

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus  
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto  
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes  
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

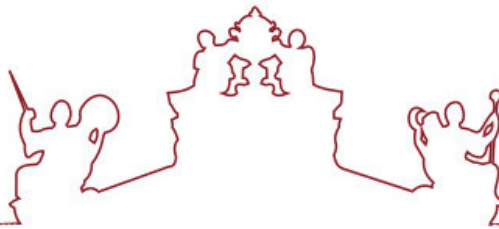
**Plano Individual de Cuidados, com enfoque na relação  
terapêutica, em jovens com perturbação do desenvolvimento  
intelectual**

**Filipa Nunes Gonçalves**

Orientador(es) | Lara Guedes de Pinho

Évora 2022





**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**  
**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde**  
**Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

**Mestrado em Enfermagem**

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

**Relatório de Estágio**

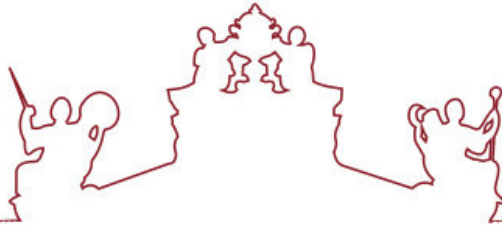
**Plano Individual de Cuidados, com enfoque na relação terapêutica, em jovens com perturbação do desenvolvimento intelectual**

**Filipa Nunes Gonçalves**

**Orientador(es) | Lara Guedes de Pinho**

**Évora 2022**





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Lara Guedes de Pinho (Universidade de Évora) (Orientador)  
Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos (Instituto Politécnico de Setúbal -  
Escola Superior de Saúde) (Arguente)

## **AGRADECIMENTO**

Quero agradecer em primeiro lugar à Professora Lara Guedes de Pinho, pela sua incansável orientação tanto no estágio como na elaboração do presente relatório, por acreditar em mim muitas vezes quando nem eu própria acreditava. Por ser sempre tão disponível em todas as minhas dúvidas e em todos os momentos.

A todos os professores e colegas que estiveram presentes nesta etapa do meu processo de aprendizagem, e promoveram eles também o desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao meu enfermeiro orientador, pela sua disponibilidade, entrega, e persistência que mostrou sempre desde o primeiro dia, sendo ele uma referência para mim.

À equipa maravilhosa da instituição onde realizei ambos os estágios, pela forma como trabalham e pelo carinho que colocam em cada palavra ou intervenção.

A todas as jovens com quem trabalhei, e com quem me cruzei nos corredores daquela instituição. Aprendi com elas e com elas consegui desenvolver as competências de EEESMP.

Aos meus colegas de trabalho, que me apoiaram sempre e me motivaram, e que muitas vezes me dão força para continuar a minha jornada.

Ao João, pela força, carinho, apoio incondicional, por ser o meu pilar, a minha base, por ser aquilo que me dá força todos os dias e sempre acreditar na minha força interior escondida.

## **RESUMO**

O Plano Individual de Cuidados (PIC) é um instrumento utilizado como recurso para a individualização dos cuidados. Os cuidados devem ser centrados na pessoa, recorrendo à tomada de decisão partilhada para o estabelecimento de objetivos terapêuticos individuais. Na Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a relação terapêutica é o foco do processo de cuidados. É essencial a prestação de cuidados especializados na área a populações vulneráveis, sendo evidente o benefício do cuidado especializado e único, mas também complexo e difícil, em doentes com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual.

Foi desenvolvido um trabalho com jovens institucionalizadas, implementando-se intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas, direcionadas para cada jovem e para cada particularidade, tendo em conta o processo de cuidados. Foi primeiramente realizada uma avaliação diagnóstica, seguindo-se o planeamento de cuidados, posteriormente a implementação da intervenção e por fim a avaliação dos resultados. Desta forma, foram desenvolvidas as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e também as competências de mestre.

**Palavras-chave:** Saúde mental; Enfermagem de saúde mental e Psiquiátrica; Enfermagem; Deficiência da aprendizagem, Plano de cuidados de enfermagem; Aliança terapêutica

## **ABSTRACT**

### **Individual Care Plan, focusing on the therapeutic relationship, in young people with intellectual disorders.**

The Individual Care Plan (PIC) is an instrument used as a resource for the individualization of care. Care must be person-centered, using shared decision-making to establish individual therapeutic goals. In Mental and Psychiatric Health Nursing, the therapeutic relationship is the focus of the care process. It is essential to provide specialized care in the area to vulnerable populations, it's clear the benefit of specialized and unique care, but also complex and difficult, in patients with Intellectual Development Disorder is evident.

Work was carried out with institutionalized young people, implementing psychoeducational and psychotherapeutic interventions, aimed at each young person and each particularity, taking into account the care process. A diagnostic evaluation was first carried out, followed by care planning, then the implementation of the intervention and finally the evaluation of the results. In this way, the common and specific competences of the Specialist Nurse in Mental and Psychiatric Health Nursing were developed, as well as the master's competences.

**Keywords:** Mental Health; Mental Health and Psychiatric Nursing; Nursing; Learning Disabilities; Nursing Care Plan; Therapeutic alliance.

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1. Comparação entre a 1ª sessão e a última sessão da jovem T. ....	43
Quadro 2. Comparação entre a 1ª sessão e a última sessão da jovem A. ....	52

Plano Individual de Cuidados, com enfoque na relação terapêutica, em jovens com perturbação do desenvolvimento intelectual.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APA - American Psychological Association

DSM-V American Psychiatric Association

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ME- Mestrado em Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

PDI – Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

PIC – Plano Individual de Cuidados

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RT – Relação Terapêutica

SNC – Sistema Nervoso Central



## **ÍNDICE**

<b>INDRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
 <b>PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	
1. Contexto do local de realização de estágio .....	9
2. Plano individual de cuidados uma estratégia em ESMP.....	10
3. A importância da relação terapêutica em ESMP.....	15
4. A Perturbação do Desenvolvimento intelectual.....	22
 <b>PARTE II – IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDADOS – APRESENTAÇÃO DE DOIS CASOS CLÍNICOS</b>	
1. Avaliação diagnóstica.....	25
2. Sessões clínicas caso T. ....	31
3. Planeamento de cuidados e Intervenção terapêutica caso T. ....	33
4. Síntese da avaliação de resultados caso T. ....	42
5. Sessões clínicas caso A. ....	45
6. Planeamento de cuidados e Intervenção terapêutica caso A. ....	46
7. Síntese da avaliação de resultados caso A. ....	52
 <b>PARTE III – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO</b>	
1. Reflexão sobre o desenvolvimento de competências.....	55
 <b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>59</b>
 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>61</b>

## INDRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Mestrado em Enfermagem em Associação, especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, foi lecionado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, apresentamos este Relatório de estágio denominado de “O plano individual de Cuidados com enfoque na relação terapêutica em jovens com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual”.

No semestre final do mestrado em enfermagem, no âmbito da Unidade Curricular de relatório final, é pedido ao estudante a elaboração de um relatório de estágio, no âmbito da Unidade Curricular de relatório final. Tendo em conta o descrito no regulamento do Estágio Final e Relatório, este último compreende um trabalho de reflexão crítica e descritiva minuciosa e detalhada das atividades desenvolvidas no âmbito do estágio. (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, 2018).

Os métodos de aprendizagem que levaram às competências adquiridas, designadamente chamadas de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que ocorreram durante a realização do Estágio I e no Estágio Final, o primeiro sob orientação do docente Raúl Cordeiro e o segundo sob orientação da Professora Lara Guedes de Pinho.

Tanto o estágio I como o estágio final, foram realizados na mesma instituição. Sendo que o Estágio I, foi realizado durante o segundo semestre do primeiro ano, com a duração de cerca de mês e meio, entre as datas curriculares de 14 de maio a 22 de junho de 2021, com um total de 10 European Credit Transfer System (ECTS), correspondentes a 270 horas. Por sua vez, o Estágio Final foi realizado no terceiro semestre do segundo ano, com a duração de cerca de 5 meses, entre as datas curriculares de 13 de setembro de 2021 a 21 de janeiro de 2022, com um total de 24 ECTS, correspondentes a um total de 336 horas.

Desta forma e dado o âmbito em que se insere este relatório, em ligação à temática acima referida, foram traçados os objetivos:

- Apresentar o Relatório de mestrado em enfermagem (ME) através da Metodologia de Projeto que será alvo de prova pública perante um júri;

- Refletir sobre a relevância da intervenção do EEESMP no âmbito das intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas com jovens com perturbação do desenvolvimento intelectual (PDI) institucionalizadas;

- Narrar de forma reflexiva a aquisição das competências desenvolvidas no percurso do Mestrado e em particular no Estágio I e Estágio Final.

Este relatório, encontra-se separado em três partes. A primeira parte integra quatro capítulos, o primeiro capítulo corresponde à caracterização da instituição onde foram realizados os dois estágios, seguindo-se no segundo capítulo uma revisão da literatura sobre o plano individual de cuidados PIC, e a sua importância. No terceiro capítulo é abordado a importância da relação terapêutica (RT) em ESMP. Por fim uma descrição do que é a perturbação do desenvolvimento intelectual, referindo a importância que a RT tem neste grupo.

A segunda parte, refere-se à implementação do processo de cuidados e a apresentação de dois casos clínicos. Neste capítulo estão englobadas as etapas do processo de enfermagem, nomeadamente avaliação diagnóstica, planeamento de cuidados, a execução das intervenções planeadas e por fim a avaliação dos resultados.

A terceira e última parte deste relatório, enquadra uma reflexão sobre o desenvolvimento das competências adquiridas. E por fim a conclusão.

Este Relatório, está redigido de acordo com as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico português e referenciado de acordo com a norma da American Psychological Association (APA) – 7ª edição.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **1. Contexto do local de realização de estágio**

O contexto e localização dos dois estágios práticos do curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica, está descrito contextualmente neste capítulo.

Tanto o estágio I, como o estágio final decorreram numa instituição portuguesa que acolhe crianças e jovens do sexo feminino, com perturbações psiquiátricas graves. Esta instituição acolhe também crianças e jovens que viviam em negligência e/ou abandono por parte de famílias disfuncionais ou desorganizadas e tem um âmbito geográfico nacional, tendo capacidade limitada a residentes do sexo feminino. Neste momento a idade das crianças e jovens de acolhimento são entre os 3 e os 17 anos de idade.

Este estabelecimento de saúde depende financeiramente do Ministério da Saúde, é especializado na intervenção da saúde mental e psiquiatria, sendo já parte da comunidade local, encontrando-se em constante desenvolvimento, de forma a ter uma adequação disciplinada e progressiva a todas as necessidades deste tipo de pessoas em cada momento.

A principal missão desta instituição, onde ambos os estágios se realizaram, é a prestação de cuidados diferenciados a crianças e jovens, em pedopsiquiatria, multideficiência e reabilitação psicopedagógica, em concordância com as melhores práticas terapêuticas, com eficiência e qualidade, respeito pela sensibilidade individual de cada jovem institucionalizada, numa orientação mais humanista e integral da pessoa.

Para cumprimento do item acima referido, a instituição tem como objetivos imediatos:

- a) A prestação de cuidados de saúde de qualidade, contribuindo para o seu bem-estar biopsicossocial, ético e espiritual, em concordância com o padrão da unidade religiosa a que pertence, fundamentada na qualidade, ética cristã e na transparência;

- b) A obtenção das melhores práticas na prestação de cuidados de saúde, com foco na prevenção, tratamento, reabilitação e reintegração das utentes;
- c) A prestação integrada de cuidados clínicos, de diagnóstico, acompanhamento, tratamento e apoio psicossocial adequados, tendo em vista a estabilização clínica e funcional, e reabilitação integral;
- d) Fomentar a participação, dos familiares ou legais representantes no apoio ao utente, desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psíquico-efetivo;
- e) Oferece um ambiente seguro, agradável, humanizado, promove a autonomia e qualidade de vida das suas utentes;
- f) Estabelece uma relação humana de serviço e de compromisso com os utentes assente na qualidade, competência dos profissionais e na formação contínua dos mesmos;
- g) Desenvolve programas de melhoria de eficiência operacional e de gestão clínica, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro;

Nesta instituição laboram Enfermeiros especialistas (EEESMP) em regime de full-time e part-time, enfermeiros generalistas, médicos (psiquiatra, clínica geral, pediatra e estomatologistas) psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, assistente social, psicomotricista, terapeuta da fala, educadoras sociais, monitoras e assistentes espirituais.

## **2. Plano individual de cuidados uma estratégia em ESMP**

Existem vários autores que referem que a elaboração de um plano individual de cuidados (PIC) é um elemento essencial e indispensável dos cuidados. Existem mesmo autores que consideram que seja um critério de qualidade dos cuidados prestados. (Somme et. al, 2007,

citados por Reis 2014, p.21). O planeamento de cuidados pode ser considerado como um meio de transporte que facilite as várias etapas dos cuidados aos doentes (NHS Modernisation Agency, 2005, citado por Reis 2014, p.21).

Utentes com diferentes necessidades ou então essas mesmas necessidades sejam complexas e consequentes da interação entre necessidades clínicas, físicas, etc. beneficiam de cuidados estruturados e planeados (Nacional Council of Social Service, 2006), estes utentes exigem cuidados que estejam bem estruturados, serviços de apoio e há uma necessidade de controlo e correção das necessidades do utente continuamente (NHS Modernisation Agency, 2006, citado por Reis, 2014 p.21).

De forma que a prestação de cuidados continuados e integrados seja efetiva é essencial a comunicação entre todos os intervenientes no processo de cuidados, o que implica a realização de reuniões e transferência de informação que atravessem as barreiras profissionais e contenham as várias perspetivas de todos os envolvidos no processo de prestação de cuidados (Steiner, et. al, 2002, citados por Reis 2014 p.24).

Leichsenring (2012, citado por Reis 2014, p.26) afirma que é imprescindível a conceção de procedimentos e instrumentos que possibilitem uma troca veloz de avaliações, informações e adaptações que ofereçam o desenvolvimento de um objetivo em comum. A não existência de uma linguagem comum, para que exista uma partilha de todas as informações sobre a evolução do utente, torna difícil essa troca de informações, uma vez que diferentes termos poderão ser usados para descrever objetivos e consequentemente resultados (Australian Institute of Health and Welfare, 2003).

Se os profissionais de saúde e os utentes utilizarem um instrumento como o PIC, onde esteja agregada toda a informação pertinente, há uma melhor perceção dos problemas e necessidades específicos da pessoa, sendo a gestão do processo de cuidados realizada de forma mais adequada à sua situação clínica. Este tipo de abordagem com a participação da pessoa é crucial, uma vez que a sua não existência pode levar a diferentes pontos de vista relativamente às necessidades de cuidados e objetivos que conduzem, frequentemente, a estratégias de intervenção desajustadas, comprometendo a comunicação e diminuindo a adesão do utente ao plano de intervenção delineado (Steiner, et. al 2002, citados por Reis 2014 p.26).

Para que o PIC, seja aplicado na sua grandeza, é essencial que a pessoa e/ou algum seu representante, quando aplicável, sejam envolvidos na elaboração do mesmo (Somme et. al, 2007) pois são os objetivos por estes intervenientes que devem ser os guias do planeamento das intervenções (Holum, 2012, citado por Reis 2014 p. 27).

