sabemos que o suporte familiar se reveste de uma grande importância para a estabilização do quadro clínico dos utentes por isso, com elevada frequência, as famílias ou pessoas significativas são chamadas a colaborar em todo o processo de recuperação do utente, desde a fase inicial com a recolha de informações relevantes, até á fase final quando é preparada a alta do utente. Temos inclusive participado em reuniões multidisciplinares com as famílias dos utentes, durante as quais procedemos também ao esclarecimento de muitas dúvidas existentes, diminuindo assim os níveis de ansiedade que são demonstrados.

A promoção e proteção da saúde mental no seio do grupo foi por nós desenvolvida no contexto do estágio final, com a elaboração do Trivial da Saúde Mental. Consideramos que recorrendo à ludoterapia é possível uma promoção mais efetiva de comportamentos saudáveis na medida em que estamos perante uma intervenção que decorre num ambiente mais descontraído, facilitando não só a aprendizagem como minimizando eventuais situações de bloqueio. Esta atividade por nós implementada, pode ser replicada em diversos contextos, de acordo com a população-alvo, e poderá constituir um importante aliado na promoção da saúde mental. O domínio das capacidades comunicacionais revela-se também imprescindível para o sucesso desta intervenção que exige do enfermeiro a mobilização de um conjunto de técnicas e sensibilidades a vários níveis que consideramos possuir.

Alguns dos diagnósticos que levantámos junto dos utentes representavam situações de risco potencial, tendo a nossa intervenção incidido sobre a prevenção de comportamentos que poderiam comprometer a sua saúde mental. Para a concretização destes diagnósticos foi necessário recorrer à história prévia dos utentes, através de entrevistas realizadas e consulta de processos clínicos que, aliado às conclusões existentes na literatura, fizeram concluir a existência de um problema cujas repercussões poderiam representar importantes perdas na sua qualidade de vida.

Observamos, portanto, que após esta análise reflexiva, detemos competências para assistir a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, assim como assistir a família, grupos e comunidade atuando na otimização da sua saúde mental. Ao abrigo do modelo de desenvolvimento de competências proposto por Benner, posicionamo-nos no nível de enfermeiro competente.

c) 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;

Durante a realização do estágio final tivemos a oportunidade de recorrer à metodologia de projeto para implementar intervenções junto dos nossos utentes. Neste sentido empreendemos um importante trabalho de recolha, análise e sistematização de dados que nos permitiu efetuar diagnósticos de enfermagem tendo por base os problemas identificados junto dos utentes. Frequentemente fomos chamados a processos de negociação junto dos utentes na medida em que as necessidades levantadas nem sempre correspondiam às necessidades sentidas pelos próprios indivíduos. Notamos ainda a necessidade que sentimos de atualizar os nossos conhecimentos, tendo por base as últimas evidências científicas no sentido de planearmos as intervenções mais adequadas de forma a colmatar as necessidades identificadas e cumprir os objetivos delineados. Após o planeamento das intervenções foi necessário implementar o projeto delineado para cada utente e a sua consequente avaliação. Nesta última fase da metodologia de projeto, apercebemo-nos que nem todos os objetivos delineados foram alcançados com sucesso o que nos obrigou a um exercício de reflexão sobre as causas desse insucesso e posteriormente a uma redefinição de objetivos e a propor novas intervenções que pudessem contribuir para o cumprimento dos objetivos definidos.

Foi também no contexto do estágio final que tivemos contacto com a metodologia de gestão de caso até então desconhecida por nós. Foi-nos possível implementar um plano de cuidados personalizados aos nossos utentes, centrado nas suas necessidades individuais e mobilizando os recursos existentes na comunidade, em conjunto com os diversos profissionais que faziam parte da equipa multidisciplinar. Exemplo desta mobilização de recursos, foi a ligação que efetuávamos entre o utente e os serviços hospitalares na medida em que eram verbalizadas algumas dificuldades no acesso a cuidados diferenciados de saúde. Tendo em vista a autonomia dos utentes, intentávamos primeiramente em dotá-los de instrumentos que lhes permitissem desbloquear algumas situações, informando-os como poderiam agir. Todavia, quando tal não era possível, era no seio da equipa multidisciplinar, recorrendo aos recursos específicos de cada profissional, que se procedia à resolução dos problemas identificados. Notamos que esta metodologia acarreta uma série de vantagens na prestação de cuidados, tendo o enfermeiro uma visão holística dos seus utentes que permite o estabelecimento de uma relação de confiança entre ambos e, conseqüentemente, uma relação terapêutica.

As oportunidades que obtivemos de efetuar o mesmo trabalho junto das famílias, grupos e comunidade foram, todavia, praticamente nulas. Tal facto resulta da implementação de um projeto individualizado, quer na unidade de projeto quer nos terapeutas de referência, o que não nos possibilitou a realização de diagnósticos de enfermagem no seio da família ou da comunidade. Todavia, apesar das especificidades inerentes à família e à comunidade, as competências que fomos adquirindo no desenvolvimento de intervenções junto dos indivíduos, aliado às competências de autoaprendizagem, consideramos que seremos capazes de intervir de forma especializada junto de outros grupos de utentes.

Pese embora não tenhamos tido a oportunidade de intervir junto das famílias e no interior da comunidade, consideramos que desenvolvemos as competências necessárias e previstas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Paralelamente, considerando o modelo proposto por Benner, consideramo-nos competentes no desempenho das competências exigidas.