O PIC define-se como um instrumento de planificação e uma forma de comunicação entre todos os cuidadores, desta forma necessita de ser desenvolvido com base dos princípios de coprodução (Lopes, et al. 2016 a 2021b). Entre eles:

- **Parceria entre Ativos:** Os intervenientes são parceiros ativos e iguais na conceção e na prestação de cuidados;
- **Valorização das Capacidades:** Modifica o modelo de prestação de serviços públicos de uma abordagem centralizada no défice, para outra que identifica e promove o desenvolvimento das capacidades das pessoas. Corretamente apoiadas poderão usar os seus instrumentos a favor de si e da comunidade. Desta forma é válida para qualquer dos partícipes no processo;
- **Reciprocidade:** Dá à pessoa vários estímulos para que se possa envolver, permitindo-lhes laborar em relações de reciprocidade com os profissionais e com outros cidadãos, num contexto de mútuas responsabilidades e expectativas.
- **Redes:** Estabelece redes que rodeiam tantos cidadãos como profissionais, sendo a melhor forma de transferir, mas também co-criar o saber;
- **Esbatimento de papéis:** Retira os metas que estão bem explicadas entre os diferentes profissionais e os beneficiários e também entre produtores e consumidores de qualquer serviço, reestruturando as formas através das quais os serviços são desenvolvidos e prestados.
- **Catalisadores:** Capacita os serviços para se tornarem facilitadores em vez de prestadores singulares e centrais (Bovaird, 2007 citado por Lopes 2021 p.38-39).

Desta forma, torna-se consensual entre os vários profissionais de saúde, a ideia de necessidade de planeamento dos cuidados de saúde. Quer numa dimensão coletiva, quer numa dimensão individual. Apesar desse acordo, bem como de um discurso que aprecia a intervenção em equipa, tem sobressaído um planeamento tendo como foco os profissionais de saúde (Lopes, et al. 2021).

O PIC pode ser definido como uma ferramenta, que tem como foco a pessoa, que se compõe como um espaço de comunicação entre todos os cuidadores. Ele ajuda e facilita a gestão dos percursos e a integração de cuidados. Uma vez que o PIC é centrado na pessoa, este deve ser entendido como da própria pessoa e não de qualquer profissão ou de qualquer setor. A pessoa é, por isso, a principal responsável pela sua saúde, tendo capacidade de autocuidado e autonomia relativamente ao seu processo de cuidados. Os cuidados, podem, no entanto, ser delegados noutros cuidadores quando for considerado necessário. Desta forma, o PIC tem como objetivo a construção de uma ferramenta personalizada de intervenção (Lopes, et al. 2021).

Este espaço de partilha, só pode ser um exercício contínuo, para ser coerente com a natureza do processo de saúde-doença e do inseparável processo de cuidados. A gestão de percursos pode ser adotada por uma pessoa que o mesmo designar, ou então por um gestor de caso, de acordo com determinadas situações. A incorporação de cuidados, pode ser compreendida como a incorporação entre os vários níveis, setores e/ou prestadores de cuidados de saúde (Lopes, et. al 2021).

Enquanto instrumento de planeamento de cuidados, o PIC, é indispensável quer analisemos cuidados à pessoa doente (com ou sem dependência), ou à pessoa saudável (numa perspetiva de promoção ou prevenção). Desta forma, a pessoa, quer ela esteja doente ou saudável, será a principal interveniente. Conduzirá para esta zona de diálogo e negociação a sua própria história, que tem como base as suas vivências e as suas inquietações (Lopes et al. 2021).

Este foco que se oferece à pessoa, tem como resultado o princípio da autodeterminação enquanto dimensão mais primária da dignidade humana (Baez & Reckziegel, 2013, citado por Lopes 2021). Incluirá também os seus objetivos que assumem um papel elementar, na medida em que será com base neles que todos os cuidados serão projetados. Ou seja, é através de uma abordagem que usa as metas de vida e saúde das pessoas, para conseguir direcionar os profissionais de saúde na conceção de planos de cuidados personalizados que atendam às suas necessidades, prioridades, valores partilhados e preferências (Nagykaldi et al., 2018, citado por Lopes 2021 p. 40).

O PIC é fundamental no processo de cuidados da pessoa, permitindo monitorizar a capacitação e o autocuidado. É também essencial no processo de gestão de expectativas, tópico muito importante no processo de cuidados. O PIC é uma das formas de dar corpo ao conceito



de coprodução de cuidados, isto é, envolver e responsabilizar todos os atores no processo de cuidados. O PIC, é particularmente vantajoso para as pessoas com vários problemas de saúde, possibilitando-lhes a melhor gestão dos cuidados de que precisam. Permite registar a situação atual de saúde e os objetivos definidos para um determinado período de tempo, partilhando assim o trabalho e a responsabilidade entre todos os que estão envolvidos neste processo. O PIC permite ainda acompanhar o comportamento de saúde da pessoa que foi negociado previamente com os profissionais de saúde para atingir os objetivos propostos, e assim, avaliar os resultados (Lopes, et al. 2021 p.41).

Desta forma, podemos afirmar que o PIC, é uma ferramenta de planeamento de cuidados que inclui os contributos e serve de instrumento de gestão a todos os cuidadores, conseguindo incluir planos de intervenção, de ajuda ou de promoção (Lopes, et al. 2021 p.42).

Vários autores referem que em 2001, o *Institute of Medicine* identificou a importância da centralidade do cuidado na pessoa como um dos seis elementos para cuidados de alta qualidade, isso implica a prestação de cuidados coerentes com os valores, as necessidades e desejos dos doentes. Um exemplo disso é o envolvimento do doente, nas discussões e decisões do seu processo de saúde. Esta abordagem pretende, que a prestação de cuidados, tenha como objetivo, estabelecer uma RT com a pessoa centrada nas suas necessidades, promovendo assim a sua reabilitação. O PIC é uma ferramenta que tem como principal foco o cuidado centrado no doente, permitindo uma abordagem individual e holística. Desta forma pode abranger, por exemplo, a gestão de casos, sendo esta uma abordagem centrada no doente que visa a monitorização e suporte sistemático dos cuidados por um gestor de caso (Pinho, et al. 2021).

Os mesmos autores referem ainda que é consensual, entre os diversos órgãos responsáveis pela emissão de diretrizes para a área da saúde, que o PIC deve ser centrado na pessoa como diretriz. Se esta recomendação é importante nos cuidados gerais, no contexto da saúde mental é especialmente relevante.

### **3. A importância da relação terapêutica em ESMP**

A RT é o ponto central no processo de cuidar em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pois a recuperação do equilíbrio do utente em sofrimento mental, tem como base as relações interpessoais significativas (Chalifour, 2008). Aliada à RT temos a comunicação terapêutica que se define como um método de comunicação, utilizado pelo profissional, para dar resposta às necessidades da pessoa, sendo um processo consciente e deliberado. Nela está implícita a abordagem verbal e não verbal que tem como objetivo promover o bem-estar, permitindo o estabelecimento de uma RT (Sequeira, 2020).

Esta relação pode qualificar por ser interpessoal, ter como foco o bem-estar do utente e desenvolver-se por várias etapas num espaço de tempo que é limitado. O desenvolvimento desta relação, compreende domínios tanto técnicos como pessoais igualmente relevantes (Pontes et al. 2008). O enfermeiro movimenta conhecimentos teóricos, porém também se utiliza a si mesmo como o instrumento de terapia. É fundamental o desenvolvimento específico da competência inicial do EEESMP que se torna elementar e que se baseia na capacidade de detenção de “um elevado conhecimento de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento no 515/2018, de 7 de agosto, p.21428).

A particularidade desta relação, mobiliza vários domínios da pessoa enquanto enfermeiro, que na prática se encontram interligados, apesar disto, a sua diferença, ainda que na teoria, permite-nos investigar e compreender este fenómeno. Desta forma, poderemos diferenciar o domínio técnico, onde colocamos o conhecimento e perícia adquiridos e também o domínio pessoal que inclui as características de cada pessoa, sendo que a relação interpessoal supõe que o enfermeiro se envolva com aquilo que ele mesmo é como pessoa. O enfermeiro dá um aspecto pessoal na interação com o doente, e isto pode ser tanto facilitador como inibidor do crescimento do doente (Reynolds 2009, citado por Pereira et. al 2014)

Phaneuf, considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica, aborda a teoria das relações interpessoais, com enfoque na RT. Para Phaneuf a RT detém um carácter próprio. A RT não é apenas uma conversa entre duas pessoas amigas, também não é uma discussão no sentido de troca de ideias e de objecções entre os intervenientes (Phaneuf, 2002). Esta relação compromete

uma intervenção de procedimentos em que quem cuida centra-se no outro, principalmente nas suas necessidades, podendo existir um desenvolvimento e adaptação ao meio ou reajustamento. Na RT, é fundamental que o enfermeiro possua vários métodos e técnicas muito exclusivas com as quais vai desenvolver o processo de RT (Phaneuf, 2002).

Phaneuf (2002) descreve bem a diferença entre RT e intervenção do enfermeiro. No dia-a-dia realizamos cuidados que estão muito próximos dos que se prestam numa RT e isto pode gerar por vezes alguma confusão. Por exemplo: alimentar um doente e proceder à sua higiene, por si só, não é uma RT, são apenas cuidados. Estas ações têm como objetivo principal o bem-estar físico do utente. Colocá-lo numa posição em que se sinta confortável, a fim de que respire melhor e abrandar a dor podem tornar-se constituintes de uma RT, se aliados a isto, existir uma intervenção que tem como objetivo o seu conforto afetivo, a satisfação das suas necessidades superiores de evolução pessoal ou a resolução de um problema.

Esta diferença que muitas vezes é impercetível, centra-se principalmente no seu objetivo. Possivelmente esta confusão começou a banalizar da expressão de RT como refere Lopes (2006). O que diferencia é a intencionalidade terapêutica dos objetivos e intervenções que dão profundidade à RT.

Para Phaneuf (2002) existe uma aproximação à pessoa, e esta aproximação deve ser o mais clara possível, devendo o enfermeiro ter em ponderação os primeiros passos da relação enfermeiro doente. O início de uma relação de confiança e a maneira como os utentes valorizam a nossa postura perante eles, estabelece-se através da primeira imagem que o doente tem do enfermeiro, e aquela que nós temos do doente. Estabelecendo-se desta forma uma relação fundamental e de extrema importância.

Já Lopes (2006) afirma que é nestas técnicas que é incluído o cuidado psicoterapêutico e aponta 4 particularidades deste tipo de cuidado:

**1** – A RT realiza-se através de cuidados psicoterapêuticos que são uma dimensão dos cuidados de enfermagem. Ou seja, a enfermagem pela forma como aborda a pessoa tem em conta toda a sua estrutura, existindo desta forma uma visão holística daqueles a quem prestamos os cuidados. O enfermeiro presta cuidados aos três níveis de prevenção (primário, secundário e terciário) de forma a capacitar as pessoas a melhorar, manter ou recuperar a saúde, lidar com

problemas de saúde e alcançar a melhor qualidade de vida possível, seja qual for a sua doença ou deficiência até a morte (Royal College of Nursing, 2003 citado por Lopes, sd).

O enfermeiro coloca todo o conhecimento teórico, pessoal, estético e ético para que de uma forma processual possa fornecer respostas às carências da pessoa. Primeiramente realiza uma avaliação de todas as necessidades, elabora objetivos e resultados esperados, implementa um plano e por fim realiza uma avaliação. Desta maneira de intervir, o enfermeiro cria condições para um cuidado centrado na pessoa, onde se inclui o cuidado psicoterapêutico, numa perspetiva de parceria e co-produção.

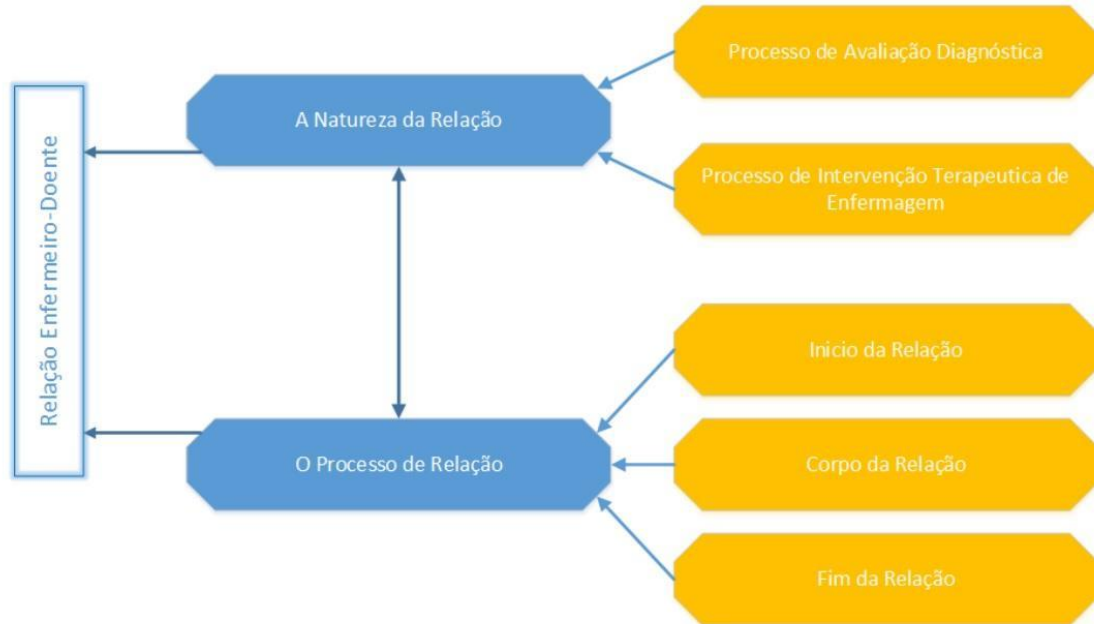
**2** – A RT tem propósito na sua intervenção. Ou seja, dá-lhe um carácter de terapia. É realizado assim um processo de avaliação e readaptação constantes com um objetivo bem delimitado.

**3** – A RT é um processo. Ou seja, através das necessidades do doente, da forma de abordagem do enfermeiro, do seu raciocínio clínico a RT vai sendo construída de forma gradual de maneira a atingir um objetivo final. Uma relação de confiança em que o doente confia no enfermeiro e o enfermeiro confia nas capacidades do doente não o inferiorizando pela sua doença, mas sim vendo-o também como parceiro e fim dos seus cuidados. Existe desta forma um crescimento numa espiral em que pelo processo que se estabelece se vão atingindo graus de crescimento.

**4** – A RT é uma resposta terapêutica que ocorre a dois num determinado contexto (privado ou mais alargado). Desejando-se que ocorra no contexto onde a pessoa está que poderá ser em espaço de gabinete, mas também no seu contexto de autocuidado. Ao ser uma resposta que pode ser dada em grupo, fica implícita a questão ética do que é ou não da esfera íntima da pessoa.

Lopes (2006) sugere dois constituintes fundamentais e distintos, mas que se relacionam entre si para conseguir explicar a relação entre enfermeiro-doente e que são a natureza da relação e o processo de relação (Fig1).

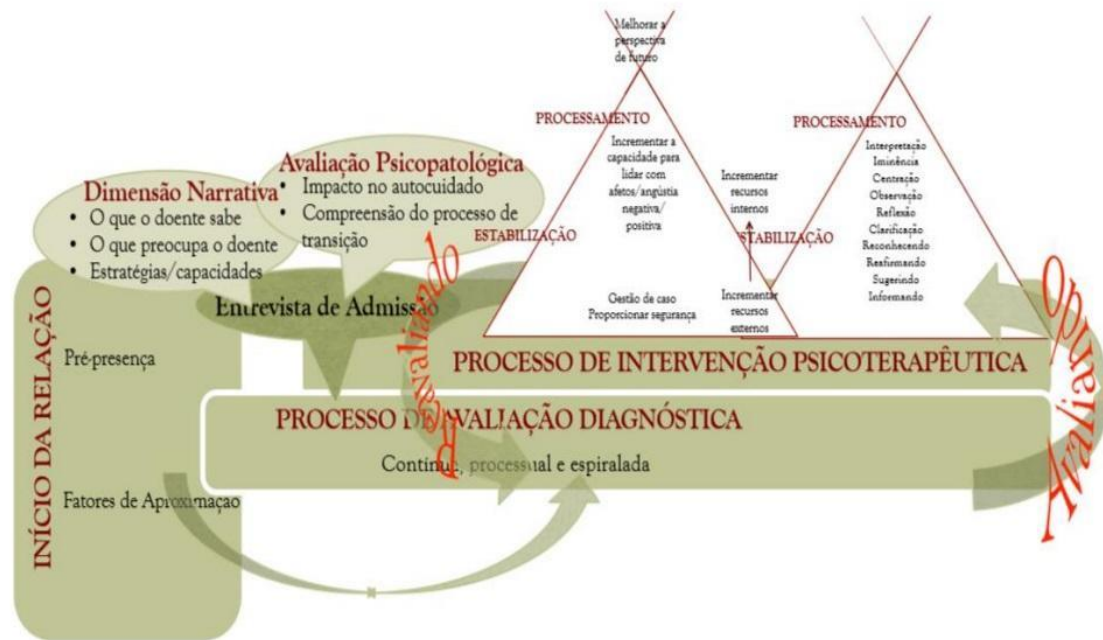
Plano Individual de Cuidados, com enfoque na relação terapêutica, em jovens com perturbação do desenvolvimento intelectual.