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

As intervenções psicoeducativas foram talvez o domínio que mais desenvolvemos ao longo do nosso estágio final, o que vai ao encontro do tema deste relatório. Como já foi referenciado anteriormente, tivemos a oportunidade de implementar programas individuais de psicoeducação ajustados às necessidades de cada um dos utentes junto dos quais intervimos. Notamos ainda a nossa sensibilidade para ajustar as intervenções ao contexto social e familiar dos utentes, sem a qual o sucesso do nosso projeto ficaria comprometido. As nossas intervenções psicoeducativas foram desenvolvidas em contexto individual, aquando das visitas domiciliárias e em contexto de grupo, aquando do nosso estágio na unidade de projeto e procuraram não só ajudar no processo de reabilitação psicossocial dos utentes, contribuindo para a sua autonomia e funcionalidade no seu quotidiano, como para a promoção da sua saúde mental. Para a concretização destas intervenções mobilizámos as nossas competências para o desenvolvimento de diferentes atividades alicerçadas em diferentes estratégias. Neste sentido foi-nos possível orientar os utentes a assumirem a existência de determinados problemas identificados, ensiná-los relativamente aos efeitos secundários dos medicamentos que constam do seu esquema terapêutico, treiná-los relativamente à construção de um currículo profissional, instruí-los a adotarem comportamentos alimentares mais saudáveis, apoiá-los na mobilização dos recursos existentes na comunidade, entre outras atividades que preconizavam, em última análise a sua reabilitação psicossocial, maximizando a sua autonomia e funcionalidade no contexto pessoal, familiar e social. Notamos ainda a realização de atividades socioterapêuticas, como o passeio terapêutico com os utentes da unidade de projeto, que proveu um pequeno contributo para a sua integração na sociedade.

Também na nossa prática clínica nos socorremos com regularidade a intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional junto dos nossos utentes. O âmbito destas intervenções prende-se sobretudo com a adesão à terapêutica na medida em que a grande maioria dos utentes verbaliza dificuldades neste âmbito, quer ao nível do desconhecimento dos efeitos secundários quer no que diz respeito aos guias terapêuticos

prescritos. O nosso trabalho reúne também a utilização de estratégias que incluem a capacitação dos utentes para o cumprimento do regime terapêutico, o ensino relativo aos efeitos dos medicamentos bem como a sua orientação aquando da existência de determinados efeitos secundários. Notamos que estas intervenções, quando possível, são replicadas, com as devidas adaptações, em contexto familiar.

A prestação destes cuidados no seio da comunidade não nos foi possível, devido às características do nosso local de estágio. No entanto, julgamos ser competentes para as realizar, dado a aquisição prévia de outras competências que certamente contribuem para que, quando possível, sejamos capazes de as concretizar de forma especializada.

Consideramos assim que as atividades desenvolvidas, quer em contexto do estágio final quer na nossa vida profissional, nos capacitam para prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio-terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais aos nossos utentes pelo que, tendo em consideração o modelo de Benner, nos consideramos competentes nesta área da prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Considerações finais

Chegados á fase final deste relatório importa realizarmos um exercício reflexivo relativamente ao cumprimento dos objetivos que delineámos inicialmente.

Ao longo da realização deste relatório e do estágio final tivemos a oportunidade de ampliar os nossos conhecimentos, não só no âmbito das intervenções psicoeducativas como também noutros domínios como a teoria do autocuidado, do modelo transteórico de mudança de comportamentos como no campo das políticas de saúde mental em Portugal. As pesquisas realizadas permitiram uma atualização dos conhecimentos que já detínhamos, assim como o contacto com modelos teóricos que até então desconhecíamos. Os novos conhecimentos adquiridos permitiram-nos basear a nossa prática clínica em evidências científicas recentes e consideramos que iremos manter esta necessidade de reciclagem de conhecimentos na nossa vida profissional. Apesar de considerarmos que o objetivo foi alcançado, poderíamos ter posto em prática os conhecimentos adquiridos na unidade curricular de Investigação em Enfermagem e ter realizado uma revisão sistemática da literatura no âmbito das intervenções psicoeducativas, no entanto tal não nos foi possível por manifesta falta de recursos temporais.

No que se refere à nossa metodologia de projeto, consideramos que apresentámos um projeto de acordo com os trâmites científicos exigidos, salvaguardando assim o valor científico das nossas intervenções. As dificuldades que sentimos aquando da concretização de algumas das etapas, nomeadamente no levantamento de necessidades e formulação dos diagnósticos de enfermagem, foram sendo ultrapassadas com recurso aos enfermeiros orientadores que em muito contribuíram para o sucesso, mesmo que parcial, de muitas das nossas intervenções. Consideramos também ter efetuado um exercício de avaliação das intervenções realizadas que nos permitiu não só aferir a importância do sucesso alcançado como refletir sobre as causas que não permitiram alcançar os objetivos delineados e definir novas estratégias. Não podemos deixar de referir que do nosso projeto inicial constava também o desenvolvimento de competências no campo das competências sociais. Todavia, por falta de disponibilidade de tempo, apenas pudemos assistir a estas intervenções que eram realizadas por parte da enfermeira orientadora, não tendo sido possível participar de forma ativa nas mesmas. Consideramos, todavia, que dispomos de competências e recursos para aumentar os nossos conhecimentos neste domínio e,

posteriormente, seremos capazes de empreender intervenções deste cariz. Por último, recordamos que os resultados do projeto que implementámos não foram apresentados à comunidade científica, exceto aquando da defesa pública do presente relatório de estágio. Deste modo, consideramos que o objetivo delineado foi também alcançado.

No que respeita à análise reflexiva da aquisição das diversas competências que procurámos realizar consideramos que o nosso esforço em demonstrar que reunimos essas mesmas competências foi alcançado com sucesso. Em cada competência exigida apresentámos as atividades que, quer ao longo da nossa vida profissional e académica, quer através da componente letiva do presente Mestrado ou da realização do estágio final, nos permitiram obter as competências exigidas. Não negamos que, sobretudo no âmbito da intervenção junto de núcleos familiares e na comunidade, as competências que desenvolvemos não foram dilatadas como aquando da intervenção juntos dos indivíduos ou num grupo de indivíduos. Esta circunstância deveu-se às próprias características do local de estágio, cuja intervenção assenta sobretudo no indivíduo, sendo a sua atuação no seio da comunidade pouco visível. Todavia, não duvidamos que, com algum investimento da nossa parte e com o apoio dos nossos pares, com alguma facilidade nos poderemos considerar competentes para podermos intervir junto das famílias e no interior da nossa comunidade.

Por último, ao alcançar-mos todos os objetivos anteriormente definidos, consideramos também que fomos capazes de demonstrar, através deste relatório, os motivos pelos quais reunimos as competências para que nos seja atribuído o grau de Mestre e do título de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, alcançando deste modo o objetivo geral traçado.