**Figura 1** - Componentes da teoria de médio alcance relativa à relação enfermeiro – doente (Fonte: Lopes, 2006)

A natureza da relação é o elemento onde existe uma descrição da situação relatada pelo doente e existe a observação pelo enfermeiro, de forma a recolher dados e existe também a retribuição do enfermeiro nesta relação. A relação abrange tanto o processo de avaliação diagnóstica como o processo de intervenção terapêutica de enfermagem. Sendo que o processo de relação do doente aglomera todo o processo da relação enfermeiro doente/família com o contexto que os rodeia. O mesmo autor refere ainda a seguinte organização e processo para a RT.

Plano Individual de Cuidados, com enfoque na relação terapêutica, em jovens com perturbação do desenvolvimento intelectual.



**Figura 2** - Estrutura e processo de relação terapêutica (Fonte: Lopes, sd)

A relação que existe entre o enfermeiro, o doente e a família começa muitas vezes antes do contacto com estes. Existe muitas vezes informação que está descrita nos processos do doente, que é recolhida nas mudanças de turno. Este tipo de informação é essencial e deve ser informação prévia, pois permite preparar o contacto inicial com o doente, sendo esse primeiro momento por excelência aquele que se tem no momento da entrevista inicial (Lopes, 2006). Neste sentido, Lopes (2006) afirma que a entrevista inicial, é o princípio por excelência de contacto com o doente.

Existe para além, do que o doente nos transmite de forma verbal um conjunto de outras manifestações não-verbais que são muito importantes para a avaliação diagnóstica. Nomeadamente a apresentação, expressão, postura, morfologia, mimica, motricidade, contacto e linguagem. Na fase de avaliação diagnóstica vamos perceber o que preocupa o doente e o que este sabe sobre a doença e quais as suas capacidades e estratégias que possam contribuir para a recuperação ou readaptação. Esta abordagem centra-se na definição dos objetivos e toda a abordagem naquilo que é importante para o doente dando efetividade aos cuidados. A avaliação diagnóstica é constante, está sempre sendo atualizada em todo o processo de relação, só assim é possível ir avaliando o desenvolvimento da RT. Segundo Lopes (2006) o processo de

avaliação diagnóstica tem duas características: a função de “timoneiro” do processo de avaliação diagnóstica e estar presente em todo o processo de RT. Conseguimos assim ter maior conhecimento sobre a pessoa e a forma como esta sente a doença. É através da investigação do que o doente sabe, que conseguimos saber a sua autointerpretação sobre a sua doença e quais as suas fontes de informação. Em conjunto com a informação do que preocupa o doente e reconhecimento do seu contexto e potencialidades conseguimos começar a delimitar um plano terapêutico adequado.

Surgindo a visão do enfermeiro que juntamente com a perspetiva do doente, sempre numa ótica de auxílio, conduz à definição ou reformulação do plano de cuidados. Para o enfermeiro ainda se vai avaliar a forma como a pessoa é afetada pela doença em dimensões como o desempenho de determinados papéis, nomeadamente no trabalho no papel de pai ou de mãe. A relação que tem com os outros, nomeadamente família ou colegas de trabalho, a rede de apoio, a sua família e os seus amigos e no desempenho dos autocuidados, como se lava, veste ou come. O plano que é definido, sempre numa perspetiva de monitorização do processo e avaliação de evolução da saúde, que se consegue através do uso de determinadas escalas, como a escala de depressão, ou a escala de qualidade de vida.

Conseguiríamos afirmar que a avaliação se faz como se de uma espiral se tratasse em que vamos construindo a relação e os diagnósticos baseados no que já conhecemos, esta visão dá seguimento ao processo de avaliação diagnóstica em todo o processo. O que implica por parte do enfermeiro, uma constante readaptação e uma flexibilidade no desenvolvimento de todo o processo e também durante os vários encontros. Desta forma o enfermeiro tem que adaptar constantemente à mudança, como referia Phaneuf (2002). Apenas desta forma, consegue que o processo de relação entre o enfermeiro e o doente não seja estanque, e que seja efetuado em parceria e coprodução.

Para Lopes (2006) todo este processo de relação, pode ser separado em três partes: em início da relação, corpo da relação e fim da relação (Fig.1). No corpo da relação o processo de intervenção terapêutica realizar-se em toda a sua extensão. Sendo muitas vezes, de difícil definição o que é o início e o corpo da relação, uma vez que podemos considerar que no início da relação já existe intervenção terapêutica

Há também a considerar, que no corpo da relação está também incluído o processo de avaliação diagnóstica, existindo desta forma uma avaliação persistente do processo, que vai permitir um ajuste às necessidades que podem ir surgindo e que também elas vêm aparecendo de forma progressiva. Na fase do Corpo da Relação, supõem-se a existência de uma relação de confiança e de segurança estabelecida entre o doente e o enfermeiro, já existindo também vários contactos entre eles e conseqüente um plano que foi aceite por ambos. O profissional de enfermagem, põe em prática várias ferramentas que tem ao seu dispor para realizar uma intervenção terapêutica.

Importa realçar a importância da RT, e esta deve estar sempre presente quando o EEESMP presta cuidados no âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psico educacional, sendo esta uma das competências do mesmo. É uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental (EESMP) a prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psico educacional à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, mobilizando o seu contexto e dinâmicas individuais, familiares, de grupo ou comunitárias, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (OE, 2019). Como competências vem redigido no mesmo documento:

- Implementa, coordena e desenvolve programas de psicoeducação e treino em saúde mental;

- Desenvolve processos psicoterapêuticos e socio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação;

- Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.



#### **4. A Perturbação do Desenvolvimento intelectual**

Tão antiga quanto a própria humanidade, a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI), denominação melhor que as anteriores terminologias de Atrasado Mental, Retardo Mental ou de Deficiente Mental, é, de entre todas as Perturbações do Neuro desenvolvimento, a mais grave, a de diagnóstico mais complicado, a que demarca uma intervenção mais complexa e a de pior prognóstico. É uma patologia que afeta o Sistema Nervoso Central (SNC). O diagnóstico de PDI só poderá ser feito por um médico, idealmente um profissional, na área do neuro desenvolvimento. Esta patologia abrange um vasto espectro de funcionamento, de capacidades e limitações, e de necessidades de apoio. De acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), a PDI é, basicamente, uma síndrome do neuro desenvolvimento, que teve na sua origem o período de desenvolvimento e que inclui um défice cognitivo (por outras palavras, um défice no funcionamento intelectual) associado a um défice no funcionamento/comportamento adaptativo, ou seja, na autonomia do sujeito (Andrade, 2016).

Segundo o DSM-5 (2014), a PDI atinge, aproximadamente, 1% da população, ou seja, a taxa de predomínio está entre 0,4 e 1,4%. Estes dados demonstram um grande problema de saúde pública, não apenas pelo aumento de predomínio, mas, principalmente, pela grande necessidade de apoios sociais. A PDI tem uma maior tendência no sexo masculino, embora não haja uma boa concordância entre todas as causas, e costuma ser mais predominante em famílias desfavorecidas nas zonas rurais e nos países em desenvolvimento. As causas de PDI são orgânicas (doença genética ou de nascença) e psicossociais (falta de estimulação social ou linguística), havendo em certos casos ambas as causas. As causas orgânicas podem estar relacionadas com as doenças genéticas (anomalias, alterações cromossómicas, síndrome de down, etc.), com comportamentos de risco praticados durante a gravidez (ingestão de medicamentos, álcool, vírus, má nutrição para o feto, consumo de estupefacientes), com problemas examinados durante o parto e doenças surgidas nos primeiros dias de vida (infecções, hemorragias intraventriculares, meningite bacteriana, a ingestão de produtos com chumbo, a encefalite, a anemia, etc.). A causa psicossocial é considerada a mais grave, pois em cerca de 40% dos casos torna-se difícil de definir uma causa de PDI. As funções do neuro desenvolvimento são as mais recentes na espécie humana (por exemplo a linguagem e a

aprendizagem da leitura, da escrita e da matemática), e que dependem muito de educadores (Évora, 2016).

Ferreira 2012, citado por Santos, 2020) refere que em todas as sociedades e culturas encontram-se referências à presença de indivíduos com perturbação do foro mental. No entanto, as propostas resultantes do cuidado profissional e social a ter com os mesmos e a compreensão científica sobre a origem desta problemática só assumiram maior relevância no séc. XX. Desde então, assiste-se à alteração da noção geral sobre estas pessoas e sobre os comportamentos a manter com elas.

Os indivíduos com este tipo de perturbação apresentam défices em pelo menos duas áreas do funcionamento cognitivo. Podem incluir perturbações da memória (aprendizagem ou evocação de informação recente), do funcionamento executivo (por exemplo, planificação, raciocínio), da atenção ou da velocidade do processamento da informação (o caso da concentração, rapidez da assimilação ou da análise de dados), do terreno perceptivo motor (por exemplo, integração de informação visual, tátil ou auditiva com as atividades motoras) ou da linguagem (dificuldade em encontrar as palavras, deficiência da fluidez verbal). Estas alterações cognitivas devem ser atestadas por testes neuropsicológicos ou técnicas estandardizadas de avaliação (Santos, 2020).

A PDI caracteriza-se por inteligência abaixo da média, significativa, e com um comprometimento no funcionamento adaptativo. Refere-se ao quanto os indivíduos cumprem as demandas comuns da vida adequada à sua idade em âmbitos como a comunicação, o autocuidado e as habilidades interpessoais. O comportamento do indivíduo com PDI varia de acordo com o que foi referido acima, mas ainda existem alguns considerados uniformes, como por exemplo, a falta de habilidades para relacionar-se com o outro, o comprometimento da fala levando à pouca comunicação, o défice no autocuidado, a baixa autoestima e o quociente intelectual (QI) inferior à média populacional (Sadock et al 2016, citado por Mota 2019).

Para Queiroga (1989, citado por Mota 2019) as pessoas com PDI manifestam crises de ansiedade, tendem a muitas vezes evitar situações onde sabem que vão fracassar, mais do que encarar situações de êxito, labilidade emocional, falta de autocontrolo, falta de controlo interior, possível perturbação de personalidade e falta de motivação. Destacam-se, a nível social, as seguintes complicações: dificuldade em estabelecer vínculos afetivos, conseguir trabalhar em

equipa, tem dificuldades em aceitar ordens ou regras, dificuldade em socializar, atraso evolutivo em situações de jogo, lazer e atividade sexual.

Os enfermeiros que trabalham com doentes com PDI são únicos, uma vez que tem conhecimentos exclusivos na área da saúde, do bem-estar e tem capacidade de trabalhar com sucesso no relacionamento com doentes complexos (Wilson et al., 2019, citado por Hennessey et al, 2022).

Esta singularidade parece ser sustentada pela RT que existem entre doentes e enfermeiros, que tendem a ser mantidas por um período e garantem o sucesso de qualquer intervenção (Crotty et. al, 2015, citado por Hennessey 2022).

Isto aplica-se em todos os contextos de enfermagem. A importância da RT é vista como um elemento fundamental da prática de enfermagem, e funciona como um canal, para a prestação de cuidados e intervenções de enfermagem de excelência.

Peplau (1952) descreve a enfermagem como um processo significativo, terapêutico e interpessoal e, como tal, reforça a importância de ver, ouvir e envolver o doente em todos os aspetos do cuidado. Ao fazê-lo, o enfermeiro permite o desenvolvimento de uma parceria que reconheça os pontos fortes e as limitações do doente e que possa promover um sentimento de empoderamento do mesmo. A RT, ajuda o enfermeiro a conhecer o doente, as suas preferências, e os seus desejos e permite também ao enfermeiro defender os direitos, de forma eficaz, e em nome do doente (Appelgren et al., 2018, citado por Hennessey 2022).

Os enfermeiros fazem a diferença nesta população vulnerável, e esse sentimento é evidente no cuidado especializado e único, mas também complexo e difícil, em doentes com PDI. Neste sentido, sendo as pessoas com PDI um grupo vulnerável, como afirmado anteriormente, a RT reveste-se de especial importância, e o papel do EEESMP pode fazer a diferença neste tipo de população (Kwame et al.; Akansel et al. 2021, citado por Hennessey 2022).

## **PARTE II – IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDADOS –**

### **APRESENTAÇÃO DE DOIS CASOS CLÍNICOS**

#### **1. Avaliação diagnóstica**

Lopes (2006, p.181) afirma que no processo de avaliação diagnóstica surgem a presença de três perspetivas sobre o problema: a vivencial, a biomédica e a de ajuda. O processo de avaliação diagnóstica advém da conjugação destas três perspetivas, ou seja, a união em que, uma ou outra das perspetivas pode ou não ganhar maior preponderância, mas não podem existir umas sem as outras. Desta forma deve existir também uma avaliação psicopatológica da doença. Lopes (sd) refere que esta avaliação diagnóstica deve incluir também características compreensivas como Pio Abreu (2011) sugere e que inclui:

- História pessoal
  
- Apresentação e postura
  
- Mímica expressão e motricidade
  
- Contato e linguagem
  
- Estado de consciência
  
- Consciência de si
  
- Consciência do corpo
  
- Impulsos e vontade

- Humor
  
- Afetos
  
- Emoções
  
- Forma de pensamento
  
- Conteúdos do pensamento
  
- Representação e memória e senso perceção
  
- Observação física (capacidade funcional, dados fisiológicos, integridade da pele e mucosas, controle de esfíncteres)
  
- Medicação prescrita.

A avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica ocorrem em paralelo, não sendo possível separar uma da outra, sendo também um processo que está em constante repetição, ao longo da prestação dos cuidados (Lopes, 2006).

Também para Lopes (2006), é fundamental enfatizar a natureza do processo terapêutico de avaliação diagnóstica. Ela está relacionada com a constante manifestação de interesse e preocupação pelo utente, e com a disponibilização de tempo/espço para que sejam expostas as preocupações das famílias e dos doentes, ao longo de toda a relação enfermeiro-pessoa.

A relação entre o enfermeiro e o doente, é uma interação onde ocorre uma aprendizagem recíproca, e onde ambos (enfermeiro e o doente) são intervenientes desta relação. Devem ser considerados como seres singulares e essenciais, sendo esta relação/interação os pilares onde assenta a enfermagem psiquiátrica (Townsend, 2011).

Embora o processo de avaliação diagnóstica seja um método que se efetua de forma contínua e constante ao longo da relação entre o doente e a pessoa, e é desenvolvido em grande parte durante a prestação de cuidados, mas há momentos em que este se desenvolve de forma um pouco mais formal sendo por isso designada de entrevista clínica. Este é um momento

bastante importante e essencial no processo de RT, que muitas vezes é o passo primordial para o desenvolvimento/estabelecimento de uma relação entre o enfermeiro e doente e, conseqüentemente, pode influenciar os resultados no seu processo de saúde-doença.