Bibliografia

Almeida, J. & Xavier, M. (Coords.) (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental, 1º relatório*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Alonso, C. & Fernández, P. (2007). Equipo de Tratamiento Assertivo Comunitario de Oviedo Asturias (ETAC). *Interpsiquis*, VIII. Disponível em <http://psiqu.com/1-3507>

Alves, F. & Silva, L (2004). Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão. *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção Atelier: Saúde*, 56-64.

Assembleia da República (1998). “Lei n.º 36/98”. Diário da República 1ª série-A, 169 (julho): 3544-3550. <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/07/24/p/dre/pt/html>

Assembleia da República [AR] (2015). "Lei n.º 156/2015". Diário da República 1ª série, n.º 181 (setembro): 8059-8105. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Bateman, A., & Fogany, P. (2010). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide. *World Psychiatry*. 9 (1), 11-15. doi: <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>

Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito: excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (2ª edição). Quarteto Editora.

Biddle, S. & Mutrie, N. (2008). *Psychology of Physical Activity: Determinants, well-being and interventions* (2nd edition). Routledge Taylor & Francis Group

Borah, A. (2019, maio). Psychoeducation for mental illness: a review analysis. *International Journal of Advanced Research*, 7(5), 193-197. doi:10.21474/IJAR01/9021

Brito, M. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados familiares a idosos* Quarteto editora.

- Brito, M. (2018). *O Enfermeiro como terapeuta de referências nas equipas de saúde mental comunitária*. Ordem dos Enfermeiros.
- Bub, M., Medrano, C., Silva, C., Wink, S., Liss, P. & Santos, E. (2005). A noção de cuidados de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15, 152-157. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000500018>
- Burns, T. & Perkins, R. (2000). The future of case management. *International Review of Psychiatry*, 12 (3), 212-218. doi: 10.1080/irp.12.3.212.218
- Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M. & Piccoloto, N. (2003). *Psicoterapias Cognitivo Comportamentais - Teoria e Prática*. Casa do Psicólogo.
- Cardoso, A., Byrne, M., Xavier, M. (2016, setembro-dezembro). Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal: Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34 (3), 209-219. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.05.004>
- Carvalho, A. & Almeida, L. (1997). *A construção do projecto Escola*. Porto Editora.
- Chadzynska, M., Chadzynska, K. (2011). The participation of patients with schizophrenia in psychoeducation – The Analyses from the patients perspective. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 13 (2), 67-72.
- Cid, J. (1984). *Reforma e actualização da assistência psiquiátrica em Portugal*. Calouste Gulbenkian.
- Cole, H., & Lacefield, W. (1982, junho). Theories of learning, development and psychoeducational design: origins and applications in nonschool settings. *Viewpoints in Teaching and Learning*, 58(3), 6-16.
- Comissão Nacional para a Saúde Mental [CNSM] (2009). *Programa de Formação Proform – Cuidados Integrados e Recuperação (CIR)*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Conselho Nacional de Saúde [CNS] (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. CNS

Cordeiro, M., Pasadas, C., Repolho, M., Dias, C., Frade, P., Manarte, L., ... Figueira, M. (2012). Projecto Terapeutas de Referência. Lisboa. *Revista de Psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa*, 29-36.

Courneya, K. & Bobick, T. (2000). Integrating the theory of planned behavior with the processes and stages of change in the exercise domain. *Psychology of sport and exercise*, 1 (1), 41-56.

Direção-Geral de Saúde [DGS] (2012). *Reactualização do plano nacional de saúde mental*. Programa nacional para a saúde mental.

Ferreira, F. (1988). *Sistemas de Saúde e seu Funcionamento*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Frost, R., Tolin, D., Steketee, G., Fitch, K. & Selbo-Bruns, A. (2009, junho). Excessive acquisition in hoarding. *J Anxiety Disord*, 23 (5), 632-9. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.01.013

Garcia, T. & Nóbrega, M. (2004, março-abril). Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (2), 228-232. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000200019>

Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia – dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 1-8.

Griffiths, R. D., Fernandez, R. S., Mostacchi, M.S., & Evans, V. (2004). Comparison of educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication. *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 2(1), 1 - 44.

Herdman, T. & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Definições e Classificação 2018-2020*. (Garcez, R., Trad.) (11ª edição). Artmed.

Jara, J. (1999). Percurso introdutório. In Gomes, B., *Dos Estabelecimentos de Alienados nos Estados Principais da Europa* (pp. V – XVI). Ulmeiro

Johnstone, M. (2019). *Bioethics: a nursing perspective* (5th edition). Elsevier.

Korkeila, J. (2000). *Measuring Aspects of Mental Health*. Stakes Publisher

Labate, R., Galera, S. & Avanci, R. (2004). Visita domiciliária: um olhar da enfermagem psiquiátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem* 57(5), 627-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S003471672004000500024>

Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E. & Ahonen, J. (1999). *Framework for Promoting Mental Health in Europe*. Stakes Publisher.

Le Boterf, G. (2000). *Compétence et navigation professionnelle*. (2^a ed.) Editions d'Organization.

Lebon, A. (1997, agosto). Psico-educação: a ciência do “viver com” educativo e terapêutico. *Paidéia*, 11-28. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X1997000100002>

Lemes, C. & Neto, J. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto de Saúde. *Temas em Psicologia*, 25 (1), 17-28. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>

Lewis, S. (2009, julho). *Patient-Centered Care: an introduction to what it is and how to achieve*. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/281610313_Patient-Centered_Care_An_Introduction_to_What_It_Is_and_How_to_Achieve_It

Londres: Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE); 2014 março
ISBN-13: 978-1-4731-0428-0 (em inglês)

Lopes, M. & Pereira, C. (2019). Processo de Cuidados à Pessoa com Doença Rara. In Marques, F. & Marques, J. (Eds.), *Livro Branco das Doenças Raras e dos Medicamentos órfãos em Portugal* (p. 214). P-BIO.

Lopes, M. (2016, junho). A reforma do Serviço Nacional de Saúde e o Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 15, 05-08. doi: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0125>

Machado, L., Dahl, C., Carvalho, M. & Cavalcanti, M. (2007). Programa de tratamento assertivo na comunidade (PACT) e gerenciamento de casos (case management): revisão de 20 anos da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (3), 208-218. doi: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000300009>

Marcus, B. & Lewis, B. (2003). Physical activity and the stages of motivacional readiness for change model. *Research Digest*, 4(1), 1-8.

Matos, N. (2006). *O significado do lúdico para os idosos* (dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Brasília, Federal, Brasil.

Mechanic, D., McAlpine, D. (2000, março). Use of nursing homes in the care of persons with severe mental illness: 1985-1995. *Psychiatric Services*. 51(3), 351-358. doi: 10.1176/appi.ps.51.3.354

Mendonça, T. & Macedo, A. (2010). A importância do lúdico durante o tratamento fisioterapêutico em pacientes idosos com déficit cognitivo – estudo de caso. *Revista eletrônica Saúde CESUC*, 01. Disponível em <https://docplayer.com.br/16191175-A-importancia-do-ludico-durante-o-tratamento-fisioterapeutico-em-pacientes-idosos-com-deficit-cognitivo-estudo-de-caso-1-resumo.html>

Miller, W. (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. U.S. Department of Health and Human Service.

Ministério da Saúde (2009). *Decreto-Lei n.º 248/2009*. Diário da República, série I, n.º 184 (setembro): 6761-6765. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/248-2009-490413>

Ministério da Saúde (2010). *Decreto-Lei n.º 8/2010*. Diário da República, 1ª série, 19 (janeiro): 257-263. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/8-2010-616776>

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo executivo*. Lisboa, Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Molina, R. & Fabrian, C. (2014). Conceito de transferência e contratransferência: Uma revisão crítica sistemática. *Psicologia Argumento*, 32(77), 85-97. doi: [10.7213/psicol.argum.32.077.AO02](https://doi.org/10.7213/psicol.argum.32.077.AO02)

Nogueira, N. (2005). *Pedagogia dos Projectos. Etapas, papéis e atores* (1ª edição). Editora Erica.

Nunes, L. (2008, dezembro). Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 31, 35-47.

Nunes, L. (2010, julho-setembro). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem – uma exploração da natureza e atributos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*, 17, 3-9. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.pdf

Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). “*Regulamento n.º 515/2018*”. Diário da República, série II, n.º 151 (agosto): 21427-21430. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). “*Regulamento n.º 140/2019*”. Diário da República, série II, n.º 26 (fevereiro): 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Orem, D. (2006). *Nursing: Concepts of practice* (8th ed.). Mosby.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Orem, D., Taylor, S. & Renpenning, K. (2001). *Nursin: Concepts of pratice*. Boston, Estados Unidos: Mosby.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2001). *Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. World Health Organization.

Pereira, A. (1986). A institucionalização da loucura em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 21, 85-100.

Presidência da República. “Lei n.º 2018/1963”. Diário da República 1ª série, n.º 79 (abril): 327-332.

Presidência do Conselho de Ministros (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018*. Diário da República série I, 157 (agosto): 4147-4182. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Presidência do Conselho de Ministros (2021). “Decreto-Lei n.º 113/2021”. Diário da República 1ª série, n.º 240 (dezembro): 104-118. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/113/2021/12/14/p/dre>

Prochaska, J. & Velicer, W. (1997). The transtheoretical modelo f health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12 (81), 38-48.

Prochaska, J., Norcross, J. & DiClemente, C.(2013). *Mudar para melhor*. Editorial presença.

Rahami, F., Ranjbar, F., Ebrahimir, H. & Hosseizadeh, M. (2015, setembro). The effects of group psychoeducational programme on attitude toward mental illness in families of patients with schizofrenia. *Journal of Caring Sciences*, 4 (3), 243-251. doi: 10.15171/jcs.2015.025

Reinaldo, A. & Rocha, R. (2002). Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: ideias para hoje e amanhã. *Revista eletrónica de Enfermagem*. 2 (4), 36-41. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/758/828>

Rodrigues, S. (2003). *Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida – Adaptação e validação da escala de Jefferson*. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15840/1/Relat%C3%B3rio...pd>

Rogers, C. R. (1958). The characteristics of a helping relationship. *Personnel and Guidance Journal*, 37(1), 6-16. doi: 10.1002/j.2164-4918.1958.tb01147.x.

Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G. & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177 (02), 149-155. doi: 10.1192/bjp.177.2.149

Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L. (2010, janeiro-março). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Santos, S., Alves, A., Oliveira, J., Gomes, A. & Maia, L. (2017). A ludoterapia como ferramenta na assistência humanizada em Enfermagem. *Revista Científica de Enfermagem*. 7 (21), 30-40. doi: 10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.21.30-40

Schub, E. (2012). Orem's Self-Care Model: Integration into Practice. CINAHL Nursing Guide.

Schultz, S.; North, S. & Shields, C. (2007, junho) – Schizophrenia: a review. *American Family Physician*, 75 (12), 1821 – 1829.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Quarteto.

Sichieri, R., Coitinho, D., Monteiro, J., Coutinho, W. (2000, junho). Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. *Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia*, 44 (3), 227-232. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302000000300007>

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental [SPPSM] (2015). *Projeto integra, saúde mental e integração*. Janssen.

Sousa, A. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde*. Formasau. 1ª ed.

Szupszynski, K. & Oliveira, M. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 162–173.

Teixeira, J. & Cabral, A. (2008). Patologia psiquiátrica nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24 (5), 567-74. doi: <https://doi.org/10.32385/rpmsgf.v24i5.10547>

Townsend, M. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado; a Prática Baseada na Evidência*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.

Wood, M., Brendo, L., Fecser, F. & Nochols, P. (1999). *Psychoeducation: Na Idea Whose Time Has Come*. The Council for Children With Behavior Disorders.

World Health Organization [WHO] (2003). *Adherence to long term therapies: Evidence for action*. World Health Organization.

World Health Organization [WHO], acessado a 04/10/2022. Disponível em [Mental health \(who.int\)](https://www.who.int)

Zipursky, R. & Schulz, S. (2003). *As fases iniciais da esquizofrenia*. Climepsi Editores.