Lopes (2006) refere que um dos construtores que definem a natureza da relação enfermeiro-utente é o “Processo de Avaliação Diagnóstica”. Este processo é ativo e dinâmico sendo operacionalizado através de uma entrevista. Muitas vezes é o primeiro encontro entre os intervenientes na entrevista, esta é de enorme importância, uma vez que é através dela, que o EESMP consegue desenvolver todas as fases que constituem a Avaliação Diagnóstica de Enfermagem.

Chalifour (2002) refere entrevista como uma particular de interação, podendo esta interação ser, uma interação verbal ou não verbal, entre um enfermeiro e um doente. Ao longo desta interação, os intervenientes, usam várias formas de fazer e várias formas de estar, em função do entendimento dos papéis que desempenham, do contexto, das suas características ou até do mesmo do conteúdo.

Para que a entrevista seja o mais proveitosa possível, tanto para o enfermeiro como para o utente, é necessário ter em consideração várias dimensões e variáveis que devemos controlar e planear, tendo-os sempre em consideração, como seres humanos que somos e tudo o que isso envolve.

É importante também colocarmos aqui questões relativamente ao espaço físico, onde ocorre a entrevista. É essencial que o doente se sinta confortável de maneira que seja garantido que o ambiente que o rodeia lhe permita o encontro concreto dos dois.

Inicialmente foi discutido com o supervisor clínico do campo dos dois estágios, qual seria o melhor tipo de entrevista a ser realizada, tendo em conta várias variáveis nomeadamente o tempo que possuíamos para cada uma, qual das utentes da instituição poderia ser entrevistada, e o local de cada uma das entrevistas tendo, como referido anteriormente, questões de conforto, mas também questões tão importantes como a confidencialidade, e um local livre de distrações e de interrupções.

Na avaliação diagnóstica em ESMP é fundamental que o enfermeiro tenha consciência, que a percepção que temos do outro, é alterada de forma involuntária, por variáveis diversas, como a nossa educação, as nossas convicções, a nossa fé ou até mesmo devido à nossa própria personalidade, desta forma foi indispensável fazer um exercício de todas as minhas características, e tomar consciência de todas elas, para realizar uma aproximação o mais plena possível de todas as jovens, e colocar de parte algumas limitações que existiam em mim, e ser o mais real possível com elas, sem medos nem ideias pré-concebidas.

Podemos então destacar a primeira competência específica do EEESMP, “um elevado conhecimento de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento no 515/2018, de 7 de agosto, p.21428).

Townsend (2011) refere que é fundamental que o enfermeiro consiga desenvolver a autoconsciência e o autoconhecimento, e que entenda que a sua capacidade de ajudar os outros é afetada muitas vezes pelos valores que o profissional possui.

Durante todo o tempo em que decorreram os dois estágios, existiu a necessidade constante de autoconhecimento e autoconsciência, não só a nível pessoal como a nível profissional, de maneira que todas as intervenções fossem realizadas, sem emoções ou ideias pré-concebidas, nomeadamente a este tipo de população, que pudesse alterar a relação que se pretendia estabelecer com as utentes.

“O elevado conhecimento de si enquanto pessoa e enfermeiro” foi adquirido através da autorreflexão constante, durante o estabelecimento da RT e das intervenções, nomeadamente identificar valores, emoções e também sentimentos, e/ou outros fatores pessoais ou circunstâncias que podem vir a alterar a RT com o doente ou com a equipa e a gestão de “fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências”, sendo essencial estarmos atentos ao impacto de nos próprios na relação com o outro (Regulamento no 515/2018, de 7 de agosto, p.21428).

Durante a fase inicial, na preparação de todas as sessões, foi realizada uma preparação a nível pessoal, com o principal objetivo de realizar a mais completa e imparcial de todas as sessões e desta forma perceber quais eram as reais necessidades de todas as utentes. Neste

sentido, foi consultado o processo clínico de todas as utentes e discutido os casos com os diferentes técnicos daquela instituição, nomeadamente enfermeiros, assistente social e psicóloga. Este processo nunca foi estanque, esteve em constante renovação, ao longo de todo o processo de avaliação diagnóstica.

Após a realização de todas as sessões às jovens, foram definidos focos de enfermagem, que por sua vez se associam a diagnósticos, através da nomenclatura CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), dando origem ao processo de enfermagem.

Depois de todas as informações que recolhemos no decorrer das sessões, realizámos os diagnósticos de enfermagem, e conseguimos planear todas intervenções necessárias para uma aquisição plena e o mais completa possível das competências e das intervenções mais pertinentes e individualizadas a cada utente, tendo em conta a sua situação clínica.

A segunda competência específica do EEESMP, refere que o enfermeiro tem capacidade para “assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (Regulamento no 515/2018, de 7 de agosto, p.21428), o desenvolvimento de todas as atividades acima descritas, vão ao encontro do desenvolvimento desta competência.

No Regulamento n.º 515/2018 da OE, no que se refere à segunda competência específica do EEESMP, o descrito menciona: “Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes”, este descritivo afirma que todo o trabalho que foi desenvolvido, nomeadamente entrevistas, que levaram a um diagnóstico de enfermagem bem definido.

Durante o decorrer das sessões foi notório, que à medida que o processo de enfermagem se ia desenvolvendo, a RT foi gradualmente ficando mais sólida e forte. Pela forma como cada jovem se ia envolvendo na relação, tornou-se claro que este processo nunca foi estanque, mas sim um processo contínuo em contante mudança e desenvolvimento.



Neste sentido podemos fazer alusão à terceira competência específica do EEESMP, que refere que “ ajuda a pessoa ao longo do ciclo vital de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”, esta competência foi desenvolvida, no estabelecimento de “diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”, e a realização e implementação de “um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” através da aplicação de “sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros” (Regulamento no 515/2018, de 7 de agosto, p.21429).

Podemos referir que a avaliação diagnóstica como uma parte fundamental na prestação de cuidados à pessoa com PDI, uma vez que é de extrema importância a identificação de todas as necessidades, planear as intervenções e uma reavaliação de todas as intervenções que foram feitas, como já foi referido este processo não é estanque e está em constante mudança, sendo esta uma readaptação constante no desenvolvimento das competências do EESMP.

Para as duas jovens que constam neste projeto, utilizámos o tipo de sessão semiestruturada, onde basicamente usávamos as perguntas do tipo abertas/fechadas, só desta forma achámos pertinente as jovens verbalizarem de forma simples e sem complexos acerca de um determinado tema, podendo desta forma explicar o que se passava, de uma forma simples e aberta (Minayo 1993).

Foram utilizadas questões fechadas, quando compreendíamos alguma dificuldade na jovem em explicar/expressar algum sentimento, ou a abordar um determinado assunto. A utilização deste tipo de questões, foi fulcral para direcionarmos as perguntas, e abordarmos determinados assuntos, de forma a fazê-la sentir-se mais cómoda e segura. Este tipo de técnica que usámos nas sessões foram de extrema importância e muitas vezes tornaram-se facilitadoras e essenciais, que nos levou a abordar determinados temas, que sabíamos à partida que iriam ser delicados e difíceis, pois quanto menos estruturada for a sessão, mais será o favorecimento da troca entre os intervenientes (Seltiz et al., 1987).

Todas as sessões foram realizadas na sala de enfermagem daquela instituição, num ambiente calmo e tranquilo. Todas as sessões tinham a duração de aproximadamente 30 minutos, decorrendo sempre, após as jovens regressarem da escola, uma vez que achámos

pertinente que seria o momento mais adequado, onde as jovens estariam mais descontraídas e relaxadas.

Ao longo das sessões foram utilizados alguns mediadores de expressão. Para Carvalho (2008), os medidores de expressão são de extrema importância quer no diagnóstico, como na própria intervenção. São formas muito próprias de expressão artística, que recorrendo a procedimentos criativos de concretização e sensoriais próprios de acordo com as suas características específicas, tem impacto particular nas diferentes vias percetivas e com possibilidades expressivas e elaborativas, uma vez que cada mediador deve ser aplicado de forma única e particular. Em contexto de sessão, aqueles que foram utilizados foram a expressão dramática (*role-playing*), expressão plástica (pintura) e expressão lúdica (uso do jogo). Todas foram adaptadas às preferências das jovens, tendo em conta cada individualidade, e o seu potencial.

## **2. Sessões clínicas – Caso T.**

Avaliação diagnóstica inicial: Realizada avaliação diagnóstica à adolescente, jovem T do sexo feminino. Mostrou-se adequada e cordial embora manifestasse algum nervosismo durante grande parte da entrevista, estando de mãos fechadas no colo e respondendo com monossílabos (sim/não) olhar baixo, olhando sempre por cima dos óculos, foi notória algumas dificuldades em iniciar a conversa e expor a sua situação, os seus sentimentos e tudo o que sentia (Insegurança atual). Explicámos, de forma mais calma e adequada possível, que iríamos elaborar um PIC em conjunto com ela, de acordo com os seus objetivos e com as suas necessidades. Pouco a pouco foi ficando com fáceis mais sorridente e sem sinais marcados de nervosismo.

Nesta entrevista foi possível observarmos o que a jovem sente, relativamente à sua família. Sente tristeza por não conseguir estar com a mãe nem com o pai, por estar afastada de

casa (tristeza atual) e alguma angústia por querer ir para casa e isso não ser possível, sente que já “é tempo demais aqui e quero ir para casa, não percebo, e devido a isto faço coisas más” (sic). Referiu que o avô paterno faleceu há pouco tempo (luto familiar atual) sentindo também tristeza e chorando, com grande labilidade emocional durante esta verbalização e todas as intervenções psicoterapêuticas que fazia com o avô, segundo a T “todos dizem que ele está no céu a olhar por mim, mas não percebo, não aceito a morte dele” (sic).

Sente-se contente quando a mãe a visita e lhe telefona, mas sente saudades e chorou por diversas vezes nesta entrevista diagnóstica inicial, quando abordado este assunto.

Referiu nesta primeira sessão, sentir que “já se consegue controlar melhor” (sic) relativamente aos impulsos, mas que por vezes “são mais fortes que eu, e expludo, e não me consigo controlar, quando as outras me provocam” (sic) (autocontrolo ineficaz).

Sabe o motivo por estar na instituição, e sabe também as razões que culminaram neste internamento, verbalizando algumas situações que são dolorosas para a T, pois chorou várias vezes durante a mesma. Foi possível através desta primeira abordagem, que a jovem T, verbalizasse alguns acontecimentos da sua vida. Nomeadamente situações de frustração (“não conseguir estar em casa” (sic) de tristeza e insegurança (“sinto que sou gorda e que tenho peso a mais e as outras meninas são diferentes, não gosto de me olhar ao espelho”; sinto que não sou a mais bonita” (sic) Baixa autoestima atual, e imagem corporal comprometida. E alguma neste momento também foi possível verificar muita irritação quando abordamos o seu comportamento relativamente às outras meninas institucionalizadas “as outras meninas provocam-me, e sinto que vou partir tudo” (sic).

**Diagnóstico de enfermagem:** Autocontrolo ineficaz; Baixa autoestima atual; Imagem corporal comprometida; Luto familiar atual; Insegurança atual.

### **3. Planeamento de cuidados e intervenção terapêutica do caso T.**

Sessões clínicas caso T.

2ª Sessão: Iniciámos a sessão com um pequeno resumo do que tínhamos abordado na entrevista diagnóstica inicial. Em resultado desta primeira avaliação, procurámos explorar os motivos do seu comportamento, nomeadamente o autocontrolo, imagem corporal e a autoestima. Disse-nos que “por vezes não me controlo” (sic), mais à frente verbaliza “há muitas meninas e muitas vezes elas implicam comigo” (sic), neste momento questionámos a T. sobre o que pensa nestes momentos, e a própria refere “que perde a cabeça” (sic) e “tento logo bater nas meninas” (sic). Neste momento, perguntámos o que gostava de fazer, disse que gosta “de pintar mandalas, escrever e ouvir música” (sic), pedimos-lhe para quando ouvir as outras meninas a aborrecê-la que faça um breve exercício de relaxamento respiratório ao som da música, indo ao encontro daquilo que a T. gosta. E através do som da música, e da respiração podia relaxar quando se sentisse mais ansiosa.

Questionámos se praticava exercício físico e disse-nos e “só na escola, nas aulas de educação física, mas gosto de dançar, isso conta?” (sic), dissemos que sim, e que podia juntar os dois, o exercício físico e a dança. Explicámos i que o exercício físico juntamente com a dança, que a T. tanto gosta, poderia prevenir situações como as que nos relatou, assim canalizava os seus sentimentos no exercício físico, na música e na dança. Com a junção destas intervenções psicoterapêuticas, diminuía os impulsos, melhora a autoestima e melhora a imagem corporal.

Foi planeada e aplicada a técnica de relaxamento respiratório. Neste sentido as intervenções de enfermagem foram ensinar, instruir e treinar a técnica de relaxamento respiratório. Foi psicoeducação acerca dos momentos em que se deve aplicar esta técnica de forma a melhorar o autocontrolo, assim como a junção da prática de atividade da atividade física para conseguir melhorar a sua imagem corporal e consequentemente a autoestima.

3ª Sessão: Iniciámos esta sessão, com um breve resumo sobre a sessão anterior, questionámos a T, se tem realizado o exercício de relaxamento que lhe fornecemos, e ela disse-nos que não, porque ainda não sentiu essa necessidade. Depois perguntámos-lhe se tem praticado exercício físico ou dançado, ela afirma “tenho feito como me disseram, escolho uma música que tenha dança, e fico a dançar, ajuda-me a tirar coisas de minha cabeça” (sic).

Perguntámos-lhe se queria fazer uma atividade em conjunto connosco, que se denomina “A curva da vida”, disse-nos que não sabia o que era, explicámos que era uma atividade onde nos podíamos conhecer melhor, e perceber alguns acontecimentos das nossas vidas. Esta atividade consiste na revisão da história de vida de cada utente, sendo indispensável que seja o mais completa e mais precisa possível, sendo representados de forma gráfica, tendo em conta episódios que mais marcaram a jovem que desenvolve esta atividade. Desta forma o enfermeiro e a jovem vivenciam acontecimentos de cada um, desde as primeiras memórias marcantes, o tempo presente, até à atualidade e perspetiva de um futuro. Após a construção da “curva da vida” o enfermeiro percebe alguns acontecimentos marcantes para o outro, e deverá estar atento a tudo o que pode surgir no outro, nomeadamente emoções mais fortes, como por exemplo o choro, a ansiedade ou angústia. Através destas manifestações de emoções e sentimentos, o enfermeiro poderá trabalhar alguns deles. Através da construção da “curva da vida” tanto os enfermeiros com o utente conseguem perceber algumas ferramentas/estratégias próprias que cada um utilizou para ultrapassar cada momento que se descreve na atividade, e perspetivar também problemas que podem surgir, num futuro e quais as ferramentas que possui para os poder enfrentar. O utente, pode também perceber com esta atividade, que por vezes atribuiu de forma inadequada a importância a momentos que não devia, sendo algum de extrema importância no processo terapêutico.

Com o desenvolvimento desta atividade, e análise posterior, a T. teve uma noção mais clara das ferramentas e estratégias que utilizou para conseguir ultrapassar situações menos positivas da sua curta vida. A T. apontou na sua história, três memórias positivas: o facto de ter sido adotada, o facto de no dia do seu aniversário ter sempre festas bonitas, e ter ido para uma cidade nova e conhecido amigos novos. Como momentos negativos, a T. descreve: “quando ninguém me foi buscar ao hospital, ter feito mal à minha mãe e a morte do meu avô” (sic). Como perspetiva para o futuro, fala de uma possível “ida para casa juntos dos pais, e conhecer mais amigos na escola” (sic).