Anexos

Anexo 1 – Folha de referênciação

Folha de Referênciação – Projecto Terapeuta de Referência		
1. Identificação:		
Nome do utente:	Idade:	NSC:
Contacto telefónico do utente ou família:		
Psiquiatra Assistente:		
Contacto telefónico:		
2. Motivo da referênciação:		
3. Informação sobre a doença:		
Diagnóstico (incluindo subtipos):		
Idade do início da doença:		
Antecedentes psiquiátricos relevantes:		
Áreas funcionais comprometidas:		
Internamentos:		
• Data do último:		
• Outros:		
Terapêuticas actuais:		
• Medicamentosas:		
• Psicossociais:		
Adesão às consultas:		
Adesão à terapêutica:		
Data:		
O técnico:		

Anexo 2 – Projeto terapêutico

PROJECTO TERAPÊUTICO

NOME:

<u>O Projecto do Utente</u>
<u>A Proposta Terapêutica</u>
<u>O Projecto Negociado</u>

Data:

O Utente	O Terapeuta
----------	-------------

.....

Apêndices

Apêndice 1 – Receitas de micro-ondas

Receitas De micro-ondas



Omelete no micro-ondas

Ingredientes

- 2 ovos
- 2 fatias de queijo
- 2 fatias de presunto
- 1 colher de sopa de cebola picada
- 1 colher de sopa de farinha
- Sal, temperos e salsa a gosto



Preparação

- Misturar todos os ingredientes numa caneca;
- Bater com um garfo por 2 minutos;
- Colocar no micro-ondas cerca de 2 min até estar cozido.

Massa no micro-ondas

Ingredientes

500 ml água
250 gr de massa
Sal
Azeite



Preparação

Colocar água num recipiente, fio de azeite, pitada de sal e colocar no micro-ondas (potência máxima) até ferver (cerca de 10 minutos)

Colocar a massa e levar novamente ao micro-ondas (Potência máxima) por 15 minutos, mexendo a cada 5 minutos.

Escoar a massa.

Maçã “assada” no micro-ondas

Ingredientes

- 2 maçãs;
- 1 colher de chá de manteiga
- 2 colher de chá de açúcar amarelo
- Canela em pó a gosto



Preparação

- Com uma faca, remova o centro da maçã
- Fazer um corte na horizontal no topo e no fundo das maçãs
- Colocar as maçãs num recipiente adequado para ir ao micro-ondas
- Polvilhar as maçãs com canela e na cratera superior colocar a manteiga e o açúcar
- Levar as maçãs ao micro-ondas por 5 a 6 minutos. Verificar com um palito se a maçã ficou cozinhada.
- Se não ficou, levar novamente ao micro-ondas por intervalos de 1 minuto até estar cozinhada a seu gosto.

Arroz de frango e cogumelos

Ingredientes

- 1 embalagem de arroz de frango e cogumelos
- 500 ml de água



Preparação

- Aquecer a água no micro-ondas até ferver, cerca de 10 min;
- Abrir a tampa da embalagem e adicionar água até à marca da embalagem;
- Mexer com a ajuda de um garfo;
- Deixar repousar durante 5 minutos;
- Voltar a mexer.

Massa à carbonara

Ingredientes

- 1 embalagem de massa à carbonara
- 500 ml de água



Preparação

- Aquecer a água no micro-ondas até ferver, cerca de 10 min;
- Abrir a tampa da embalagem e adicionar água até à marca da embalagem;
- Mexer com a ajuda de um garfo;
- Deixar repousar durante 5 minutos;
- Voltar a mexer.

Massa à Bolonhesa

Ingredientes

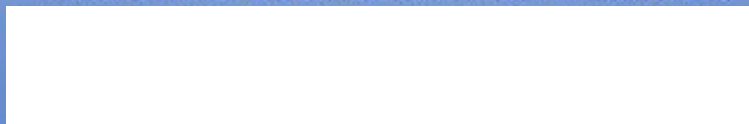
- 1 embalagem de massa à bolonhesa
- 500 ml de água



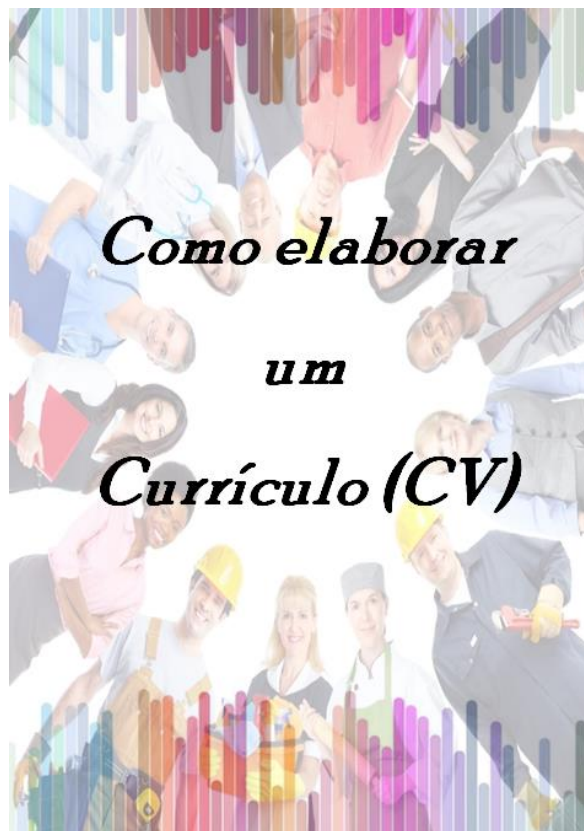
Preparação

- Aquecer a água no micro-ondas até ferver, cerca de 10 min;
- Abrir a tampa da embalagem e adicionar água até à marca da embalagem;
- Mexer com a ajuda de um garfo;
- Deixar repousar durante 5 minutos;
- Voltar a mexer.

Livro realizado por Sérgio Gomes, sob a orientação do



Apêndice 2 – Como elaborar um Currículo (CV)



Elementos que devem constar do currículo

CV é uma abreviação para as palavras latinas 'curriculum vitae', que significam "curso de vida". Um CV fornece um resumo e uma boa visão geral da vida de alguém.

O seu CV deve incluir a sua formação e qualificações, experiência profissional, aptidões e qualidades importantes. Através do seu CV, o seu potencial empregador poderá obter uma boa imagem das suas aptidões, experiência profissional e conhecimentos de forma rápida, avaliando assim se se adequa ou não para a vaga e, conseqüentemente, oferecer-lhe uma entrevista de emprego.

O seu currículo deve apenas conter informação relevante para o seu potencial empregador. Isto significa que o que consta do seu currículo pode ser alterado entre diferentes candidaturas.

Atualmente, dos diversos modelos de currículo que existem, o mais utilizado é o Europass.

Informação pessoal

- Nome
- Morada
- Contacto telefónico
- Correio eletrónico
- Sexo
- Data de Nascimento
- Nacionalidade

Posto de trabalho a que se candidata

Experiência profissional

Deve resumir, por ordem cronológica, a sua experiência profissional. Assim, deve começar por indicar o último local onde trabalhou e terminar com o seu primeiro trabalho. É importante que, em cada um dos seus empregos, faça um pequeno resumo sobre as suas tarefas e responsabilidades.

Educação e Formação

Tal como no resumo anterior da sua experiência profissional, deve começar com o seu último grau de formação ou nível mais alto de educação. Pode referir também formações adquiridas, por exemplo, através do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP)

Mencione também o nome da escola ou instituição onde estudou, a data de início e de graduação.

As intervenções psicoeducativas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Elementos que devem constar do currículo

Competências pessoais

Língua materna

Outras línguas

Deve preencher um quadro de autoavaliação simples no seu currículo Europass para descrever as suas competências linguísticas.

Outras línguas	COMPREENDER		FALAR		ESCREVER
	Compreensão oral	Leitura	Interação oral	Produção oral	
inglês	C2	C2	C2	C2	C2
	Certificado da Cambridge School				
francês	C2	C2	B1	B1	B1
	Certificado da Cambridge School				

Níveis: A1 e A2: Utilizador básico - B1 e B2: Utilizador independente - C1 e C2: Utilizador avançado
Quadro Europeu Comum de Referência para as Línguas

O nível A1 refere-se às competências mais elementares enquanto que o nível C2 corresponde ao nível mais elevado de competências linguísticas

Competências de comunicação

A capacidade de comunicar de forma eficaz, seja com superiores, colegas ou clientes, é muito importante, qualquer que seja o trabalho. Assim, podemos falar das nossas capacidades de comunicação que fomos ganhando, por exemplo, nos trabalhos anteriores.

Competências de organização

As competências de organização referem-se à capacidade de trabalhar em equipa, ao sentido de organização ou à capacidade de resolvermos problemas, competências essas que fomos adquirindo ao longo do nosso percurso pessoal e profissional.

Elementos que devem constar do currículo

Competências informáticas

Pode criar uma lista de todas as suas habilidades ao nível da informática, nomeadamente os programas com os quais sabe trabalhar. Pode descrever os programas que já utilizou noutros empregos ou durante a frequência escolar, bem como os programas que usa no seu tempo livre (por exemplo, redes sociais, blogs, etc).

Informação adicional

Também pode obter certas aptidões e competências sem ser no trabalho ou na escola. Por exemplo, ao realizar trabalho voluntário, ao pertencer aos escuteiros ou ao frequentar pequenas formações. Não se esqueça de referir quais as aptidões que obteve ao realizar estas atividades.

Data

Assinatura

Pode criar o seu currículo Europass on-line utilizando uma ferramenta gratuita disponível em: www.europa.eu/europass/pt

Exemplo de um currículo, modelo Europass



europass

Goncalo Moura
 Casa: Rua Afonso Albuquerque, nº 6 2 direito, 2422-314, Carnaxide, Portugal
 Endereço de email: goncalomoura@gmail.com | Telefone: (+351) 917452879
 Data de nascimento: 16/02/1979 | Nacionalidade: Portuguesa

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
 [13/06/2022 - Atual] **Empregado de limpeza**
 Tudo a Brilhar
 Cidade: Amadora
 País: Portugal
 Todas as atividades de limpeza necessárias para limpar as casas dos clientes.

[01/01/2014 - 31/12/2019] **Operador de central telefónica**
 Teleperformance
 Cidade: Lisboa
 Encaminhamento de chamadas num hospital central

[17/10/2000 - 31/12/2010] **Repositor**
 Supermercado Continente
 Cidade: Lisboa
 Descreve as suas funções e responsabilidades. Reposição e rotação de mercadorias em prateleiras, identificando e removendo produtos fora de prazo. Limpeza da loja após o horário de funcionamento, assegurando que as prateleiras estejam totalmente repostas no dia seguinte. Fornecer indicações aos clientes a fim de localizar produtos específicos.

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO
 [17/09/1991 - 19/06/1996] **12º ano**
 Escola Secundária Vitorino Nemésio
 Endereço: Rua da Escola, nº4, 2422-101, Carnaxide, Portugal

COMPETÊNCIAS LINGÜÍSTICAS
 Língua(s) materna(s): Português
 Outras línguas:
 Inglês
 COMPREENSÃO ORAL A1 | LEITURA A1 | ESCRIVER A1
 PRODUÇÃO ORAL A1 | INTERAÇÃO ORAL A1

COMPETÊNCIAS DIGITAIS
 Redes Sociais | Microsoft Office | Conhecimentos informáticos na ótica do utilizador

Exemplo de um currículo, modelo Europass



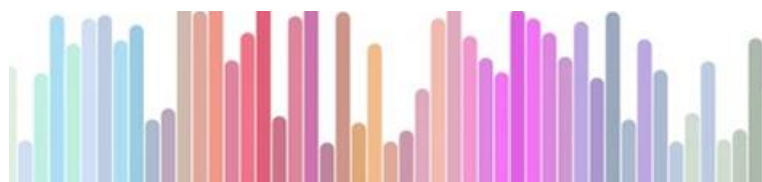
COMPETÊNCIAS SOCIAIS E DE COMUNICAÇÃO
 Espírito de equipa e capacidade de comunicação adquirida ao longo da experiência profissional

COMPETÊNCIAS DE ORGANIZAÇÃO
 Capacidade de trabalho em equipa e sentido de organização

INFORMAÇÃO ADICIONAL
 [01/01/2014 - Atual] Voluntário no Banco alimentar contra a fome




Elaborado por Sérgio Paulo Tenreiro Gomes no âmbito do Estágio Final realizado na Unidade Projeto do Hospital de