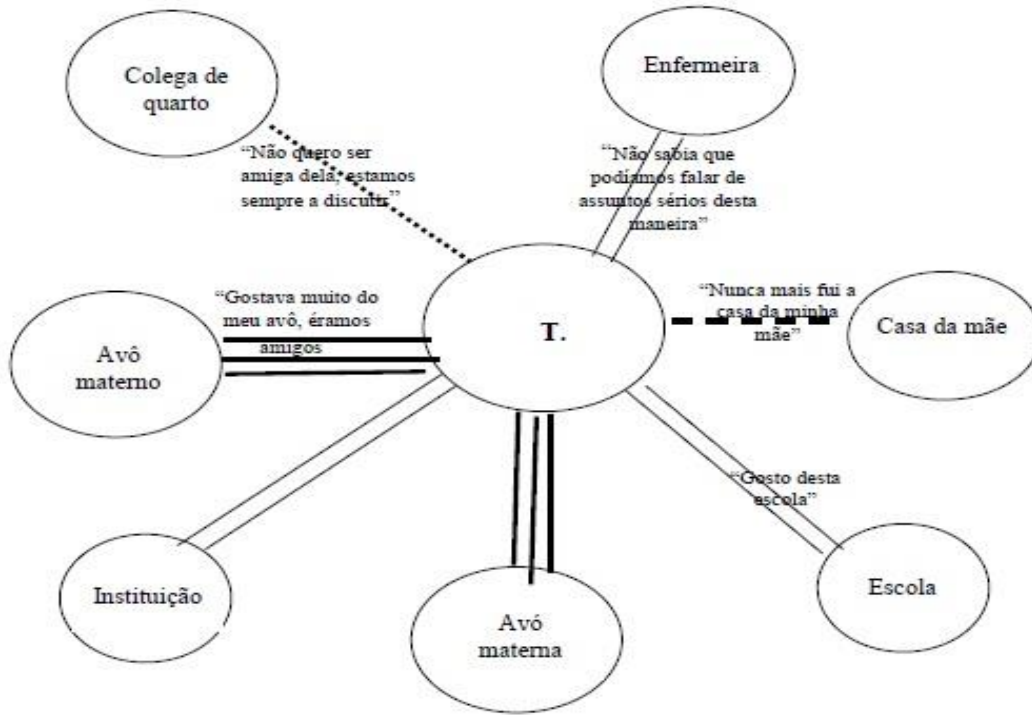
Nesta sessão, de forma a que a T. percebesse que faz parte do seu próprio processo de cuidados, ela desenhou a sua linha com alguns baixos e altos e disse-nos “Desde que me lembro, existiram sempre baixos e altos, houve zangas e perdão da minha mãe”(sic), e ter feito a sua “linha da vida”, a T., conseguiu expressar-se mais facilmente, evocando sentimentos e emoções fortes, nesta fase final foi notório os sentimentos de confiança, sorrindo e já não olhando para nós por cima dos óculos, como não acontecia até aqui.

4ª Sessão: Na fase inicial desta quarta sessão, realizámos um pequeno resumo da sessão anterior, falámos sobre a atividade realizada anteriormente. Disse-nos que falar de “assuntos sérios daquela forma até foi fácil” (sic). Nesta sessão decidimos realizar uma atividade que denominámos “o jogo da verdade”. Este jogo tinha como principal objetivo trabalhar autoestima e a imagem que a T. tinha sobre si. Este foi realizado para que percebesse que existem pontos positivos nela, e que ajudasse na alteração das distorções negativas em relação à sua autoimagem. Pedimos-lhe para nos dizer 3 coisas que gostava nela: - “gosto de ajudar os outros, dos meus olhos e dos meus dentes” (sic); depois pedi-lhe para dizer 3 coisas que não gostava nela: “Ser gordinha, do cabelo que é muito encaracolado como as meninas da minha cor, e às vezes ser impulsiva” (sic); depois disso, foi a nossa vez de responder. O que gostávamos e do que não gostávamos em cada um de nós. Após a realização do “jogo da verdade”, analisámos as nossas respostas, e questionámos a T se percebia o objetivo do jogo. Disse-nos de forma muito espontânea, “todas temos coisas boas e más, coisas que gostamos, e que não gostamos, mas temos que perceber que é uma coisa normal, que somos todas diferentes umas das outras, eu sou assim, e que mal há nisso?” (sic).

5ª Sessão: Começamos esta sessão abordando o fim de semana da jovem T. Disse-nos “portei-me bem” (sic), questionámos por isso. Contou que no domingo queria muito falar com a mãe, uma vez que a mãe telefona todos os domingos para falar com ela. E que no dia anterior, não tinha conseguido falar com ela, porque havia muitos telefonemas para as outras meninas e que não conseguiu falar com a mãe. Questionámos - sobre o que pensou, ou fez nesta situação, disse “falo todos os domingos com a minha mãe, e a outras meninas não, por isso apesar de ficar triste, tenho outros domingos para puder falar com ela, e as outras não, e consegui não bater em ninguém por isso” (sic). Elogiámos a T, sobre o seu comportamento. Ela sorriu. Nesta sessão realizámos um ecomapa, (Figura 3) para percebermos as ligações da T. Através deste importante instrumento, entendemos as relações que ela tem, com as pessoas e com as estruturas sociais que a envolvem (instituição, família, amigos, escola, e o meio envolvente em que vive,

e onde está inserida). Como este importante instrumento, conseguimos informações relativamente à robustez das ligações, que a T. tem com as estruturas sociais, e outras. Avalia também o impacto das ligações, e por fim avalia qualidade dessas ligações. Percebemos que tem boa relação com a instituição que habita, com a escola do Alto Alentejo que frequenta, que tem uma relação escassa com a casa onde vive com a mãe “a minha mãe não me quer em casa, acho que tem medo de mim” (sic). Sente-se triste por estar afastada da mãe e de casa. Referiu que quando veio para aquela instituição, sentia-se muito triste e que teve muito medo, mas neste momento sente-se bem, mais calma. Tinha uma relação excelente com o avô materno, mas este faleceu, referindo que sente muito a falta dele, mantendo a mesma relação com a avô materna que está no Brasil, falando com ela via videochamada, ou então por telefone. Refere que tem uma relação boa comigo, mas tem uma relação conflituosa com a colega de quarto, porque tem muitas discussões, refere também que não simpatiza com a colega “não quero ser amiga dela, estamos sempre a discutir” (sic).

Plano Individual de Cuidados, com enfoque na relação terapêutica, em jovens com perturbação do desenvolvimento intelectual.



**Legenda:**

Relação conflituosa .....  
.....

Relação pobre \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relação escassa - - - - -  
- - - - -

Relação boa = = = = =  
= = = = =

Relação excelente = = = = =  
= = = = =  
= = = = =

**Figura 3:** Ecomapa jovem T.



Nesta sessão, desafiámos a T. para que realizasse um desenho dela naquele momento, e após isto que nos explicasse o significado do mesmo. Fez com agrado (figura 4), o que contribuiu para a manifestação de sentimentos. No final do desenho escreveu “Estou feliz e tenho muito amor para dar” (sic).



**Figura 4:** Feliz, com muito amor para dar (Fonte: T. 2021)

6ª Sessão: Nesta sessão, questionámos a T. como se sentia naquele momento. Verbalizou que estava bem, mas que tinha receio, de como não tinha falado com a mãe no domingo, estava com medo de que “a mãe morra como morreu o meu avô” (sic). Disse que a mãe é doente, e que tem muito medo de que a mãe morra e ela não consiga falar com ela. Explorámos esta frase, e perguntámos à T. se sabia qual era a doença da mãe e se sabia quantos anos tinha a mãe. Ela não sabia o nome da patologia, mas disse-me que a mãe teria 58 anos. Questionámos se saberia qual era a doença do avô e qual a idade que ele teria quando faleceu. Disse que não sabia a doença que o avô tinha, mas que sabia que era muito velho. Dissemos-lhe que a idade da mãe e do avô são muito diferentes e demos uma breve e simples descrição sobre as patologias que sofria o avô e a mãe também. E que não era por a mãe ser doente que iria morrer. A T. disse “sei que a mãe é doente, mas é mais nova que o avô, por isso não posso

pensar da maneira que estou a fazer” (sic). Demos o reforço positivo e elogiámos o seu comportamento, referindo que mostrava alguma maturidade. Neste caso utilizámos a psico educação para que a jovem T. percebesse tanto a patologia da mãe como a do avô, e que a probabilidade de a mãe morrer era baixa.

7ª Sessão: Antes de iniciarmos a sessão, a assistente social falou connosco e disse que hoje a T. estava “muito em baixo” (sic), apresentava-se segundo descrição da técnica de serviço social “triste, ansiosa e algo agressiva” (sic). Na escola, no final da semana passada, tinha estado em conflitos físicos com outra menina da escola. A instituição tinha ido buscá-la um pouco mais cedo, ficou de castigo, mas verbalizava que estava bastante arrependida. Neste dia a sessão foi realizada no quarto da T., uma vez que estava de castigo. Falámos, e delineámos várias estratégias para que a T, conseguisse lidar com os impulsos. Após termos fornecidos essas estratégias (que foram delineadas com a T. tendo em contas os seus gostos pessoais) tentámos arranjar vários mecanismos, para que ela conseguisse controlá-los da melhor forma possível. As estratégias sugeridas e já instruídas foram: ouvir música, dançar, escrever, pintar mandalas ou até mesmo fazer o exercício de relaxamento já instruído. A T., referiu-nos que ultimamente tem passado mais tempo a ouvir música, “tal como me disseram, faço exercício físico e faço o exercício de relaxamento com música” (sic), pedimos para explicar o que tinha acontecido na escola, disse-nos que não sabia porque tinha feito tudo, estava com “cabeça quente” (sic). No final verbalizou que quando chegou à instituição, começou a ver vídeos de dança, e fez o exercício de relaxamento com música e dançou. Disse também que quando está a dançar, “tenho que dançar e estar atenta à coreografia da música, quando faço o exercício de respiração tenho que estar concentrada, e assim não penso nas coisas e sinto que sou boa nessa atividade e sinto-me ocupada” (sic).

8ª Sessão: Nesta sessão a T. esteve bastante queixosa a nível do flanco à esquerda, referindo dor, e disse-nos “tenho uma dor que ninguém me pode ajudar” (sic), foi questionada sobre o início daquela dor abdominal e quando agrava, disse-nos “começou a dor do nada”, referiu que o médico assistente da instituição já a tinha observado, e que já tinha sido medicada. Que tinha feito uma análise à urina, que a análise estava negativa, perguntámos o que estava a tomar, disse que um analgésico em SOS. Questionámos o facto, de já ter pedido hoje o SOS, disse que a dor agrava apenas à noite, por isso hoje ainda não tinha pedido. Dissemos para não ficar muito tempo sem ir ao wc, e sempre que tivesse dor que pedisse o analgésico. Estava desconfortável e saiu da sessão. Mais tarde voltou, e perguntou “posso dizer-vos uma coisa?”

(sic). Dissemos que sim. Disse que se sente mais ansiosa devido ao início dos testes escolares. Perguntou se poderíamos fazer juntos o “exercício de relaxamento de respiração que me ensinaram, sinto-me mais tranquila quando o faço” (sic). Neste caso, as intervenções de enfermagem foram treinar a técnica de relaxamento respiratório, já instruída na sessão 2.

9ª Sessão: Neste dia, optámos por trabalhar um foco de enfermagem nomeadamente o foco de enfermagem: autoestima. Começámos pela atividade das questões, nomeadamente: “eu sou a única em muitos aspetos, eles são? Três coisas que gosto de fazer, eles são?”; três coisas em que sou boa, eles são? Eu gosto do meu corpo porque ele ajuda-me; estou muito orgulhosa da minha história e da cultura da minha família porquê?” Na primeira questão, escreveu que gostava de ajudar, ser amiga e é fiel. Na questão das 3 coisas que gosta de fazer, nomeou: cantar, ler e dançar. É boa em ajudar o outro, em dançar e em fazer bolos. Na questão do corpo, ficou um pouco pensativa, mas acabou por escrever:” gosto das minhas mãos porque escrevo bem; as minhas pernas porque me levam a todo o lado; e o meu cabelo que tenho caracóis e consigo apanhá-lo e fazer um rabo-de-cavalo, é único” (sic). Na última questão escreveu apenas “adotaram-me” (sic). No final da atividade perguntámos se tinha percebido qual era o objetivo daquela atividade. Disse que sim, que aquele exercício servia para ela perceber que tem coisas boas nela, e que às vezes pensa que não. Assim conseguiu perceber que é boa em muitas coisas.

10ª Sessão: Nesta sessão que desenvolvemos, o foco de enfermagem foi o luto, visto que a T. ainda se encontra bastante marcada com o luto do avô materno. O exercício consistia em desenhar duas árvores, uma árvore viva e uma árvore morta, a evolução de uma borboleta. O objetivo principal daquela atividade, era que a T. percebesse o que era a morte e os sentimentos de tristeza associados a ela. Também foi trazido este exercício de forma a discutirmos a mudanças relacionadas à morte. Na árvore viva, pintou uma árvore verde ereta, e na árvore morta, desenhou uma árvore caída. Após isto chorou um pouco. Perguntei se queria falar sobre a atividade, disse-me que sim. Disse-nos “que a morte, tal como a vida, é normal” (sic). Elogiámos a sua verbalização. Pedimos que fizesse um trabalho de casa, que consistia em desenhar em realizar dois desenhos, que se intitulavam: “A mudança é uma coisa natural. Desenha ou pinta algumas” (sic). Na primeira imagem tinha que desenhar um ovo, uma lagarta, um casulo e por fim uma borboleta. No outro desenho teria que desenhar, como ela via a primavera, o verão o outono e o inverno. As intervenções de enfermagem, utilizadas nesta sessão, foram que a jovem T, percebesse através do desenho (arteterapia) a evolução e o ciclo

de vida. Neste sentido instruímos, através da psico educação a evolução da natureza e neste sentido a evolução da vida.

11ª Sessão: No início desta décima primeira sessão, analisámos o trabalho de casa que a T., tinha feito (Figura 5). A T., disse que tinha gostado muito de fazer o trabalho de casa, perguntámos o porquê de estar a dizer aquilo. E ela respondeu: “este trabalho de casa ajudou-me a pensar melhor naquilo que sinto e ajudou-me a pensar” (sic). Este exercício deu um contributo bastante importante. Nele percebemos várias situações, uma delas a morte do avô, a estreita ligação entre ambos e a evolução/ciclo de vida. Verbaliza no final “consigo ver que a vida é como uma estação do ano, vai mudando” (sic).