Apêndice 3 – Roteiro do passeio cultural a Belém



Roteiro	Museu Nacional dos Coches
10 H—Encontro junto ao Museu Nacional dos Coches, Belém.	
10.30 H—Visita Guiada ao Museu Nacional dos Coches	<p>O <i>Museu dos Coches Reais</i> foi inaugurado a 23 de maio de 1905, em Lisboa, e nasce por iniciativa da rainha D. Amélia d'Orleães e Bragança, mulher de D. Carlos I. O local escolhido para instalar o primeiro museu dos coches do mundo foi o salão do antigo Picadeiro Real que havia sido construído em 1787. O arquiteto da Corte e alguns pintores trabalharam nas obras de adaptação do antigo picadeiro para que pudesse acolher o novo museu.</p> <p>O sucesso deste espaço cultural foi grande, todavia, desde o início que se fez sentir a falta de espaço para albergar toda a coleção. Assim, a rainha D. Amélia encomenda um novo projeto para ampliar o museu logo no ano seguinte, em 1906.</p> <p>Com a implantação da República em 1910, a coleção de coches do museu sofre um grande aumento com o espólio que veio não só da antiga Casa Real como também com muitas viaturas provenientes dos bens da igreja.</p> <p>Em 1911 o museu passa a designar-se Museu Nacional dos Coches, nome que mantém até hoje e mais tarde, em 1944 é inaugurado um novo salão que permitiu expor um maior número de viaturas.</p> <p>No entanto, mais uma vez, a falta de espaço permanece e é já no século XXI, mais precisamente em 2010, que é inaugurado o novo edifício onde se situa atualmente o Museu Nacional dos Coches. Este novo edifício permitiu não só aumentar em muito a área de exposição, como criou valências, como uma biblioteca, um arquivo, um auditório, espaços de restauração, uma loja do museu e um posto de informação turística. De referir ainda que, na área envolvente do novo edifício, se constituiu a praça do museu, uma zona de acesso livre da qual as pessoas podem disfrutar.</p> <p>Atualmente, o Museu Nacional dos Coches é o museu mais visitado em Portugal.</p> <p><small>Fonte: www.museudoscoches.gov.pt/pt/museu/</small></p>
11.30 H—Palácio de Belém	
11.45—Pasteis de Belém	
12H—Mosteiros dos Jerónimos	
13 H—Torre de Belém	

Palácio de Belém



O Palácio Nacional de Belém é, na atualidade e desde a implantação da República, a residência oficial do Presidente da República Portuguesa.

Foi construído século XVI pelo filho dos Condes do Vimioso, tendo sido adquirido pelo Rei D. João V em 1756, passando a ser uma morada para temporadas da família real. Por períodos mais curtos, a então chamada Real Quinta de Belém chegou a ser a morada de alguns monarcas, como D. Catarina de Bragança, D. Maria II e o marido D. Fernando II e D. Carlos e D. Amélia, ainda enquanto príncipes, após se casarem.

Com a implantação da República este palácio foi escolhido para se a residência oficial do Presidente. Nos primeiros anos, os Presidentes que optaram por residir no palácio, à luz do princípio igualitário do novo regime, tinham de pagar uma renda mensal que, inicialmente, era de 100 escudos.

Nos últimos 100 anos o Palácio de Belém foi alvo de muitos melhoramentos, tendo sido classificado como monumento nacional em 2007.

Fonte: www.mmu.esu.presidencia.pt/pt/conhecer/palacio-nacional-de-belém/

Pasteis de Belém



No início do séc. XIX, em Belém, junto ao Mosteiro dos Jerónimos, estava em funcionamento uma refinaria de cana-de-açúcar associada a um pequeno local de comércio. Após a revolução liberal ocorrida em 1820, são em 1834 encerrados todos os conventos e mosteiros da Portugal, ocorrendo também a expulsão do clero e dos trabalhadores.

Para tentarem sobreviver, alguns do mosteiro pôs à venda nessa loja uns doces pasteis que rapidamente foram chamados de Pasteis de Belém.

Por esta altura, a zona de Belém era distante da cidade de Lisboa e o percurso era feito por barcos a vapor. No entanto, a imponência do Mosteiro dos Jerónimos e da Torre de Belém atraía já muitos visitantes que se habituaram a saborear os pasteis de Belém.

Em 1837 inicia-se o fabrico dos Pasteis de Belém em instalações anexas à refinaria, segundo a antiga receita secreta, que se mantém até hoje, oriunda do Mosteiro.

Este negócio expandiu-se de tal forma que, na atualidade, os Pasteis de Belém constituem-se como um dos principais embaixadores da doçaria nacional e as suas instalações são visitadas diariamente por centenas de turistas que procuram conhecer este doce.

Apesar dos Pasteis de Nata existirem um pouco por todo o país e de existirem variações destes doces em praticamente todas as cidades portuguesas, os Pasteis de Belém só existem em Belém e a sua receita confidencial garante uma experiência gastronómica única e inesquecível. Muitas pessoas confundem os dois pasteis, mas, apesar de semelhantes, não são a mesma coisa. Os Pasteis de Belém são os pasteis originais e ganham pontos em termos de sabor por terem sido pioneiros.

Entre turistas e residentes, estima-se que todos os dias sejam vendidos 20 mil Pasteis de Belém sendo que, em alguns fins-de-semana, este número duplica.

Nota ainda para o provérbio português que diz que "noiva que come pastel, não tira mais o anel" devido ao qual é comum ver casais recém-casados, vestidos com os trajes da cerimónia na pasteleria mais portuguesa de Lisboa, Portugal é um país de tradições e, no dia do casamento, isso não é posto de parte. A seguir à boda, os noivos passam pelos Pasteis de Belém e deliciam-se com um doce.

Fonte: www.pasteisdebelém.pt/history/ e www.lisboa.cool.com/blog/5-curiosidades-sobre-pasteis-belém-lisboa-cool-0

Mosteiro dos Jerónimos



O Real Mosteiro de Santa Maria de Belém, designado habitualmente por Mosteiro dos Jerónimos, por ter sido destinado à Ordem de São Jerónimo é uma obra-prima da arquitetura portuguesa e foi classificado como monumento nacional em 1907 e inscrito na lista do património mundial da UNESCO em 1983.

Situado numa das zonas mais bonitas da cidade de Lisboa, junto ao rio Tejo, no local de onde partiram as naus e caravelas no tempo das descobertas que viriam a dar "novos mundos ao mundo", o mosteiro destaca-se pela sua imponente fachada de cerca de 300m da qual faz parte o portal sul, ricamente decorada com as imagens do santo Patrono de Portugal (arcanjo São Miguel) e a imagem de Santa Maria de Belém.

Todo o conjunto monástico conserva ainda, para além da Igreja manuelina, grande parte das dependências conventuais que contribuíram para a sua fama, incluindo o claustro quinhentista, o antigo refeitório dos monges e a sala da antiga livraria.

Destacam-se ainda os túmulos de Vasco da Gama (que descobriu o caminho marítimo para a Índia) e de Luis de Camões, que se encontram no interior da Igreja, bem como de Fernando Pessoa (que se encontra junto ao claustro).

Fonte: www.culturaportugal.gov.pt/pt/conhecer/local/_dgp-colecao-mosteiro-dos-geronimos/

Torre de Belém



Este monumento foi construído com o propósito de servir tanto como porta de entrada para a cidade de Lisboa mas também como defesa contra possíveis invasões e ataques a partir do Tejo. Este baluarte foi um ponto estratégico que também protegia o Mosteiro dos Jerónimos, que constituía pontos estratégicos para invadir a cidade. O rei D. João II de Portugal (1455-1495) esteve envolvido na origem deste edifício, assim como as fortalezas de Cascais e São Sebastião da Caparica.

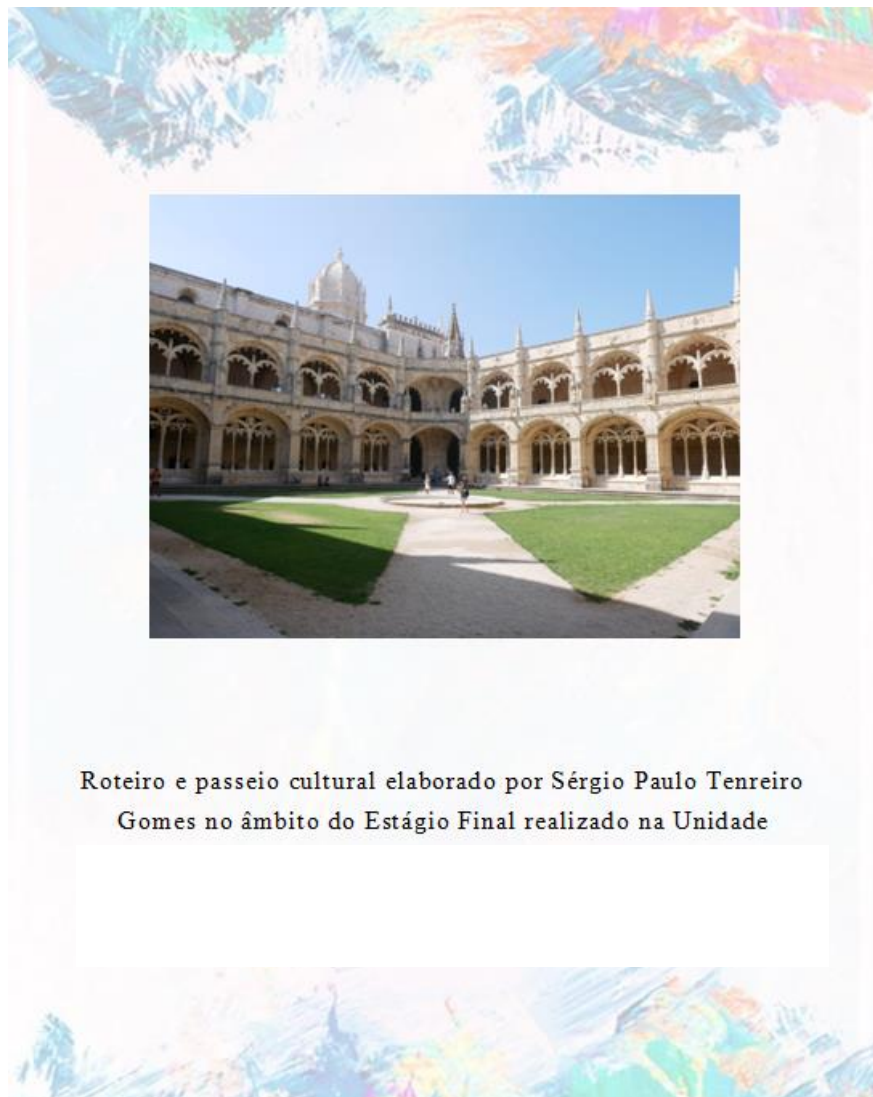
As margens de Belém foram protegidas por um navio, o Grande Nau. Foi substituído pela Torre de Belém, alguns anos depois, durante os últimos cinco anos do reinado de D. Manuel I de Portugal.

A torre, construída numa pequena ilha perto das margens do rio Tejo, via a costa norte aproximando-se gradualmente com o tempo. Alguns guias dizem que a torre estava no centro do Tejo e que o terramoto de 1755 teria mudado o seu rumo, aproximando a torre da costa – esta versão nunca foi confirmada.

Na década de 1840, sob o impulso do escritor Almeida Garrett, a torre de Belém foi restaurada pelo rei Fernando II de Portugal. Ao mesmo tempo, os ornamentos neo-manuelinos foram adicionados ao edifício.

O edifício foi declarado monumento nacional em 1910 e classificado como património mundial pela UNESCO em 1983.

Fonte: www.torrelisboa.com.pt/torre-de-belém-historia/



Roteiro e passeio cultural elaborado por Sérgio Paulo Tenreiro
Gomes no âmbito do Estágio Final realizado na Unidade

Apêndice 4 – Questões que integram o Trivial da Saúde Mental

Anexo retirado por motivos de confidencialidade

Apêndice 5 – Tabuleiro do jogo Trivial da Saúde Mental

Anexo retirado por motivos de confidencialidade

Apêndice 6 – Regras do Trivial da Saúde Mental

Anexo retirado por motivos de confidencialidade