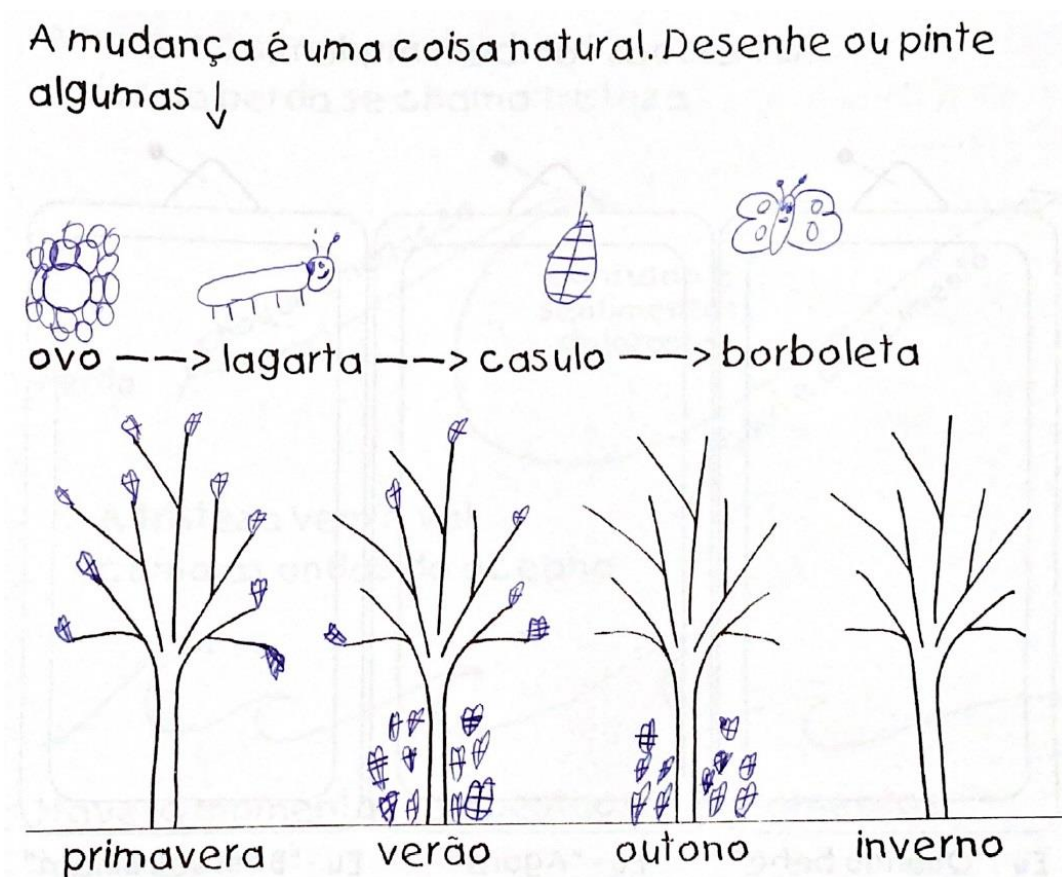


Figura 5: A mudança é uma coisa natural. Desenhe ou pinte algumas (Fonte: T. 2021)

12ª Sessão: Nesta sessão, a T. estava preocupada uma vez que no dia seguinte, iria ter que falar em público na aula de educação para a cidadania. O principal objetivo daquela aula, seria que todos os alunos teriam que dar sugestões/ideias sobre o mercado da escola, e o que

poderiam vender, para iniciarem uma angariação de fundos para uma viagem de finalista. A jovem T. não tinha ideias sobre o que poderia fazer ou que sugestões poderia dar naquela aula, e estava com bastante receio de falar em público no dia seguinte. Fornecemos algumas sugestões sobre o que poderia dizer, nomeadamente porta-chaves, marcadores de livros, ou pequenos pins em papel Eva. A T., apontou no caderno e disse que eram boas sugestões e que poderia ser uma boa ideia para o mercado da escola. Também questionámos a T., sobre como deveria falar em público, uma vez que estava receosa sobre aquele momento, e ela disse de imediato” agora já não me sinto insegura, porque já tenho ideias do que dizer amanhã na aula, vou falar sobre as ideias que me deram, e foram boas sugestões. Eu estava assim, porque não sabia o que dizer. Obrigada” (sic). No final desta décima segunda sessão, a T. disse “este fim de semana os meus pais vêm visitar-me, devo ir almoçar com eles. Quero mostrar-lhes que estou melhor, mas eles vão conseguir perceber” (sic).

13ª Sessão: Iniciámos esta sessão, fazendo um pequeno paralelo do início das nossas sessões e no momento atual. Realizámos um pequeno quadro com dois títulos: Como me sentia antes, e como me sinto agora. Iniciou a atividade com um quadro com o tópico, como me sinto agora, e escreveu: Neste momento sinto-me “mais bonita, sem medos de ser quem sou e já penso no meu avô como uma estrelinha bonita que está a olhar para mim” (sic); depois realizou o quadro seguinte, e escreveu; “sentia-me sempre diferente das minhas colegas, via-me como diferente e sentia muitas vezes que a morte do meu avô era injusta, agora comecei a perceber que a morte é como a borboleta, que passa por muitas fases, a vida é assim” (sic).

#### **4. Síntese da avaliação dos resultados caso T.**

Foram realizadas treze sessões de intervenção terapêutica, e após a análise dessas intervenções, há a salientar os resultados que foram obtidos com a jovem T. Os resultados têm por base os diagnósticos de enfermagem descritos acima, nomeadamente: Autocontrolo ineficaz; Baixa autoestima atual; Imagem corporal comprometida; Luto familiar atual; Insegurança atual.

Este conjunto de diagnósticos de enfermagem foram selecionados depois da primeira avaliação, e após isso, foram desenvolvidas várias e diversificadas intervenções descritas acima, que levaram aos resultados aqui apresentados/descritos. Todas as intervenções realizaram-se de forma sistemática, existindo evoluções positivas no final do conjunto de todas as sessões. Os resultados obtidos que ocorreram das sessões realizadas com a jovem T. vão desde a primeira avaliação (realizada em outubro de 2021), até à última avaliação efetuada (janeiro de 2022) e encontram-se na tabela abaixo (Quadro 1), sendo esta a forma que achámos mais pertinente no entendimento dos resultados.

**Quadro 1.** Comparação entre a 1ª sessão e a última sessão da jovem T.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>1ª Sessão</b>	<b>13ª Sessão</b>
<b>Autocontrolo ineficaz</b>	“São mais fortes que eu, e expludo, e não me consigo controlar, quando as outras me provocam” (sic).  “As outras meninas provocam-me, e sinto que vou partir tudo” (sic).	“Falo todos os domingos com a minha mãe, e a outras meninas não, por isso apesar de ficar triste, tenho outros domingos para poder falar com ela, e as outras não, e consegui não bater em ninguém por isso” (sic).
<b>Baixa autoestima atual</b>	“Não gosto de me olhar ao espelho” (sic).	“Todas temos coisas boas e más, coisas que gostamos, e que não gostamos, mas temos que perceber que é uma coisa normal, que somos todos diferentes umas das outras, eu sou assim, e que mal há nisso?” (sic)

<p><b>Imagem corporal comprometida</b></p>	<p>“Sinto que não sou a mais bonita” (sic). “Sinto que sou gorda e que tenho peso a mais” (sic).</p>	<p>“Gosto das minhas mãos porque escrevo bem; as minhas pernas porque me levam a todo o lado; e o meu cabelo que tem caracóis e consigo apanhá-lo e fazer um rabo-de-cavalo, é único” (sic).</p>
<p><b>Luto familiar atual</b></p>	<p>“Todos dizem que ele está no céu a olhar por mim, mas não percebo, não aceito a morte dele” (sic).</p>	<p>A morte tal como a vida, é normal” (sic).</p> <p>“Consigo ver que a vida é como uma estação do ano, vai mudando” (sic).</p> <p>“Sentia muitas vezes que a morte do meu avô era injusta, agora comecei a perceber que a morte é como a borboleta, que passa por muitas fases, a vida é assim” (sic).</p>
<p><b>Insegurança atual</b></p>	<p>Esteve de mãos fechadas no colo e respondendo com monossílabos (sim/não) olhar baixo, olhando sempre por cima dos óculos, notória algumas dificuldades em iniciar a conversa e expor a sua situação, os seus sentimentos e tudo o que sentia.</p>	<p>” Agora já não me sinto insegura, porque já tenho ideias” (sic).</p>

## 5. Sessões clínicas – Caso A

Avaliação diagnóstica inicial: Realizada avaliação diagnóstica à adolescente A., do sexo feminino. A jovem. A, apresentava postura adequada, embora manifestasse algum nervosismo inicial, evitando muitas vezes o contacto visual, baixando os olhos sempre que era questionada, respondendo também sempre com olhar baixo (Baixa autoestima atual). As respostas eram bastante curtas e breves, não conseguindo iniciar nem conduzir qualquer diálogo (Insegurança atual). Explicámos também, como na jovem anterior, de forma mais calma, simples e adequada possível, que iríamos elaborar um PIC em conjunto com ela, de acordo com os seus objetivos e com as suas necessidades.

Começámos por perguntar como tinha corrido a escola, a mesma referiu que tinha corrido “mal, porque eu hoje portei-me mal (sic)”. Questionámos porque estava a dizer aquilo, e a A., refere “Andei a luta, com umas meninas da escola, elas provocam-me e eu por mais que tente não me consigo controlar” (sic) (Autocontrolo ineficaz).

Referiu depois, mais à frente naquela entrevista, que se tinha também “zangado” (sic) com uma colega da instituição, colega essa com quem partilha também o quarto. Referiu por diversas vezes que tem vários conflitos com a R, sendo esta uma colega da instituição e com quem partilha quarto, juntamente com outra jovem a A.R. Verbalizou diversas vezes que não são amigas, tendo conflitos entre elas, porque elas a provocam e ela não consegue “fazer de conta que não oiço nada” (sic).

Nesta entrevista de diagnóstica, a A., também mostrou alguma tristeza em relação à família e ao seu afastamento. Sentia que a família, não a visitava há muito tempo, não queria saber dela, e que sentia saudades deles. Verbalizou por diversas vezes, que “não entendo o porquê deste afastamento, sabem que eu tenho um irmão, e ele está com a minha mãe, e eu não, não percebo” (sic). (Tristeza atual).

Também falou da aproximação do seu aniversário (14/12), e o receio que a mãe não a fosse visitar, neste dia tão especial. Foi explorado este facto, e questionou-se a possibilidade de a mãe não aparecer, e como se sentiria nesta situação e quais as estratégias que poderia usar. A



A. não conseguiu responder, apenas baixou a cabeça. Disse que a mãe faz anos este mês (outubro) e preocupava-a o facto de não saber o dia ao certo, tendo receio que não consiga dar-lhe os parabéns no dia. Nesta altura foi aconselhada a falar com o enfermeiro diretor ou então com a assistente social da instituição, para conseguirem agilizar o telefonema ou então uma videochamada. Nesse dia, falámos com a assistente social, e percebemos o contexto familiar desta jovem. Depois disso foi possível observá-la através do vidro na sala de estar, sentada no cadeirão sozinha, num canto da sala (Isolamento social atual).

**Diagnóstico de enfermagem:** Autocontrolo ineficaz; Tristeza atual; Baixa autoestima; Isolamento social atual; Insegurança atual.

## **6. Planeamento de cuidados e intervenção terapêutica do caso A.**

Sessões clínicas caso A.

2ª Sessão: Nesta segunda sessão realizámos também o eco mapa, para um melhor entendimento das várias ligações da jovem A. com as pessoas e com as várias estruturas sociais, onde está inserida (instituição, escola e comunidade). Isto é, para melhor compreendermos a sua rede de apoios, percebendo desta forma, a relação que a jovem A. tem com a mesma. Após finalizarmos o ecomapa, (Figura 6) a A. referiu que tem uma boa relação com as pessoas e o meio que a rodeiam (escola que frequenta no exterior e funcionários). Mas, tem uma relação ambígua com a atual instituição. Sente-se bem naquela que diz ser a “sua casa” (sic), mas refere também, que adorava a antiga instituição onde esteve, sentia que lhe davam mais atenção, porque “tinha menos meninas e nesta há muita gente e não me dão tanta atenção” (sic). Foi também possível ver, com o eco mapa, que a jovem A. tem uma relação escassa com a mãe e com o irmão, além de estarem longe, tem pouco contacto com ela. Foi possível também verificar que tem uma relação boa connosco, com a escola e com as professoras da unidade que frequenta, uma vez que gosta bastante delas e refere “sinto-me bem na unidade, na escola sou

igual às outras, aqui às vezes as outras meninas são mais bonitas e mais espertas do que eu, sei que sou diferente” (sic). Refere que tem uma relação bastante conflituosa com as duas colegas de quarto, que brigam muito “a R. e a A.R não são minhas amigas, brigamos muito e às vezes por causa delas fico de castigo, eu até gostava de ser amiga da R. mas da A.R nem quero sequer falar com ela” (sic).

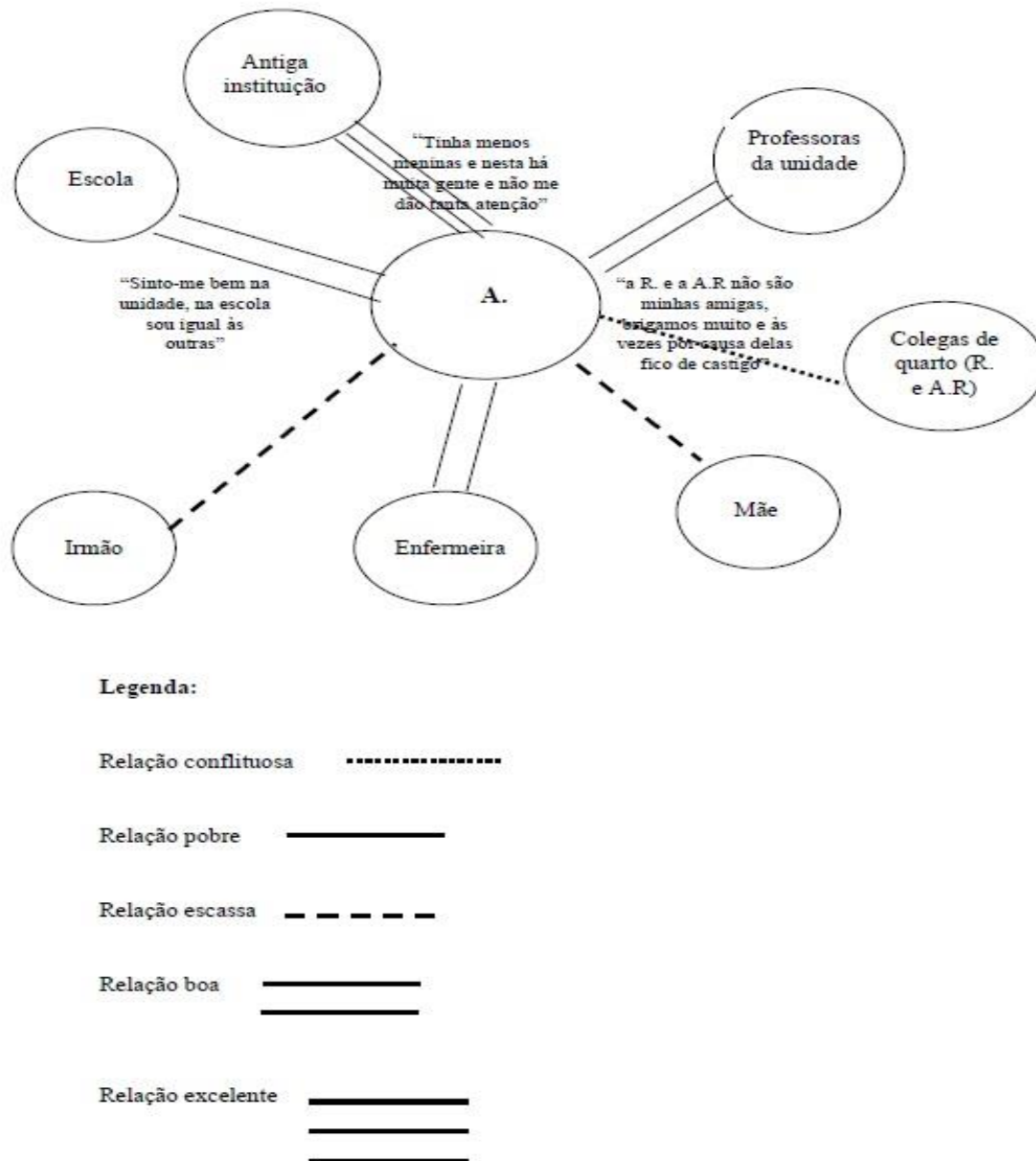


Figura 6: Ecomapa jovem A.

3ª Sessão: Nesta sessão A. disse que “não estou bem, hoje não quero estar convosco” (sic) tentámos explorar essa situação, mas ela não colaborou, dizendo apenas “não quero falar

hoje” (sic). Respeitámos esta situação, e perguntámos se gostaria de ir dar um passeio ao parque da instituição, disse que sim. Andou de baloiço e ficámos algum tempo nesse parque. Regressámos à instituição e a A. quis ir para a cama.

4ª Sessão: Tentámos abordar nesta sessão, o assunto da sessão anterior. Questionando a A. sobre o que se tinha passado e se queria falar sobre isso. Disse que não, e não voltámos a insistir. Decidimos jogar com ela o jogo verdade/mentira sobre o aspeto físico. Aqui ao realizar este exercício com a A., tentámos que percebesse que tem coisas nela que são positivas. Nomeadamente “ser amiga e gostar de ajudar” (sic), e a mentira nós dissemos “somos maus e gostamos de confusão” (sic), ela disse de imediato que era mentira. Depois explicámos-lhe que ela como todas as pessoas tem coisas positivas e outras coisas negativas, tal como todas as outras meninas daquela instituição, e não é por isso que tem que se sentir triste, e isolar-se. Também sugerimos que sempre que se sentir mais triste ou sozinha, pode sempre ouvir música, ou dançar, ou então assistir à missa, uma vez que a A. gosta de assistir à missa e ajudar as irmãs durante a realização da mesma.

5ª Sessão: Nesta quarta sessão, decidimos realizar um jogo “Quantos queres?” e trabalhar questões relativas à tristeza e questões relacionadas com a autoestima. Este jogo teve como principal objetivo, tentar aumentar a satisfação com a sua imagem corporal e diminuição da tristeza apresentada. Considerámos benéfico realizar este jogo com a A., uma vez que no decorrer das sessões por nós efetuadas, a A., apresentava estes aspetos diminuídos, e deviam ser trabalhados. Iniciámos o jogo com a construção do mesmo, cortámos a folha, escolhemos as cores para fazermos o jogo e denominámos o jogo de: Quantos queres da A., uma vez que todo o jogo passava por ela (construção, cores, frases), ao construirmos este jogo, foi notório a satisfação da jovem, uma vez que nos disse: “não sabia que conseguia fazer um jogo destes” (sic). Pedimos à A. para escolher frases relacionadas com ela, nomeadamente, “coisas onde és mesmo boa a fazer, ou seja, escolhe frases ou palavras em que tu és a única” (sic), e ela escolhe “sou boa a cuidar dos outros, sou uma boa amiga, não gosto de discussões, sei dançar, e comecei a dieta, e pinte as unhas” (sic) após isto sorriu e foi visível a satisfação dela ao realizar esta atividade.

6ª Sessão: Nesta sessão procurámos trabalhar com a A. questões relativas à autoestima. Por isso resolvemos levar para a sessão cartões com várias questões, e a A. fecharia os olhos e tiraria um cartão ao acaso, com frases. Pedimos para retirar cinco cartões. O primeiro a sair foi:

“Diz uma coisa em que sejas boa”, a A. teve muitas dificuldades em responder, dizendo que constantemente “não sei”. Pedimos para pensar melhor. E disse “Sou boa a ajudar os outros” (sic). A questão seguinte foi: “o melhor que me aconteceu hoje?” ela respondeu “comi chocolates, e partilhei com uma colega da escola” (sic), e a outra questão a sair foi: “o que queres ser quando cresceres?”, disse-nos que “não sei, mas sei que gostava de ajudar os outros” (sic), a outra questão que saiu dizia “quando me vejo ao espelho vejo? A A., respondeu “vejo uma menina que até é bonita” (sic) e o último cartão perguntava “há coisas em que sou única”, e ela responde de imediato “tenho o cabelo mais liso da minha escola, e sou única por isso” (sic).

7ª Sessão: No início desta sessão perguntámos como estava e como tinha passado o fim-de-semana. Disse que tinha “ouvido música no sábado à tarde, e pedi à R. para ouvir comigo, porque estava triste e sozinha e não tinha ninguém com quem falar, lembram-se de me dizerem para fazer isso?” (sic). Demos reforço positivo, e dissemos-lhe que era uma boa estratégia. Disse-nos também “no sábado à tarde também lavei o chão do refeitório, eu limpo muito bem com a mopa, não há ninguém que limpe tão bem como eu” (sic).

Depois disto tínhamos uma atividade preparada para a A. Tínhamos vários cartões com imagens de ações, e a caixa tinha como título “Já me aconteceu”. O objetivo daquela atividade era trabalhar questões relacionadas com a insegurança, tristeza e isolamento social. Os cartões tinham sido escolhidos primeiramente por nós, e ela teria que responder, se já lhe tinha acontecido e como resolveu a situação. Se pelo contrário nunca lhe aconteceu, explicar o que faria naquela situação. A primeira imagem que saiu foi uma menina que estava a chorar virada para uma parede. A A., respondeu de imediato que já lhe tinha acontecido, e nós perguntámos o que fez para não ficar triste, e ela respondeu “fui ouvir música com os *phones*, e tento não pensar nisso, a música ajuda-me” (sic). A outra imagem que lhe fornecemos era de dois meninos que estavam a brincar, e ela diz “também já me aconteceu, às vezes ficava irritada e partia para a porrada, não me conseguia controlar, mas agora já penso que nesse momento não é o melhor” (sic). O último cartão que saiu foi um cartão com duas meninas a segredarem entre elas e outra a ver, e ficava triste. Ela olhou para a imagem e refere, “já me aconteceu, mas as vezes ficava triste e agora penso que o segredo até pode nem ser sobre mim, mas se for deixo-as falar porque estou bem agora” (sic).

8ª Sessão: Nesta sessão achámos importante trabalhar a arteterapia. Uma vez que a A. nos disse que gostava de desenhar. Pedimos-lhe para fazer um desenho que explicasse como se tem sentido nas últimas semanas. O objetivo principal desta atividade, foi que a A. explicasse no final da elaboração do desenho, o significado do mesmo, conduzindo à manifestação e verbalização de sentimentos. Ela referiu “sinto-me como quando estava na outra instituição, já consigo mostrar o que sou “(sic). Ao longo desta sessão, a jovem A. manifestou uma maior abertura, e uma maior fluidez na expressão dos seus sentimentos. Foi possível verificarmos também, postura mais relaxada e descontraída e conseqüentemente esboçando mais sorrisos - fâcias mais sorridente e descontraído. (Figura 7).



**Figura 7:** Desenho da 8ª sessão (Fonte: A. 2021)

9ª Sessão: Na nona sessão trabalhámos também a arteterapia. Numa fase inicial pedimos à A. para escrever uma carta à colega dela de quarto, com quem às vezes tem uma relação conflituosa. Através da carta a A. exprimiu vários sentimentos, relativamente à outra jovem

A.R. colega de quarto, que refere “gosto da A.R., mas ela às vezes implica comigo e discutimos” (sic) e explicou na carta que gostava de estar mais com ela e também que fizessem mais coisas juntas. Disse-nos que ia colocar a carta debaixo da almofada da R. e que na próxima sessão nos contava como tinha corrido. No final da sessão disse “vais ficar cá a trabalhar, gostava que cá estivesses sempre, é que gosto de falar contigo” (sic).

10ª Sessão: Logo no início da sessão perguntámos se a A.R. recebeu a carta, que ela tinha colocado por baixo da almofada, e se conversaram sobre o conteúdo da mesma. Disse que “sim” (sic), que a A.R. “também queria conhecer-me melhor, e que apesar de estarmos no mesmo quarto nunca falámos, e acreditam que até somos parecidas em algumas coisas, agora já não preciso de estar sempre sozinha como antes!” (sic). Nesta sessão, referiu que tinha conseguido falar com a mãe no dia do seu aniversário, soube que o irmão mais velho tinha sido preso, e que a mãe estava triste. Disse que o desejo dela de ir para casa, estava colocado de parte “eu dantes queria ir para casa, mas vejo que não posso, há coisas que se passaram lá que não esqueço, eu agora até gosto de estar cá, nesta instituição, tenho amigas” (sic).

Foi notório o à vontade com que a A. esteve durante toda a sessão, mais sorridente, e quando a vimos, no final da sessão, na sala de estar da instituição, já não se sentava no cadeirão num canto da sala.

11ª Sessão: Nesta sessão a A. manteve o seu comportamento das últimas sessões, calma e cordial, estando mais tranquila, sorridente, com humor eufónico, verbalizando agrado e satisfação em todas as intervenções psicoterapêuticas que participou. Perguntámos como tinha passado o natal e a passagem de ano, e disse “foi giro, passei aqui no centro, com as outras meninas, comemos e recebemos presentes e chocolates” (sic). Fizemos uma atividade de *role-play*, em que eu era uma “menina que a provocava” e ela seria a própria A. No decorrer da sessão simulei algumas frases que ouvi durante a passagem naquela instituição. A A. esteve sempre muito tranquila e quando a questionámos, o que vais fazer agora? Ela responde “vou ouvir e calar” (sic), e sorriu.

## 7. Síntese da avaliação de resultados caso A.

Neste caso, foram efetuadas onze sessões de intervenção terapêutica. Tal como no caso clínico anterior, foram formulados vários diagnósticos de enfermagem, nomeadamente: Autocontrolo ineficaz; Tristeza atual; Isolamento social atual; Baixa autoestima atual; Insegurança atual, sendo que todas as intervenções acima descritas foram selecionadas tendo em conta a individualidade da jovem em causa.

Neste sentido, os resultados obtidos nestas onze sessões foram positivos, sendo possível verificá-los através da tabela abaixo (Quadro 2), sendo desta forma, mais fácil perceber os resultados das intervenções. As onze sessões decorreram entre outubro de 2021 e janeiro de 2022.

**Quadro 2.** Comparação entre a 1ª sessão e a última sessão da jovem A.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>1ª sessão</b>	<b>11ª sessão</b>
<b>Autocontrolo ineficaz</b>	“Andei à luta, com umas meninas da escola, elas provocam-me eu por mais que tente não me consigo controlar” (sic).	“Também já me aconteceu, às vezes ficava irritada e partia para a porrada, não me conseguia controlar, mas agora já penso que nesse momento não é o melhor” (sic).
<b>Tristeza atual</b>	“Não entendo o porquê deste afastamento, sabes que eu tenho um irmão, e ele está com a minha mãe, e eu não, não percebo” (sic).	“Eu agora até gosto de estar cá, nesta instituição, tenho amigas” (sic).

<p><b>Isolamento social atual</b></p>	<p>“às vezes isolo-me, e sinto-me sozinha” (sic).</p>	<p>“Agora já não preciso de estar sempre sozinha como antes” (sic).</p>
<p><b>Baixa autoestima atual</b></p>	<p>“Na escola sou igual às outras, aqui às vezes as outras meninas são mais bonitas e mais espertas do que eu, sei que sou diferente” (sic).</p>	<p>“Já me aconteceu, mas as vezes ficava triste e agora penso que o segredo até pode nem ser sobre mim, mas se for deixo-as falar porque estou bem agora” (sic).</p>
<p><b>Insegurança atual</b></p>	<p>Dificuldade em manter o contacto visual, respondia sempre com sim/não. Apresentava dificuldades em iniciar uma conversa</p>	<p>“sou boa a cuidar dos outros, sou uma boa amiga, não gosto de discussões, sei dançar, e comecei a dieta, e pintei as unhas” (sic). Com maior contacto visual e esboçando mais sorrisos.</p>

Em suma, e tendo como base os resultados (tabela 2 e tabela 3) verificou-se que as duas jovens acompanhadas tiveram uma melhoria na insegurança e na tristeza. Ambas as jovens adquiriram novas e várias estratégias, que foram salutaras, adequadas e benéficas, para que consigam lidar/ultrapassar determinadas situações, nomeadamente a prática de exercício físico, ou de dança de determinadas coreografias, havendo assim aumento também da autoestima e autocontrolo em determinadas situações. Uma das jovens (jovem T) conseguiu através de determinadas situações, superar a morte do avô, lembrando que “o meu avô é uma estrelinha no céu que olha por mim”. As jovens no início da intervenção apresentavam alterações do autocontrolo, nomeadamente tinham muitas vezes discussões e brigas entre colegas. Neste caso foi sugerido para cada uma, estratégias para superar essas alterações, e foi notória a diminuição das divergências entre elas.



De acordo ainda, com os diagnósticos delineados acima nos diferentes quadros, em relação à imagem corporal, ambas as jovens, que na primeira entrevista apresentavam imagem corporal comprometida, e conseqüentemente baixa autoestima, ou seja, não gostavam do seu corpo nem do que viam todos os dias ao espelho, no final da intervenção foi notória a melhoria a este nível. Tanto a jovem A, como a jovem T. conseguiram aceitar-se tal como são, adotaram hábitos/comportamentos de vida mais salútares, tais como dançar e prática de atividade física.

Uma das jovens, a jovem A., no início da intervenção isolava-se muito, sentando-se muitas vezes na sala de convívio sozinha no cadeirão. Foi incentivada a participar em atividades grupais do seu gosto e preferência, e tentar estabelecer relações com a colega de quarto. Isto foi o gatilho para conseguir estabelecer uma relação de amizade da colega de quarto, com quem anteriormente não convivia.

O aumento da autoestima mostrou que as duas jovens que foram acompanhadas, associaram que o aumento da autoestima com aumento da confiança e imagem corporal, uma vez que começaram a dançar coreografias todos os dias, contribuindo para diminuir a tristeza e aumentar a autoestima.

Foi com base em todas as intervenções desenvolvidas e descritas acima, foram desenvolvidas inúmeras competências. Uma delas, a quarta competência específica do EEESMP. Esta quarta competência, descreve que “cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psico educacionais, à pessoa (...), de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Regulamento no 515/2018, de 7 de agosto, p.21430).

Com a implementação de todo este projeto e de acordo com os critérios desta competência, possibilitou a implementação de “intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais, permitiu também a utilização de técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que possibilitem ao utente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes” (Regulamento no 515/2018, de 7 de agosto, p.21430).

## **PARTE III – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO**

### **1. Reflexão sobre o desenvolvimento de competências**

Conseguindo observar a luz ao fundo do túnel deste percurso académico e profissional, podemos afirmar que até à luz existiram sempre momentos de questionamento, reflexão e ponderação de todas as aprendizagens adquiridas.

Com o passar dos anos, a enfermagem como disciplina tem-se desenvolvido, e assenta num conjunto de saberes que os profissionais de enfermagem utilizam na sua prática clínica.

Lopes (2006) descreve que o saber empírico como um tipo de saber mais tradicional da ciência, sendo um conhecimento que se vai formando no nosso dia a dia, através da resolução competente de determinados problemas. Desta forma, a realidade pode ser vista, como algo observado e certificada pelos observadores.

O mesmo autor, refere que o saber estético é algo que é muito próprio, é pessoal pela forma de resolver os problemas. Cada indivíduo é único por isso é possível existirem ações com valores estéticos e que podem ser aceites pela comunidade científica. Pode existir também a grandeza e complexidade de respostas que é preciso fornecer e para isso a adaptação constante das técnicas de enfermagem à necessidade de cada indivíduo.

Ainda para Lopes (2006) existe ainda o saber pessoal, este que o poder do enfermeiro tem em se apropriar dos conceitos e da realidade em questão e conseguir interpretar e refletir sobre eles e sobre a própria realidade. Desta forma pressupõem que o enfermeiro seja possuidor de elevado autoconhecimento e detentor um uma grande noção da integração de si próprio.

No paradigma socioprofissional dos dias de hoje, e de acordo com o Código Português Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro é o profissional com competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais aos indivíduos, família, grupos e

comunidade, a sua competência deve basear-se num conjunto de características entre as quais destacamos: uma personalidade equilibrada, humanista e responsável; conhecimentos científicos, técnicos sólidos e atualizados; capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante um acontecimento inesperado, de trabalhar em equipas multidisciplinares; ter uma atitude de aprendizagem contínua. Hoje quando se fala em profissionais, a ideia de competência é muitas vezes ligada a essa representação. Quando se fala num enfermeiro competente, é todo aquele que mostra qualidade no seu desempenho, ou seja, é aquele que faz bem determinada tarefa e, que não fala essa tarefa, é também aquele que oferece qualidade aos seus utentes e com os quais interage. O desempenho de uma tarefa de forma competente, é a face visível da competência do profissional (Alarcão & Rua, 2005).

Trabalhar com jovens com PDI, foi um desafio e senti-me como se estivesse a ser colocada num desafio pessoal constante com as minhas práticas de enfermagem. Muitas vezes a caminho de casa, a conduzir e depois de realizar o estágio, dava por mim a flutuar nos meus pensamentos e a pensar de que forma poderia adequar os cuidados de enfermagem especializados àquele tipo de população tão exigente. A cada sessão realizada sempre existiram emoções e valores pessoais envolvidos, muitas vezes, de forma errada, coloquei juízos de valores em cima da mesa, em coisas que via e ouvia, sendo este um dos grandes desafios, assim como colocar-me no lugar do outro, muitas vezes um chavão na nossa prática clínica, mas compreender aquelas histórias duras daquelas jovens, e apesar de tão jovens terem passado e visto tanta coisa. Desta forma, percebo a importância primordial da RT e a importância dela no tão ouvido “cuidar em enfermagem”.

Aprendi com o supervisor clínico, muitas coisas, mas a principal foi a importância de nos colocarmos no lugar do outro. E perceber a importância do contexto de vida daquelas jovens com PDI, que as fez ser como são hoje, e a agir e a comportarem-se daquela forma. Posso dizer que todo o estágio foi assim, um estágio de partilha, muitas vivências e muita coprodução, e só desta forma, todo o trabalho desenvolvido pode ser um cuidado pleno e efetivo. Posso destacar um momento, em que muito angustiada fui ao gabinete do meu orientador e referi que os ganhos que aquelas jovens iriam ter com a minha intervenção, poderia não ser os que utopicamente eu ambicionava, e ele referiu-me que qualquer ganho, já é por si uma vitória.

Depois de refletir com o enfermeiro orientador do estágio, na sessão seguinte, iniciava a intervenção neste sentido, ou seja, planeava a minha intervenção, mas aplicava-a de outra forma, indo ao encontro da discussão tida no dia anterior. Após isto todas as minhas angústias foram-se dissipando. Ao fazer os registos de enfermagem, e conseqüentemente o planeamento, foi essencial passar para o papel como poderia ter intervencionado da melhor forma na sessão seguinte.

Muitas vezes algumas dificuldades foram surgindo de forma inesperada, ou seja, tudo o que tinha planeado para aquele dia, não foi possível realizar, por algum acontecimento externo, ou situação que as jovens teriam passado na escola, ou mesmo com alguma situação imprevisível que lhes acontecesse, mas percebi com estes contratempos, que todos estes percalços fazem parte do caminho, e que este percurso é feito a pares, e é desta forma que é feito o processo da RT. Todos estes contratempos levaram a um crescimento pessoal muito grande da minha parte.

Um dos grandes desafios, durante a intervenção com jovens com PDI, foi conseguir fazer uma avaliação do estado mental daquelas jovens, tendo em conta a individualidade de cada uma, e assim ir às necessidades/expectativas de cada uma, e nós com o nosso campo de ação, satisfazer essas necessidades. Desta forma, considero que o processo de avaliação diagnóstica é a base deste processo. Consigo, neste momento, perceber que estive em constante avaliação do estado de cada jovem. Muitas vezes a forma como elas se comportavam em cada sessão, demonstrava muitas vezes a forma como elas se sentiam naquele dia, e a forma como isso poderia influenciar o seu dia-a-dia.

Também percebi que a avaliação diagnóstica, reavaliação e intervenção e conseqüente implementação das intervenções com jovens com PDI, foi algo desafiador. Além das idades das jovens a patologia de base que apresentavam, uma vez que ao longo do meu caminho profissional, enquanto enfermeira nunca tinha trabalhado com saúde mental nem com jovens com PDI. Como enfermeira que sou, mobilizei todos os recursos existentes em mim de forma a adaptar-me de forma completa a este tipo de população (porque todas as jovens naquela instituição são singulares) muitas vezes tão estigmatizada, não só pelas pessoas em geral, mas muitas vezes pelos profissionais de saúde. A esta distância entendo que consegui desenvolver habilidades e adquirir muitíssimos conhecimentos ao longo desta etapa, e recorri a variadíssimas intervenções para ir ao encontro daquelas jovens únicas. Todas as intervenções

que realizei, foram uma mais-valia para aquelas jovens, uma vez que foram direcionadas para cada uma, sempre diferentes todos os dias.

Durantes os dois estágios, posso ter “executado muitas intervenções”, mas todas as jovens institucionalizadas que moram naquela casa, ensinaram-me muito mais. Criei estreitos laços com as jovens e com os diferentes técnicos, que considero sem sombra de dúvida, serem uma bênção para aquelas jovens.

Este caminho até á luz, está a chegar. Foi motivador, gratificante, modelador, mas muitas vezes desafiador, mas consegui ultrapassar os obstáculos e observar uma evolução positiva daquelas jovens.

## CONCLUSÃO

Ao chegar ao fim desta grande e tão extensa caminhada, tanto de aprendizagem e aquisição de competências, como de esforço e dedicação posso afirmar com toda a certeza que todo este trabalho não se fecha na sua totalidade. Ou seja, a porta mantém-se entreaberta, uma vez que ainda todo o meu percurso académico e profissional está cheio de desafios e novas etapas, sempre na área da saúde mental.

O presente relatório de estágio, reflete todas as aprendizagens adquiridas durante todos os estágios, sendo este um guia orientador e um guião onde estão descritas todas as intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas para a aquisição das competências referentes à aquisição do grau de mestre em ESMP.

A realização de ambos os estágios, tiveram como foco jovens com PDI. Sendo um fragmento da nossa sociedade estigmatizada, tanto pela falta de conhecimentos como pela pouca compreensão deste tipo de população, é essencial um trabalho qualificado e único, sendo fulcral realçar o papel do EEESMP.

A RT, é a base da intervenção para qualquer enfermeiro em qualquer tipo de população, sendo neste caso, a base e os alicerces para qualquer tipo de intervenção em jovens com PDI, pelo que todas as intervenções tiveram como intuito este compromisso.

De forma a existir uma sustentação bem fundamentada sobre o tema deste relatório, e também de forma a contextualizar todas as intervenções que foram colocadas em prática, foi executada uma pesquisa bibliográfica baseada na evidencia científica.

Depois de todas as avaliações diagnósticas que foram realizadas às jovens, tiveram como focos, focos de enfermagem, que por sua vez se associam a diagnósticos de enfermagem. Depois dos diagnósticos identificados, tendo em conta este tipo de população, o tempo disponível para as intervenções e a disponibilidade das jovens, foram planeadas sessões de enfermagem, tendo como principal objetivo dar resposta às necessidades das utentes.

Durante as etapas do processo de enfermagem, entendemos que planejar e intervir com utentes com PDI, foi algo desafiante, mas ao mesmo tempo motivador, uma vez que antes desta etapa o meu único contacto com este tipo de população, tinha sido enquanto aluna de licenciatura.

Há ainda a confessar que este estágio, foi realizado no mesmo local, onde realizei o meu ensino clínico de licenciatura. Sendo nesta fase da minha vida, um desafio e tem um sabor agridoce. Por um lado, perceber como a intervenção do EEESMP pode levar a melhorias nas utentes, e por outro o pouco investimento nesta área, não só em termos de recursos financeiros como em recursos humanos, que tenham gosto em trabalhar com este tipo de população.

Não só enquanto enfermeira, mas também como pessoa, consegui desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes relacionais no trabalho não só com jovens, mas jovens tão particulares como estas. Consegui adaptar-me e mobilizar conhecimentos a situações novas, de forma a conseguir dar resposta às jovens, e às suas necessidades, que por vezes me abordavam nos corredores daquela instituição, percebendo e regendo-me pela RT e mobilizando-me enquanto instrumento terapêutico e mobilizando as competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psico educacionais na prestação de cuidados às jovens, sendo esta uma premissa, de acordo com o descrito no regulamento das competências específicas do EEESMP.

Por fim queremos salientar a mais-valia e importância deste relatório, uma vez que demonstra todo o caminho trilhado, para a aquisição completa e plena das competências. É de salientar também, no final deste caminho, o desenvolvimento, crescimento e maturação tanto profissional como pessoal, que desta forma vai permitir a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I., Rua, M. (2005). *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências*. Retirado de <https://www.scielo.br/j/tce/a/DYhM34cLHw3zSjvQTR63nj/?format=pdf&lang=pt> em 12-12-2021.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (5a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Andrade, D. C. (2016). *Recomendações de base empíricas para a prática clínica relacionada com o acompanhamento de pessoas com perturbação do desenvolvimento intelectual*. Academia. [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58165875/2016\\_ART\\_REC\\_DES\\_INT-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1653488194&Signature=brDxT6kFIKMjPRAmZBE-zy6iYECXL~SzUaJyIwP9Uv0nw9ivvrYFoIGzBc6JybQgloHcYIVXSL5OkEVR77OIQXNkAu1fqWW5SNKheqmbCHJcw2G6l4WY0c0D1K2I4s9fEnhvzZjtP7n2hA4i7wzJ495L5ZwUIN3~1ayfzAYKPPsj70PrC6xpESXpUpyWKROg~kGfiQV56GL5yT~hX5Mq20ttKQSMEe3nRcaTf0mqelbflk02i4AkebKUDhk5OtYkLTuTQsTGoa0RO23b3je-yhgsmZR-81ZEyWWKpvW7v5VeZwX-9u9u8sKg6Wj7r1jI667mQoa3Pn2jj7kp-nmYw\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58165875/2016_ART_REC_DES_INT-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1653488194&Signature=brDxT6kFIKMjPRAmZBE-zy6iYECXL~SzUaJyIwP9Uv0nw9ivvrYFoIGzBc6JybQgloHcYIVXSL5OkEVR77OIQXNkAu1fqWW5SNKheqmbCHJcw2G6l4WY0c0D1K2I4s9fEnhvzZjtP7n2hA4i7wzJ495L5ZwUIN3~1ayfzAYKPPsj70PrC6xpESXpUpyWKROg~kGfiQV56GL5yT~hX5Mq20ttKQSMEe3nRcaTf0mqelbflk02i4AkebKUDhk5OtYkLTuTQsTGoa0RO23b3je-yhgsmZR-81ZEyWWKpvW7v5VeZwX-9u9u8sKg6Wj7r1jI667mQoa3Pn2jj7kp-nmYw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA) Acedido a 10-12-2021

Baez, N. L. X., & Reckziegel, J. (2013). *O direito humano fundamental de autodeterminação e os seus limites éticos frente ao princípio da proteção da dignidade humana*. Prisma Juridico, 12(1), 225–252. <https://doi.org/10.5585/prismaj.v12n1.3427>

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica. Volume 1. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.

Chalifour, J. (2002). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.



Évora, P.C. (2019). *A inclusão de pessoas com perturbação do desenvolvimento intelectual no interior algarvio*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial – Domínios cognitivo/motor. Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/14842/1/Disserta%20a7%20a3o%20de%20Mestrado-%20C%20a1tia%20c%2089vora.pdf> Acedido a 4-2-2022.

Felton, A., Repper, J., & Avis, M. (2018). *Therapeutic relationships, risk, and mental health practice*. *International journal of mental health nursing*, 27(3), 1137-1148.

Hennessey, T., Moloney, M. Lyons R., Bright. A. (2022). *The value and contribution of intellectual disability nurses/nurses caring for people with intellectual disability in intellectual disability settings: A scoping review*. *Journal of clinical nursing*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.16289>. Acedido a 19-10-2022.

Lopes, M. J. (2005). *Os utentes e os Enfermeiros: Construção de uma relação*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.

Lopes, M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro Doente como Intervenção Terapêutica*. Coimbra: Formasau.

Lopes, M. (2021). *Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os modelos de Cuidados*. Évora: Coleção Claustros.

Lopes, M. J. (sd). *De que falamos quando falamos em cuidados psicoterapêuticos? Alguns contributos para a sua conceptualização*.

Lopes, M. (sd). *Cidadania e Participação: de utente-consumidor a cidadão co-responsável*.

Minayo, S. (1993). *O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde*. 2ª Edição. Hucitec-Abrasco. São Paulo/Rio de Janeiro

Plano Individual de Cuidados, com enfoque na relação terapêutica, em jovens com perturbação do desenvolvimento intelectual.

Mota, A.M. (2019). *O programa vida e a promoção socio-emocionais em adultos com perturbação do desenvolvimento intelectual*. Dissertação de Mestrados domínios cognitivo/motor. Instituto Politécnico de Coimbra.

Nagykaldi, Z. J., Tange, H., & De Maeseneer, J. (2018). *Moving from problem-oriented to goal-directed health records*. *Annals of Family Medicine*, 16(2), 155–159. <https://doi.org/10.1370/afm.2180>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Acedido a 19-10-2021.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº515/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, serie II, no 151, 21427-21430.

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pereira, P., Botelho, R. M.A. (2014). *Qualidades do enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental*. Pensar em Enfermagem. Vol.8. Nº2.

Pinho, L.G., Correia, T., Lopes, M.J., Fonseca, C., Marques, M.d.C., Sampaio F., do Arco, H.R. (2021). *Patient-Centered Care for People with Depression and Anxiety: An Integrative Review Protocol*. *Journal of Personalized Medicine*. Retirado de <https://www.mdpi.com/2075-4426/11/5/411/htm> em 12-12-2021.

Pontes, A.C., Leitão, I.M.T.A., Ramos, I. C., (2008). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Instrumento essencial ao cuidado*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, p.314-315, retirado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/pfJgqD8hM7CNH6XLtjMk8Yh/?format=pdf&lang=pt>, em 21-02-2022.

Plano Individual de Cuidados, com enfoque na relação terapêutica, em jovens com perturbação do desenvolvimento intelectual.

Reis, A., C., (2014). *Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do psicólogo*. <https://www.scielo.br/j/pcp/a/5vdgTHLvfkzynKFHnR84jqP/?lang=pt> Acedido a 19-10-2021.

Reis, F (2014). *Plano Individual de Intervenção – Proposta para uniformização nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Dissertação de mestrado em cuidados continuados integrados. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias p.21-31, retirado de <https://recil.ensinulusofona.pt/bitstream/10437/5275/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20MC%20-%20Filipa%20Reis.pdf>, em 21-02-2022.

Santos, L. M. (2020). *Inclusão de alunos com perturbação do desenvolvimento intelectual no 3º ciclo do ensino básico: Perspetivas e práticas*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial – Domínios cognitivo e multideficiência. Escola Superior de Educação de Lisboa. [https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/12780/1/Inclus%C3%A3o%20de%20alunos%20com%20perturba%C3%A7%C3%A3o%20do%20desenvolvimento%20intelectual%20no%203%20ciclo%20do%20ensino%20b%C3%A1sico\\_M%C3%A1rio%20Santos\\_vf.pdf](https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/12780/1/Inclus%C3%A3o%20de%20alunos%20com%20perturba%C3%A7%C3%A3o%20do%20desenvolvimento%20intelectual%20no%203%20ciclo%20do%20ensino%20b%C3%A1sico_M%C3%A1rio%20Santos_vf.pdf) Acedido a 10-12-2021.

Sequeira (2020). Comunicação Terapêutica. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (coord.) *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (pp. 80-83). Lidel – Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-989-752-413-4

Townsend, M. C. (2014). *Enfermagem psiquiátrica - conceitos de cuidados* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Wilson, N. Wiese M., Lewis, P., Jaques H. O’Reilley K. (2018). *Compreendendo o papel contemporâneo do enfermeiro com deficiência intelectual*. Journal of clinical nursing. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14555> acedido a 19-10-2021.

Plano Individual de Cuidados, com enfoque na relação terapêutica, em jovens com perturbação do desenvolvimento intelectual.